

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016-2017

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ABADA Aliénor Guenièvre Anna
Née à Paris le 26/04/1989

Présentée et soutenue publiquement le 06 décembre 2016

Création et mise en œuvre de deux ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré) d'anglais médical dans le but d'évaluer la modification du niveau des internes en médecine générale participant à cet enseignement optionnel à l'Université Paris Diderot.

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : Docteur PERNIN Thomas

DES de Médecine Générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016-2017

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ABADA Aliénor Guenièvre Anna
Née à Paris le 26/04/1989

Présentée et soutenue publiquement le 06 décembre 2016

Création et mise en œuvre de deux ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré) d'anglais médical dans le but d'évaluer la modification du niveau des internes en médecine générale participant à cet enseignement optionnel à l'Université Paris Diderot.

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : Docteur PERNIN Thomas

DES de Médecine Générale

Remerciements

Au Professeur Jean-Pierre Aubert qui, en créant les cours d'anglais médical, m'a permis d'y participer en 2015 et ainsi de trouver mon directeur de thèse. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

Au Professeur Agnès Lefort,
vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Professeur Bruno Crestani,
vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Hervé Spechbach,
vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Thomas Pernin, mon directeur de thèse, un immense merci pour la confiance qu'il m'a accordé et pour toutes ces heures qu'il a consacrées à la diriger. J'aimerais également lui dire à quel point j'ai apprécié sa grande disponibilité, son positivisme sans faille et son dynamisme.

Je souhaiterais remercier les internes sans qui cette thèse sur l'anglais médical n'aurait pu se faire : Eve-Marie, Adéniké, Maëlle, Louise, Chanaëlle, Gwendoline, Fanny, Pauline, Jessica, Maryline, Awa, Maria, Mickaël et Ophélie.

Je souhaiterais exprimer ma gratitude à Madame Cécile Arnaud-Henkel pour avoir accepté d'être évaluatrice externe de cette thèse. Je la remercie aussi pour son accueil chaleureux à chaque fois que je l'ai sollicitée et pour sa grande disponibilité.

Mes remerciements vont également à Monsieur Sean Freeman d'avoir accepté cette mission d'évaluateur externe et de l'avoir finalisée en un temps record !

Merci au Docteur Julien Gelly pour sa précieuse aide en statistiques.

A Corinne Laupa, secrétaire du DMG de Paris Diderot, pour sa bonne-humeur et son excellente gérance des salles !

A ma tutrice Margot Kenigsberg pour ses conseils avisés.

A ma maman qui a été d'un soutien sans faille pendant toutes ces années ... Merci de m'avoir supporté pendant les instants difficiles, d'avoir partagé mes moments de joie et d'être toujours présente...

A mes deux papas :

- Jean-Pierre Decaux, d'avoir toujours été là
- Patrick Abada, à nos retrouvailles

A mes frères qui m'ont vidé l'esprit pendant mes moments de rush : Jean-Baptiste, Jean-Gabriel, Cadogan, Jean-Victor et Edgar.

A mes grands-parents chéris que j'aime tant !

A ma tante et mon cousin Lancelot pour leur amour.

A ma cousine, ma sœur : Raphaëlle.

A ma belle maman Gabrielle et sa joie de vivre !

A toute ma famille...

A Anaïs, ma meilleure amie, mon alter-ego féminin : merci pour nos partages de doute, de fatigue, d'énervement ... et surtout pour nos éclats de rire !

A mon groupe de P1 : Clotilde, Johanna, Marine, Priscilia et Cécile.

A Eve-Marie pour toutes ces années d'études partagées ensemble !

A Caroline mon acolyte des urgences et bien plus aujourd'hui !

Et à tout mon groupe d'amis de médecine de Paris 7 !

A Bruce pour son précieux point de vue anglais !

A l'homme de ma vie : Ricardo.

RÉSUMÉ FRANÇAIS

Création et mise en œuvre de deux ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré) d'anglais médical dans le but d'évaluer la modification du niveau des internes en médecine générale participant à cet enseignement optionnel à l'Université Paris Diderot.

Introduction : L'apprentissage de l'anglais médical est un outil nécessaire pour l'interrogatoire d'un patient allophone, la compréhension de la littérature médicale internationale et la présentation de travaux de recherche personnels pour les médecins formés ou en cours de formation. Néanmoins, le troisième cycle d'études médicales en France ne fait l'objet d'aucune obligation réglementaire quant à son enseignement. Un enseignement optionnel d'anglais médical, ayant fait l'objet d'une réforme pédagogique en 2015, est actuellement proposé aux internes de médecine générale de l'Université Paris-Diderot. Un examen clinique objectif structuré (ECOS) d'Anglais Médical est actuellement obligatoire pour tout interne effectuant un stage de niveau I chez le praticien généraliste en ville depuis cette réforme au sein de cette faculté. Les internes ont émis leur désir à l'issue de cet exercice de pouvoir bénéficier d'ECOS supplémentaires en anglais médical.

L'objectif de cette étude est de créer deux ECOS d'anglais médical validés sur des pathologies pulmonaires et de les utiliser comme outil pour évaluer l'évolution linguistique des internes participant à l'option d'anglais médical proposée.

Méthodes : Cette étude exploratoire a permis la création des deux ECOS d'anglais médical. Elle s'est appuyée sur l'existence d'ECOS concernant des pathologies pulmonaires issus de la base de données du département de médecine générale de l'Université Paris Diderot. Ces ECOS ont tout d'abord été testés sur un échantillon d'internes le 12.01.2016. Puis les ECOS modifiés ont été validés par les enseignants d'anglais médical. Enfin ils ont été proposés à douze internes avant et après leur formation optionnelle de huit heures, le 9.02.2016 et le 12.04.2016. Le rôle du médecin était assuré par un interne, celui du patient par un enseignant. Les internes recrutés pour participer répondent aux critères d'inclusion suivants : être interne en DES de Médecine Générale à l'Université Paris Diderot et être présent à au moins trois cours d'anglais médical sur les quatre pour l'année universitaire 2015/2016.

Les internes étaient ensuite divisés en deux bras : un bras réalisant l'ECOS sur l'asthme avant l'enseignement puis l'ECOS sur la BPCO et le deuxième bras les réalisant de manière inverse. Chaque ECOS durait maximum 14 minutes.

Ils ont été filmés après accord signé des participants afin d'être évalués par des experts en anglais médical indépendant de l'équipe enseignante formatrice.

Une grille d'évaluation a été mise en place avec 60 points attribués à l'aptitude linguistique et 40 points attribués aux connaissances médicales, pour un total de 100 points.

Le critère de jugement principal était la comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique pour les internes participants.

Les comparaisons des scores ont été réalisées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon en cas d'échantillon apparié. La différence entre les scores aux séances Aller et Retour a été décrite en termes de médianes (minima – maxima). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R, à partir de l'interface du site BiostaTGV.

Résultats : La création des deux ECOS a nécessité la participation de quatre étudiants.

Trois relectures ont été nécessaires avant validation par deux enseignants d'anglais médical.

Puis les ECOS ont été proposés à douze étudiants initialement et dix ont participé à l'ensemble de l'étude.

Le score linguistique pour les 10 internes augmentait de manière significative en valeur absolue de 6,8 (1,0 – 11,5) points sur 60 ($p = 0,006$), entre les séances Aller et Retour.

Conclusion : Les ECOS créés sont un outil de formation supplémentaire pour les internes en médecine confrontés non seulement à leur propre mobilité professionnelle mais aussi à la mobilité internationale de leurs patients. Ils offrent une méthode d'évaluation en anglais médical des étudiants. Et ils permettent de parfaire les modules d'enseignement actuels.

Un des intérêts de cette étude est d'offrir un design novateur en utilisant des ECOS avec une grille réfléchie pour évaluer des enseignements d'anglais médicaux dans les pays francophones.

ENGLISH ABSTRACT

Creation and implementation of two OSCE (Objective Structured Clinical Examination) in English so as to establish the Resident Students level of General Medical English at the Paris Diderot University

Introduction : The learning of English medical terminology is a necessary tool so as to enable the student to question an English speaking patient, the understanding of international medical literature and the presentation of personal research papers to trained doctors, as well as those in training courses. However, the third stage of medicine in France has no regulatory obligation for the teaching and comprehension of English medical terminology.

In 2015 an educational reform has set as an option English medical teaching and this is currently proposed to resident student studying general medicine at the University of Paris-Diderot.

The reform OSCE (Objective Structured Clinical Examination) is now mandatory to all resident students undertaking stage one as a general practitioner.

At the end of this exercise the resident students have shown the desire to have additional English medical – OSCE.

The objective of this study is to develop two English medical OSCE's based on pulmonary pathologies and to use them as a tool to evaluate the linguistic development of the participating resident students.

Method : This exploratory study allows the creation of two English medical OSCE's. It is supported by the existence of the OSCE that concerns pulmonary pathologies resulting from the Paris-Diderot General medicine database. On January 12th 2016 the OSCE has been tested on a sample of resident students. Based on these results a modified OSCE has been validated by all the English speaking medical teachers. These were then proposed to twelve resident students before and after their eight hours optional formation on February 9th and April 12th 2016.

A resident student played the Doctor's role and a teacher played the patient's role. The students who were recruited to participate in this OSCE needed to meet the following criteria: to be a General medicine resident student at the University of Paris-Diderot and to have attended at least three English medical classes in 2015/16.

The resident students were then divided into two groups : the first group doing the OSCE in Asthma at the beginning of the teaching followed by the OSCE in COPD and the second group worked the same subjects but in reverse. Each OSCE had the maximum of 14 minutes.

After signing the agreement the participants were filmed in order to be evaluated by an independent group of English medical experts outside the formation team. An evaluation grid was established with 60 points being awarded for language ability and 40 points for medical knowledge, with a total of 100 points.

The main criterion when making the judgement was comparing the score between the Outward and the Return students.

The comparisons of the scores were performed using the Wilcoxon signed rank test in the event of matched samples. The difference between the Outward and the Return scores is described in terms of median (minimum – maximum). The analysis was carried out using the software R, starting from the interface of Biosta TGV site.

Results : The creation of two OSCE's needs the participation of four students.

Three readings were needed before validation by two English speaking medical teachers.

The linguistic score for the 10 students increased significantly in absolute value of 6.8 (1.00 – 11.5) points on 60 ($p = 0.006$), between the Outward journey and the Return.

Conclusion : The OSCE is an additional training tool for resident medical students encountering not only their own professional mobility but also the international mobility of their patients. It offers a method of evaluation to the English speaking medical student while also helping them to improve their current teaching modules.

One of the interesting things of this study is to offer an innovative design by using OSCE with a considered grid to evaluate English medical lesson in French speaking countries.

SOMMAIRE

<u>Remerciements</u>	2
<u>Résumé français</u>	4
<u>Résumé anglais</u>	5
<u>I. Introduction</u>	8
A. États des lieux sur l'anglais médical dans le cadre des études de médecine en France	8
a. Généralités	8
b. Au sein de la faculté Paris VII-Diderot en 2015 pour le deuxième cycle des études médicales	10
c. Au sein de la faculté Paris VII-Diderot en 2015 pour le troisième cycle des études médicales	11
B. Intérêt de l'anglais dans les études médicales	13
C. L'ECOS	16
a. Définition	16
b. Eléments pour évaluer les aptitudes linguistiques	18
c. Premier ECOS anglais médical au Département de médecine générale (DMG)	21
D. Question de recherche	22
E. Méthodologie	24
a. Généralités	24
b. Description des internes passant les ECOS	26
c. Description des évaluateurs externes	27
d. Déroulement des ECOS	28
e. Critères de jugement	28
<u>II. Création des ECOS</u>	30
A. Création de l'ECOS sur l'asthme	30
a. ECOS sur l'asthme du DMG	30
b. Création de la première version de l'ECOS sur l'asthme	30
c. Test réalisé avec des étudiants	31
d. Cotation de la grille d'évaluation technique	32

B. Création de l'ECOS sur la BPCO	33
a. ECOS sur la bronchite du DMG	33
b. Création de la première version de l'ECOS sur la BPCO	33
c. Test réalisé avec des étudiants	33
<u>III. Résultats</u>	35
A. Evaluation de l'ECOS sur l'asthme	35
B. Evaluation de l'ECOS sur la BPCO	36
C. Comparaison des deux séances	37
D. Analyses statistiques	38
<u>IV. Discussion</u>	41
<u>V. Conclusion</u>	44
<u>Bibliographie</u>	46
<u>Annexes</u>	51
<u>Annexe 1</u> : Autorisation d'exploitation du droit à l'image	52
<u>Annexe 2</u> : ECOS sur l'asthme du DMG Paris Diderot	53
<u>Annexe 3</u> : Première version de l'ECOS sur l'asthme	57
<u>Annexe 4</u> : Nouvelle grille d'évaluation technique, asthme	63
<u>Annexe 5</u> : Grille d'évaluation de l'expression orale en continu	65
<u>Annexe 6</u> : ECOS sur la bronchite du DMG Paris Diderot	66
<u>Annexe 7</u> : Première version de l'ECOS sur la BPCO	69
<u>Annexe 8</u> : Version finale de l'ECOS sur la BPCO	75
<u>Autorisation d'imprimer</u>	81

I. Introduction

A. État des lieux sur l'anglais médical dans le cadre des études de médecine en France

a .Généralités

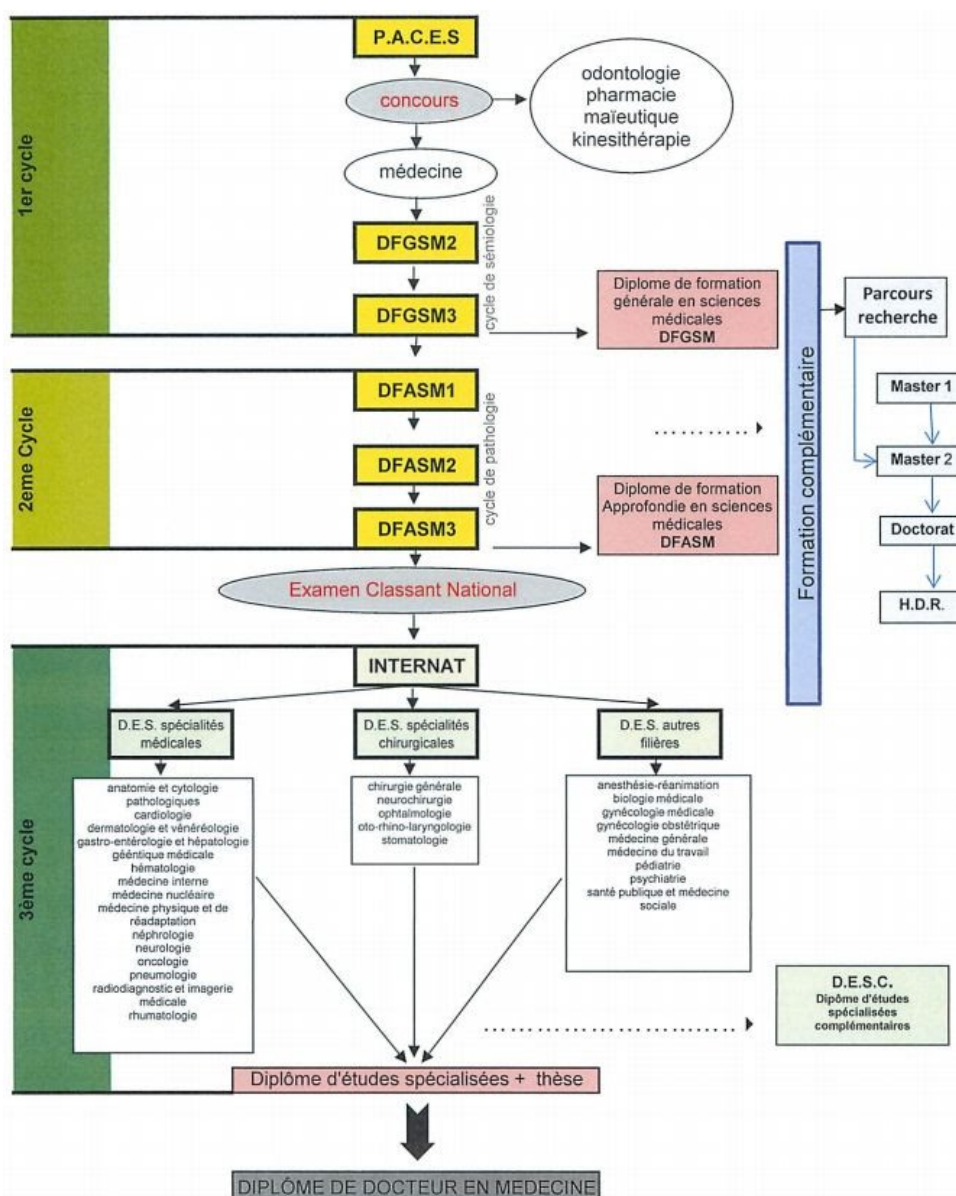
En 2016, les études de médecine se divisent en trois cycles [1].

Le premier cycle est composé de trois années :

- P.A.C.E.S. (première année commune aux études de santé) avec pour finalité le concours commun à l'entrée en médecine, odontologie, pharmacie, sage-femme et kinésithérapie)
- deux années pour obtenir le diplôme formation générale en sciences médicales (DFGSM)

Le deuxième cycle comporte lui aussi trois années se terminant par l'obtention du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM).

Enfin le troisième cycle correspond à la préparation d'un DES (diplôme d'études spécialisées), après l'ECN (examen classant national) et comporte trois à cinq années d'études en fonction de la spécialité choisie.



En France et DOM/TOM (départements et territoires d'outre mer) 37 facultés enseignent la médecine [2].

Pour le deuxième cycle d'études médicales, deux textes ont décrit l'obligation d'enseignement de langues étrangères.

L'arrêté du 18 mars 1992 [3], stipule via son article 18 que : « L'enseignement des langues étrangères doit représenter l'équivalent d'au moins 120 heures, soit sous forme d'un enseignement spécifique, soit intégré à celui d'autres disciplines. S'il n'a pas été dispensé à la première année du premier cycle, il doit obligatoirement être organisé en seconde année du premier cycle et en première année du deuxième cycle. »

L'arrêté du 22 mars 2011 [4], énonce via son article 4 que : « Les enseignements mis en place doivent permettre aux étudiants d'élaborer progressivement leur projet de formation et, à ceux qui le souhaitent, de se réorienter par la mise en œuvre de passerelles. Un enseignement de langues vivantes étrangères, une formation permettant l'acquisition de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1, un apprentissage à la maîtrise des outils informatiques et une initiation à la recherche sont également organisés ».

Dans ce cadre, seule l'UFR de Médecine de Dijon offre à ses étudiants 113 heures d'enseignement d'anglais obligatoires ainsi que la possibilité de suivre 90 heures d'enseignements optionnels, ceci sur toutes les années médicales [5].

Concernant le troisième cycle - dans le cadre du DES de médecine générale - les recherches effectuées en mai 2015 sur les différents sites internet de chaque faculté de médecine française ne laissent apparaître aucune obligation de cours d'anglais médical.

Aucun texte réglementaire n'a en effet été rédigée en ce sens.

Les facultés de médecine ont néanmoins créé des plateformes d'anglais ou des cours optionnels.

Un campus numérique d'anglais médical, au sein de l'Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport (UNF3S), regroupe trente-sept universités françaises ayant des composantes en médecine, pharmacie, odontologie et sport. L'UNF3S propose, via ses sites internet, en accès libre et gratuit, des ressources pédagogiques classiques et innovantes. Elles sont validées par les collègues de spécialités de ses composantes ou issues des sites des facultés françaises, par spécialité ou par année d'étude [6].

Des Diplômes Universitaires (DU) ou Diplômes Inter-Universitaires (DIU) relatifs à l'anglais médical sont dispensés dans plusieurs facultés : celle de Toulouse, de La Réunion, de Limoges, de Paris VI Pierre et Marie Curie, Nice et Créteil.

Les objectifs étant pour la plupart des DU/DIU :

À l'écrit :

- savoir lire un article en anglais aussi vite qu'en français,
- savoir maîtriser le vocabulaire de l'environnement de santé,
- savoir prendre des notes lors d'une conférence
- savoir rédiger un abstract en anglais,
- savoir rédiger un article de recherche en anglais,
- savoir rédiger du courrier en anglais.

- À l'oral :
- savoir échanger en anglais avec un interlocuteur non-spécialiste,
 - savoir participer à une réunion en anglais,
 - savoir faire une communication en anglais,
 - savoir faire face à la séance de questions-réponses qui suit une communication (lors d'un congrès),
 - savoir soutenir une conversation téléphonique en anglais,
 - savoir convaincre.

Un article français de 2005 [7] concernant « la pratique de l'enseignement d'anglais dans les facultés de médecine en France métropolitaine » proposait un questionnaire axé sur :

- le nombre d'heures d'enseignements
- la période des études à laquelle elles seraient dispensées
- le profil des étudiants et des enseignants.

La conclusion était que l'enseignement de l'anglais médical était relativement homogène sur le territoire français pour le deuxième cycle avec une moyenne de 88 heures en deuxième et troisième année d'étude.

Il est à noter que dans un UFR sur deux l'enseignant est attaché à la faculté de médecine ou à un centre de langues. De plus, les étudiants étaient pour la plupart d'un niveau relativement égal.

b. Au sein de la faculté paris VII-Diderot en 2015 pour le deuxième cycle des études médicales

Le programme est dispensé sur deux années (DFGSM1 et DFGSM2).

Il est à savoir qu'un Certificat Complémentaire Optionnel est proposé au premier semestre de DFGM1 pour les étudiants ayant des difficultés en anglais et nécessitant une remise à niveau.

Le programme général est le suivant en DFGSM1 :

- Week 1 – The Human Body 1
- Week 2 – The Human Body 2
- Week 3 – General Practice 1
 - Primary Care & Secondary Care, Referrals, Medical specialties
 - Common complaints
 - Proactive medicine : preventive medicine (e.g. screening) & health education
 - Common complaints and Referrals
- Week 4 – General Practice 2
 - Health care in the US : Specialization of Family Practice, Access to primary care
 - Health insurance and reimbursement schemes : capitation vs. fee-for-service
 - Case Histories
- Week 5 – Drug therapy 1
- Week 6 – Drug therapy 2
- Week 7 – Surgery 1
- Week 8 – Surgery 2

Nous remarquerons ici que deux cours sont consacrés aux soins primaires et aux systèmes de santé.

Pour l'enseignement en DFGSM2, il y a six semaines de cours théoriques axés sur la discussion autour de deux cas cliniques, les activités en distanciel et un documentaire en version originale anglaise.

Le programme est le suivant :

- Week 1 : Digestion & Nutrition
- Week 2 : Digestion & Nutrition 2
- Week 3 : Mental Health
- Week 4 : Mental Health 2
- Week 5 : The Heart & Cardiovascular system
- Week 6 : The Heart & Cardiovascular system 2

c. Au sein de la faculté paris VII-Diderot en 2015 pour le troisième cycle des études médicales

Pour le troisième cycle, depuis 2011, une formation optionnelle de quatre cours de deux heures était proposée par le département de médecine générale pour 25 internes et permettait de valider huit points pour la maquette du DES (diplôme d'études spécialisées) qui en nécessite 200 au minimum.

L'année 2015 fut marquée par une réforme de l'enseignement de l'anglais médical au sein du DES. Ces cours se différencient des précédents de par leurs objectifs pédagogiques [8].

Ceux de 2011 à 2014 étaient les suivants :

- Rassurer les étudiants sur leurs connaissances
- Donner des bases de vocabulaire médical pour des pathologies courantes
- Apprendre l'utilisation de périphrases en cas de défaillance de vocabulaire
- Communiquer oralement avec un patient
- Communiquer en anglais pour une présentation orale

Ceux de l'année 2015 et de 2016 sont :

- Etre capable de mener une consultation avec un patient anglophone
- Améliorer les composantes de la relation médecin-malade
- Savoir lire et comprendre un article scientifique à visée médicale, écrit en anglais
- Etre capable d'effectuer une présentation orale en anglais
- Etre capable d'interagir avec un orateur ou un confrère lors d'un congrès anglophone

Le premier cours a eu lieu le mardi 03 mars 2015.

Les tâches attendues étaient les suivantes :

- Se présenter de manière formelle en tant que professionnel de santé en anglais (30')
- Apprentissage du vocabulaire : les grands axes de la plainte fonctionnelle (30')
- Jeu de rôle n°1 ouvert : Un jeune homme typiquement atopique (30')
- Jeu de rôle n°2 ouvert : Antibiothérapie et refus du patient – Gestion de conflit « à l'anglaise » (30')

Le deuxième cours a eu lieu le mardi 17 mars 2015.

Les tâches attendues étaient :

- Apprentissage du vocabulaire : Brainstorming au tableau – Le corps humain (20')
- Jeu de rôle contraint n°1 : Un retour de couches (20')
- Jeu de rôle contraint n°2: Une infection vaginale (20')
- Travail de 4 groupes sur des images amenant à la préparation d'un sujet libre (20')
- Présentation orale (4x 10')

Le troisième cours a eu lieu le mardi 31 mars 2015

Les tâches attendues étaient :

- Les certificats et courriers : 8 cas (4 groupes qui iront voir un enseignant exposant deux cas spécifiques toutes les 20') soit 1h20
- Discussion générale sur le système de soins français (30')
- Consignes pour la prochaine séance (10') : les étudiants devront former 6 groupes de manière autonome et choisir un sujet à présenter parmi leurs traces d'apprentissage ou powerpoint ayant été utilisé en stage. Tous les membres du groupe devront participer oralement à la présentation qui durera 15 minutes. Il y aura 5 minutes de « questions-réponses » à la fin de chaque exposé.

Le quatrième cours a eu lieu le mardi 14 avril 2015

Les tâches attendues étaient les six présentations orales suivies de mini-débat.

B. Intérêt de l'anglais dans les études médicales

L'intérêt de l'anglais médical est multiple, il permet de [9] :

- interagir avec le patient au cours d'une consultation
- intervenir lors d'un congrès international en posant des questions après une communication orale, ou présenter soi-même les résultats de sa recherche puis faire face aux questions/réponses
- mettre à jour ses connaissances via des périodiques spécialisés ou des publications d'articles de revues internationales.

En 1999, D. Carnet [10] explique qu'à la faculté de Dijon l'anglais médical est inclus dans le module des sciences humaines et sociales dès la première année et ce jusqu'à la cinquième année sous deux formes :

- 25 heures annuelles obligatoires axées sur l'écrit,
- 25 heures annuelles optionnelles axées sur l'oral.

Son principe repose sur la création d'APP (Apprentissage Par Problème) et d'ARC (Apprentissage du raisonnement clinique) en anglais ainsi que sur un Diplôme Inter-universitaire d'Anglais pour la Médecine (DIVAM, avec les facultés de Nantes et de Nice) pour les internes et docteurs en médecine. L'auteur souligne que les besoins des étudiants apparaissent plutôt lors du troisième cycle d'études médicales.

Dès octobre 2007 [11], l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) propose avec le Groupe d'Etude et de Recherche en Anglais de Spécialité (GERAS), une charte « Enseignement de l'anglais dans les facultés de médecine en France Métropolitaine » mise à jour provisoirement en octobre 2012.

On y retrouve 8 principes généraux :

Principe 1 : La maîtrise de l'anglais dans le contexte médical est indispensable tant à l'oral qu'à l'écrit.

Principe 2 : Afin de respecter l'arrêté du 22 mars 2011 (article 4), chaque faculté de médecine doit mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour assurer un enseignement de langues vivantes étrangères.

Principe 3 : Il est souhaitable que cet enseignement commence en PACES lorsque les conditions et les moyens le permettent.

Principe 4 : Il est souhaitable que cet enseignement soit également étendu à DFASM1 et DFASM2, lorsque les conditions et les moyens le permettent, pour répondre aux besoins concrets des externes.

Principe 5 : Cet enseignement doit être effectué par des personnels formés à l'enseignement de l'anglais pour la médecine.

Principe 6 : Des médecins anglophones (ou maîtrisant suffisamment l'anglais) peuvent être invités à animer des cours ou à participer à des cas cliniques.

Principe 7 : Cet enseignement à visée professionnelle doit être progressif, diversifié, et interactif. Le travail en petits groupes (à partir de DFGSM2) et l'utilisation des TICE (Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement) doivent être encouragés.

Principe 8 : Si une harmonisation des pratiques est souhaitable, il n'existe pas de modèle unique d'enseignement de l'anglais pour la médecine.

Des objectifs pédagogiques spécifiques ont été proposés :

- Objectif 1 : Conduire une consultation en anglais.
- Objectif 2 : Communiquer avec un confrère, un patient ou l'administration dans un pays Anglophone.
- Objectif 3 : Faire une communication orale formelle (présentation diaporama, conférence).
- Objectif 4 : Faire face à une séance de questions/réponses.
- Objectif 5 : Connaître l'anglais moins formel des pauses.
- Objectif 6 : Participer à un débat ou une réunion en anglais.
- Objectif 7 : Suivre une conférence en prenant des notes.
- Objectif 8 : Lire et comprendre un article de recherche en anglais aussi bien qu'en français. La lecture critique d'article doit être encouragée.

L'ECOS nous semble être une forme adaptée de formation et d'évaluation dans le cadre de l'anglais médical dont la maîtrise devient un réel besoin pour les soignants d'aujourd'hui.

C. L'ECOS

a. Définition

Un ECOS est « une évaluation où l'étudiant démontre ses compétences par une variété de situations simulées » [12].

Cet examen est introduit progressivement dans le programme de plusieurs universités depuis les années 1975 [13].

Aujourd'hui, cette méthode est adoptée par de nombreuses facultés de médecine dans le monde (Canada, Nouvelle-Zélande, Australie, Afrique du Sud, Angleterre, Europe et Etats-Unis). L'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) est considéré comme l'instrument se rapprochant le plus de l'évaluation optimale de la compétence clinique.

Dans ce jeu de rôle, l'étudiant est mis en situation en jouant un médecin lors d'une consultation. Le patient peut être joué par un médecin enseignant ou bien un comédien. Un médecin enseignant observe le déroulement de la consultation et remplit une grille d'évaluation.

Chaque ECOS a un thème et un scénario très précis, le médecin "patient" devant impérativement respecter le cadre strict du rôle préalablement défini [14].

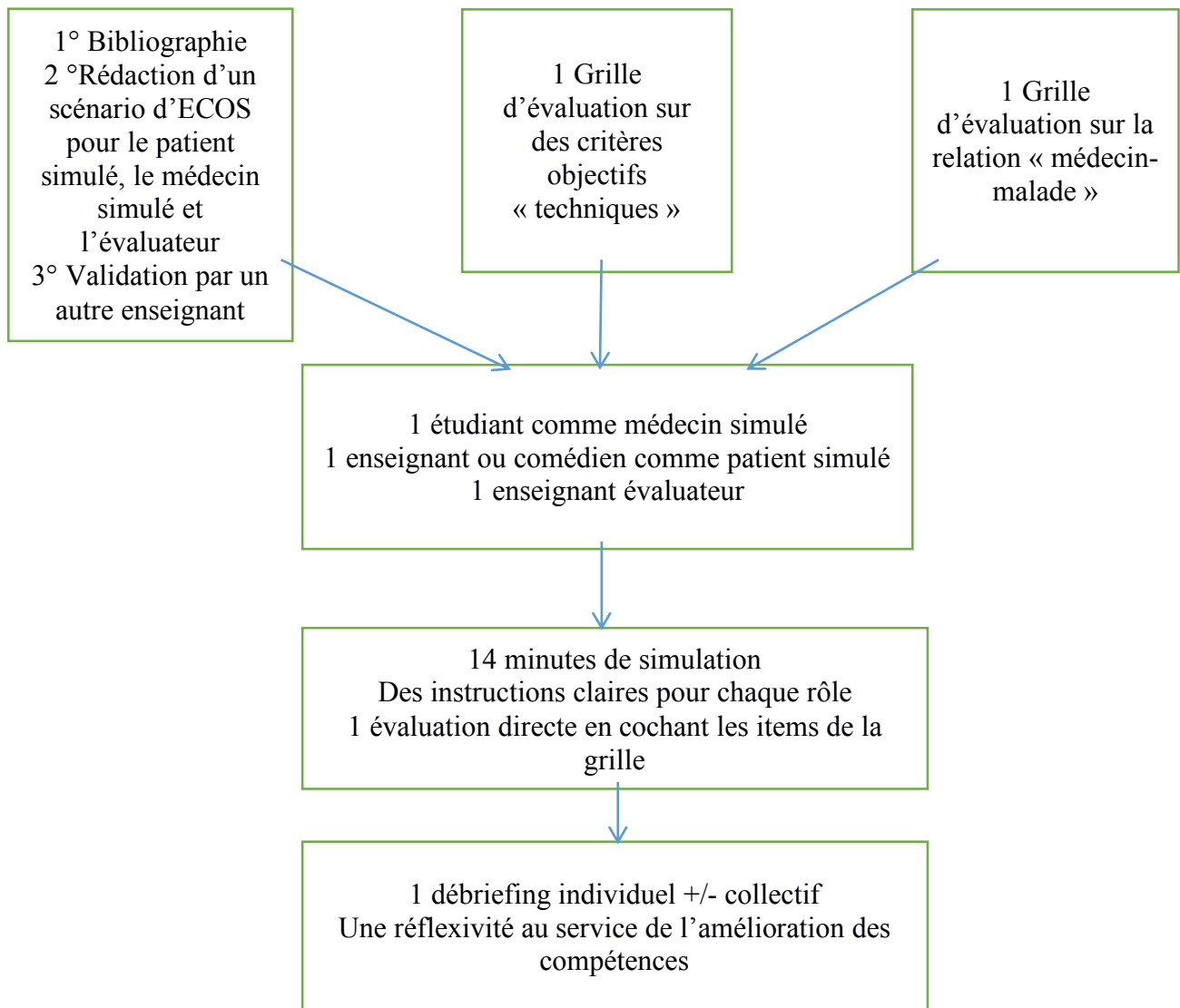
Les textes des ECOS sont écrits et réactualisés à l'aide de documents validés.

C'est donc une évaluation formatrice qui permet [15] :

- De faire le point sur l'application pratique de ses connaissances acquises tout au long de son cursus d'études
- De tester ses compétences dans le cadre de la relation « médecin patient »
- D'échanger avec des « pairs » dans une démarche d'amélioration de ses compétences.

Notons que la faculté de Rouen organise des ECOS sanctionnant l'obtention du DES de Médecine Générale.

Le département de médecine générale de l'Université Paris Diderot organise des séries d'ECOS obligatoires dans une approche formative lors du stage de niveau I chez le praticien avec débriefings individuel et collectif.



*Description d'un ECOS au sein du Département de Médecine Générale de l'Université
Paris Diderot par A. ABADA & T. PERNIN, Janvier 2016*

b. Eléments pour évaluer des aptitudes linguistiques

L'article de Claire Tardieu transcrit la complexité de l'évaluation des compétences en langue [16].

Différentes méthodes existent : l'active, l'audiovisuelle ou encore l'approche communicative et cognitive.

Elles sont développées dans le tableau ci-dessous.

Types de méthode	Conception de la langue et de l'enseignement / apprentissage	Objet de l'évaluation
Méthode active	Langue, objet d'apprentissage, fin en soi. L'écrit est privilégié.	Connaissances linguistiques (lexicales, grammaticales), et culturelles (littérature, histoire, arts). Compétences de compréhension et de production écrites (commentaires de textes), de transposition (thème et version).
Méthode audiovisuelle	Langue : ensemble de structures permettant un apprentissage psittaciste.	Connaissances linguistiques (structures, lexique) acquises mécaniquement. Compétences "pré-communicatives" de compréhension et de production orales guidées (l'écrit étant un "oral scripturé", selon Bailly [1997 : 53]).
Approche communicative et cognitive	Langue : moyen de communication authentique, outil à maîtriser	Connaissances linguistiques (lexicales, grammaticales, fonctionnelles, phonologiques, culturelles, méthodologiques). Compétences de communication orale et écrite dans une perspective d'autonomie. Méta-compétences de réflexion sur la langue, l'apprentissage, la culture.

Le CECRL (Cadre Européen Commun de Référence en Langue) fournit des critères qualitatifs pour la production écrite ou orale, avec, pour chacun, une grille situant le niveau de réussite de A1 à C2 [17].

UTILISATEUR EXPÉRIMENTÉ	C2	Peut comprendre sans effort pratiquement tout ce qu'il/elle lit ou entend. Peut restituer faits et arguments de diverses sources écrites et orales en les résumant de façon cohérente. Peut s'exprimer spontanément, très couramment et de façon précise et peut rendre distinctes de fines nuances de sens en rapport avec des sujets complexes.
	C1	Peut comprendre une grande gamme de textes longs et exigeants, ainsi que saisir des significations implicites. Peut s'exprimer spontanément et couramment sans trop apparemment devoir chercher ses mots. Peut utiliser la langue de façon efficace et souple dans sa vie sociale, professionnelle ou académique. Peut s'exprimer sur des sujets complexes de façon claire et bien structurée et manifester son contrôle des outils d'organisation, d'articulation et de cohésion du discours.
UTILISATEUR INDÉPENDANT	B2	Peut comprendre le contenu essentiel de sujets concrets ou abstraits dans un texte complexe, y compris une discussion technique dans sa spécialité. Peut communiquer avec un degré de spontanéité et d'aisance tel qu'une conversation avec un locuteur natif ne comportant de tension ni pour l'un ni pour l'autre. Peut s'exprimer de façon claire et détaillée sur une grande gamme de sujets, émettre un avis sur un sujet d'actualité et exposer les avantages et les inconvénients de différentes possibilités.
	B1	Peut comprendre les points essentiels quand un langage clair et standard est utilisé et s'il s'agit de choses familières dans le travail, à l'école, dans les loisirs, etc. Peut se débrouiller dans la plupart des situations rencontrées en voyage dans une région où la langue cible est parlée. Peut produire un discours simple et cohérent sur des sujets familiers et dans ses domaines d'intérêt. Peut raconter un événement, une expérience ou un rêve, décrire un espoir ou un but et exposer brièvement des raisons ou explications pour un projet ou une idée.
UTILISATEUR ÉLÉMENTAIRE	A2	Peut comprendre des phrases isolées et des expressions fréquemment utilisées en relation avec des domaines immédiats de priorité (par exemple, informations personnelles et familiales simples, achats, environnement proche, travail). Peut communiquer lors de tâches simples et habituelles ne demandant qu'un échange d'informations simple et direct sur des sujets familiers et habituels. Peut décrire avec des moyens simples sa formation, son environnement immédiat et évoquer des sujets qui correspondent à des besoins immédiats.
	A1	Peut comprendre et utiliser des expressions familières et quotidiennes ainsi que des énoncés très simples qui visent à satisfaire des besoins concrets. Peut se présenter ou présenter quelqu'un et poser à une personne des questions la concernant – par exemple, sur son lieu d'habitation, ses relations, ce qui lui appartient, etc. – et peut répondre au même type de questions. Peut communiquer de façon simple si l'interlocuteur parle lentement et distinctement et se montre coopératif.

Tableau 1 - Niveaux communs de compétences – Échelle globale

Le DNCL (Diplôme National de la Compétence en Langue) est destiné à évaluer les compétences en langue à l'aide de scénarii comme outils d'évaluation. Les quatre capacités langagières devant être prises en compte : la compréhension orale et écrite, l'expression orale et écrite.

Les situations proposées s'appuient sur la notion de compétences langagières transversales (telles que téléphoner, rédiger une lettre, faire une présentation ou un compte-rendu, comprendre un document écrit, comprendre une présentation, participer à une interaction, se renseigner, etc).

L'évaluation se fait à l'aide d'une grille de déroulement du scénario [18].

L'épreuve comporte cinq phases de résolution qui s'enchaînent dans un ordre logique.

PHASE	COMPÉTENCE	ACTIVITÉS
1 Contrôle	RÉCEPTION Reading comprehension	Collecter des informations à partir de documents écrits Restitution de l'information après sélection et analyse (fiche à remplir, questionnaire)
2 Contrôle	RÉCEPTION Viewing or Listening Comprehension	Collecter des informations à partir de documents sonores ou/et visuels Restitution de l'information après sélection et analyse (fiche à remplir, questionnaire)
3 Contrôle	RÉCEPTION PRODUCTION Interaction	Collecter d'autres informations Dialogue interactif (Téléphone ou interview) Restitution de l'information compléter fiches précédentes. + Evaluation de l'adéquation de l'interaction
4 Contrôle	PRODUCTION Writing	Ecrire un rapport ou une lettre Synthèse des informations recueillies Evaluation de la production écrite
5 Contrôle	PRODUCTION Speaking Interacting	Rapport oral/Présentation de la synthèse selon problème à résoudre et objectifs fixés Evaluation de la production orale + argumentation, négociation

Pour les ECOS que nous souhaitons créer, il ne s'agit pas d'évaluer seulement l'exactitude de l'expression du candidat, ses connaissances linguistiques (prononciation, grammaire, étendue du lexique) mais aussi sa capacité à effectuer des opérations en langue étrangère et à accomplir une tâche dans sa globalité.

c. Premier ECOS anglais médical au DMG

Lors des séances d'ECOS de décembre 2015, un jeu de rôle a été créé par T. Pernin avec comme thème : consultation de médecine générale anglophone [8].

Il s'agissait de pouvoir se présenter et comprendre le motif de consultation du patient, puis de recueillir les antécédents et habits de ce dernier et finalement de répondre à ses questions sur le système de soins français.

L'évaluation de compétences linguistiques s'est effectuée à l'aide d'une grille technique pondérée et d'une grille relationnelle, comme présentées ci-après.

<i>Savoir initier la consultation en anglais avec le patient (10 points)</i>	
Savoir se présenter formellement en anglais au patient	05/2.5/0
Comprendre le motif de consultation du patient qui relève de la demande d'information	5
<i>Recueil des informations cliniques pertinentes (30 points)</i>	
Comprendre l'antécédent familial de mucoviscidose chez le neveu	5
Comprendre les antécédents familiaux d'AVC = AVC chez le père à 43 ans	5
Evaluation d'une intoxication tabagique à 5 PA	05/2.5/0
Evaluation d'une intoxication éthylique occasionnelle	05/2.5/0
Comprendre la notion d'allergie à la pénicilline	5
Comprendre la notion de deux ATCD d'entorses	5
<i>Compréhension des questions sur le système de santé français (25 points)</i>	
Compréhension de la question sur l'utilité de la carte vitale	5
Compréhension de la question sur les mutuelles	5
Compréhension de la question sur le remboursement des soins	5
Compréhension de la question sur le parcours coordonné de soins	5
Compréhension de la question sur la prise en charge à 100%	5
<i>Explication du système de santé français (35points)</i>	
Explication de l'utilité de la carte vitale	5
Explication de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire / part des mutuelles	5
Explication du remboursement	2.5
Explication de la liberté du patient de choisir son médecin traitant et d'en changer à tout moment	5
Proposition de devenir son médecin traitant et de l'aider dans ses démarches	2.5
Conseiller de souscrire à une mutuelle	2.5
Explication du parcours de soins coordonnés généraliste/spécialiste	5
Explication du caractère d'éligibilité en ALD 30 / PEC 100%	5
Expliquer que le patient ne peut pas bénéficier d'un 100%	2.5
TOTAL	/100

GRILLE D'ÉVALUATION RELATIONNELLE PONDERE

ACCUEIL ET RECUEIL		
1.	Établit un accueil verbal (dit bonjour)	5
2.	Établit un contact visuel, regarde de face	5
3.	Demande les motifs de la consultation	5
4.	Ne coupe pas la parole au patient dans l'expression de ses plaintes	5
5.	Permet au patient d'exprimer ses attentes par rapport à la consultation	5
6.	Demande au patient d'exprimer ses craintes	5
7.	S'intéresse aux événements de la vie professionnelle ou personnelle pouvant influencer ou être modifiés par la pathologie en cours	5
8.	Exprime sa compréhension en clarifiant et reformulant	5
DECISIONS ET ACCOMPAGNEMENT		
9.	Affirme clairement sa position avec un message « je »	5
10.	Affirme clairement ses objectifs avec un message « je »	5
11.	Explique son projet au patient	5
12.	S'assure de la compréhension du projet par le patient	5
13.	S'assure de l' adhésion du patient au projet	5
14.	S'efforce de rassurer le patient	5
GESTION DE LA CONSULTATION		
15.	Répartition du temps avec ordre de priorité efficace TB / Moyen / Pas bien	10/05/00
16.	Discussion souple , incitant au dialogue, équilibre approprié TB / Moyen / Pas bien	10/05/00
17.	Gestuelle avenante, s'associant harmonieusement au verbal TB / Moyen / Pas bien	10/05/00
TOTAL		100

D. QUESTION DE RECHERCHE

L'ECOS paraît être un bon outil d'évaluation de l'amélioration du niveau d'anglais médical, tant sur le plan du vocabulaire que sur l'expression orale.

La première session d'ECOS à la faculté (décembre 2015) proposée aux internes débutant leur stage de niveau 1 chez le médecin généraliste en ville comportait un ECOS en anglais sur le système médical français et le recueil des antécédents médicaux [8].

A la fin de cette session, un débriefing collectif a pointé un engouement général pour l'ECOS en anglais.

Question de recherche : Comment créer et mettre en place deux ECOS d'anglais médical concernant des pathologies pulmonaires afin d'évaluer la progression en anglais médical des internes en médecine générale de l'université Paris Diderot participant à l'enseignement optionnel proposé ?

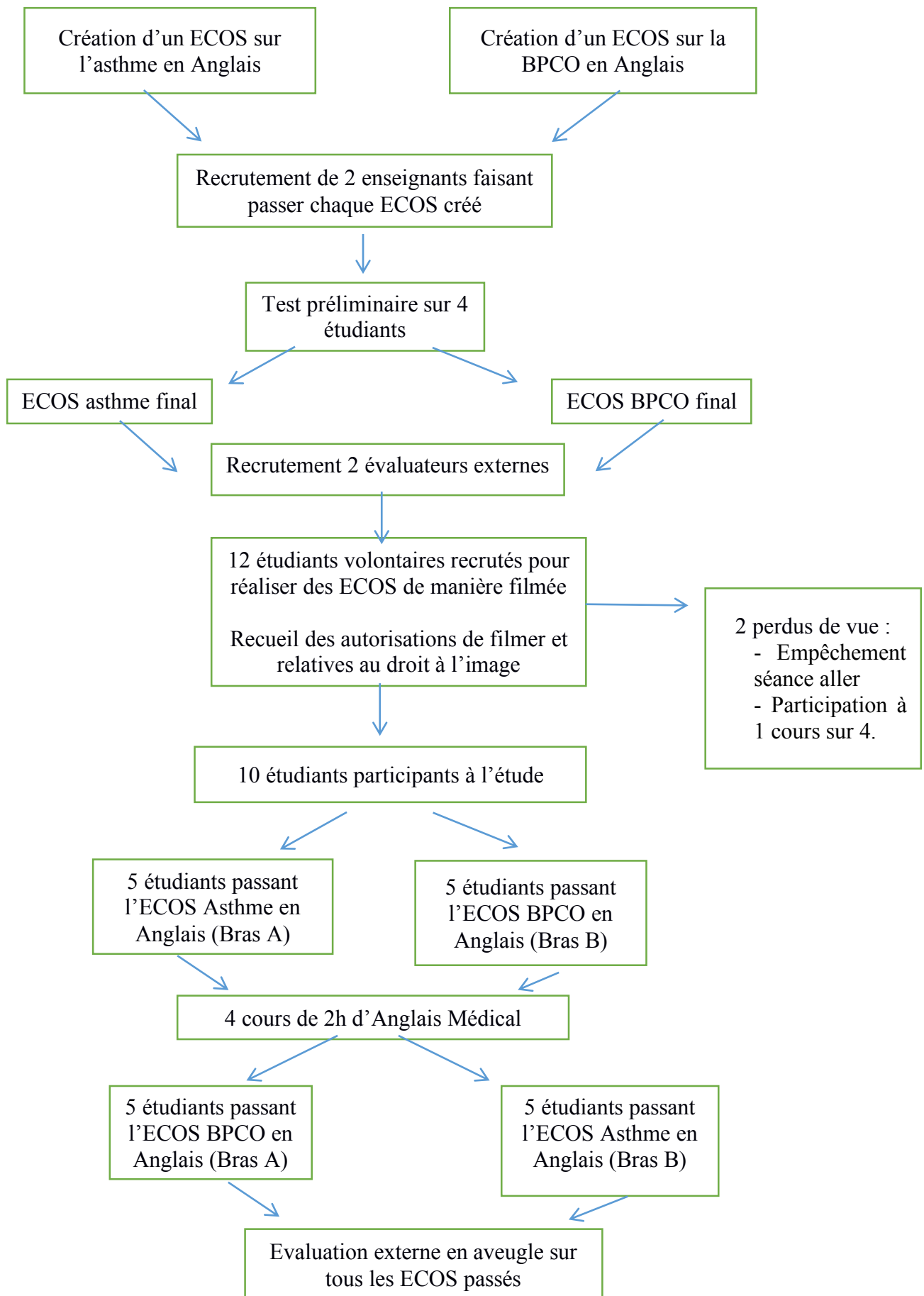
E. METHODOLOGIE

a. Généralités

Ce travail est une étude exploratoire, sur le plan pédagogique, par la création d'un support de formation ainsi qu'une évaluation d'acquisition de compétences.

Elle est aussi interventionnelle, non randomisée, monocentrique, jugeant une population d'internes en médecine générale.

Son déroulement est le suivant :



Dans ce cas, les deux enseignants faisant passer les ECOS sont :

- **Dr. Thomas Pernin**, enseignant d'anglais médical et médecin généraliste, qui joue le rôle du patient pour l'ECOS sur l'asthme
- **Professeur Jean-Pierre Aubert**, enseignant d'anglais médical et professeur en médecine générale, qui joue le rôle du patient pour l'ECOS sur la BPCO

La première version du jeu de rôle a été testée sur quatre étudiants, en janvier 2016. Le but était de voir si l'ECOS était réalisable puis l'optimiser en fonction des différentes tournures que prenaient les consultations.

Les étudiants ont été choisis de façon à représenter des profils différents :

- une anglophone en 6^{ème} année de médecine
- une interne de médecine générale, en troisième semestre, qui a déjà passé des ECOS
- une interne de médecine générale, en troisième semestre, qui a été présente aux cours d'anglais médical durant l'année 2015
- une interne de médecine générale, en premier semestre.

b. Descriptions des internes passant les ECOS

Les internes recrutés pour participer répondent aux critères d'inclusion suivants :

- être interne en DES de Médecine Générale à l'Université Paris Diderot
- être présent à au moins trois cours d'anglais médical sur les quatre pour l'année universitaire 2015/2016.

Aucun critère d'inclusion ou de non-inclusion ne portait sur l'âge, le sexe, la réalisation d'ECOS précédemment ou le nombre de semestres effectué.

Aucun calcul du nombre de sujets à inclure n'a été réalisé.

Durant cette étude, il y a eu deux limites de faisabilité chez 2 des 12 internes, qui ont donc été exclus de l'étude :

- Un des internes n'est pas venu à la première séance de jeu de rôle
- Le deuxième n'a participé qu'à un seul cours sur les quatre dispensés.

Les dix autres internes qui ont passé ces ECOS ont tous participé aux quatre cours.

Chacun a autoévalué son niveau d'anglais, à l'aide du tableau du cadre européen commun de référence pour les langues, présenté page 16.

La répartition est la suivante :

Etudiant	Semestre	Niveau CECR	Séance aller	Séance retour
Chanaëlle	3	B1	Asthme	BPCO
Gwendoline	2	C1	Asthme	BPCO
Fanny	3	B1	Asthme	BPCO
Pauline	3	B1	Asthme	BPCO
Jessica	1	B1	Asthme	BPCO
Maryline	1	C1	BPCO	Asthme
Awa	1	B1	BPCO	Asthme
Maria	3	B2	BPCO	Asthme
Mickaël	1	B1	BPCO	Asthme
Ophélie	1	B1	BPCO	Asthme

La séance aller a eu lieu le 9 février 2016 au DMG, 16 rue Henri Huchard dans le 18ème.

Les deux enseignants ont noté après cette première session que le niveau d'anglais global était homogène et relativement faible.

La séance retour a eu lieu au même endroit, le 12 avril 2016.

Il est à noter qu'aucun des internes ne connaissait le sujet abordé à chaque séance.

c. Description des évaluateurs externes

Ces trois évaluateurs externes ont été recrutés car ils sont parfaitement bilingues.

- **Dr. Laurence Baumann**, médecin généraliste, présidente du collège des enseignants généralistes de Paris Diderot, ancienne PhD student à Stanford, chargée d'enseignement au département de médecine générale à l'université Paris Diderot
- **Mme Cécile Arnaud-Henkel**, professeur d'anglais médical pour les DFGSM1 et 2 à la faculté de Paris Diderot.
- **Dr. Sean Freeman**, étudiant en troisième année de médecine à la faculté Paris 6, titulaire d'un doctorat en science et d'origine américaine, en France depuis 4 ans.

La qualité de ces personnes autorise une évaluation fiable de nos étudiants aussi bien sur le plan médical que linguistique. Leur rôle est de visualiser les vidéos des participants et de les noter à l'aide d'une grille d'évaluation.

Dr. Laurence Baumann n'a finalement pas pu évaluer ses vidéos. Elles ont donc été transmises aux deux autres évaluateurs. Mme Arnaud-Henkel et M. Freeman avaient déjà évalué leurs vidéos respectives au moment où les nouvelles vidéos leurs ont été transmises.

Mme Arnaud-Henkel a pris en charge :

Ophélie BPCO, Pauline BPCO, Fanny BPCO, Ophélie Asthme, Pauline Asthme et Fanny BPCO.
Puis, Maryline BPCO, Jessica Asthme, Maryline Asthme et Jessica BPCO.

M. Freeman a pris en charge :

Mickaël BPCO, Gwendoline BPCO, Chanaëlle Asthme, Maria BPCO, Mickaël Asthme, Gwendoline Asthme, Chanaëlle BPCO et Maria Asthme. Puis, Awa asthme et Awa BPCO.

Les quatre séances des cours d'anglais médical se sont déroulées les mardis 8 mars 2016, 22 mars 2016, 5 avril 2016 et 12 avril 2016.

Le traitement informatique des cinq heures de vidéo a été effectué sur un mois et demi.

Les vidéos ont été transmises aux évaluateurs fin mai.

L'ensemble des résultats des évaluations a été récupéré le 15 juillet 2016.

Le verbatim n'a pas été retranscrit à l'écrit, il est disponible par CD audio/vidéo pour mieux se rendre compte de la fluence verbale des étudiants.

d. Déroulement des ECOS

Ils durent au maximum quatorze minutes à partir du moment où l'interne prend la parole face au patient fictif.

Les ECOS proposés par le DMG Paris Diderot sont de 14 minutes, d'où ce temps imparti pour les nôtres.

Auparavant, quelques minutes ont été consacrées à l'explication du déroulement d'un ECOS et le rôle que l'étudiant devait jouer.

Ces ECOS ont été filmés et enregistrés par dictaphone.

Les autorisations du droit à l'image ont été signées par chaque participant (Annexe 1).

La séance retour, c'est à dire après les quatre cours d'anglais médical, s'est déroulée sur le même schéma que la séance aller.

L'outil d'évaluation retenu pour nos ECOS est une grille cotée avec pondération de compétences liées à l'expression et la compréhension en anglais et de compétences liées à la connaissance de la médecine générale.

Nous avons décidé que 60% des points seraient attribués à l'anglais et 40% aux connaissances médicales. Cette cotation s'est faite en accord avec les responsables du module d'enseignement de l'anglais médical.

e. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est la comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique pour les dix internes.

Les critères de jugement secondaires sont les comparaisons entre les séances Aller et Retour des variables suivantes :

- score médical et score total pour les dix internes ;
- score linguistique, score médical et score total pour chacun des groupes Asthme-BPCO et BPCO-Asthme ;
- score linguistique, score médical et score total pour chacun des deux cas ECOS (séances Aller et Retour pour l'Asthme, séances Aller et Retour pour la BPCO).

En raison du faible échantillon de l'étude, les données numériques ont été décrites en termes de médianes (minima – maxima).

Les comparaisons des scores ont été réalisées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon en cas d'échantillon apparié, ou du test de Wilcoxon – Mann Whitney dans le cas contraire (comparaison des scores pour chacun des deux cas ECOS).

Le seuil de significativité a été fixé 0,05.

En cas de différence significative, la différence entre les scores aux séances Aller et Retour a été décrite en termes de médianes (minima – maxima).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R, à partir de l'interface du site BiostaTGV (disponible à l'adresse : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

La médiane des gains de points sera recherchée, s'il y a une différence significative, seulement pour le score linguistique, le score médical et le score total pour les dix internes.

II. Création des ECOS

A. Création de l'ECOS sur l'asthme :

a. ECOS asthme du Département de Médecine Générale :

L'annexe 2 présente l'ECOS sur l'asthme présent dans la banque de donnée du DMG depuis 2001, qui a été mis à jour en 2015.

Le jeu de rôle repose sur un jeune homme de 25 ans, asthmatique connu, qui consulte pour un essoufflement permanent.

Le médecin doit effectuer un examen clinique, s'interroger sur son traitement et expliquer au patient comment faire un Débit Expiratoire de Pointe (DEP) ainsi que comment utiliser ses différents traitements.

b. Création de la première version de l'ECOS sur l'asthme

Pour sa création, il a été nécessaire de faire appel à deux types de références :

- Celles du collège des enseignants de pneumologie, référentiel pour la préparation de l'ECN, item 226 : asthme de l'adulte.

Notamment les paramètres permettant d'évaluer le contrôle de l'asthme selon l'HAS [19] :

Tableau 4 : Paramètres permettant d'évaluer le contrôle de l'asthme selon l'HAS

Paramètres	Valeur ou fréquence moyenne sur la période d'évaluation du contrôle (1 semaine à 3 mois)
1- Symptômes diurnes	< 4 jours / semaine
2- Symptômes nocturnes	< 1 nuit / semaine
3- Activité physique	normale
4- Exacerbations	légères*, peu fréquentes
5- Absentéisme professionnel ou scolaire	aucun
6- Utilisation de β -2 mimétiques d'action rapide	< 4 doses / semaine
7- VEMS ou DEP	> 85 % de la meilleure valeur personnelle
8- Variation nycthémérale du DEP (optionnel)	< 15 %
Exacerbation légère : exacerbation gérée par le patient, ne nécessitant qu'une augmentation transitoire (pendant quelques jours) de la consommation quotidienne de β -2 mimétique d'action rapide	

- Celles des modalités d'une prescription médicale anglaise, tirées du mémoire DIU de pédagogie en science de la santé : « Do you speak English doctor ? » de Thomas Pernin, 2015 [8] sont exposées ici :

Lire une prescription médicale anglaise :

Dosing frequency:

od = omni die (once a day)

bd / bid = bis in die (twice a day)

tds / tid = ter die sumendum (three times a day)

qds / qid = quater die sumendum (four times a day)

General instructions

prn = pro re nata (as required)

stat = statim (immediately - heard very often in episodes of E.R.

o.m = omni mane (in the morning) also written mane

o.n. = omni nocte (at night) also written nocte

a.c. = ante cibum (before food)

p.c. = post cibum (after food)

Duration of treatment

-/7 – number of days

-/52 – number of weeks

-/12 – number of months

La création de cette première version de l'ECOS sur l'asthme s'est construite en fusionnant certaines données du jeu de rôle français du département avec les recherches bibliographiques ci-dessus.

Ainsi, ce patient de 23 ans est asthmatique connu. L'observance de ses traitements a été mauvaise, il est dyspnéique.

Le médecin devra effectuer un interrogatoire et un examen clinique complets.

Il devra déchiffrer une ordonnance rédigée à l'anglosaxonne.

Enfin il expliquera au patient les différents examens complémentaires à effectuer (Annexe 3).

c. Test fait sur les étudiants

Pour rappel, le test a été effectué sur quatre étudiants en médecine en janvier 2016.

La plupart des questions au patient attendues de la part des médecins ont été correctement posées.

En revanche personne ne connaissait la signification des abréviations prn et bid sur les ordonnances.

Les étudiants ont témoigné d'un effet psychologique de l'utilisation de la langue anglaise pouvant paralyser leurs connaissances.

En conséquence, une nouvelle grille d'évaluation est mise en place (Annexe 4) :

- Pour l'asthme :
 - Coter peu l'atteinte ORL car peu recherchée et peut être moins pertinente sur l'évaluation globale
 - Faire apparaître les explications et l'utilisation du DEP
- Pour l'anglais :
 - Evaluer la capacité à se faire comprendre et non pas le niveau d'anglais
 - Ne pas coter la richesse du vocabulaire en anglais mais la capacité à trouver des mots/périphrases pour les rechercher
 - Expliquer en anglais la façon de réaliser des examens et de prendre les traitements

Il n'y a pas eu de modifications quant à l'écriture du scénario.

d. Cotation de la grille d'évaluation technique

Les descripteurs de la grille d'évaluation reprennent ceux du CECRL aux niveaux A2 et B1 notamment pour les points de 0 à 10 qui sont destinés à évaluer la prise de parole en continu (Annexe 5).

Il existe dans cette grille, pour la partie d'évaluation linguistique, des items où les notes se situent entre 0 et 5 ou entre 0 et 10.

Pour les points entre 0 et 5, la notation sera la suivante :

- 0. Non réalisé ou réalisé sans compréhension possible du patient ou avec compréhension erronée pour le patient
- 2.5. Réalisé avec la majorité du message compris par le patient
- 5. Réalisé avec toutes les dimensions clairement exprimées

Pour les points entre 0 et 10, la notation doit prendre en compte les aptitudes linguistiques globales, et se découpe en 3 sous parties :

CHAMP LEXICAL :

- 1. Pauvre
- 1.5 Acceptable/bon
- 2.5 Riche

MÉTHODOLOGIE LINGUISTIQUE : attitude face à ses erreurs, stratégies de communication, compréhension, gestion de l'imprévu, capacité de réaction :

- 1. Très faible
- 2. Faible
- 3. Acceptable
- 4. Bon
- 5. Très bon

PHONOLOGIE, débit, rythme ratio temps de parole/contenu :

- 1. Faible
- 1.5 Acceptable
- 2.5 Bon / Très bon

B. ECOS sur la BPCO

a. ECOS sur la bronchite du département de médecine générale

Aucun jeu de rôle sur la Broncho-Pneumopathie Obstructive Chronique n'est présent dans le stock d'ECOS du département.

Mais il en existe un sur la bronchite dans la banque de données du DMG de Paris Diderot depuis 2000.

Notons qu'il a été mis à jour en septembre 2013 (Annexe 6).

Le patient est un homme de 45 ans qui consulte pour une toux depuis plusieurs jours.

Le rôle du médecin est de mener un interrogatoire précis, ainsi qu'un examen clinique dans le but de trouver un diagnostic et la thérapeutique adaptée.

b. Création de la première version de l'ECOS sur la BPCO

La première version de l'ECOS sur la BPCO s'est inspirée du jeu de rôle sur la bronchite mais aussi de références bibliographiques issues du cours sur la broncho-pneumopathie obstructive chronique du collège des enseignants de pneumologie, référentiel pour la préparation de l'ECN [20].

Le but de ce jeu de rôle est de trouver le diagnostic de BPCO chez un patient en posant les questions appropriées.

En pratique, on diagnostique la BPCO pour la première fois lors d'une exacerbation de la maladie.

Le médecin doit donc chercher dans son interrogatoire :

- la majoration de la dyspnée
- une majoration du volume de l'expectoration et/ou de sa purulence
- +/- une majoration de la toux

Une fois le diagnostic effectué, une connaissance des différents examens complémentaires à demander sera requise :

- La spirométrie
- Le gaz du sang artériel
- Une imagerie thoracique : scanner ou radiographie.

Cette première version de l'ECOS met en scène un homme de 65 ans fumeur, qui tousse depuis plusieurs jours avec des crachats verdâtres et de temps en temps de petites hémoptysies.

Cela lui arrive l'hiver.

Le médecin conduira son interrogatoire et son examen clinique afin de trouver un diagnostic.

Puis il devra expliquer au patient la conduite à tenir face à sa pathologie (Annexe 7).

c. Test fait avec les étudiants

Après évaluation des quatre étudiants tests, la symptomatologie du patient ne paraissait pas assez claire.

Le patient toussait depuis plusieurs jours mais n'insistait pas sur le fait que cela faisait plusieurs années. De plus le fait d'avoir eu un épisode d'hémoptysie prêtait à confusion quant à une infection ou un cancer.

Aucun étudiant n'a posé de questions sur les vaccinations du patient fictif. Néanmoins, un généraliste se devant d'insister sur la prévention, cet interrogatoire n'a pas été ôté de l'ECOS.

Enfin, comme précédemment, on apprécie les connaissances linguistiques du médecin en fonction de sa capacité à comprendre et se faire comprendre.

Ainsi, les explications concernant le patient ont été modifiées comme suit :

- insistance sur le fait que cet homme fumeur toussait chaque hiver depuis plusieurs années,
- retrait des hémoptysies.

La version finale est présentée à l'annexe 8.

Nous avons deux ECOS créés et pré-testés.

Dans la grille d'évaluation, les items en italiques et en gras représentent les points pour lesquels l'anglais est évalué.

III. Résultats

A. Evaluation de l'ECOS sur l'asthme

Tableau 1 : points accordés à l'aptitude linguistique sur 60 points

ETUDIANTS	SEANCE	SCORE LINGUISTIQUE /60
Chanaëlle	Aller	42,5
Gwendoline	Aller	39,5
Fanny	Aller	35,0
Pauline	Aller	46,0
Jessica	Aller	31,0
Maryline	Retour	46,0
Awa	Retour	37,0
Maria	Retour	60,0
Mickaël	Retour	38,5
Ophélie	Retour	40,0

Tableau 2 : points accordés au score médical sur 40 points

ETUDIANTS	SEANCE	SCORE MEDICAL /40
Chanaëlle	Aller	22,0
Gwendoline	Aller	24,5
Fanny	Aller	27,0
Pauline	Aller	19,0
Jessica	Aller	10,0
Maryline	Retour	24,5
Awa	Retour	21,0
Maria	Retour	17,0
Mickaël	Retour	19,0
Ophélie	Retour	14,5

Tableau 3 : ensemble des points sur 100

ETUDIANTS	SEANCE	SCORE TOTAL /100
Chanaëlle	Aller	64,5
Gwendoline	Aller	64,0
Fanny	Aller	62,0
Pauline	Aller	65,0
Jessica	Aller	41,0
Maryline	Retour	83,0
Awa	Retour	61,0
Maria	Retour	83,0
Mickaël	Retour	58,0
Ophélie	Retour	60,0

B. Evaluation de l'ECOS sur la BPCO

Tableau 4 : points accordés à l'aptitude linguistique sur 60 points

ETUDIANTS	SEANCE	SCORE LINGUISTIQUE /60
Chanaëlle	Retour	46,5
Gwendoline	Retour	49,5
Fanny	Retour	40,5
Pauline	Retour	54,0
Jessica	Retour	39,0
Maryline	Aller	42,0
Awa	Aller	36,0
Maria	Aller	48,5
Mickaël	Aller	33,5
Ophélie	Aller	28,5

Tableau 5 : points accordés au score médical sur 40 points

ETUDIANTS	SEANCE	SCORE MEDICAL /40
Chanaëlle	Retour	27,5
Gwendoline	Retour	20,5
Fanny	Retour	27,0
Pauline	Retour	27,5
Jessica	Retour	19,5
Maryline	Aller	37,0
Awa	Aller	24,0
Maria	Aller	23,0
Mickaël	Aller	19,5
Ophélie	Aller	20,0

Tableau 6 : ensemble des points sur 100

ETUDIANTS	SEANCE	SCORE TOTAL /100
Chanaëlle	Retour	74,0
Gwendoline	Retour	70,0
Fanny	Retour	67,5
Pauline	Retour	81,5
Jessica	Retour	58,5
Maryline	Aller	66,5
Awa	Aller	57,0
Maria	Aller	65,5
Mickaël	Aller	52,5
Ophélie	Aller	43,0

C. Comparaison des deux séances

Tableau 7 : points accordés à l'aptitude linguistique sur 60 points

ETUDIANTS	SEANCE ALLER	SEANCE RETOUR	GAIN DE POINTS
Chanaëlle	42,5	46,5	+ 4,0
Gwendoline	39,5	49,5	+ 10,0
Fanny	35,0	40,5	+ 5,5
Pauline	46,0	54,0	+ 8,0
Jessica	31,0	39,0	+ 8,0
Maryline	42,0	46,0	+ 4,0
Awa	36,0	37,0	+ 1,0
Maria	48,5	60,0	+ 11,5
Mickaël	33,5	38,5	+ 5,0
Ophélie	28,5	40,0	+ 11,5

Tableau 8 : points accordés au score médical sur 40 points

ETUDIANTS	SEANCE ALLER	SEANCE RETOUR	GAIN DE POINTS
Chanaëlle	22,0	27,5	+ 5,5
Gwendoline	24,5	20,5	- 4,0
Fanny	27,0	27,0	+ 0,0
Pauline	19,0	27,5	+ 8,5
Jessica	10,0	19,5	+ 9,5
Maryline	24,5	37,0	+ 12,5
Awa	21,0	24,0	+ 3,0
Maria	17,0	23,0	+ 6,0
Mickaël	19,0	19,5	+ 0,5
Ophélie	14,5	20,0	+ 5,5

Tableau 9 : ensemble des points sur 100

ETUDIANTS	SEANCE ALLER	SEANCE RETOUR	GAIN DE POINTS
Chanaëlle	64,5	74,0	+ 10,5
Gwendoline	64,0	70,0	+ 6,0
Fanny	62,0	67,5	+ 5,5
Pauline	65,0	81,5	+ 16,5
Jessica	41,0	58,5	+ 17,5
Maryline	66,5	83,0	+ 16,5
Awa	57,0	61,0	+ 4,0
Maria	65,5	83,0	+ 18,5
Mickaël	52,5	58,0	+ 5,5
Ophélie	43,0	60,0	+ 17,0

D. Analyses statistiques

Le critère de jugement principal était la comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique pour les 10 internes.

Les critères de jugement secondaires étaient les comparaisons entre les séances Aller et Retour des variables suivantes : score médical et score total pour les 10 internes ; score linguistique, score médical et score total pour chacun des groupes Asthme-BPCO et BPCO-Asthme ; score linguistique, score médical et score total pour chacun des deux cas ECOS.

Le score linguistique pour les 10 internes augmentait en valeur absolue de 6,8 (1,0 – 11,5) points sur 60 ($p = 0,006$), entre les séances Aller et Retour (critère principal de jugement).

Le score médical et le score total pour les 10 internes augmentaient également entre les séances Aller et Retour de manière significative : 5,5 (4,0 – 12,5) points sur 40 ($p = 0,02$) et 13,0 (4,0 – 17,5) points sur 100 ($p = 0,006$), respectivement.

Il n'y avait pas de différence significative entre les séances Aller et Retour, tous scores confondus, pour les groupes Asthme-BPCO (Tableau 11), BPCO-Asthme (Tableau 12), Asthme Aller-Retour (Tableau 13).

Le score total aux séances Aller-Retour de la BPCO augmentait de manière significative ($p = 0,03$).

Tableau 10 : Comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique, du score médical et du score total pour les 10 internes (analyse sur échantillon apparié).

	Séance Aller (n = 10)	Séance Retour (n = 10)	p^*
Score linguistique / 60 points	37,5 (28,5 – 48,5)	43,3 (37,0 – 60,0)	<u>0,006</u>
Score médical / 40 points	20,0 (10,0 – 27,0)	23,5 (19,5 – 37,0)	<u>0,02</u>
Score total / 100 points	63,0 (41,0 – 66,5)	69,7 (58,0 – 83,0)	<u>0,006</u>

Les données sont : médiane (minimum – maximum). * Test des rangs signés de Wilcoxon.

Tableau 11 : Comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique, du score médical et du score total des groupes Asthme-BPCO (analyse sur échantillon apparié).

	Séance Aller (n = 5)	Séance Retour (n = 5)	p^*
Score linguistique / 60 points	39,5 (31,0-46,0)	46,5 (39,0-54,0)	0,06
Score médical / 40 points	22,0 (10,0-27,0)	27,0 (19,5-27,5)	0,28
Score total / 100 points	64,0 (41,0-65,0)	70,0 (58,5-81,5)	0,06

Les données sont : médiane (minimum – maximum). * Test des rangs signés de Wilcoxon.

Tableau 12 : Comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique, du score médical et du score total des groupes BPCO-Asthme (analyse sur échantillon apparié).

	Séance Aller (n = 5)	Séance Retour (n = 5)	p^*
Score linguistique / 60 points	36,0 (28,5-48,5)	40,0 (37,0-60,0)	0,06
Score médical / 40 points	19,0 (14,5-24,5)	23,0 (19,5-37,0)	0,06
Score total / 100 points	57,0 (43,0-66,5)	70,0 (58,5-81,5)	0,06

Les données sont : médiane (minimum – maximum). * Test des rangs signés de Wilcoxon.

Tableau 13 : Comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique, du score médical et du score total des groupes Asthme Aller Retour (analyse sur échantillon non apparié).

	Séance Aller (n = 5)	Séance Retour (n =5)	<i>p</i> *
Score linguistique / 60 points	39,5 (31,0-46,0)	40,0 (37,0-60,0)	0,46
Score médical / 40 points	22,0 (10,0-27,0)	23,0 (19,5-37,0)	0,66
Score total / 100 points	64,0 (41,0-65,0)	61,0 (58,0-83,0)	1

*Les données sont : médiane (minimum – maximum). *Test de Wilcoxon – Mann Withney.*

Tableau 14 : Comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique, du score médical et du score total des groupes BPCO Aller Retour (analyse sur échantillon non apparié).

	Séance Aller (n = 5)	Séance Retour (n =5)	<i>p</i> *
Score linguistique / 60 points	36,0 (28,5-48,5)	46,5 (39,0-54,0)	0,15
Score médical / 40 points	19,0 (14,5-24,5)	27,0 (19,5-27,5)	0,09
Score total / 100 points	57,0 (43,0-66,5)	70,0 (58,5-81,5)	<u>0,03</u>

*Les données sont : médiane (minimum – maximum). * Test de Wilcoxon – Mann Withney.*

IV. Discussion

Tous les internes témoignent d'une confiance accrue après leur formation en anglais.

Notons que l'intérêt pour l'enseignement de l'anglais médical est présent depuis longtemps dans les pays francophones et non francophones.

Les articles suivants en témoignent :

En 1995, à l'université de Monastir en Tunisie [21] : l'enseignement d'anglais en faculté de médecine a commencé de manière optionnelle pour les étudiants de première et deuxième années. Près de trois quart des étudiants se sont inscrits à ces cours, ce qui a incité l'institution à rendre l'anglais obligatoire et ce à tous niveaux pour une durée de trente heures par an avec examen en fin d'année. Les difficultés majeures observées étaient la répartition des cours (coupures possibles de 1 à 2 mois) et le niveau préalable des étudiants en anglais, surtout pour une faculté accueillant à l'époque 114 étudiants non tunisiens sur une promotion de 889.

Un article lithuanien de 2010 [22] explique que des étudiants polonais et lithuaniens privilégiaient les voyages à l'étranger ou le contact avec des locuteurs natifs, en comparaison avec les méthodes d'apprentissage en salle de classe ou en ligne, quant à l'apprentissage de l'anglais médical.

Un article chinois de 2011 [23] montre qu'une incapacité de communication en anglais favoriserait la critique quant à l'efficacité des soins hospitaliers de la part des patients étrangers. Le manque de communication en raison de la barrière linguistique pourrait mettre en danger la santé ainsi que la sécurité des patients étrangers et pourrait entraver leur accès aux ressources de soins de santé. En conséquence, devant le nombre croissant de patients étrangers, des cours d'anglais sont proposés aux infirmières pour un renforcement des compétences en communication en anglais.

Un article serbe de 2015 [24] explique que l'enseignement d'anglais médical doit être fondé sur des situations réelles, spécifiques, dans lesquelles la langue doit être utilisée.

Concernant les pays francophones :

Charles Vanbelle explique dans sa thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine en 2007 que lorsqu'une personne du corps médical souhaite faire des voyages humanitaires via Médecins Sans Frontière, l'anglais est un prérequis obligatoire [25].

Un article canadien de 2014 [26] met en évidence l'intérêt croissant pour la langue anglaise dans un contexte de mondialisation où les patients représentent des langues de plus en plus diverses. Il précise qu'il existe donc un potentiel de désengagement des soins de la part des patients lorsque les prestataires de santé ne parlent pas leur langue.

Environ un patient sur deux consultant les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) est de nationalité étrangère. L'université de Genève et les HUG sont en train de mettre en place un dispositif de traduction fiable du discours médical appelé « BabelDr ». Ainsi le médecin posera une question en français, à l'oral, et le système traduira dans la langue sélectionnée. Le patient pourra répondre par oui ou par non, à l'aide de gestes ; ce qui facilitera une compréhension mutuelle entre médecin et patient [27].

S'il est difficile de mettre en place de nouvelles et nombreuses heures d'anglais au sein d'une faculté, les deux ECOS développés ici présentent l'avantage d'offrir un entraînement fiable et facile à mettre en place.

Cette méthodologie peut être déclinée sur toutes sortes de pathologies et ainsi ouvrir le champ exploratoire du vocabulaire utilisé.

A cet effet, elle peut être proposée non seulement aux médecins en formation mais aussi à ceux ayant une pratique professionnelle ancienne et désirant enrichir et améliorer leur relation aux patients.

Les DU/DIU d'anglais médical existants pourraient par exemple être complétés par des ECOS adaptés à la spécialité visée.

Par ailleurs on peut tout à fait imaginer créer des ECOS d'anglais médical spécifiques à chacune des spécialités proposées à l'ECN.

Un des intérêts de cette étude est d'offrir un design novateur en créant et utilisant des ECOS avec une grille réfléchie afin d'évaluer des enseignements d'anglais médicaux dans un pays francophone. En effet, outre la formation et l'évaluation des élèves, un des objectifs de cette thèse était d'évaluer les enseignements d'anglais médical en prouvant une amélioration des internes ayant participé à l'ensemble des cours.

Ainsi, l'étude quantitative a mis en évidence une amélioration significative du niveau des internes tant sur le plan linguistique que médical, après les huit heures de cours d'anglais médical dispensées par la faculté Paris Diderot.

Toute étude comporte des biais qui peuvent engendrer des erreurs dans les résultats. Nous avons veillé à éviter un biais particulièrement significatif dans l'étude menée, celui de confusion.

La première séance a eu lieu en hiver, la seconde, après la formation en anglais, au printemps.

Pour ne pas présupposer un avant ou après formation en anglais nous avons habillé chaque participant du même pull pour la séance aller et la séance retour.

Pour optimiser l'unité il a été envoyé à chaque participant la veille de la séance retour une photo du pantalon/jupe porté à la séance aller.

Docteur Thomas Pernin



Séance aller



Séance retour



Séance aller



Séance retour

Un autre biais, celui de connaissances, dû à l'ancienneté en tant qu'interne pourrait influencer sur la partie « connaissance médicale » de l'ECOS.

En effet 50% des internes sont en premier semestre.

Cependant, aucun résultat dans les analyses statistiques n'avère ce biais.

La progression entre les séances Aller et Retour peut être biaisée par un phénomène lié à l'apprentissage.

En effet les internes connaissent désormais les ECOS et s'attendent donc à être évalués à la séance retour comme ils l'ont été à la séance aller. Ceci même s'ils n'étaient pas au courant du sujet sur lequel ils seraient interrogés. L'exercice est « apprivoisé ».

Par ailleurs, il est à noter que plusieurs mois de stage se sont écoulés entre la première et la seconde séance. Il serait logique que les internes, plus expérimentés, se sentent plus confiants et sereins. Rappelons aussi que durant les cours d'anglais des notions médicales ont été enseignées, ce qui conforte leur expérience.

L'impact de ces paramètres psychologiques liés à l'apprentissage effectué entre la séance aller et la séance retour n'aurait pu être évalué qu'à l'aide d'un groupe témoin qu'il n'était matériellement pas possible de mettre en place

Enfin, chaque évaluateur a pris généreusement de son temps pour cette thèse. Pour optimiser leur appréciation des étudiants il aurait fallu que chacun d'eux visionne l'ensemble des séances aller et retour. Cette démarche représentant plus de cinq heures ne pouvait pas leur être imposée.

Concernant l'évaluation des vidéos, ils se sont rejoints sur le fait que certains points n'ont pu être accordés aux internes car certaines réponses ont été données de façon spontanée lors de la réalisation de l'ECOS sur l'asthme. Ceci peut induire un déficit de points pour les internes de notre étude.

Ainsi l'expérience met en évidence qu'un jeu de rôle est patient et examinateur dépendants.

Si l'ECOS est évaluatif, l'intervention d'un comédien serait à privilégier. Ce dernier respecterait plus efficacement les consignes développées.

Si l'ECOS est formateur, l'intervention d'un soignant permettrait un jeu de rôle plus souple et moins protocolaire.

V. Conclusion

D'après Géo confluence, une revue géographique, le nombre de personnel médical étranger présent dans les pays développés a fortement augmenté depuis les années 1970, surtout dans les pays anglophones. Ainsi, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, les médecins étrangers représentent plus de 30% du personnel médical. Aux Etats-Unis et au Canada, cette proportion est supérieure à 20%. En revanche, en France, en Allemagne ou bien encore en Finlande, elle est inférieure à 10% [28].

L'objet d'étude de cette thèse s'inscrit donc en toute logique dans ces paramètres qui pointent une mobilité des médecins dans le monde depuis de nombreuses années.

Si la langue est un grand atout pour pouvoir communiquer avec les patients, la connaissance de leurs habitudes culturelles est aussi un point important. Depuis quelques années, la médiation interculturelle fait partie intégrante du paysage belge. La première expérience d'interprétariat médical eu lieu à l'initiative du CPAS (Centres Publics d'Action Sociale) d'Anvers, dans les années 70.

C'est en 1997 que la première tentative d'institutionnalisation de la médiation interculturelle dans les hôpitaux belges voit le jour. Le Ministère des Affaires sociales a créé une cellule de coordination de la médiation interculturelle et a financé la fonction de médiation interculturelle dans une vingtaine d'hôpitaux du pays.

Cette dernière réclame de la part des médiateurs des compétences spécifiques :

- *des connaissances linguistiques accomplies*: La maîtrise de la langue du pays d'accueil ainsi que celle d'origine des patients.
- *des connaissances socio-linguistiques approfondies* : Un même mot peut avoir une signification différente selon le milieu duquel est issue la personne.
- *des connaissances culturelles*: les rites, les habitudes, le savoir-faire, la connaissance des institutions belges et les us et coutumes du pays d'origine et du pays d'accueil...
- *des aptitudes permettant de dispenser des informations* : indiquer les droits sociaux ainsi que les obligations, explication des maladies et des traitements, explication du sens et de la portée des examens et des soins, contribution à l'éducation à la santé. Le médiateur interculturel peut aussi se voir amené à dispenser des informations sur les pratiques culturelles des patients au personnel soignant.
- *des attitudes préconisées par la médiation*: (neutralité, empathie, déontologie...).

En outre, la dissymétrie entre le patient migrant et le professionnel est encore accentuée par le fait que l'institution qu'est l'hôpital fonctionne selon des rites bien définis qui sont profondément étrangers aux références culturelles des migrants. La différence de statut entre le médecin et le patient, entre l'institution et l'usager, est une entrave de plus à la communication [29].

Les Hôpitaux Universitaires de Genève proposent aussi des consultations transculturelles qui apportent des conseils et une assistance directe aux professionnels de la santé qui peuvent rencontrer des difficultés dans des situations de soins interculturels [30].

Cette idée est développée dans les travaux de Kleinman à la fin des années 1970, à partir de ses recherches à Taïwan et aux Etats-Unis, avec son livre *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry* ont eu une influence considérable en anthropologie médicale et ont marqué les débuts de son courant interprétatif. Deux notions importantes y sont définies, celle du système de soins et celle du modèle explicatif.

Les systèmes de soins rassemblent les systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie. Kleinman insiste bien que « *c'est le système pris dans sa totalité qui soigne et non seulement les thérapeutes* ».

Il définit l'existence de modèles explicatifs de la maladie pour l'individu malade, pour sa famille et pour le praticien qu'il soit professionnel ou non. Seule une partie d'un modèle explicatif est conscient, le reste restant inconscient.

Les modèles explicatifs cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble et le traitement. Ils sont donc le principal moyen de construction de la réalité clinique.

La relation thérapeute-malade peut être conceptualisée comme une négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du médecin, à condition, bien sûr, qu'il y ait énonciation des deux et compréhension mutuelle [31].

La prise en charge d'un patient nécessite donc une approche globale qui peut être résumée par le trèfle transculturel ci-après [32].



Il est donc évident que l'anglais médical est une préoccupation présente à l'échelle internationale.

Dans ce contexte et à notre mesure, les ECOS d'anglais médical que nous avons mis en place participent à cette préoccupation et offrent un outil de formation supplémentaire pour les internes en médecine.

Ces deux ECOS validés sur l'asthme et la BPCO ont été très appréciés des internes.

Ils permettent aussi d'avoir une méthode d'évaluation des étudiants pour leur pratique pédagogique en anglais médical.

Ils sont enfin un apport pour les modules d'enseignement proposés permettant à ces derniers d'évoluer avec les années.

Bibliographie :

- [1] Les études de santé, enseignement supérieur et recherche, ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche, www.enseignementsup-recherche.gouv.fr
Date de publication 28.10.2015
- [2] Facultés de médecine de France, Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants, site internet www.isncca.org, dernière mise à jour en 2016.
- [3] Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. Légifrance.
- [4] Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicale, article 4. Légifrance.
- [5] UFR sciences de santé, Dijon, Anglais médical : santé.u-bourgogne.fr
- [6] Site internet de l'Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport (UNF3S), qui sommes-nous ? www.umvf.org Pas de date de dernière mise à jour.
- [7] « La pratique de l'enseignement d'anglais dans les facultés de médecine en France métropolitaine » par François Rannou, Jean-Pierre Charpy, Didier Carnet, Serge Poiraudreau et Marie-Annick Hamonet, France. Article paru dans La presse Médicale, Volume 36, Issue 5, Mai 2007, Page 794-798.
- [8] Mémoire pour le diplôme inter-universitaire de pédagogie en sciences de la santé : « Do you speak English doctor ? Réforme de l'anglais médical au sein du DES de médecine générale de l'université Paris Diderot et création d'un ECOS de consultation anglophone de médecine générale », Thomas Pernin, Université Paris Diderot, 2015.
- [9] Formation à la communication scientifique et interpersonnelle en anglais pour la santé : quelle prise en charge en formation initiale et en formation continue ? Vers une harmonisation de l'enseignement en France métropolitaine. Rita Camaré-Querci, Félicie Pastore, Jonathan Broner et Maelle Allibe. Pédagogie médicale 2010 ; 10 (4) : 281-292.
- [10] Communication de D. Carnet 13e Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale – Université de Nantes – 13 au 16 avril 1999

[11] Charte « Enseignement de l'anglais dans les facultés de médecine en France Métropolitaine » par l'ANEMF et GERAS, mise à jour provisoirement en octobre 2012.

[12] Traduction libre de Watson et al., 2002 cité dans Rushfort, 2006, p482

[13] Evaluation of undergraduate students using Objective Structured Clinical Evaluation by Rentschler DD, Eaton J, Capiello J, McNally SF, McWilliam P. Article publié dans The Journal of nursing education, mars 2007, 46(3) : 135-9.

[14] L'examen clinique objectif structuré (ECOS), midi pédagogique, 16 novembre 2011, Myriam Asri, professeur clinicienne, département des sciences infirmières, UQTR. Conférencière invitée, ayant fait cette présentation au cours d'un séminaire de « Midi pédagogique », à l'université du Québec à Trois-Rivière (UQTR).

[15] Guide pour les examens de compétences cliniques (OSCE/ECOS) à l'usage des enseignants évaluateurs, HFR, université de fribourg/Faculté de sciences.
Examen final qui permet de tester les performances des compétences cliniques pour le Bachelor en médecine à l'université de Fribourg. Accepté par la Faculté des Sciences le 31/05/2010, version révisée du 30/05/2011.

[16] L'évaluation en langues : quelles perspectives ? Claire Tardieu, IUFM de Paris, Les Cahiers de l'Acedle, numéro 2, 2006, recherches en didactiques des langues, colloque Acedle, juin 2005.

[17] Les outils du conseil de l'Europe en classe de langue, Cadre européen commun et Portfolios, Francis Goullier, IGEN, représentant national français auprès de la Division des Politiques Linguistiques du Conseil de l'Europe, Les Éditions Didier, Paris 2005 ISBN 2-278-05845-2.

[18] La notion de scénario comme outil d'évaluation de la compétence en langue, présentation des objectifs et des options retenus dans le cadre du DNCL (Diplôme National de Compétences en langue), Actes de l'atelier Langue de spécialité du 33^e congrès de la SAES (Société des Anglicistes de l'Enseignement Supérieur), 1994.

[19] Collège des enseignants de pneumologie, référentiel pour la préparation de l'ECN, item 226 : asthme de l'adulte. Dépôt légal : novembre 2010, réactualisation en décembre 2009.

[20] Collèges des enseignants de pneumologie, référentiel pour la préparation de l'ECN, item 227 : Broncho-Pneumopathie Obstructive Chronique. Dépôt légal : novembre 2010, réactualisation en décembre 2009.

[21] Communication de B CHIR Mahmoud. 13e Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale – Université de Nantes – 13 au 16 avril 1999.

[22] Specialist English as a foreign language for European public health : evaluation of competencies and needs among Polish and Lithuanian students, *Linas Šumskas, Katarzyna Czabanowska, Raimonda Brunevičiūtė.. Article issu du journal Medicina (Kaunas). 2010 ; 46(1) : 51-60.*

[23] Internationalized medical care services increase need of health care providers to improve English communication skills. Hu li Za Zhi, Medical ward, Mackay memorial Hospital, 2011.

[24] Learning Medical English : a Prerequisite for Successful Academic and Professional Education, Nataša Milosavljević, Aleksandar Vuletić, Ljiljana Jovković. Article issu des Archives serbes de médecine Mars-Avril 2015 ; 143(3-4) : 237-40.

[25] « L'engagement humanitaire du corps médical : besoins et offres de formation spécifiques », thèse de docteur en médecine de Charles Vanbelle, 21 juin 2007 à Grenoble.

[26] Medical language proficiency : a discussion of interprofessional language competencies and potential for patient risk, Melodie Hull. Open Learning Faculty, Nursing and Medical English, Thompson Rivers University and Nursing Faculty, College of the Rockies, Canbrook, BC, Canada V1C6C9. 2014.

[27] BabelDr : Spoken Language Translation of Dialogues in the Médical Domain, université de Genève, www.babeldr.unige.ch. Date de dernière mise à jour : 24/05/2016

[28] Géo Confluences, Géographie de la santé : espaces et sociétés. Les flux internationaux de personnel de santé, une illustration des inégalités de développement ? Article de Virginie Chasles, Santé Individu Société, université Jean Moulin Lyon 3, publié le 28/06/2012.

[29] Es-Safi Latifa, « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », Pensée plurielle 1/2001 (n° 3), p. 27-34.

[30] Consultations transculturelle et interprétariat, Hôpitaux Universitaires Genève, www.hug-ge.ch, date de dernière mise à jour : 19/04/2016.

[31] Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle, O. Taïeb, F. Heidenreich, T. Baubet, M.R. Moro, Médecine et maladies infectieuses 35 (2005) 173-185

[32] Le trèfle transculturel, inspiré et modifié à partir du « *Cross-cultural framework* » du « *Manhattan Cross-Cultural Group* ». Issu de Disparité en santé : réalités locales et défis futurs, P. Bodenmann, A. R. Green. Revue Médicale Suisse 2012 ;2282-2286.

ANNEXES

Annexe 1

AUTORISATION D'EXPLOITATION DU DROIT À L'IMAGE VIDÉO

Entre :

Monsieur/Madame

Né(e) le

A

Demeurant au

Dénommée ci-après « le sujet filmé »

Et :

Madame Aliénor ABADA

Née le 26/04/1989

A Paris

Demeurant au 5 rue Méderic 75017 Paris

Dénommée ci-après « le vidéaste »

Je, soussigné(e) sujet filmé, autorise, sans réserve, Aliénor ABADA, vidéaste :

- A disposer pleinement et irrévocablement des images fixes ou en mouvements me représentant ainsi que des éléments sonores dont je suis l'émettrice, réalisés les 9/02/2016 et 12/04/2016 au 16 rue Henri Huchard Paris 18^{ème}
- A utiliser mes nom et prénom à des fins d'exploitation, ci-dessous définies.

Ces images et éléments sonores sont destinés à être reproduits, représentés et/ou adaptés, en tout ou partie, s'il y a lieu, dans le cadre de sa thèse de docteur en médecine, sur clé USB CR-ROM ou en ligne mais de façon restrictive, uniquement pour ceux ayant un rapport avec cette thèse.

Mais aussi pour l'utilisation au sein d'un congrès ou dans le cadre d'une formation.

Cette autorisation gracieuse vaut pour le monde entier et sans limite de durée.

Par la présente, je reconnais ne pas prétendre à une réparation d'un préjudice quel qu'il soit du fait de l'utilisation de mon image.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Paris, le

Lu et approuvé

Annexe 2

ECOS sur l'asthme du DMG Paris Diderot

Voici un jeu de rôle sur l'asthme qui se trouve dans la banque de données du DMG de Paris Diderot depuis 2001.

Notons qu'il a été mis à jour en septembre 2015

N° 03 Asthme

AUTEUR: A.Eddi

DATE CREATION : 2001

DATE DERNIERE MISE A JOUR: *(mois, année)* septembre 2015

RELECTEURS : B. Lepoutre, M. Nougairede, P. Rabany, D. Huas, R. Wakim, L. Bunge

BIBLIOGRAPHIE *(référence précises, liens)*

Recommandations HAS 2004 Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_asthme.pdf

Recommandation SPLF 2007 asthme et allergie

<http://www.sp2a.fr/pdf/documents/recommandations-SPLF-asthme-allergie.pdf>

GINA 2015 Global Initiative for Asthma

http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_2015.pdf

MATERIEL ET DOCUMENTS EVENTUELS FOURNIS

DEP

Ventoline

Seretide diskus

DIRECTIVES POUR LE PATIENT SIMULÉ

1. Informations initiales concernant le patient

Vous vous appelez Michel, vous avez 25 ans et vous êtes asthmatique depuis l'âge de 15 ans.

Vous vous rendez chez votre médecin que vous avez vu la dernière fois il y a trois mois.

2. Directives pour l'entretien

Motif de consultation, consignes pour le début de l'examen

"Bonjour Docteur, je viens vous voir parce que je suis un peu plus essoufflé en ce moment"

Histoire de la maladie actuelle

Vous consultez votre médecin de famille pour une sensation d'essoufflement qui va en se majorant depuis près d'un mois. Vous prenez du Salbutamol une fois par jour.

Vous « aviez pris froid » en sortant du sport sous la pluie et pendant quelques jours que vous avez soigné tout seul. Tout est maintenant « rentré dans l'ordre » mais vous restez essoufflé.

Essoufflement permanent, y compris au repos, se majorant à l'effort. Elle ne s'accompagne pas d'oppression thoracique ni de douleur précordiale. La position couchée ne majore pas la symptomatologie et vous dormez à plat sans oreiller.

Votre traitement actuel comporte SERETIDE diskus (fluticasone et salmétérol) : 1 bouffée matin et soir prescrit depuis 24 mois ; il y a 1 mois vous n'avez pas repris le traitement car vous étiez en vacances et n'en aviez plus.

Données médicales

Vous pesez 68kg pour 1m73

ATCD personnels néant, en dehors de l'asthme de découverte récente (9 mois).

ATCD familiaux: père asthmatique; mère: ras, 1 frère et 1 sœur: ras

Tabac : Vous ne fumez que lors de sorties entre amis, soit en moyenne 0 à 5 cig/sem

Pas d'animaux à la maison ou dans votre entourage. Pas d'allergie connue

Votre meilleur DEP (au cabinet du MG, vous n'avez pas de DMP chez vous) du temps où vous alliez bien était de 580. 380 ce n'est pas terrible quand on a 25 ans et qu'on va bien !!! (vous ne le donnez qu'à la demande du médecin),

Vous n'avez jamais consulté d'allergologue. Vous n'avez jamais fait d'EFR.

Données socioprofessionnelles

Vous vivez chez vos parents. Vous êtes étudiant (études d'économie)

Attitude pendant l'entretien

Vous ne comprenez pas pourquoi le traitement contre l'asthme « ne marche pas bien »

Manipulation du spray

Quand votre médecin vous fait manipuler votre spray, vous simulerez une mauvaise coordination "main-bouche" : 1 inspiration, puis seulement ensuite, 1 pression sur la valve.

Si votre médecin ne se rend pas compte de la mauvaise manipulation de votre spray n'insistez pas. S'il ne fait pas manipuler le spray, attendez puis essayez de le lui suggérer en répétant « j'espère que j'utilise bien ma ventoline on Seretide car j'ai l'impression qu'il n'agit pas »

DIRECTIVES POUR L'OBSERVATEUR

1. Remarques générales

Objectif global de l'ECOS : gestion du renouvellement d'un traitement, évaluation du contrôle de l'asthme.

- Savoir proposer et faire réaliser un DEP.
- Savoir expliquer la différence entre traitement de fond et traitement des crises.
- Faire manipuler les sprays pour vérifier la façon dont le patient le prend.
- S'il se rend compte de la mauvaise manipulation il doit donner de nouvelles explications sur la façon de s'en servir correctement, vous montrer lui-même le mode opératoire et vérifier ensuite sa bonne prise.
- Il doit en être de même pour les explications sur la prescription, la posologie et la durée du traitement qui doivent être claires. Toutefois, si elles ne sont pas fournies, vous ne les réclamez pas.
- Interroger sur l'observance
- Organiser de façon claire et précise la surveillance et le rythme des consultations : proposer une consultation de suivi dans une semaine pour vérifier qu'il y a une amélioration de la dyspnée et programmer une autre consultation à 1 ou 2 mois.

2. Directives détaillées

Le patient simulé a comme directives de ne simuler une mauvaise coordination main-bouche que si le médecin lui demande de manipuler son spray ; toutefois il a pour consigne de suggérer (une seule fois supplémentaire) au médecin de vérifier cette manipulation si celui-ci n'y pense pas.

Le point le plus important de l'écos est la manipulation du spray, le diagnostic de mauvaise manipulation et la décision de ne pas augmenter le traitement mais de ré-expliquer l'utilité pour améliorer l'observance.

Un DEP devra faire partie du matériel abordé et simulé. +/- EFR

Les propositions d'examen complémentaires (radios, bilan allergologique, avis du pneumologue) peu logique dans cette situation où il faut dans un premier temps vérifier que tout rentre dans l'ordre avec une bonne prise des sprays, tous ces éléments ne donnent pas de points.

Données de l'examen

des sibillants diffus dans les 2 champs pas de signe de lutte.

- DEP : 320 l/mn
- examen clinique cardio vasculaire normal
- TA 12/8, pouls 68 régulier
- Le reste de l'examen est normal

DIRECTIVES POUR LE MEDECIN

La consultation se déroule à votre cabinet.

Vous recevez en consultation Michel, 25 ans, dont vous êtes le médecin de famille.

Michel est asthmatique depuis l'âge de 15 ans.

Sa dernière consultation remonte à 3 mois.

Autres données médicales et socioprofessionnelles

Il pèse 68kg pour 1m73

ATCD personnels néant, en dehors de l'asthme.

ATCD familiaux: père asthmatique; mère: ras, 1 frère et 1 sœur: ras

Il vit chez ses parents. Il est étudiant (études d'économie)

- Vous n'aurez pas d'examen physique à effectuer, mais l'examineur répondra à toutes les questions que vous poserez concernant cet examen.
- Faire les prescriptions

Annexe 3

Première version de l'ECOS sur l'asthme

DIRECTIVES POUR LE PATIENT :

❖ Information initiale :

McGrath Henri, 23 ans, anglophone.

Directives pour l'entretien :

Vous êtes au cabinet médical et vous ne parlez qu'anglais.

Quand vous entrez, si le médecin ne se présente pas vous lui demandez si c'est l'infirmier/infirmière, la/le secrétaire.

Pour l'examen clinique vous n'aurez rien à faire, tous les résultats seront donnés par l'évaluateur, qui possède les consignes.

Si le médecin vous demande, par exemple, de vous déshabiller, ne vous alarmez pas : ce ne sera que pour la forme.

Histoire médicale actuelle, à donner au médecin :

-Vous vous sentez essoufflé depuis plusieurs jours et vous tousssez mais sans frissons

→ my chest is tight and I have been coughing for a week now, without shaking

-Vous prenez de la ventoline

→ I use ventoline

-Quelques épisodes de sifflements, surtout quand vous courez, qui a entraîné un arrêt du sport depuis un mois.

→ I have got wheeze that's why I stopped having a physical activity for a month now

Autres données, si le médecin vous interroge dessus :

-Vous prenez du salbutamol 3 fois par jour, 2 bouffées, tous les jours depuis 5 jours

→ I use ventoline 3 times a day, 2 puffs, everyday since 5 days ago

-Vous fumez 5 cigarettes par jour depuis quatre ans.

→ I have been smoking 5 cig. a day since I was 19 years old

-Votre traitement de base est sur l'ordonnance que vous avez apportée. Cela fait un mois que vous ne prenez plus de SERETIDE car vous étiez parti en vacances.

→ I stopped taking my medications because I forget them at home while I was traveling abroad for holidays.

-Vous êtes revenu de vacances il y a 10 jours

→ I came back 10 days ago

-Vous êtes asthmatique depuis trois ans, sans autres ATCD médicaux ni chirurgicaux, quelques épisodes de déséquilibre d'asthme avec nécessité de majorer les traitements (périodes printanières) sans passage en réa

→ I've been diagnosed with asthma 3 years ago and have no other medical issues

→ Imbalance asthma in spring, increase treatment, no intensive care

-Votre père est asthmatique et votre mère a de l'eczéma. Sinon pas de problèmes médicaux dans la famille.

→ my father is asthmatic too, my mother has eczema

-Votre DEP habituel était à 550 ml/min.

→ usually my peak flow is about 550 mL/min

-Vous n'avez jamais consulté d'allergologue ni fait d'EFR.

→ I never saw an allergologist

→ I haven't done any exams

-Plutôt au printemps pour l'apparition de signes d'allergie (écoulement nasal, prurit oculaire, dyspnée)

→ allergic signs in spring (runny nose, itchy eye, shortness of breath)

-Vous ne vous réveillez pas la nuit en toussant

→ I don't wake-up coughing at night

-Vous avez arrêté le sport (tennis) car vous êtes trop essoufflé

→ I had to stop sports (tennis) because of my shortness of breath

Données socio-professionnelles et familiale :

-Célibataire, ingénieur en informatique, en France depuis 10 jours pour un an

→ I am single, IT engineer in France since 10 days ago and here for one year

-Vous vivez dans un studio dans Paris.

→ I live alone in a flat in Paris

-Pas d'animaux, pas de plantes, appartement aéré.

→ I have no pets, no plants, and an airy flat

-Pas d'alcool ni de drogue

→ no alcohol or drug

DIRECTIVES POUR L'OBSERVATEUR :

Remarques générales :

Cette consultation doit entièrement être réalisée en anglais.

L'objectif de cet ECOS est d'évaluer les capacités de l'élève à faire face à une conversation en anglais : c'est à dire sa capacité à comprendre et à se faire comprendre en anglais.

Le candidat a 14 minutes pour cet entretien.

La première partie sera consacrée à l'interrogatoire.

Vous vous attacherez à évaluer la façon dont le médecin se présente et aborde le motif de consultation.

Faire attention au vocabulaire utilisé pour :

- la demande des ATCD avec l'explication de son motif de consultation
- les caractéristiques de la toux
- l'évaluation de la consommation de tabac
- la recherche des symptômes en rapport avec l'asthme.

La deuxième partie sur l'examen clinique (le médecin devra demander au patient de se déshabiller, d'ouvrir la bouche... etc... vous pourrez ainsi communiquer les résultats de ce que le médecin cherche) mais le patient n'effectuera aucun geste.

Examen clinique, résultats à donner après chaque recherche faite par le médecin :

- Poids : 65 kg
- Taille : 1m80
- TA : 120/80
- Pouls 65/min, réguliers
- Saturation en O₂ : 99% en air ambiant
- Fréquence respiratoire : 20/min
- Température : 37,2°C/ 99°F ($T^{\circ}\text{F} = 1,8T^{\circ}\text{C}+32$)
- Auscultation pulmonaire : sibilants diffus dans les deux champs, sans signe de lutte
- Si le médecin fait dire 33 : normalité de l'examen
- DEP : 300 l/min (DEP théorique pour un homme de 23 ans d'1m80 est 608ml/min)
=>vérifier comment le médecin explique comment faire le DEP au patient
- Examen cardio-vasculaire normal
- Le reste de l'examen est normal

Enfin, durant les 3 dernières minutes vous demanderez au médecin d'expliquer l'utilisation du SERETIDE et de la VENTOLINE, et d'essayer de déchiffrer l'ordonnance que le patient a avec lui.

DIRECTIVES POUR LE MEDECIN :

Monsieur McGrath Henri a pris rendez-vous à votre cabinet en ce deux mai.
Il s'agit d'une première consultation avec vous.

La secrétaire médicale vous prévient que le patient est strictement anglophone.
La consultation sera donc exclusivement en anglais.

Durant la première partie de la consultation, après vous être présenté, vous vous attarderez sur l'interrogatoire (antécédents, motif de consultation, symptômes importants à rechercher).

Puis mènerez l'examen clinique. Vous demanderez au patient de se déshabiller, de respirer fort par la bouche, d'ouvrir la bouche...

Ceci pour évaluer vos performances linguistiques ; le patient ne se déshabillera pas réellement, ni n'ouvrira la bouche etc...

Les résultats de l'examen clinique et des constantes du patient vous seront communiqués par l'évaluateur.

Enfin, les 3 dernières minutes, l'évaluateur vous posera des questions sur l'ordonnance et sur l'utilisation de certains traitements.

Aucune prescription de traitement ni d'examen complémentaire n'est demandée pour cette consultation.

March 12th 2015
M. McGrath Henri, 23 years old

Fluticasone, Salmétérol 250 µg / 50 µg (seretide diskus) : one puff bid 7/7

Salbutamol (ventoline) : two puffs prn

Order for six months

Dr JOHNSON

Grille d'évaluation technique non pondérée :

Savoir initier la consultation en anglais avec le patient
Savoir se présenter formellement en anglais au patient
Comprendre le motif de consultation du patient
Recueil des informations cliniques pertinentes
Evaluation de l'intoxication tabagique (current smoking behavior)/ 1 PA
Depuis quand le patient est-il asthmatique
ATCD familiaux d'un terrain atopique (eczéma et asthme)
Richesse du vocabulaire utilisé
Toux sèche, productive (dry or wet cough)
Expectoration sale, jaune purulent, rose mousseux (dirty sputum, yellow purulent sputum, frothy and pink sputum)
Crachats de caillots de sang rouge/ du sang (to cough up clots of red blood/ to cough up blood)
Rhinorrhée/ renifler (to have the sniffles/ his nose is dripping)
Dyspnée, sifflements (shortness of breath/ a wheeze)
Douleur dans la poitrine (chest pain)
Être essoufflé : après l'effort, au repos (to get breathless after exertion/ at rest)
Douleur à la déglutition, mal à la gorge (sore throat)
Evaluation du contrôle de l'asthme
Observance du traitement : - oublis fréquents ? - difficultés à le prendre ?
Arrêt du sport à cause des symptômes (sports stopped)
Pas de réveils nocturnes (no wake up in night)
Aucune consultation chez l'allergologue (no allergologist consultation)
Aucun examen complémentaire concernant l'asthme (no exams)
Facteur déclenchant : arrêt du traitement de fond
Examen clinique
Demander au patient de se déshabiller (to remove the top)
Demander au patient de respirer profondément par la bouche (to take a deep breath)
Demander au patient d'ouvrir la bouche pour examiner la gorge (to put out/ stick out one's tongue)
Explications des examens complémentaires
RXT (chest X-Ray)
EFR avec VEMS, DEP (Pulmonary Function Test, VEMS : Forced Expiratory Volume in one second, pick flow)
Bilan allergologique
Avis pneumologue

Annexe 4

Nouvelle grille d'évaluation technique non pondérée, asthme :

Initier la consultation
<i>Savoir se présenter</i>
<i>Comprendre le motif de consultation</i>
Interrogatoire
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>
Les antécédents
ATCD médicaux -personnels -familiaux (atopiques)
Evaluation intoxication tabagique : -tabagisme actif -nombre de PA => nombre d'années => nombre de paquets
Le motif de consultation
Date de début des signes
Toux sèche, productive (dry or wet cough)
Fièvre
Rhinorrhée/ renifler (to have the sniffles/ his nose is dripping)
Douleur à la déglutition, mal à la gorge (sore throat)
Prurit oculaire (itchy eyes)
Dyspnée, sifflements (shortness of breath/ a wheeze)
Douleur dans la poitrine (chest pain)
Evaluation du contrôle de l'asthme
Observance du traitement : - oublis fréquents ? - difficultés à le prendre ?
Pas de réveils nocturnes (no nocturnal awakening)
Facteur déclenchant : arrêt du traitement de fond
Examen clinique
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>
<i>Demander au patient de se déshabiller (to remove the top)</i>
<i>Demander au patient de respirer profondément par la bouche (to take a deep breath)</i>
<i>Demander au patient d'ouvrir la bouche pour examiner la gorge (to put out/ stick out one's tongue)</i>
DEP - Faire faire le DEP - Explications sur comment effectuer le DEP
Fin de consultation
Evaluation de l'ordonnance : -savoir la signification de bid et prn ou expliquer la prise de ces traitements (2 fois par jour et à volonté) -savoir la signification de 7/7
Explications sur la prise de traitement : -ventoline -seretide

Nouvelle grille d'évaluation technique pondérée, asthme :

Initier la consultation	
<i>Savoir se présenter</i>	0 /2.5/5
<i>Comprendre le motif de consultation</i>	0/2,5
Interrogatoire	
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>	0 à 10
- <i>Champ lexical</i>	1/1.5/2.5
- <i>Méthodologie linguistique</i>	1/2/3/4/5
- <i>Phonologie</i>	1/1.5/2.5
Les antécédents	
ATCD médicaux - personnels	0 ou 2
- familiaux (atopiques)	0 ou 2
Evaluation intoxication tabagique : - tabagisme actif	0 ou 2,5
- nombre de PA	
=> nombre d'années	0 ou 2
=> nombre de paquets	0 ou 2
Le motif de consultation	
Date de début des signes	0 ou 2,5
Toux sèche, productive (dry or wet cough)	0 ou 2
Fièvre	0 ou 2,5
Rhinorrhée/ renifler (to have the sniffles/ his nose is dripping)	0 ou 0,5
Douleur à la déglutition, mal à la gorge (sore throat)	0 ou 0,5
Prurit oculaire (itchy eyes)	0 ou 0,5
Dyspnée, sifflements (shortness of breath/ a wheeze)	0 ou 5
Douleur dans la poitrine (chest pain)	0 ou 2
Evaluation du contrôle de l'asthme	
Observance du traitement : - oublis fréquents ?	0 ou 2
- difficultés à le prendre ?	0 ou 2
Pas de réveils nocturnes (no wake up)	0 ou 2,5
Facteur déclenchant : arrêt du traitement de fond	0 ou 2,5
Examen clinique	
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>	0 à 10
- <i>Champ lexical</i>	1/1.5/2.5
- <i>Méthodologie linguistique</i>	1/2/3/4/5
- <i>Phonologie</i>	1/1.5/2.5
<i>Demander au patient de se déshabiller (to remove the top)</i>	0 ou 3
<i>Demander au patient de respirer profondément par la bouche (to take a deep breath)</i>	0 ou 3
<i>Demander au patient d'ouvrir la bouche pour examiner la gorge (to put out/ stick out one's tongue)</i>	0 ou 2,5
DEP : - Faire faire le DEP	0 à 3
- Explications sur comment effectuer le DEP	0 à 10
- <i>Champ lexical</i>	1/1.5/2.5
- <i>Méthodologie linguistique</i>	1/2/3/4/5
- <i>Phonologie</i>	1/1.5/2.5
Fin de consultation	
<i>Evaluation de l'ordonnance : -savoir la signification de bid et prn ou expliquer la prise de ces traitements (2 fois par jour et à volonté)</i>	0 /2 / 4
-savoir la signification de 7/7	0 ou 2
<i>Explications sur la prise de traitement : - ventoline</i>	0/2,5/5
- seretide	0/2,5/5
TOTAL	/100

Annexe 5

Grille d'évaluation de l'expression orale en continu, grille en français

Evaluation en anglais des lycéens.

Académie de Toulouse, site des langues vivantes.

Date de mise en ligne du document 24/11/2008.

www.pedagogie.ac-toulouse.fr

GRILLE D'ÉVALUATION – EXPRESSION ORALE EN CONTINU

Nom : Classe : Sujet : Note : /20

	VOCABULAIRE	GRAMMAIRE	PHONOLOGIE	COHÉRENCE / COHÉSION	PRÉCISION	AISANCE
B1	Possède un vocabulaire suffisant pour s'exprimer à l'aide de périphrases. 4 pts	En règle générale, a un bon contrôle grammatical malgré de nettes influences de la langue maternelle. 4 pts	La prononciation est clairement intelligible même si un accent étranger est quelquefois perceptible et si des erreurs de prononciation proviennent occasionnellement. 2 pts	Peut relier une série d'éléments courts, simples et distincts en un discours qui s'enchaîne. 3 pts	Peut expliquer les points principaux d'une idée ou d'un problème avec une précision suffisante. 4 pts	Peut s'exprimer avec une certaine aisance. Malgré quelques problèmes de formulation ayant pour conséquence pauses et impasses, est capable de continuer effectivement à parler sans aide. 3 pts
	Montre une bonne maîtrise du vocabulaire élémentaire mais des erreurs sérieuses se produisent encore quand il s'agit d'exprimer une pensée plus complexe. 3 pts	Peut se servir avec une correction suffisante d'un répertoire de tournures et expressions fréquemment utilisées. 3 pts			Peut transmettre une information simple, en mettent en évidence quel point lui semble le plus important. Peut exprimer l'essentiel de ce qu'il / elle souhaite de façon compréhensible. 3 pts	Peut discourir de manière compréhensible même si les pauses pour chercher ses mots et pour faire ses corrections sont très évidentes, particulièrement dans les séquences plus longues de production libre. 2 pts
A2	Possède un répertoire restreint ayant trait à des besoins quotidiens concrets. 1 pt	Peut utiliser des structures simples correctement mais commet encore systématiquement des erreurs comme, par exemple, la confusion des temps et l'oubli de l'accord. Cependant le sens général reste clair. 1 pt	La prononciation est en général suffisamment claire pour être comprise malgré un net accent étranger. 1 pt	Peut utiliser les articulations les plus fréquentes pour relier des énoncés afin de raconter une histoire ou décrire quelque chose sous forme d'une liste de points. 2 pts	Peut communiquer ce qu'il / elle veut dire dans un échange d'information limité, simple et direct. 1 pt	Peut se faire comprendre dans une brève intervention, même si la reformulation, les pauses et les faux démarrages sont très évidents. 1 pt
				Peut relier des groupes de mots avec des connecteurs simples tels que « et », « mais » et « parce que ». 1 pt		

Annexe 6

ECOS sur la bronchite du DMG Paris Diderot

N° 06 Bronchite

AUTEUR: JL. Weiler Creteil

DATE CREATION : 2000

DATE DERNIERE MISE A JOUR: *(mois, année)* septembre 2013

RELECTEURS : B. Lepoutre, H. Falcoff - F. Noël, G. Leroux, V. Renard , JP Aubert, B Lepoutre, M Budowski, L. Bunge

BIBLIOGRAPHIE *(référence précises, liens)*

MATERIEL ET DOCUMENTS EVENTUELS FOURNIS

certificat d'arrêt de travail

DIRECTIVES POUR LE PATIENT SIMULÉ

1. Informations initiales

DOMINGUES Alberto, 45 ans

2. Directives pour l'entretien

Vous êtes vu au cabinet médical.

Consignes pour le début de l'entretien

“ Depuis trois jours, je tousse ”

Histoire médicale actuelle

Vous ne donnerez les informations suivantes que si elles vous sont demandées.

Vous avez commencé par avoir des frissons, de la fièvre (mais vous ne l'avez pas prise), mal à la tête, à la gorge, les oreilles bouchées, à moucher plutôt clair.

Une toux sèche brûlante derrière le sternum est apparue depuis trois jours.

Maintenant vous crachez un peu. Des crachats blancs. Vous êtes fatigué. Vous n'êtes pas gêné pour respirer. Vous avez la bouche pâteuse et vous avez soif. Vous avez des courbatures. L'aîné de vos fils (15 ans) a toussé et eu quelques jours de fièvre la semaine dernière. Votre femme vous a donné du PARACETAMOL, des gouttes pour le nez et un “ pschitt ” pour la gorge, mais ce ne fut pas très efficace. Vous n'avez pas pris de sirop.

Autres données

Vous avez fumé 1 paquet par jour depuis l'âge de 20 ans et arrêté à 28 ans

Vous refumez 20 cigarettes par jour depuis 3 ans.

Vous consommez des boissons alcoolisées modérément, un verre de vin aux repas, apéritifs avec les amis le week-end parfois. Vous aimez votre travail, pas de problème particulier. Vous n'avez pas d'antécédent de maladie respiratoire type asthme, bronchite chronique, etc., à part une bronchite il y a 2 ans. Vous n'avez pas de maladie particulière. Vous avez été opéré d'un doigt suite à un accident de travail, mais il n'y a aucune séquelle ; celui-ci date de 10 ans.

Données socio-professionnelles et familiales:

Marié - deux enfants. Maçon depuis 25 ans. Originaire du Portugal. Vous parlez et comprenez le français parfaitement. Vous habitez la France depuis 20 ans

Attitude pendant l'entretien

Vous êtes plutôt coopérant avec le médecin.

Vous désirez un arrêt de travail de quelques jours, au moins trois.

DIRECTIVES POUR L'OBSERVATEUR

1. Remarques Générales

L'objectif de cet ECOS : faire le diagnostic de bronchite et de préciser l'attitude thérapeutique.

Faire attention à la recherche : de contexte épidémique (atteinte d'autres personnes de l'entourage), de signes ORL, comme écoulement du nez, douleurs de gorge, etc...

des caractéristiques de la toux avec beaucoup de détails,

Antécédents en particulier pulmonaires.

Faire attention au vocabulaire employé par le candidat.

Mode de vie : il s'agit de la situation socio-économique, professionnelle du patient avec son hygiène de vie (Tabac, alcool,...)

Le candidat doit faire le diagnostic de bronchite et prescrire un traitement qui ne comporte pas d'antibiotique en première intention ;

Le suivi par téléphone à court terme et la redemande de consultation avec description des signes d'aggravation doivent être évoqués par le candidat.

Le candidat a 14 minutes pour cet entretien.

2. A la demande du candidat, vous lui donnerez les éléments de l'examen clinique page 7

3. Signal au patient simulé

Aucun

Examen clinique

- Bon état général,
- Poids : 72 kg
- Taille : 1m75
- T.A. : 13,5/8
- Fréquence cardiaque : 88
- Température : 37°9
- Auscultation pulmonaire : “ quelques râles bronchiques ”
- Percussion : normale
- Fréquence respiratoire : 20/m
- Cyanose : 0
- Gorge érythémateuse
- Tympan : RAS
- Palpation des sinus indolore
- Le reste de l'examen est normal

DIRECTIVES POUR LE MEDECIN

Monsieur DOMINGUES Alberto a pris rendez-vous à votre Cabinet.

Il s'agit d'une première consultation.

Vous avez 14 minutes pour mener l'entretien de ce patient, afin de poser un diagnostic et écrire une ordonnance ;

Vous n'aurez pas à examiner le patient. L'examen clinique vous sera communiqué dès que vous le demanderez.

Vous avez un diagnostic et un traitement à proposer au patient.

Annexe 7

Première version de l'ECOS sur la BPCO

DIRECTIVES POUR LE PATIENT SIMULÉ :

1. Information initiale

DENIS Francis, 65 ans, anglophone.

2. Directives pour l'entretien :

Vous êtes au cabinet médical en ce deux décembre et vous ne parlez qu'anglais.

Pour l'examen clinique vous n'aurez rien à faire, tous les résultats seront donnés par l'évaluateur, qui possède les consignes.

Si le médecin vous demande, par exemple, de vous déshabiller, ne vous alarmez pas : ce ne sera que pour la forme.

Consignes pour le début d'entretien :

« Depuis quelques jours, je tousse »

Histoire médicale actuelle, à donner au médecin :

-Vous tousssez depuis plusieurs jours.

→ I cough since a while

-Vous avez mal à la gorge et vous crachez un peu vert.

→ I can't swallow, i spit out phlegm when i cough

-Vous avez l'habitude d'avoir ces symptômes depuis plusieurs années et à plusieurs reprises durant l'hiver, avec une difficulté à respirer.

→ my chest is tight.

-Vous essayez de diminuer le nombre de cigarettes par jour

→ I'm trying to reduce smoking

Autres données, si le médecin vous interroge dessus :

-Vous fumez depuis l'âge de 18 ans 20 cigarettes par jour.

→ I smoke since my 18 years old, about 20 cigarettes a day

-Vous consommez très peu d'alcool.

→ I don't drink alcohol

-Vos antécédents médicaux se résument à une HTA connue et traitée depuis 6 ans par AMLOR 10mg un comprimé par jour.

→ I use amlor for my high blood pressure

-Vos parents sont décédés de vieillesse, sans maladie particulière.

→ my parents are passed away, no particular disease

-Vous avez un petit fils qui a la mucoviscidose.

→ my grandson have fibrocystic disease

-Vous n'avez jamais consulté de médecin pour ces « bronchites », vous vous auto-médiquez par de l'augmentin.

→ for this symptoms i alway take antibiotic to treat it by myself

-Cette fois-ci vous avez même remarqué qu'il y avait quelques filets de sang dans vos derniers crachats.

→ cough up blood

-Vous avez mal à la gorge quand vous avalez, ça a commencé quelques jours après que la toux se soit installée.

→ I can't swallow

- Vous avez eu quelques épisodes de frissons suivi d'une sensation de froid mais vous n'avez pas pris votre température.

→ I was feverish

-Vous n'avez pas de nausée, pas de vomissements, pas de trouble du transit, pas de signes fonctionnels urinaires.

→ no nausea, no vomiting, my stools are ok, don't have burning sensation when i pee

-Pas de voyage récent.

→ no travelling

-Votre maison est souvent aérée, pas de moisissures, pas d'animaux.

→ airy house, no mold, no pets

-Vous avez fait une fois dans votre vie le vaccin de la grippe, il y a bien longtemps.

→ I did once a time influenza vaccine

-Vous êtes vacciné contre la coqueluche car vous êtes souvent en contact avec vos petits enfants.

→ I'm vaccine against whooping cough

-Personne dans les gens qui vous entoure n'a d'infection virale ces derniers jours.

→ anyone is sick around me

Données socio-professionnelles et familiales :

-Marié, deux enfants, quatre petits enfants.

→ married, two children, four grandson.

-A la retraite depuis un an et demi, ancien directeur comptable.

→ retired since a year and half, former accountant director

-Vous vivez dans une maison en banlieue parisienne avec votre femme. Vous voyez régulièrement vos enfants et vous gardez fréquemment vos petits enfants.

→ I live in a house, i often see my family

-Vous faites un peu de jardinage avec votre femme.

→ some gardening

-Vous jouez au golf plusieurs fois par semaine avec des amis.

→ I play golf

DIRECTIVES POUR L'OBSERVATEUR :

1. Remarques générales :

Cette consultation doit entièrement être réalisée en anglais.

L'objectif de cet ECOS est d'évaluer les capacités de l'élève à faire face à une conversation en anglais ainsi que ses connaissances linguistiques.

Evaluer la façon dont le médecin se présente et aborde le motif de consultation.

Faire attention au vocabulaire utilisé pour :

- la demande des ATCD avec l'explication de son motif de consultation
- la recherche des signes ORL
- les caractéristiques de la toux
- l'évaluation de la consommation de tabac.

Le candidat a 14 minutes pour cet entretien.

Examen clinique :

- Léger amaigrissement (perte de 2kg en quelques mois)
- Poids : 78 kg (poids de forme 80 kg)
- Taille : 1m82
- TA : 14/8
- Pouls : 90/min
- Température : 37,2 °c
- Fréquence Respiratoire : 20/min
- Auscultation pulmonaire : râles bronchiques diffus, sans crépitants
- Hippocratisme digital
- Pas de cyanose
- Gorge érythémateuse sans signe d'angine
- Tympan RAS
- Palpation des sinus indolore
- Crachats jaunâtres
- Pas de signe de conjonctivite
- Pas d'obstruction ni d'écoulement nasal
- DEP non à effectuer

DIRECTIVES POUR LE MEDECIN :

Monsieur DENIS Francis a pris rendez-vous à votre cabinet en ce deux décembre, le froid est arrivé doucement.

Il s'agit d'une première consultation avec vous.

Vous, ainsi que le patient ne parlez qu'anglais.

Vous avez 14 minutes pour vous présenter, mener l'entretien sur ses antécédents et son motif de consultation afin de poser un diagnostic et d'expliquer la conduite à tenir face à cette pathologie (explications de la maladie et prescription d'examens complémentaires). Aucune prescription de traitement n'est demandée pour cette consultation.

Vous n'aurez pas à examiner réellement le patient mais vous devez vous comporter comme si vous l'examiniez. L'examen clinique vous sera communiqué dès que vous le demanderez.

Grille d'évaluation technique non pondérée :

Savoir initier la consultation en anglais avec le patient
Savoir se présenter formellement en anglais au patient
Comprendre le motif de consultation du patient
Recueil des informations cliniques pertinentes
Comprendre l'antécédent familial de mucoviscidose chez le petit fils (fibrocystic disease)
Evaluation de l'intoxication tabagique (current smoking behavior)
Vaccination (vaccine)
Richesse du vocabulaire utilisé
Toux sèche, productive (dry or wet cough)
Expectoration sale, jaune purulent, rose mousseux (dirty sputum, yellow purulent sputum, frothy and pink sputum)
Crachats de caillots de sang rouge/ du sang (to cough up clots of red blood/ to cough up blood)
Rhinorrhée/ renifler (to have the sniffles/ his nose is dripping)
Dyspnée, sifflements (shortness of breath/ a wheeze)
Douleur dans la poitrine (chest pain)
Être essoufflé : après l'effort, au repos (to get breathless after exertion/ at rest)
Douleur à la déglutition, mal à la gorge (sore throat)
Examen clinique
Demander au patient de se déshabiller (to remove the top)
Demander au patient de respirer profondément par la bouche (to take a deep breath)
Demander au patient d'ouvrir la bouche pour examiner la gorge (to put out/ stick out one's tongue)
Explications des examens complémentaires
GDS, prise de sang (blood gases/test)
EFR avec VEMS, DEP (Pulmonary Function Test, VEMS : Forced Expiratory Volume in one second, peak flow)
RXT TDM Thoracique (chest X-ray, CT scan)

Annexe 8

Version finale de l'ECOS sur la BPCO

DIRECTIVES POUR LE PATIENT SIMULÉ :

1. Information initiale

DENIS Francis, 65 ans, anglophone.

2. Directives pour l'entretien :

Vous êtes au cabinet médical en ce deux décembre et vous ne parlez qu'anglais.

Cette consultation durera 14 minutes.

Si le médecin ne se présente pas en tant que tel, vous lui demanderez s'il est l'infirmier/infirmière, secrétaire ...

La première partie sera composée de l'interrogatoire quant à vos antécédents ainsi que votre motif de consultation.

Puis le temps de l'examen clinique viendra : vous n'aurez rien à faire, tous les résultats seront donnés par l'évaluateur, qui possède les consignes.

Si le médecin vous demande, par exemple, de vous déshabiller, ne vous alarmez pas : ce ne sera que pour la forme.

Enfin au bout de 10 minutes, l'évaluateur donnera le diagnostic (BPCO) au médecin et ce dernier vous expliquera les différents examens complémentaires à réaliser.

Histoire médicale actuelle, à donner au médecin :

-Je recommence à tousser comme chaque année.

→I start to cough again, as every year

-Vous essayez de diminuer le nombre de cigarettes par jour

→I'm trying to reduce smoking

Autres données, si le médecin vous interroge dessus :

-Vous avez mal à la gorge et vous crachez un peu vert.

→I can't swallow, I spit out phlegm when I cough

-Vous avez l'habitude d'avoir ces symptômes depuis plusieurs années et à plusieurs reprises durant l'hiver, avec une difficulté à respirer.

→my chest is tight. I have been having these symptoms for years now and several times during the winter.

-Vous fumez depuis l'âge de 20 ans 20 cigarettes par jour.

→ I have been smoking about 20 cigarettes a day since I was 20 years old

-J'ai essayé de diminuer ma consommation mais c'est très difficile, je n'ai pas cherché à me faire aider

→I tried to reduce but it's very difficult, I didn't try to see someone who could help me for that

-Vous ne consommez pas d'alcool.

→ I don't drink alcohol

-Aucun antécédents médicaux ni chirurgicaux, pas d'allergie, pas de traitement.

→ No medical or surgical history, no allergy, no treatment.

-Vos parents sont décédés de vieillesse, sans maladie particulière.

→ my parents passed away, they had no particular disease

-Vous n'avez jamais consulté de médecin pour ces « bronchites », vous vous auto-médiquez par de l'augmentin.

→ for this symptoms I treat myself with antibiotics without seeing a doctor

- Vous n'avez pas de frissons, ni de fièvre.

→ I am not feverish

-Vous n'avez pas de nausée, pas de vomissements, pas de trouble du transit, pas de signes fonctionnels urinaires.

→ no nausea, no vomiting, my stools are ok, don't have burning sensation when i urinate

-Pas de voyage récent, pas de notion de contagion

→ I didn't travel recently, nobody is sick around me.

-Votre maison est souvent aérée, pas de moisissures, pas d'animaux.

→ airy house, no mold, no pets

-Vous avez fait une fois dans votre vie le vaccin de la grippe, il y a bien longtemps.

→ I only had an immunization against flue once in my life

-Vous êtes vacciné contre la coqueluche car vous êtes souvent en contact avec vos petits enfants.

→ I'm immunized against whooping cough

-Personne dans les gens qui vous entoure n'a d'infection virale ces derniers jours.

→ nobody is sick around me

Données socio-professionnelles et familiales :

-Marié

→ married

-A la retraite depuis un an et demi, ancien directeur comptable.

→ retired since a year and half ago, former accountant director

-Vous vivez dans une maison en banlieue parisienne avec votre femme. Vous voyez régulièrement vos enfants et vous gardez fréquemment vos petits enfants.

→ I live in a house in the suburbs, I often see my family and frequently babysit my grandchildren

DIRECTIVES POUR L'OBSERVATEUR :

Remarques générales :

Cette consultation doit entièrement être réalisée en anglais.

L'objectif de cet ECOS est d'évaluer les capacités de l'élève à faire face à une conversation en anglais : c'est à dire sa capacité à comprendre et à se faire comprendre en anglais.

Le candidat a 14 minutes pour cet entretien.

Les 5/6 premières minutes seront consacrées à l'interrogatoire.

Vous vous attacherez à évaluer la façon dont le médecin se présente et aborde le motif de consultation.

Faire attention à ce que le médecin recherche les faits suivants :

- la demande des ATCD avec l'explication de son motif de consultation
 - la recherche des signes ORL
 - les caractéristiques de la toux
 - l'évaluation de la consommation de tabac.
 - les vaccinations effectuées
- => s'il ne le fait pas, être directif et les lui demander.

Puis 2/3 minutes sur l'examen clinique (le médecin devra demander au patient de se déshabiller, d'ouvrir la bouche... etc... vous pourrez ainsi communiquer les résultats de ce que le médecin cherche) mais le patient n'effectuera aucun geste.

*Examen clinique, résultats à donner après chaque recherche faite par le médecin :
lorsque tous ces éléments ont été recherchés dire au médecin d'arrêter l'examen clinique*

- Léger amaigrissement (perte de 2kg en quelques mois)
- Poids : 78 kg (poids de forme 80 kg)
- Taille : 1m82
- TA : 14/8
- Pouls : 90/min, régulier
- Température : 37,2 °C/ 99°F ($T^{\circ}F = 1,8T^{\circ}C + 32$)
- Saturation en O₂ : 95% en air ambiant
- Fréquence Respiratoire : 20/min
- Auscultation pulmonaire : râles bronchiques diffus (diffuse bronchial rale), sans crépitations (without crackles), hippocratisme digital (clubbing), pas de cyanose (no cyanosis)
- Pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche
- Examen ORL normal
- Le reste de l'examen clinique est sans anomalie, notamment pas d'adénopathie
- DEP non à effectuer

Au bout de 10 minutes, à la fin de l'examen clinique, vous demanderez au médecin quel serait le diagnostic selon lui. S'il n'a pas trouvé dites-lui que c'est une Broncho Pneumopathie Obstructive Chronique (BPCO). Vous devez l'avertir que maintenant il doit expliquer au malade les différents examens complémentaires à prévoir.

DIRECTIVES POUR LE MEDECIN :

Monsieur DENIS Francis a pris rendez-vous à votre cabinet en ce deux décembre, le froid est arrivé doucement.

Il s'agit d'une première consultation avec vous.

La secrétaire médicale vous prévient que le patient est strictement anglophone.

La consultation sera donc exclusivement en anglais.

Durant les 5/6 premières minutes, après vous être présenté, vous vous attarderez sur l'interrogatoire (antécédents, motif de consultation).

Le vocabulaire étant le point principal d'évaluation de cet ECOS.

Puis durant 2/3 minutes vous mènerez l'examen clinique. Vous demanderez au patient de se déshabiller, de respirer fort par la bouche, d'ouvrir la bouche...

Ceci pour évaluer vos performances linguistiques ; le patient ne se déshabillera pas réellement, ni n'ouvrira la bouche etc...

Les résultats de l'examen clinique vous seront communiqués par l'évaluateur.

Enfin, au bout de 10 minutes, l'évaluateur vous demandera le diagnostic puis vous devrez donner au patient les différents noms examens complémentaires à effectuer face à sa pathologie ainsi qu'expliquer leurs déroulements brièvement.

Aucune prescription de traitement n'est demandée pour cette consultation.

Grille d'évaluation technique non pondérée :

Initier la consultation
<i>Savoir se présenter</i>
<i>Comprendre le motif de consultation</i>
Interrogatoire
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais.</i>
<i>Les antécédents</i>
ATCD médicaux personnels
Evaluation intoxication tabagique : -nombre de paquets -nombre d'années -tentatives d'arrêt
Interrogatoire sur la vaccination (immunization) : flue/pneumococcus/whooping cough
Recherche d'un voyage récent/notion de contagé
<i>Le motif de consultation</i>
Atteinte ORL : -Toux sèche, productive (dry or wet cough) -Rhinorrhée/ renifler (to have the sniffles/ his nose is dripping) -Douleur à la déglutition, mal à la gorge (sore throat)
Expectoration sale, jaune purulent, rose mousseux (dirty sputum, yellow purulent sputum, frothy and pink sputum) -couleur -abondance
Dyspnée, sifflements (shortness of breath/ a wheeze)
Douleur dans la poitrine (chest pain)
Être essoufflé : après l'effort, au repos (to get breathless after exertion/ at rest)
Examen clinique
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>
<i>Demander au patient de se déshabiller (to remove the top)</i>
<i>Demander au patient de respirer profondément par la bouche (to take a deep breath)</i>
<i>Demander au patient d'ouvrir la bouche pour examiner la gorge (to put out/ stick out one's tongue/open your mouth)</i>
Rechercher des signes d'insuffisance cardiaque (swollen legs)
Diagnostic
Diagnostic de probable BPCO trouvé
<i>Explications au patient d'où vient la pathologie (tabac++)</i>
Recherche et explications des examens complémentaires
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>
<i>Impression du niveau de compréhension du patient face aux explications</i>
EFR (breath test) avec VEMS, DEP (Pulmonary Function Test, VEMS : Forced Expiratory Volume in one second, peak flow)
Radio ou TDM

Grille d'évaluation technique pondérée :

Initier la consultation	
<i>Savoir se présenter</i>	0/2,5/5
<i>Comprendre le motif de consultation</i>	0 ou 2
Interrogatoire	
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>	0 à 10
- <i>Champ lexical</i>	1/1.5/2.5
- <i>Méthodologie linguistique</i>	1/2/3/4/5
- <i>Phonologie</i>	1/1.5/2.5
Les antécédents	
ATCD médicaux personnels	0 ou 2 0 ou 2
Evaluation intoxication tabagique : -nombre de paquets -nombre d'années -tentatives d'arrêt	0 ou 2 0 ou 2 0 ou 2
Interrogatoire sur la vaccination (immunization) : flue/pneumococcus/whooping cough	0/2,5/5
Recherche d'un voyage récent/notion de contagé	0 ou 2
Le motif de consultation	
Atteinte ORL : -Toux sèche ou productive (dry or wet cough) -Rhinorrhée/ renifler (to have the sniffles/ his nose is dripping) -Douleur à la déglutition, mal à la gorge (sore throat)	0 ou 1 0 ou 0,5 0 ou 0,5
Expectoration : -couleur : sale, jaune purulent, rose mousseux (dirty sputum, yellow purulent sputum, frothy and pink sputum) -abondance	0 ou 1 0 ou 1
Dyspnée, sifflements (shortness of breath/ a wheeze)	0 ou 2
Douleur dans la poitrine (chest pain)	0 ou 2
Être essoufflé : après l'effort, au repos (to get breathless after exertion/ at rest)	0 ou 2
Examen clinique	
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>	0 à 10
- <i>Champ lexical</i>	1/1.5/2.5
- <i>Méthodologie linguistique</i>	1/2/3/4/5
- <i>Phonologie</i>	1/1.5/2.5
<i>Demander au patient de se déshabiller (to remove the top)</i>	0 ou 4
<i>Demander au patient de respirer profondément par la bouche (to take a deep breath)</i>	0 ou 4
<i>Demander au patient d'ouvrir la bouche pour examiner la gorge (to put out/ stick out one's tongue/open your mouth)</i>	0 ou 4
Rechercher des signes d'insuffisance cardiaque (swollen legs)	0 ou 1
Diagnostic	
Diagnostic de probable BPCO trouvé	0 ou 2
Explications au patient d'où vient la pathologie (tabac++)	0/2,5/5
Recherche et explications des examens complémentaires	
<i>Impression générale de l'entretien quant à la façon de s'exprimer en anglais</i>	0 à 10
- <i>Champ lexical</i>	1/1.5/2.5
- <i>Méthodologie linguistique</i>	1/2/3/4/5
- <i>Phonologie</i>	1/1.5/2.5
<i>Impression du niveau de compréhension du patient face aux explications des différents examens</i>	0 à 10
- <i>Champ lexical</i>	1/1.5/2.5
- <i>Méthodologie linguistique</i>	1/2/3/4/5
- <i>Phonologie</i>	1/1.5/2.5
EFR (breath test/ Pulmonary Function Test) avec ou sans VEMS (Forced Expiratory Volume in one second), DEP (pick flow)	0 ou 3
Radio ou TDM	0 ou 3
TOTAL	/100

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université ... PARIS Diderot ...

Le Professeur

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date 4/10/2016

DOCTEUR JEAN PIERRE AUBERT
01 - MEDECINE GENERALE
32, RUE HERMEL
75018 PARIS
75 1 45 00 6 5
Tél. 01 46 06 92 82
Fax 01 46 06 92 82
CAB GEN. ZEP ZK

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen


Philippe RUSZNIEWSKI

RÉSUMÉ

Création et mise en œuvre de deux ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré) d'anglais médical dans le but d'évaluer la modification du niveau des internes en médecine générale participant à cet enseignement optionnel à l'Université Paris Diderot.

Introduction : L'apprentissage de l'anglais médical est un outil nécessaire pour l'interrogatoire d'un patient allophone, la compréhension de la littérature médicale internationale et la présentation de travaux de recherche personnels pour les médecins formés ou en cours de formation. Néanmoins, le troisième cycle d'études médicales en France ne fait l'objet d'aucune obligation réglementaire quant à son enseignement. Un enseignement optionnel d'anglais médical, ayant fait l'objet d'une réforme pédagogique en 2015, est actuellement proposé aux internes de médecine générale de l'Université Paris-Diderot. Un examen clinique objectif structuré (ECOS) d'Anglais Médical est actuellement obligatoire pour tout interne effectuant un stage de niveau I chez le praticien généraliste en ville depuis cette réforme au sein de cette faculté. Les internes ont émis leur désir à l'issue de cet exercice de pouvoir bénéficier d'ECOS supplémentaires en anglais médical.

L'objectif de cette étude est de créer deux ECOS d'anglais médical validés sur des pathologies pulmonaires et de les utiliser comme outil pour évaluer l'évolution linguistique des internes participant à l'option d'anglais médical proposée.

Méthodes : Cette étude exploratoire a permis la création des deux ECOS d'anglais médical. Elle s'est appuyée sur l'existence d'ECOS concernant des pathologies pulmonaires issus de la base de données du département de médecine générale de l'Université Paris Diderot. Ces ECOS ont tout d'abord été testés sur un échantillon d'internes le 12.01.2016. Puis les ECOS modifiés ont été validés par les enseignants d'anglais médical. Enfin ils ont été proposés à douze internes avant et après leur formation optionnelle de huit heures, le 9.02.2016 et le 12.04.2016. Le rôle du médecin était assuré par un interne, celui du patient par un enseignant. Les internes recrutés pour participer répondent aux critères d'inclusion suivants : être interne en DES de Médecine Générale à l'Université Paris Diderot et être présent à au moins trois cours d'anglais médical sur les quatre pour l'année universitaire 2015/2016.

Les internes étaient ensuite divisés en deux bras : un bras réalisant l'ECOS sur l'asthme avant l'enseignement puis l'ECOS sur la BPCO et le deuxième bras les réalisant de manière inverse. Chaque ECOS durait maximum 14 minutes.

Ils ont été filmés après accord signé des participants afin d'être évalués par des experts en anglais médical indépendant de l'équipe enseignante formatrice.

Une grille d'évaluation a été mise en place avec 60 points attribués à l'aptitude linguistique et 40 points attribués aux connaissances médicales, pour un total de 100 points.

Le critère de jugement principal était la comparaison entre les séances Aller et Retour du score linguistique pour les internes participants.

Les comparaisons des scores ont été réalisées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon en cas d'échantillon apparié. La différence entre les scores aux séances Aller et Retour a été décrite en termes de médianes (minima – maxima). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R, à partir de l'interface du site BiostaTGV.

Résultats : La création des deux ECOS a nécessité la participation de quatre étudiants.

Trois relectures ont été nécessaires avant validation par deux enseignants d'anglais médical.

Puis les ECOS ont été proposés à douze étudiants initialement et dix ont participé à l'ensemble de l'étude.

Le score linguistique pour les 10 internes augmentait de manière significative en valeur absolue de 6,8 (1,0 – 11,5) points sur 60 ($p = 0,006$), entre les séances Aller et Retour.

Conclusion : Les ECOS créés sont un outil de formation supplémentaire pour les internes en médecine confrontés non seulement à leur propre mobilité professionnelle mais aussi à la mobilité internationale de leurs patients. Ils offrent une méthode d'évaluation en anglais médical des étudiants. Et ils permettent de parfaire les modules d'enseignement actuels.

Un des intérêts de cette étude est d'offrir un design novateur en utilisant des ECOS avec une grille réfléchie pour évaluer des enseignements d'anglais médicaux dans les pays francophones.