

Medical French and Medical English: General Language Skills for a Bilingual Country/Langage médical francophone et anglophone: habiletés de communication médicales attendues dans un pays bilingue

Katherine E. Smith MD, Francois LeBlanc MD, Pierre Cardinal MD, Peter G. Brindley MD



About the Authors

Katherine Smith is a member of the Department of Emergency Medicine at the University of Alberta, in Edmonton, Alberta. Francois LeBlanc is a member of the Département d'anesthésiologie, Division de Soins Intensifs, Université Laval, in Québec City, Québec. Pierre Cardinal is a member of the Department of Critical Care at the University of Ottawa, in Ottawa, Ontario. Peter Brindley (left) is a member of the Division of Critical Care Medicine at the University of Alberta. Correspondence may be directed to peter.brindley@albertahealthservices.ca.

Table 1. Sample History Taking/Collecte d'information à l'histoire médicale

Sample History Taking	Collecte d'information à l'histoire médicale
Do you have pain/chest pain?	Avez-vous de la douleur/la douleur au poitrine?
Where does it hurt? Here?	Où avez-vous mal? Ici?
Do you have neck pain?	Avez-vous mal au cou?
Are you short of breath?	Êtes-vous essoufflé?
Does it hurt to take a deep breath?	Avez-vous mal lorsque vous respirer profondément?
Are you dizzy?	Êtes-vous étourdi?
Did you lose consciousness?	Avez-vous perdu connaissance?
Do you have any allergies?	Avez-vous des allergies?
Do you take any medications?	Prenez-vous des médicaments?
Do you have any health problems?	Avez-vous des problèmes de santé ?
Have you had any operations?	Avez-vous déjà été opéré? ou Avez-vous déjà subi une opération?
When did you last have anything to eat/drink?	Quand avez-vous mangé/bu pour la dernière fois?
When did this happen?	Quand est-ce arrivé?
When did your symptoms start?	Quand vos symptômes ont-ils débuté ?
How fast were you going?	À quelle vitesse alliez-vous?
Were you wearing a seatbelt?	Portiez-vous une ceinture de sécurité?
Were airbags deployed?	Est-ce que les coussins gonflables ont été déployés?
Have you been immunized?	Avez-vous déjà été vacciné ?
Are you/could you be pregnant?	Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte?
When was your last menstrual period?	Quand avez-vous eu vos dernières règles/menstruations?

In English/en anglais

It has been argued that Canada contains two solitudes, based primarily upon its European founding languages: English and French.^{1,2} Bringing these solitudes closer requires effort and empathy. It also requires common words and phrases. This is the goal of this modest language primer for acute care practitioners. Many medical practitioners treat language-discordant patients and families (both within Canada and worldwide). Interpreters can be invaluable, and can avoid the loss of confidentiality that occurs if we rely upon family members. However, the unusual hours and time pressures of acute care medicine mean that we cannot assume translators will always be available. Moreover, patients who use translators are often less satisfied with their care,³ may be less informed when providing consent,⁴ and may demonstrate less outpatient compliance.⁵ Therefore, it is important that front-line practitioners have basic language skills.

Empathy is integral to patient-focused care. Canadian⁶ and American⁷ data suggest that when we cannot communicate in a patient's native language, we treat that patient differently. Even when we have sufficient time, we are less likely to discuss psychosocial issues or to provide lifestyle counselling. In other words, when we cannot connect by communicating directly, we are probably less connected overall. Some of our humanity may be lost, and patients may find it harder to trust.

Even if we still defer to interpreters, the ability to communicate a few phrases (and the effort demonstrated) can bolster a therapeutic alliance. Full bilingualism usually requires

immersion and extended practice.⁸ Nevertheless, many of us have basic language skills that can be augmented; therefore, we have provided focused lists (Tables 1–9). Obviously, there are usually many ways to communicate the same point. As such, what follows is neither definitive nor comprehensive. However, medical words and expressions are rarely included in basic language courses and are often hard to find. Regardless, improving communicating in a bilingual country (and in a multilingual world) might just nudge together two other potential solitudes, namely clinicians and patients.

In French/En français

Pour plusieurs observateurs, le Canada est habité par deux « solitudes », assertion supportée par l'existence de deux langues officielles au pays: l'anglais et le français^{1,2}. Bien qu'une attitude basée sur l'empathie et la bonne volonté soit essentielle pour atténuer ces deux « solitudes », l'usage d'un vocabulaire commun est certainement important.

Tant au Canada qu'ailleurs dans le monde, bon nombre de médecins ont l'occasion de prendre soins de patients parlant une langue autre que la leur. Dans de telles circonstances, le support de traducteurs officiels est un incontournable. C'est particulièrement vrai lorsque l'on veut prévenir le bri de confidentialité associé à l'utilisation des membres de la famille comme traducteur. Il n'est malheureusement pas toujours possible de trouver les ressources adéquates de traduction dans un contexte de soins aigüe. De plus, on note que les patients ayant eu besoin de traducteurs sont souvent moins satisfaits des soins³, moins aptes à formuler un consentement éclairé⁴ et moins enclins à suivre les recommandations médicales en externe⁵. C'est donc dire qu'il est avantageux pour les médecins de soins aigüe de posséder des habiletés communicationnelles de base dans de telles circonstances.

L'empathie est partie intégrante de la médecine centrée sur le patient. Fait intéressant, des données médicales tant canadiennes⁶ qu'américaines⁷ semblent démontrer que les médecins abordent différemment les patients parlant une langue autre que la leur. Ils ont moins tendance à discuter des aspects psychosociaux ou à aborder les discussions sur l'hygiène de vie, et ce malgré la disponibilité d'un service d'interprète. Cette barrière de communication semble même déborder le simple obstacle de la langue. Sans une communication directe, le médecin semble moins en phase avec son patient, moins empathique. Un peu d'humanisme dans la pratique peut être perdu dans le processus de traduction et le lien de confiance peut être plus difficile à obtenir.

Il est certain qu'un bilinguisme bilatéral « patient-médecin » est un idéal. Ce n'est toutefois pas toujours la réalité. Malgré

Table 2. Other Useful Phrases/Autres phrases utiles

Useful Phrases	Phrases utiles
We need to do blood tests.	Nous devons faire des tests sanguins.
I am waiting to hear from other specialties.	J'attends l'avis des autres spécialistes.
He/she needs surgery.	Il/elle a besoin d'une opération chirurgicale.
He/she is on life support.	Il/elle est maintenu en vie artificiellement.
His/her condition is critical.	Il/elle est gravement malade.
Please accept my sincere sympathies.	Veuillez recevoir mes condoléances les plus sincères.

Table 3. Medical Conditions and Presentations/Symptomes

Medical Conditions and Presentations	Symptomes
Bloody stool	Sang dans les selles
Burn	La brûlure
Contusions/ecchymosis/bruise	Les contusions/ecchymoses/bleus
Diarrhea	La diarrhée
Dysuria	La dysurie
Fracture	La fracture
Headache	Le mal de tête
Heart attack	Une crise cardiaque
Hemorrhage	L'hémorragie
Hematuria	L'hématurie
Infection	L'infection
Injury	La blessure
Labor	L'accouchement
Nausea	Nausée ou mal au cœur
Rupture	La rupture
Seizure	La convulsion
Stroke	AVC (un accident vasculaire cérébral)
Vomiting	Le vomissement

Table 4. Resuscitation/Réanimation

Resuscitation	Réanimation
Airway	Les voies aériennes/respiratoires
Breathing	La respiration
Circulation	Circulation sanguine
Bag-mask ventilation	Embu
Cardiac arrest	Arrêt cardiaque
CPR (cardiopulmonary resuscitation)	RCR (réanimation cardiorespiratoire)
Chest compressions	Massage cardiaque
Defibrillation	Défibrillation
Cardiac pacing	La stimulation cardiaque
Therapeutic hypothermia	L'hypothermie thérapeutique
Ventricular tachycardia	Tachycardie ventriculaire
Ventricular fibrillation	Fibrillation ventriculaire
Pulseless electrical activity	Dissociation électromécanique
Intubation	Intubation

l'utilisation appropriée d'un interprète, la capacité du clinicien à exprimer quelques phrases dans la langue du patient, ou tout au

Table 5. The Medical Body/Le corps du point de vu médical

The Medical Body	Le corps du point de vu médical
Brain	Le cerveau
Skull	Le crâne
Head	La tête
Spine	La colonne vertébrale
Spinal cord	La moelle épinière
Lungs	Les poumons
Thorax	Le thorax
Ribs	Les côtes
Breasts	Les seins
Heart	Le cœur
Ventricles	Les ventricules
Atria	Oreillette
Liver	Le foie
Stomach	L'estomac
Intestines	L'intestin
Kidneys	Les reins
Bladder	La vessie
Pelvis	Le bassin
Penis	Le pénis
Vagina	Le vagin
Testicles	Les testicules
Ovaries	Les ovaires
Uterus	L'utérus
Joints	Les articulations
Vein	La veine
Arteries	Les artères
Capillaries	Les capillaires
Nerve	Le nerf
Lymph node	Le ganglion lymphatique

moins à faire un tel effort, peut faciliter le développement d'une alliance thérapeutique avec le patient et son famille.

Il est clair que pour être à l'aise avec une langue autre que sa langue maternelle, du temps, de la pratique et idéalement une immersion complète sont essentiels⁸. Malgré cet état de fait, nous avons tenté de regrouper des mots et des phrases potentiellement utiles dans des contextes de soins aigus pour faciliter des échanges cliniques minimaux (Tableau 1–9). Nous assumons que l'utilisateur de cet outil possède au moins des connaissances minimales du vocabulaire, de la grammaire et de la prononciation de la langue seconde, suffisantes pour fonctionner dans la vie de tous les jours. Cet outil se veut un petit pas vers un rapprochement de nos « solitudes ».

En allant de l'avant/Moving Forward

En français/In French

Le lexique ci-haut est un outil ayant pour but de faciliter, modestement bien sûr, les communications médecins-patients. Ce lexique n'a toutefois pas la prétention de remplacer l'usage d'un interprète médical. En effet, il y a les mots que l'on prononce

Table 6. The Senses/Les sens

Senses	Les Sens
Sight/to see	La vision/voir
Smell/to smell	L'odorat/sentir
Taste/to taste	Le goût/goûter
Hearing/to hear	L'ouïe/entendre
Touch/to feel	Le toucher/sentir

Table 7. Ordering Laboratory Tests and Medications/Examens et ordonnances

Ordering Laboratory Tests and Medications	Examens et ordonnances
Over-the-counter medications	Les médicaments en vente libre
Prescription	L'ordonnance
Pill/tablet	Pilule/comprimé
Ointment	Onguent
Once/twice/three times/tour times daily	Une/deux/trois/quatre fois par jour
Blood draw	La prise de sang
Red/white blood cells	Les globules rouges/blancs
Platelets	Les plaquettes
Electrolytes	Électrolytes
Creatinine	Créatinine
Troponin	Troponine
Blood glucose	Glycémie
Pregnancy test/BHCG	Test de grossesse/BHCG
Urinalysis	L'analyse d'urine
Arterial/venous/capillary blood gas	Le gaz sanguin artériel/veineux/capillaire
Swab for culture and sensitivity	Prélèvement pour les cultures
Blood culture	L'hémoculture

mais il est aussi important de savoir bien prononcer ces mots et surtout de savoir bien les interpréter. L'objectif de notre réflexion est de sensibiliser les médecins et les responsables de l'enseignement médical à l'impact et aux défis médicaux associés aux barrières linguistiques, dans un pays qui se veut officiellement bilingue.

Le développement du cadre CanMEDS⁹ par le Collège Royal des médecins et Chirurgiens du Canada fut une innovation marquante qui a permis de valoriser, dans les processus d'éducation médicale, des aspects autrement négligés de la pratique médicale. De fait, on s'attend beaucoup plus d'un médecin que le rôle restreint d'un expert des faits ou d'un technicien de pointe. En ce sens, on note qu'un bon nombre d'erreurs médicales évitables sont causées par des problèmes de communication^{3–5,10–15}. Exprimé sous un autre angle, les standards attendus en termes d'habiletés de communication ne doivent en rien être moins élevés que nos standards en termes d'habiletés procédurales ou de savoir-faire¹⁵. Les difficultés engendrées par ces différences linguistiques patient-médecin^{3–5} peuvent possiblement être atténuées en y mettant un accent

Table 8. Medical Equipment and Technology/Équipement médical et technologie

Medical Equipment and Technology	Équipement médical et technologie
Monitor	Moniteur
Blood pressure cuff	Brassard de tension artérielle
Thermometer	Thermomètre
Arterial line	Canule artérielle
Central line	Voie centrale
IV	Cathéter intraveineux ou un soluté
Dressing	Pansement
Sutures	Points de suture
Cast	Plâtre
Crutches	Béquilles
Wheelchair	Chaise roulante
Radiograph	Radiographie
CT scan	TDM (tomodensitométrie), le scanner
Sonography	Échographie
Ventilator	Le ventilateur
Dialysis	La dialyse/le rein artificiel

approprié et bien balancé dans les objectifs de formation CanMEDS des programmes de résidences.

Dans le même ordre d'idée, il peut être utile de connaître les ressources suivantes : 'International Medical Interpreters Association'¹⁶, le 'Minnesota Department of Health'¹⁷ pour les ressources en anglais et le 'Healthcare Interpretation Network' pour les ressources en français¹⁸. La plupart des universités canadiennes offrent des cours de langue qui sont disponible pour les membres de la faculté de médecine. On y recommande de se familiariser avec les ressources d'interprétation disponibles dans votre institution. Les dictionnaires en ligne¹⁹ peuvent être utiles pour le vocabulaire spécifique et la prononciation, mais ne sont pas toujours fiables pour la terminologie médicale. Finalement, et comme les autres aspects dans l'art de pratiquer la médecine... rien ne vaut la pratique régulière de ce que l'on souhaite maîtriser.

In English/en anglais

The list of questions, words, and phrases presented in Tables 1–9 is modest. Moreover, good communication requires more than just the right words: it involves the way they are said, and how they are interpreted. However, we have offered clinicians a tool to demonstrate their empathy, and to help deliver care that is patient focused. The need for such a primer also highlights the challenges of medical communication in a country that claims official bilingualism.

The CanMEDS framework,⁹ from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, emphasizes that practitioners are now expected to be more than factual or procedural experts: they are also expected to be communicators.

Table 9. Medical Specialties/Spécialités médicales

Medical Specialties	Spécialités médicales
Anesthesia	Anesthésie
Cardiology/cardiac surgery	Cardiologie/chirurgie cardiaque
Dermatology	Dermatologie
Emergency medicine	Médecine d'urgence
Gastroenterology	Gastroentérologie
General surgery	Chirurgie générale
Geriatrics	Gériatrie
Hematology	Hématologie
Intensive care	Soins intensifs
Nephrology/urology	Néphrologie/urologie
Neurology/neurosurgery	Neurologie/neurochirurgie
Obstetrics/gynecology	Obstétrique/gynécologie
Oncology	Oncologie
Pediatrics	Pédiatrie
Pulmonary	Pneumologie
Thoracic surgery	Chirurgie thoracique

Inadequate communication has also been shown to be a major cause of preventable medical error.^{3–5,10–15} Expressed another way, our “verbal dexterity” should match our procedural dexterity and factual know-how.¹⁵ CanMEDS does not specifically address the issue of language-discordant patients. However, this is part of a growing realization that communication is one of the strongest tools in a physician's armamentarium. This is presumably true, regardless of whether that communication is with patients, families, or coworkers.

Most Canadian universities run language courses that can be accessed by medical faculty. In addition, organizations such as the International Medical Interpreters Association,¹⁶ the Minnesota Department of Health,¹⁷ and the Health Care Interpretation Network¹⁸ offer resources for practitioners and advice for using interpreters. Online dictionaries¹⁹ are helpful for vocabulary and pronunciation, but are not always reliable for medical terminology. It is also important to familiarize yourself with local translation services, especially in order to access them in time-sensitive situations. Finally, just as in all aspects of medical mastery, nothing beats regular practice.

References

1. MacLennan H. *Two Solitudes*. Toronto (ON): Macmillan Press; 1945.
2. Gagnon L. The 'two solitudes' get more solitary. *The Globe and Mail* 2012 Feb 4; <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/the-two-solititudes-get-more-solitary/article545667/>. Accessed August 1, 2013.
3. Gany F, Leng J, Shapiro E, et al. Patient satisfaction with different interpreting methods: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2007;22 Suppl 2:312–8.
4. Clark S, Mangram A, Ernest D, et al. The informed consent: a study of the efficacy of informed consents and the associated role of language barriers. *J Surg Educ* 2011;68(2):143–7.
5. Gany F, Leng JC, Winston G, et al. Diabetes care and language discordance

6. among Chinese and Latino primary care patients. *Ethn Dis* 2011;21(4):473–9.
7. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, et al. The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Fam Pract* 2011;28:317–22.
8. Eamranond PP, Davis RB, Phillips RS, et al. Patient-physician language concordance and lifestyle counseling among Spanish-speaking patients. *J Immigr Minor Health* 2009;11(6):494–8.
9. Freed BF, Segalowitz N, Dewey DP. Context of learning and second language fluency in French: comparing regular classroom, study abroad, and intensive domestic immersion programs. *Stud Sec Lang Acq* 2004;26(2):275–301.
10. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2005 framework. Ottawa (ON): The College, 2005; http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_e.pdf. Accessed August 1, 2013. Disponible en français à : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_f.pdf
11. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186–94.
12. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, et al. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133(6):614–21.
13. Alvarez G, Coiera E. Interdisciplinary communication: an uncharted source of medical error? *J Crit Care* 2006;21(3):236–42.
14. St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C, et al. *Crisis Management in Acute Care Settings: Human Factors and Team Psychology in a High Stakes Environment*. New York: Springer; 2008.
15. Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *J Crit Care* 2011;26(2):155–9.
16. Cyna AM, Andrew MI, Tan SGM, et al. *Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care: A Practical Guide to Exploring the Art*. New York: Oxford University Press; 2011.
17. International Medical Interpreters Association. IMIA guide on working with medical interpreters. Salem (MA): The Association; http://www.imiaweb.org/uploads/pages/380_5.pdf. Accessed August 1, 2013.
18. Minnesota Department of Health. Minnesota refugee health provider guide 2010. Chapter 11 – medical interpreters (revised). St. Paul (MN): The Department, 2010; <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/refugee/guide/index.html>. Accessed August 1, 2013.
19. Healthcare Interpretation Network. Guide des normes nationales destiné aux services d'interprétation en milieu social –Section 6 – Responsabilités des clients. Toronto (ON): The Network, 2007; <http://healthcareinterpretationnetwork.ca/wordpress/wp-content/uploads/2012/02/Guide-des-normes-nationales-destiné-aux-services-d-interprétation-en-milieu-soci.pdf>. Accéder le 1 août, 2013. Available in English: http://healthcareinterpretationnetwork.ca/wordpress/wp-content/uploads/2012/03/National_Standard_Guide_for_Community_Interpreter_Services.v3_new_format_Sep_2011..pdf.
20. Reverso. English to French Medical Dictionary. France: Reverso-Softissimo; <http://dictionary.reverso.net/medical-english-french/>. Accessed August 1, 2013.

CLASSIFIED



General Internist

The Collingwood General and Marine Hospital is seeking to add an internist to its current staff. The candidate would be a general internist. An individual with dual specialty certification in Internal medicine, as well as cardiology or respirology would be acceptable, if the candidate was committed to providing general internal medicine care. The role also includes care for patients in the Intensive Care Unit.

The Hospital

Collingwood Hospital is a 72 bed general hospital serving a local population of 75,000 as well as a substantial seasonal and tourist population. The Emergency Department sees 30,000 visits a year with higher than average acuity. Inpatient services include General Surgery, Orthopaedic Surgery, Anaesthesia, Obstetrics and Gynaecology, and General Medicine including a 5 bed Level II Intensive Care Unit. Outpatient clinics include visiting specialties of nephrology, paediatrics, and ENT. Diagnostic imaging and cardiorespiratory testing continue to expand and are well supported with up to date equipment. There is an outpatient dialysis unit operated as a satellite of a regional program. Oncology services are provided by a regional cancer care center. Noninvasive cardiology care is provided by our cardiologist and our general internist. Interventional cardiology is also provided by the regional tertiary center. The hospital provides orthopaedic surgery services to the local and neighbouring areas. Multiple trauma cases are transferred to a trauma centre. The catchment area is well served by family physicians and the majority of local residents have primary care services available to them. The hospital is generously supported by the community and is well-equipped. Information technology is well supported and the hospital's electronic medical record is progressing through increased computerization of records. Future plans of the hospital include a new facility to accommodate the needs of the growing population.

Internal Medicine Role Description

Internal Medicine responsibilities include consultations for inpatients cared for by family physician hospitalists, as well as management of patients in the Intensive Care Unit. The more complex and longer stay critical care patients are transferred to other centres. Consultations are also provided to the Emergency Department. Diagnostic testing includes pulmonary function tests, EKGs, echocardiography, stress tests, Holter monitoring and nuclear cardiology done in conjunction with nuclear medicine specialists. A new recruit would be encouraged to develop a community practice for elective outpatient referrals as well. Internal Medicine on-call would be shared with two other internists. First call for inpatients other than in critical care beds goes to the family physician hospitalists. As all of the hospital's specialist services involve small groups, the family physicians and emergency physicians are accustomed to protecting them from excessive after hours call.

cgmh.on.ca

Contact: Medical Staff Coordinator at 705-444-8629

