

# Conception et mise en place d'un site à visée formative dédié à l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux

## Design and implementation of a formative website dedicated to announcement consultations of medical diagnosis

Yasmina Kebir, James de Almeida, Antonietta Specogna et Valérie Saint-Dizier de Almeida

Volume 9, numéro 2, 2020

De l'observation à l'intervention : les usages de l'analyse interactionnelle en formation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1071694ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1071694ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université de Sherbrooke  
Champ social éditions

ISSN

1925-4873 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Kebir, Y., de Almeida, J., Specogna, A. & Saint-Dizier de Almeida, V. (2020). Conception et mise en place d'un site à visée formative dédié à l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux. *Phronesis*, 9(2), 50–62. <https://doi.org/10.7202/1071694ar>

Résumé de l'article

*Dans l'optique de former des professionnels de santé à l'annonce de diagnostics médicaux graves nous proposons la conception d'une rubrique d'un site Web qui a pour visée de permettre à des soignants de mieux maîtriser cette activité professionnelle qu'ils redoutent. Ces diagnostics se matérialisent à travers des interactions langagières entre médecins et patients qui sont chargées d'émotions. L'analyse de ces entretiens d'annonce suppose l'accès aux interactions les plus proches possibles de celles des situations réelles de travail via des jeux de rôle. Nous montrerons que la conception de la rubrique basée sur la dimension architecturale (structure fonctionnelle de l'activité), la dimension relationnelle (rôles, contrat de communication coconstruit) et la dimension communicationnelle (procédés langagiers mobilisés) permet de cerner cette activité professionnelle sensible dans ses aspects caractéristiques. En nous basant sur une étude commanditée par la Ligue contre le cancer, nous montrerons comment et en quoi les dimensions repérées ont un potentiel formatif et nous mettrons en exergue leur apport pour améliorer la compréhension de l'activité et développer des supports de formation.*

## Conception et mise en place d'un site à visée formative dédié à l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux

Yasmina KEBIR, James de ALMEIDA, Antonietta SPECOGNA, Valérie SAINT-DIZIER de ALMEIDA

Université de Lorraine, Nancy, France

yasmina.kebir@univ-lorraine.fr

james.de.almeida@univ-lorraine.fr

antonietta.specogna@univ-lorraine.fr

valerie.saint-dizier@univ-lorraine.fr

**Mots-clés :** activité, analyse des interactions, formation, dimension architecturale, dimension relationnelle

**Résumé :** Dans l'optique de former des professionnels de santé à l'annonce de diagnostics médicaux graves nous proposons la conception d'une rubrique d'un site Web qui a pour visée de permettre à des soignants de mieux maîtriser cette activité professionnelle qu'ils redoutent. Ces diagnostics se matérialisent à travers des interactions langagières entre médecins et patients qui sont chargées d'émotions. L'analyse de ces entretiens d'annonce suppose l'accès aux interactions les plus proches possibles de celles des situations réelles de travail via des jeux de rôle. Nous montrerons que la conception de la rubrique basée sur la dimension architecturale (structure fonctionnelle de l'activité), la dimension relationnelle (rôles, contrat de communication coconstruit) et la dimension communicationnelle (procédés langagiers mobilisés) permet de cerner cette activité professionnelle sensible dans ses aspects caractéristiques. En nous basant sur une étude commanditée par la Ligue contre le cancer, nous montrerons comment et en quoi les dimensions repérées ont un potentiel formatif et nous mettrons en exergue leur apport pour améliorer la compréhension de l'activité et développer des supports de formation.

**Title: Design and implementation of a formative website dedicated to announcement consultations of medical diagnosis**

**Keyword:** activity, architectural dimension, interactions analysis, relational dimension, training

**Abstract:** In order to train healthcare professionals in the announcement of serious medical diagnoses, we propose the design of a section of a website that aims to enable caregivers to better control this professional activity that they dread. These diagnoses materialize through language interactions between doctors and patients that are emotion-ally charged. The analysis of these announcement interviews involves access to interactions that are as close as possible to those that take place in real work situations through role-playing. We will show that the design of the website based on the architectural dimension (functional structure of the activity), the relational dimension (roles, co-constructed communication contract) and the communicational dimension (mobilized language processes) allows to identify this sensitive professional activity in its characteristic aspects. Based on a study commissioned by the Ligue contre le cancer, we will show how and in what way the identified dimensions have formative potential and we will highlight their contribution to improving the understanding of the activity and developing training materi-als.

## Introduction

Former aux activités professionnelles qui s'expriment à travers des interactions langagières est complexe notamment parce que la dynamique des communications interpersonnelles est difficile à cerner : c'est par et au moyen du langage qui possède sa propre logique (Falzon, 1994) que s'opèrent de manière simultanée la gestion socio-émotionnelle et l'accomplissement de la tâche, lesquels comportent également leurs propres contraintes. Former aux déterminants de l'activité (Lancry-Hoestland, 2002) reste insuffisant pour faire acquérir par exemple des compétences communicationnelles (Saint-Dizier de Almeida, 2013). Une alternative qui découle de la pratique de la psychologie ergonomique - champ dans lequel nous nous inscrivons - consiste à recueillir des enregistrements de l'activité ciblée produite en situation et de l'étudier pour pouvoir l'instruire dans sa dynamique et de disposer de ressources pouvant être exploitées pour diagnostiquer l'activité (correspond-elle à l'attendu?) et/ou pour disposer de ressources pouvant être mobilisées pour concevoir des supports de formation à l'activité ciblée. En psychologie ergonomique, les productions langagières accomplies sont considérées comme la partie manifeste (comportements observables) de l'activité. L'étude de cette partie manifeste permet d'approcher des dimensions de l'activité dont certaines s'avèrent difficilement accessibles d'emblée aux professionnels. L'étude de ces dimensions nécessite la transcription et l'analyse des productions langagières émises au gré de l'activité.

L'étude que nous allons présenter a été produite entre 2003 et 2005. Elle s'inscrit dans le champ de la santé. La commande émanait de la Ligue contre le cancer qui souhaitait le développement d'une formation/sensibilisation en ligne à l'annonce de diagnostics médicaux délicats ou lourds de conséquences pour le patient. Comment former en ligne des étudiants en médecine à la gestion d'interactions qui déclenchent des réactions émotionnelles chez les patients pas toujours maîtrisables par les soignants? Notre parti pris en termes de conception de formation en ligne a consisté à concevoir une rubrique d'un site basée sur l'analyse des interactions langagières en collaboration avec des médecins qui se sont prêtés à la méthode de simulation (jeux de rôle) et sur la littérature scientifique produite dans ce domaine. Nous montrerons comment l'analyse d'un corpus de dix entretiens médecin-patient ainsi obtenus a permis de produire des ressources en ligne porteuses de capacité formative.

Nous présenterons le cadre mobilisé pour l'étude des interactions langagières qui nous a permis d'en élucider les dimensions saillantes. En l'occurrence, il s'agit des dimensions architecturale (la structure fonctionnelle de l'activité), relationnelle (les rôles accomplis, le contrat de communication coconstruit) et communicationnelle (les procédés langagiers mobilisés). Nous montrerons que l'étude de ces dimensions semble permettre d'améliorer la compréhension de l'activité et peut déboucher sur des formalisations/modélisations utiles à des fins de formation. L'article débute par un état de l'art des formations à l'annonce de diagnostics graves, puis restitue l'étude Infos Patients; on rend compte du processus de recueil de données, du cadre mobilisé pour l'étude des interactions langagières, des résultats obtenus et formalisés ainsi que du processus d'évaluation de la formation et ses résultats.

## État de l'art des formations en santé traitant des formations à l'annonce de diagnostics graves: Une conception collaborative basée sur l'analyse de l'activité effective

Une « mauvaise nouvelle », en contexte médical, est définie comme étant une information ayant une grande valence émotionnelle et ayant le potentiel de changer la vie et les perspectives de la personne à qui elle s'adresse (Camargo, Lima, Brietzke, Mucci, & Góis, 2019). L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une tâche complexe impliquant le traitement cognitif de plusieurs dimensions en parallèle dont la régulation de contenus émotionnels intenses (Meunier et al., 2013). Les études visant des formations à l'annonce de diagnostics graves s'appuient largement sur les déclarations de professionnels de santé (Thorne, Oliffe, Kim-Sing, Hislop, Stajduhar, Harris et al., 2010) et également sur des attentes et des préférences exprimées par des patients au cours d'annonce (von Blanckenburg, Hofmann, Rief, Seifart, & Seifart, 2020). Le focus est mis sur l'importance du contexte et du cadre de l'annonce, sur la clarté de la transmission de l'information et des connaissances, sur la gestion des émotions et l'implication des patients dans la planification des soins et traitements (von Blanckenburg et al., 2020). Dans la littérature existante, les formations à l'annonce de diagnostics graves mobilisent différentes techniques, méthodes et outils pouvant être regroupés en deux catégories: les approches requérant la participation active des bénéficiaires et les approches qui ne l'imposent pas (Camargo, Lima, Brietzke, Mucci, & Góis, 2019).

Les premières privilégient l'exercice pratique et reposent sur l'emploi de jeux de rôle (Servotte et al., 2019), de simulations (Dikici, Yaris, & Cubukcu, 2009; Meunier et al., 2013), de brainstormings, de discussions de groupe autour d'études de cas (Dikici, Yaris, & Cubukcu,

2009) ou d'histoires relatées par des patients préalablement filmées (Bishop et al., 2016). Ces dispositifs requérant la participation active des bénéficiaires s'opèrent généralement via différentes sessions et mobilisent des feedbacks visant une consolidation des apprentissages. Les secondes prennent la forme d'enseignements magistraux en présentiel avec diaporama (Bonnaud-Antignac, 2008). Actuellement on observe davantage l'emploi d'approches mixtes exploitant à la fois des contenus magistraux et la mobilisation de techniques interactives. Par exemple dans le dispositif de Setubal et ses collaborateurs (2018), les étudiants sont invités à faire l'expérience d'une première rencontre avec un patient simulé, suivie d'un feedback faisant état des performances des étudiants durant la simulation réalisée, et lui-même suivi de la présentation d'un protocole de communication à appliquer en contexte d'annonce de diagnostic grave (Setubal et al., 2018). En sus, ces approches mixtes sont plébiscitées des étudiants (Camargo, Lima, Brietzke, Mucci, & Góis, 2019). En termes d'évaluation de formation, ce qui est généralement envisagé porte sur la mesure de la confiance en soi (Baile, et al., 2000), de la satisfaction des bénéficiaires (Coutinho & Ramessur, 2016) et des compétences acquises. Ces dernières sont généralement évaluées grâce à des QCM à items fermés basés sur le modèle de Rabow et MacPhee (1999).

## Étude Infos Patients: le recueil d'un corpus

La recherche Infos Patients a été commanditée par la ligue contre le Cancer via le Centre Alexis Vautrin (centre hospitalier en oncologie de Nancy) et le Vidéoscope (service multimédia de l'Université Nancy2) en 2003. Il s'agit de développer une rubrique d'un site web présentant ce que devrait être un entretien d'annonce de diagnostics conforme à la législation. Au niveau de la forme, la rubrique doit présenter un contenu court, rapidement consultable, accessible au public ciblé (les soignants et les étudiants en médecine). Comme déjà mentionné, inscrits dans le champ de la psychologie ergonomique, c'est sur la base d'analyses d'interactions que nous allons produire des ressources formatives.

### Le choix des situations à simuler

Pour obtenir des données qui correspondent au plus près aux attentes, nous avons proposé de procéder à des simulations de situations (Béguin & Weill-Fassina, 1997) en mobilisant la technique des jeux de rôle. Cette option méthodologique a particulièrement été bien accueillie. Les médecins généralistes impliqués dans la recherche Infos Patients ont manifesté leur adhésion à l'idée et leur engagement à y participer. L'intérêt de la simulation de situations est de pouvoir contrôler certains facteurs, comme le choix des médecins, les caractéristiques du patient simulé (son âge, son sexe, son train de vie, sa personnalité) et le type de pathologie à annoncer et ce sur une durée relativement courte. Par ce contrôle, il s'agit de créer des situations d'annonce ayant potentiellement un intérêt en termes de formation (des entretiens d'annonce particulièrement complexes à conduire), où les compétences de médecins confirmés, leur expertise en matière de conduite d'entretien d'annonce peuvent s'exprimer.

Pour définir de telles situations de simulation, nous avons conduit des entretiens auprès de médecins afin d'identifier les facteurs qui pour eux ont une incidence sur le processus d'annonce. L'entretien comportait trois phases. Au cours de la première, on leur demandait de mentionner les facteurs qui interviennent dans la façon d'annoncer un diagnostic. Les facteurs les plus récurrents sont les suivants: le « type de médecin » (centré sur la relation versus centré sur la technique), la connaissance du patient (nouveau patient versus patient connu de longue date), la personnalité du patient (généralement anxieux versus peu enclin à l'inquiétude). Au cours de la deuxième phase, nous leur demandions de restituer une ou plusieurs situations d'annonce de diagnostic lourd vécues et d'expliquer comment ils avaient procédé. Souvent des cas problématiques étaient restitués. L'étude des récits nous a permis d'identifier des facteurs dont certains n'avaient pas été évoqués au cours de la phase précédente. Par exemple, le fait que le patient soit bien entouré ou non. Enfin, en troisième phase nous leur soumettions des facteurs identifiés dans la littérature et non encore abordés, et nous leur demandions si ces facteurs, selon eux, intervenaient ou non dans le processus. On leur demandait par exemple si la médiatisation de la maladie (facteur non évoqué dans les phases précédentes) avait une incidence sur le processus d'annonce. Nous avons retenu les facteurs les plus fréquemment mentionnés et jugés déterminants. Nous avons décliné des modalités de ces facteurs et les avons combinées pour aboutir à une trentaine de situations d'annonce. Ces situations ont été soumises à des médecins à qui nous avons demandé de retenir trois situations qui seraient pour eux pertinentes dans le cadre d'une formation à l'entretien d'annonce de diagnostics. Les trois situations qui sont ressorties ont été soumises aux professeurs en médecine impliqués dans la recherche Infos Patients qui les ont affinées et justifiées – leurs justifications apparaissent ci-après pour chacune des situations. Les trois situations sont les suivantes:

- Une sclérose en plaques (SEP) suspectée chez une jeune mère célibataire. Justifications: la SEP permet d'aborder le cas des pathologies dont on ne peut prévoir le devenir (la situation peut se stabiliser ou aller jusqu'à la paralysie). L'annonce est d'autant plus délicate dans la situation où la patiente vit seule, a en charge un enfant en bas âge et ne peut compter sur des proches pour l'aider à gérer sa vie quotidienne. Le médecin se trouve dans la situation où il doit répondre à une patiente préoccupée par son devenir et celui de sa fille, tout en ne le projetant pas dans le schéma le plus négatif, sachant que la situation la plus pessimiste n'advient peut-être jamais.

- Un cancer de la prostate chez un homme jeune fataliste. Justifications: un cancer de la prostate chez un homme jeune n'est pas de bon augure (les statistiques révèlent que les chances de guérison sont moindres que chez les sujets plus âgés) et nécessite une prise en charge rapide et un traitement lourd. Le médecin se trouve confronté à un dilemme: d'un côté, prendre le temps, ne pas brusquer le patient et de l'autre, l'engager rapidement dans un processus de soin. La situation est d'autant plus complexe que l'engagement rapide dans le processus thérapeutique est très difficile à obtenir lorsque le patient est fataliste et ne veut pas d'emblée s'engager dans les soins.
- Un diabète chez une femme d'âge mûre, bonne vivante et peu observante. Justifications: le diabète n'est pas en soi un diagnostic grave mais on peut le qualifier de sérieux car il peut déboucher sur des maladies graves si le régime prescrit n'est pas suivi. Ce type d'entretien est particulièrement complexe à gérer lorsque le médecin a affaire à des patients bons vivants qui n'ont jamais été rigoureux dans la prise de leurs médicaments. Dans ce contexte, la difficulté pour le médecin est de trouver les moyens pour susciter de l'observance. Il se trouve là aussi face à un dilemme: alarmer pour susciter de l'observance/ne pas trop alarmer car le diabète en soi n'est pas une maladie grave.

## **L'opérationnalisation**

Pour optimiser nos chances d'obtenir des entretiens d'annonce correctement conduits relativement aux recommandations de la HAS, les médecins impliqués dans les jeux de rôle ont une grande expérience en matière d'annonce (ce sont des médecins en fin de carrière) et ils estiment avoir de l'empathie et savoir gérer les émotions des patients. Ces médecins savent que leurs comportements serviront de modèle pour alimenter la rubrique. Le rôle de patient est pris en charge par un étudiant en fin de cursus de psychologie, celui de patiente par une psychologue exerçant dans un service d'oncologie. L'étudiant joue le rôle du jeune patient atteint d'un cancer, la psychologue celui de la femme atteinte d'une SEP et de celle de la femme non observante qui a un diabète. Nous communiquons aux médecins des informations sur le cas clinique, le (la) patient(e) et à quel niveau du processus s'inscrit l'entretien (les examens déjà effectués). Les acteurs jouant le rôle des patients ont quelques indications sur la situation et sur la façon de se comporter de manière à ce qu'ils puissent se mettre dans la peau de leur personnage.

### **Pour le cancer de la prostate**

Consigne au médecin: « vous venez de recevoir les résultats de l'urologue (différents examens ont été opérés: toucher rectal, analyse de sang) qui indiquent un cancer de la prostate chez un de vos patients d'une quarantaine d'années qui l'ignore. Il vient vous voir sur les conseils de l'urologue avec une enveloppe à vous remettre ».

Consigne au patient: « Une annonce de diagnostic délicat va vous être annoncée. Vous avez tout d'abord une longue phase de sidération, vous restez sans mot face à cette nouvelle. Vous êtes très inquiet et plutôt fataliste: « de toute façon c'est comme ça, je ne veux pas me faire opérer, je veux rien faire, laissez-moi, dites-moi pour combien de temps j'en aurai... ». Vous n'avez pas très envie d'en discuter aujourd'hui, vous demandez à revenir avec votre femme ».

### **Pour la SEP**

Consigne médecin: « vous suivez la patiente que vous recevez maintenant depuis des années au cours desquelles se sont produits plusieurs épisodes « bizarres ». Lors d'une auscultation, vous avez soupçonné sérieusement une SEP chez votre patiente. Vous avez prescrit des examens. Vous venez de recevoir les résultats. Ils confirment vos inquiétudes. Vous lui avez téléphoné pour venir parler de ces résultats, sachant que le spécialiste n'a pas évoqué le diagnostic ».

Consigne patient: « vous avez subi des examens et les résultats confirment le diagnostic de SEP. Le médecin au cours de l'entretien va vous parler de ces examens et du diagnostic. Vous avez tout d'abord une phase de sidération, vous restez sans mot face à cette nouvelle. Vous connaissez un peu cette maladie par sa médiatisation. Les questions qui vous préoccupent le plus sont de savoir si vous allez finir ou non en fauteuil roulant et comment va évoluer la maladie à long terme. Vous vous inquiétez également de savoir si vous allez avoir une vie normale, vous marier, avoir d'autres enfants ».

### **Pour le diabète**

Consigne médecin: « vous venez de recevoir des résultats du labo qui indiquent du diabète chez une de vos patientes que vous savez négligente, vous lui avez téléphoné pour venir parler de ces résultats (que la patiente a reçus à son domicile).

Consigne patiente: « vous venez de recevoir les résultats d'un bilan sanguin, votre médecin vous a donné RDV pour discuter des résultats. En règle générale, vous avez tendance à être négligente dans la prise de traitement (2 jours de prise puis abandon ou pas de prise du tout). Le médecin va vous annoncer que vous avez du diabète: cette nouvelle vous inquiète un peu, « les résultats ne sont pas si mauvais que ça », « de toute façon ce n'est qu'un petit diabète ». Le médecin peut être amené à parler des conséquences à long terme d'une mauvaise observance du traitement mais vous ne vous sentez pas concernée. Face à d'éventuelles remontrances du médecin, vous êtes d'accord pour essayer de faire un effort, mais il y a toujours une occasion qui vous en empêche (fêtes de fin d'année, mariage...) ».



Nous avons procédé à la simulation de ces trois situations d'annonce auprès de trois dyades. Nous avons obtenu dix entretiens<sup>1</sup>. Ces entretiens ont été transcrits. La validité du corpus a été confirmée sur la base de la vérification de la présence des prescriptions comportementales de la Haute Autorité de Santé : les médecins gèrent les émotions (ils rassurent, dédramatisent...), ils rendent leur discours intelligible (ils reformulent, explicitent, clarifient), ils ne coupent pas les patients, ils ne les jugent pas, ils évitent les termes porteurs d'angoisse, etc. Sur la base de ces observations, nous avons retenu ce corpus afin de mettre en exergue différents aspects significatifs de cette activité entre soignants et patients.

## Le cadre théorico-méthodologique pour l'étude des interactions langagières

### La dimension architecturale de l'activité

L'étude de la dimension architecturale des activités qui se matérialisent à travers des interactions langagières repose sur la thèse selon laquelle toute communication ne peut se réduire à des productions langagières émises en alternance ; toute communication possède une organisation, une architecture qui se façonne et se révèle au gré des productions langagières. Les composants du discours (actes de langage, interventions, échanges) et la façon dont ils s'articulent, permettent d'identifier des structures pouvant remplir différentes fonctions comme négocier, effectuer une prise de décision, résoudre une tâche, argumenter une thèse, etc. (Kostulski & Trognon, 1998). Ces structures intermédiaires sont organisées dans des macrostructures conventionnalisées que sont les transactions - « une transaction est une situation d'interlocution comme la négociation commerciale, les psychothérapies (...) » (Kostulski & Trognon, 1998, p. 60). Ainsi la communication possède une macrostructure qui dépend de la transaction dans laquelle elle prend place. Elle comporte des phases et des séquences articulées linéairement ou hiérarchiquement à d'autres (Roulet et al., 1985; Moeschler, 1989). Pour modéliser la dimension structuro-fonctionnelle de la communication par laquelle l'activité s'accomplit, nous mobilisons le modèle de Genève (Moeschler, 1989; Roulet et al., 1985). L'étude de la structure fonctionnelle de l'activité consiste à identifier des phases et séquences qui reflètent le processus de résolution de la tâche dans sa chronologie. La délimitation des phases/séquences/interventions qui composent cette structure repose sur une analyse combinant un processus inductif - basé sur les productions émises - et déductif - fondé sur la tâche théorique à résoudre (Rogalski, 1998). L'identification des articulations entre phases/séquences/interventions et leur représentation schématique reposent sur le modèle de Genève (Roulet et al., 1985). C'est l'étude des fonctions illocutoires et interactives des composants du discours qui permet d'en déterminer les relations hiérarchiques et linéaires. Les fonctions illocutoires sont affectées aux interventions composant un échange. Elles peuvent être initiatives, réactives initiatives ou réactives (Roulet et al, 1985). Les interventions initiatives initient des échanges; les interventions réactives initiatives réagissent à une intervention tout en initiant une nouvelle séquence, les interventions réactives réagissent à des interventions. Quant à la fonction interactive, elle permet de différencier les actes directeurs, des actes subordonnés. L'acte directeur est « obligatoire, c'est lui qui donne son sens général à l'intervention, sa valeur pragmatique » (Maingueneau, 2009, p. 80). L'acte directeur est non supprimable; l'acte subordonné prépare, étaye, justifie l'acte directeur (Moeschler, 1989).

### La dimension relationnelle

Investir la dimension relationnelle revient ici à étudier les rôles accomplis en situation. Les rôles s'exprimant en contexte, ils sont contraints par le déroulement du discours dans un contexte donné (Weizman, 2006); ils sont contraints par des droits, devoirs liés au statut de l'individu dans le contexte d'interaction et dépendent des caractéristiques internes de l'individu - son identité, son histoire, son expérience... (Goffman, 1974). Identifier les rôles produits en contexte revient, en référence au modèle hiérarchique de l'activité de Léontiev (1972), à investir le niveau de l'action (ce qui est fait) - son modèle comporte trois niveaux : 1) le niveau de l'activité qui est le niveau supérieur, renvoie à l'activité intentionnelle, il est orienté vers des motifs, des finalités; 2) le niveau de l'action qui est le niveau intermédiaire, est orienté vers des buts immédiats; 3) le niveau des opérations qui est le niveau élémentaire, renvoie au mode de réalisation de l'action et dépend des conditions pratiques d'exécution. Pratiquement, l'étude des rôles consiste à identifier les actions opératoires accomplies et à les rapporter au statut de la personne les ayant produites. L'identification des actions opératoires repose sur une analyse dite de contenu (Rogalski, 1998) qui consiste à segmenter des unités langagières (généralement de l'ordre de l'intervention - i.e. la plus grande unité monologale) et à leur affecter une fonction. L'affectation d'une fonction requiert d'une part un travail inférentiel du chercheur (Delgoulet, Kerguelen & Barthe, 2000) basé sur le comportement transcrit, son contexte d'énonciation et son concours au processus de résolution. L'étude des rôles permet également d'identifier le contrat de communication coconstruit. Il convient à ce niveau de bien distinguer le contrat de communication externe du contrat de communication coconstruit. Le contrat de communication externe est un élément extérieur à l'interaction. Il a particulièrement été développé par Charaudeau (1983). Il va dépendre du cadre institutionnel, du statut des membres et de l'enjeu de l'interaction.

Il détermine les modalités d'échange qui sont attendues par les uns et les autres aux différents moments de l'interaction et donc fournit des indications sur les comportements à adopter. Le contrat de communication externe peut se définir comme un contrat par lequel les

1. Les médecins avaient la possibilité pour chaque situation de provoquer un second entretien; cette option a été demandée par un médecin pour la situation d'annonce « le diabète chez une femme d'âge mûre peu observante ».

participants à une interaction acceptent tacitement un certain nombre de règles et de principes rendant possible l'interaction ; il permet à chaque interactant de se faire une idée sur ses droits, ses devoirs et ceux de l'autre (Charaudeau, 1983). Le contrat renseigne sur « ce qui peut être dit ou fait dans une situation donnée, de connaître les objets que l'on peut « mettre en communication » ainsi que la manière de le faire » (Vion, 1992, p. 74). Ainsi, le contrat externe va fonctionner comme une ressource dans la dynamique de l'activité : une ressource pour guider l'action et interpréter celles d'autrui. Le contrat de communication coconstruit rend compte des rôles réalisés, de la façon dont ils se sont accomplis, de la relation qui s'est façonnée progressivement au cours de l'interaction. Le contrat de communication s'élabore, se façonne, s'accomplit au gré du processus interactionnel ; c'est par l'analyse des communications produites en situation qu'il est possible d'y accéder (Camus, 1999).

## La dimension comportementale

En référence au modèle hiérarchique de l'activité de Léontiev (1972), il s'agit ici d'investir le niveau de l'opération qui renvoie au mode de réalisation de l'action et dépend des conditions pratiques d'exécution. Il s'agit de rendre compte de la façon dont des actions opératoires comme gérer les émotions, être intelligible... se matérialisent en situation, au moyen de quels procédés langagiers. Pour l'étude des séquences traduisant l'accomplissement des actions opératoires ciblées, nous mobilisons l'analyse interlocutoire (Trognon & Brassac, 1992). L'analyse repose sur une approche pragmatique et dialogique du discours. Cette approche permet de ne pas éluder la dimension interactionnelle des échanges parlés. Elle repose sur la théorie de l'enchaînement conversationnel (Trognon, Brassac, 1992) qui développe que le processus d'intercompréhension s'opère en trois temps : T1 est le premier tour de parole où le locuteur L1 produit un énoncé E1 ; T2 est le deuxième tour de parole où un autre locuteur, produit un énoncé E2 par lequel il communique son interprétation en acte de l'énoncé E1 ; T3 est le troisième tour de parole par lequel le locuteur initial L1, rectifie ou non l'interprétation en actes que L2 a faite de son énoncé E1 initial. Ainsi le processus d'intercompréhension et d'intelligibilité des actes se réalise en plusieurs temps et nécessite de la part de l'analyste, une étude pragmatique et dialogique des séquences. Par ce travail, il devient possible d'accéder aux valeurs illocutoires sur lesquelles les partenaires s'accordent ou plus précisément celles à propos desquelles ils réagissent et qu'ils font exister de fait dans l'espace de l'interlocution.

## Résultats d'analyse du corpus

### La dimension architecturale de l'activité

L'étude de l'architecture des consultations ordinaires médecin-patient lorsqu'on se rend chez son médecin pour un mal de gorge par exemple, a été effectuée à grande échelle par Frankel et Beckman (1982, dans Lacoste, 1993) qui ont montré que la structure des consultations médicales classiques reflétait une application stricte du scénario enseigné aux étudiants en médecine. Un scénario qui se présente sous la forme de différentes phases produites successivement à l'initiative du médecin : Phase 1 : Ouverture, Phase 2 : définition du problème (interrogatoire), Phase 3 : examen, Phase 4 : diagnostic, Phase 5 : discussion du diagnostic, examens complémentaires, Phase 6 : prescription, Phase 7 : clôture » (Cosnier, 1993). Plus récemment Kalet et ses collaborateurs (2004) en se basant sur la littérature et une étude de documents délivrés par des organismes accréditeurs mettent en exergue huit phases successives qui refléteraient « la » meilleure pratique d'un échange médecin-patient : une phase de préparation de l'entretien, une phase d'ouverture, une phase de récolte d'informations, une phase pour l'obtention et la compréhension des perspectives du patient, une phase de communication durant l'examen, une phase pour l'instruction/éducation du patient, une phase de négociation et de mise en place d'un plan d'action et une phase de clôture (Kalet et al., 2004). Dans la même perspective que les auteurs précédents (aboutir à une communication médecin-patient efficace), Silverman et ses collaborateurs (2005) identifient cinq tâches à accomplir successivement en entretien de consultation : initier la session (rapports, les raisons de la consultation, établir un plan d'action), récolter les informations (l'historique du patient, questions ouvertes et fermées, identification des signaux verbaux et non-verbaux), réaliser l'examen physique, expliquer et planifier (donner des informations et des explications compréhensibles), clôturer la session (résumer et clarifier le plan d'action établi), auxquelles ils ajoutent deux tâches supplémentaires ; l'une renvoie à la structuration de l'entretien ; l'autre, à la construction d'une relation avec le patient. Deux tâches que Rey-Bellet et ses collaborateurs (2008) qualifient de transversales car évoluant parallèlement à la structure « basique » de l'entretien. Concernant les consultations d'annonce de diagnostics graves ou délicats, nous avons posé l'hypothèse que l'application stricte d'un scénario était incompatible avec le suivi des prescriptions de la Haute Autorité de Santé. On s'attendait en effet à ce que des prescriptions comme être à l'écoute, être attentif au patient, gérer ses émotions... suscitent des retours en arrière, des suspensions qui devraient avoir une incidence sur la structuration du discours. Nos résultats vont dans ce sens. On observe une récurrence des différentes phases de l'entretien. Prenons par exemple une des consultations conduite avec la patiente souffrant d'un diabète. L'analyse de contenu de l'entretien a permis de distinguer tout d'abord cinq types de phase :

P1 : présentation et interprétation du bilan sanguin

P2 : Inventaire des causes/facteurs expliquant le taux de glycémie

P3 : Présentation de la maladie

P4: Gestion des émotions

P5: Formulation de conseils.

Si nous avions affaire à un entretien reflétant strictement un scénario, nous aurions dû obtenir la succession suivante :

P1 > P2 > P3 > P4 > P5.

Or voici la succession de phases que nous avons observée :

P1 > P4 > P2 > P4 > P2 > P4 > P3 > P4 > P1 > P2 > P3 > P2 > P5 > P4 > P5.

On note donc une récurrence de phases: les phases 1, 3 et 5 apparaissent à deux reprises, la phase 2 à quatre reprises et la phase 4 à cinq reprises. La phase la plus récurrente, - quels que soient les entretiens étudiés dans le cadre de cette recherche - est la phase qui a pour fonction la gestion émotionnelle.

## La dimension relationnelle

Cette dimension a été investie pour les consultations classiques. Frankel et Beckman (1982, dans Lacoste, 1993), Frankel (1986, dans Lacoste, 1993) et Heath (1993) montrent qu'en consultation classique, les médecins questionnent, informent, produisent des acquiescements (hum, d'accord), ils se permettent de couper les patients et souvent ils ne répondent pas aux rares questions qui leur sont adressées. De leur côté, les patients répondent aux questionnements, acquiescent, ils ne coupent pas la parole, ils ne remettent pas en question le diagnostic des médecins aussi hypothétique soit-il. Ils ne s'autorisent que peu de questions. Lorsqu'ils en produisent, ils utilisent des précautions oratoires: par exemple, l'emploi de formes négatives « docteurs vous ne croyez pas que... » ou des préliminaires de préliminaires tels que « Docteur, est-ce que je peux vous demander si... ». Les rôles accomplis contribuent au façonnement d'un rapport social fortement asymétrique où la position haute du médecin est protégée (Heath, 1993). Cette asymétrie se traduit discursivement à travers le contrôle du déroulement de la consultation par le médecin (Agius, 2014): le médecin initie les phases, questionne; le patient produit des actions en réponse (Robinson, 2001). Concernant les consultations d'annonce de diagnostics graves, on s'attend à ce que les prescriptions comme être à l'écoute, être attentif au patient, aider le patient à surmonter ses craintes..., conduisent à plus d'égards et de considération envers le patient. Ces comportements devraient induire un rapport social moins asymétrique que celui identifié notamment par Heath (1993). Il s'agissait alors d'identifier les différents rôles accomplis et d'approcher le rapport social qui y prend place. L'étude des rôles a consisté à identifier les fonctions opératoires accomplies et à les répartir dans trois grandes méta-catégories: 1) informer, 2) s'informer, 3) gérer ou exprimer des émotions.

Il informe	Il communique une information	« la norme c'est 2 grammes. »
	Il explicite une information	« ce sont des cellules qui ont décidé de vivre pour elles »
	Il explique une information	« c'est pour ça que le taux... »
	De son écoute, de sa compréhension	« hum », « d'accord »
Il s'informe	Il s'enquiert des connaissances du patient,	« qu'est-ce qu'il (le spécialiste) vous a dit? » « c'est quoi pour vous une SEP? »
	Il s'enquiert de l'état émotionnel des patients	« ça vous fait peur », il est attentif aux expressions émotionnelles: trémolo dans la voix...
	Il cherche à identifier l'objet des craintes	« ça vous fait peur... c'est quoi pour vous le cancer »
Il gère les émotions	Il montre qu'il compatit	Phatique, mouvement, regard, « hum »
	Il dédramatise, il rassure, il reconforte... mais peut aussi alarmer (le cas du diabète)	« c'est pris à temps », « on va s'en occuper, on va passer laisser... », « y a pas de petit diabète »

Tableau 1: Rôles des Médecins extraits de Saint-Dizier de Almeida (2013)



Il informe	Sur l'objet de ses craintes	« chimiothérapie euh tout ce qui euh la perte des cheveux... »
	Sur ses connaissances médicales	« des cellules qui... font leur vie. »
	Sur ses symptômes	« <b>sensation d'avoir de l'eau dans les membres</b> »
	De son écoute et sa compréhension	« <b>hum</b> » « <b>d'accord</b> »
Il s'informe	À propos de la pathologie	« <b>c'est quoi la norme ?</b> »
	À propos des traitements	« <b>le régime c'est pendant combien de temps ?</b> »
Il exprime ses émotions	Il exprime ses craintes, ses peurs, ce qui le tracasse	« <b>c'est grave</b> », « <b>c'est un cancer</b> », « <b>abaissement de la tête, trémolo dans la voix, silence, soupir...</b> »

**Tableau 2: Rôles des patients extrait de Saint-Dizier de Almeida (2013)**

Contrairement à ce que l'on pouvait anticiper à la lecture de la littérature, on observe notamment que les médecins écoutent les patients et ne leur coupent pas la parole. À ce titre la relation paraît plus collaborative que ne le laisse présager la différence de connaissances sur l'objet des échanges et le statut fort différent des interlocuteurs.

### La dimension communicationnelle

Pour montrer comment l'analyse interlocutoire permet d'instruire la matérialité du niveau de l'opération, nous allons présenter l'analyse d'une séquence illustrant une préconisation de la HAS, en l'occurrence « éviter un choc émotionnel ».

P28	Mais... c'est grave ( <i>tonalité montante</i> )
M29	<i>M incline brièvement la tête sur l'épaule</i> On va dire c'est sérieux
P29	D'accord
M30	Ce n'est pas quelque chose qu'on va laisser tomber ce n'est pas quelque chose qu'on va laisser de côté c'est quelque chose dont il faut s'occuper... hein
P30	D'accord

La phase est amorcée par P28 (28<sup>e</sup> intervention du patient). Cette intervention réagit à la séquence précédente au cours de laquelle le médecin a commenté et expliqué les résultats de l'examen sanguin du patient qui révèle un taux de PSA élevé. Par cette intervention, le patient soumet une déduction ayant trait à la gravité de la situation et ce faisant il inscrit le discours dans le registre du pronostic (c'est grave ? ça se guérit ? j'en ai pour combien de temps ?) et ainsi crée les circonstances d'un éventuel choc émotionnel. Dans notre situation de simulation, le cas en l'occurrence est grave (les statistiques montrent que les chances de guérison du cancer de la prostate sont moindres lorsque les patients sont jeunes, ce qui est le cas ici). Satisfaire littéralement la demande exprimée reviendrait à dire « oui, c'est grave ». Comme l'objectif du médecin est de ménager le patient, il va utiliser un procédé qui va lui permettre d'atténuer le choc d'une réponse frontale. Plutôt que de répondre à la requête « c'est grave ? », il va répondre à la question : quel est le mot le plus approprié pour qualifier la situation ? - sachant qu'un mot ne peut qualifier de manière exacte la singularité d'une situation réelle unique.

Plus dans le détail, en énonçant « on va dire que c'est sérieux », il marque explicitement qu'il positionne ses propos dans le registre du « dire » : on n'est pas dans le monde réel physique, mais dans le monde des mots ; ce qui contribue à atténuer le caractère angoissant de ce moment conversationnel. Aussi pour éviter que le patient ne se construise une représentation erronée de la signification affectée à « sérieux », le médecin explique via M30, ce qu'il entend par « sérieux ». À travers son explication, il manifeste une prise en charge collective signifiée par l'usage du déictique « on » (le patient n'est pas seul) ce qui peut le rassurer. Aussi en énonçant « c'est quelque chose dont il faut s'occuper », il signifie qu'il y a une intervention possible, ce qui est encourageant car ce qui est ainsi communiqué au patient est que la situation n'est pas irrémédiable. Ainsi le médecin n'ignore pas les propos du patient, il atténue le choc d'une réponse directe, il rassure (en communiquant que ce n'est pas irrémédiable), il reconforte (en communiquant que le patient n'est pas seul face à la maladie) et il engage le patient dans la phase thérapeutique. En outre, par ce procédé, il est parvenu à inscrire la discussion dans un autre registre que celui du pronostic, celui de la prise en charge.

## La conception du site et la mesure de son impact formatif

Nous avons tenu compte des différentes dimensions ainsi repérées comme significatives pour concevoir les différentes parties de la rubrique du site, lequel est accessible à l'adresse suivante : <http://www.infos-patients.fr/> (rubrique : « jeux de rôle »). Nos résultats permettent d'instruire la dimension architecturale. Ils apparaissent dans la sous-rubrique : « jeux de rôle > Dialogues > la structure du dialogue » ; ceux qui instruisent la dimension relationnelle apparaissent dans la sous-rubrique : jeux de rôle > Interactions ; ceux qui instruisent la dimension communicationnelle, dans la sous-rubrique : jeux de rôle > compétences. Ce site est à la disposition des soignants et étudiants en santé. Ils l'utilisent à leur convenance. Par ailleurs, il a fait l'objet d'un test (Saint-Dizier de Almeida & Agnoletti, 2015). 26 participants (étudiants en internat et jeunes médecins) y ont participé. Ils ont été sollicités sur la base du volontariat, ils ont déjà suivi dans le cadre de leur cursus des formations classiques à l'annonce de diagnostics difficiles. Pour mesurer l'impact formatif de la rubrique du site nous avons conduit des entretiens semi-directifs et soumis deux exercices aux participants avant et après la consultation du site en ligne.

### Des transformations représentationnelles

Les entretiens avant la consultation ont pour fonction de recueillir des informations sur la façon dont chaque participant se représente les entretiens de consultation médecin-patient et les entretiens d'annonce difficile. Les entretiens après la consultation ont cette même fonction ; on profite également de ces seconds entretiens pour savoir si la rubrique du site les satisfait. L'analyse des entretiens avant la consultation de la rubrique du site montre que les participants avaient une représentation riche de l'entretien médecin-patient et de l'annonce des diagnostics graves. Ils produisent les recommandations présentes dans les programmes de formation classique à l'entretien d'annonce telles que « le médecin doit prendre le temps pour l'annonce », « l'annonce se déroule en phases » « elle doit avoir lieu dans un environnement calme », « chaque entrevue est originale », « le médecin doit être honnête », « le médecin doit donner le temps au patient de poser des questions », « le médecin doit expliquer les choses clairement », « le médecin doit laisser le patient exprimer ses émotions »... Dans les entretiens menés après la consultation du site, en plus des contenus précédents, de nouveaux éléments apparaissent : « le médecin doit laisser le patient expliquer ce qu'il sait », « le médecin doit laisser le patient expliquer comment il comprend les choses », « le médecin doit interroger le patient sur ce qu'il sait », « le médecin doit se renseigner sur l'état psychologique du patient », « le médecin interroge le patient afin de déterminer ce qu'il pense », « un médecin ne devrait jamais arriver comme un « je sais tout » ».

### L'acquisition d'une compétence communicationnelle

Deux exercices en ligne ont pour fonction d'identifier l'acquisition d'une compétence communicationnelle ciblée. En l'occurrence, lorsque le traitement littéral d'une requête risque de générer un choc émotionnel, il est souhaitable de s'enquérir des états mentaux (croyances, désirs, intentions) et émotionnels (craintes, appréhensions...) du patient. Le but est que le soignant produise un discours adapté à l'univers de pensée du patient. La conception des deux exercices est inspirée de la tâche de complétion du discours de Blum-Kulka, House et Kasper (1989). Chaque exercice se compose d'une brève présentation d'une situation d'annonce de diagnostic grave, suivie d'une séquence d'interaction en deux tours de parole. Le participant est invité à se mettre à la place du médecin et à transcrire ce qu'il dirait spontanément dans une telle situation. Les deux situations ont trait à une annonce concernant le cancer du sein.

#### Exercice 1

Médecin : nous avons détecté des nodules

Patient : mais c'est sérieux (ton montant)

Médecin : .....

#### Exercice 2

Médecin : (...) nous avons détecté des nodules

Patient : euh... c'est un cancer (ton montant)

Médecin : .....

Les résultats révèlent qu'avant la consultation du site, les participants au troisième tour de parole apportent des éléments de réponse avec des formules du type (oui, on peut dire que c'est sérieux, mais c'est pris à temps). Se faisant ils appliquent une prescription de la littérature médicale : « il faut répondre aux questions des patients ». Suite à la consultation de la formation en ligne, les participants accomplissent une nouvelle compétence communicationnelle qui se traduit par un comportement par lequel ils n'apportent pas d'informations, mais questionnent les patients sur ce qu'ils savent, sur leurs états mentaux et émotionnels (des productions du type : qu'entendez-vous par sérieux ? qu'est-ce qui vous fait dire que c'est un cancer ? qu'est-ce qui vous fait peur ?).

En effet, le site explique - description de séquences à l'appui -, que lorsque le patient pose une question dont la réponse risque de provoquer un choc émotionnel, il est préconisé de s'enquérir des états mentaux et émotionnels du patient, pour pouvoir ensuite lui apporter des informations adaptées à son univers de pensée. Ainsi, la visée formative de la rubrique du site que nous avons conçue, sur la base notamment de l'étude des dimensions architecturale, relationnelle et communicationnelle d'entretiens d'annonce de diagnostics médicaux, a permis de développer des connaissances de ce type d'échanges qui ont suscité des modifications représentationnelles souhaitables et ont participé au développement de compétences communicationnelles visées.

## Discussion

À travers cette étude, nous montrons que pour répondre aux besoins spécifiques repérés par la Ligue contre le cancer se rapportant à l'interaction médecin-patient en situation d'annonce de diagnostics médicaux graves, les méthodologies d'analyse des interactions langagières et le cadre mobilisé (dimensions architecturales, relationnelle et communicationnelle) se sont révélés pertinents et font sens chez les soignants.

La rubrique du site de l'étude Infos Patients a rendu visibles ces dimensions et par là même a conduit les apprenants volontaires à modifier leur représentation de l'entretien et à développer des compétences communicationnelles. Au vu des travaux traitant de la relation médecin-patient en contexte d'annonce, nous avons investi des pans de l'activité sous-représentés voire non abordés dans les formations à l'annonce de diagnostics médicaux. Les résultats ont permis de contrer des représentations induites par les formations académiques classiques (formation au scénario médical pouvant susciter une vision trop figée et planifiée de l'entretien, empêchant les suspensions et donc la régulation des émotions lorsqu'elles s'expriment). L'étude de la dimension relationnelle a permis de mettre en exergue les rôles qui s'accomplissent dans ce type de contexte. Nous avons également pallié un manque observé dans les formations des années 2000 en fournissant des séquences illustrant l'accomplissement en acte de prescriptions que nous commentons sur la base des résultats d'analyses interlocutoires. Absentes des formations antérieures, ces séquences commentées ont été particulièrement appréciées des étudiants lors de l'évaluation de la rubrique du site censé leur apporter une formation en ligne. Aussi, la recherche Infos Patients a permis d'enrichir les travaux de Silverman, Kurtz et Draper (2005) qui ont mis en exergue l'existence de tâches transversales (structurer l'entretien et gérer la relation). Nous montrons comment ces deux tâches transversales se traduisent au niveau structural: récurrences de phases ayant pour fonction la régulation émotionnelle. L'étude de la dimension relationnelle a permis d'identifier de nouveaux rôles induits par la régulation émotionnelle comme, prévenir les chocs émotionnels en questionnant préalablement les états mentaux et émotionnels du patient. Enfin l'analyse interlocutoire de séquences a permis de mettre en exergue des procédés communicationnels déployés pour accomplir certaines prescriptions de la HAS.

## Conclusion

À travers cet article, il s'agissait de montrer l'importance d'analyser des interactions langagières qui soient au plus proches que possibles de situations réelles de travail lorsqu'une visée formative est attendue. Ce principe de conception est particulièrement développé dans le champ de recherches en ingénierie didactique professionnelle que Pastré (2009) définit ainsi: « Son objectif est d'utiliser l'analyse du travail pour construire des contenus et des méthodes, visant à la formation des compétences professionnelles [...] afin de repenser l'acte didactique, s'adressant à des adultes, en référence au travail, et au développement des compétences et de l'expérience professionnelle » (p. 403). Plus modestement, nos travaux permettent d'enrichir les connaissances scientifiques sur l'activité d'annonce de diagnostics médicaux et de disposer de ressources porteuses de visées formatives. À travers la recherche Infos Patients, nous montrons que l'étude des dimensions architecturale, relationnelle et communicationnelle a permis de mettre en exergue des éléments dont certains n'apparaissent pas dans les formations à l'entretien médecin-patient et à l'annonce de diagnostics médicaux (récurrences de phase, rôles accomplis, procédés langagiers mobilisés pour accomplir des prescriptions). Ces éléments nouveaux ont pu être identifiés grâce à l'étude d'entretiens médecin-patient conduits en situation de simulation. Une singularité de l'étude est d'avoir pu proposer un support en ligne à visée formative et capitalisant les résultats obtenus. La page d'accueil de la rubrique propose différents onglets, chaque onglet se rapporte à une dimension de l'activité et fournit lorsque c'est opportun des illustrations sur la base de séquences dont les analyses sont restituées. Ce format s'est avéré pertinent auprès d'apprenants volontaires: modifications représentationnelles et développement de compétences communicationnelles. Enfin, les étudiants étant demandeurs d'exercices pratiques (Camargo, Lima, Brietzke, Mucci, & Góis, 2019), le fait d'avoir adjoint des séquences illustratives a été particulièrement apprécié des apprenants. Quoi qu'il en soit, ce type de site à visée formative en ligne ne peut prétendre se substituer aux exercices pratiques (jeux de rôle, relater des expériences...) qui leur permettent de s'exercer, d'échanger autour de leurs pratiques et d'avoir un retour de professionnels plus aguerries.

## Bibliographie :

- Bès, M. P. (1998). La capitalisation active des connaissances. Principes, contextes et obstacles. *Annales des Mines*, 38-51.
- Caens-Martin, S. (1999). Une approche de la structure conceptuelle d'une activité agricole : la taille de la vigne. *Éducation permanente*, 139, 99-114.
- Agius, M.A. (2014). The medical consultation and the human person. *Psychiatria Danubina*, n° 26, vol. 1, 15-8.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, n° 5, vol. 4, 302311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Béguin, P., & Weill-Fassina A. (1997). De la simulation des situations de travail à la situation de simulation. Dans P. Béguin et A. Weill-Fassina (Eds.) *La simulation en ergonomie : connaître, agir et interagir* (pp 5-28). Toulouse : Octarès.
- Bishop, T. W., Gorniewicz, J., Floyd, M., Tudiver, F., Odom, A., & Zoppi, K. (2016). Innovative patient-centered skills training addressing challenging issues in cancer communications: Using patient's stories that teach. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, n° 51, vol. 4, 357366. <https://doi.org/10.1177/0091217416659272>
- Blum-Kulka, S., House, J., & Kasper, G. (1989). Cross-cultural pragmatics: Requests and apologies. Norwood, NJ: Ablex. <http://books.google.com/books?id=jtlkAAAAMAAJ>
- Bonnaud-Antignac, A. (2008, 2011). La communication en médecine. Cours PCEM2, PCEM3, Université de Nantes, <http://www.youscribe.com/catalogue/manuels-et-fiches-pratiques/sante-et-bien-etre/>.
- Camargo, N. C., Lima, M. G. de, Brietzke, E., Mucci, S., & Góis, A. F. T. de. (2019). Teaching how to deliver bad news: A systematic review. *Rev. Bioét. (Impr.)*, n° 27, vol. 2, 326340.
- Camus, O. (1999). Les interactions langagières. Dans J.-P. Pétard. *Psychologie sociale* (pp. 259-316). Rosny : Bréal.
- Charaudeau, P. (1983). Langage et discours : Éléments de sémiolinguistique. Paris : Hachette.
- Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. Dans J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (Eds.), *Soins et communication: approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 17-32). Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Coutinho, F., & Ramessur, A. (2016). An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic? *Acta Medica Portuguesa*, n° 29, vol. 12, 826831. <https://doi.org/10.20344/amp.7909>
- Delgoulet, C., Kerguelen, A., & Barthe, B. (2000). Vers une analyse intégrée des communications et des actions au travail : Quelles modalités de leur mise en relation? *Communication et analyse du travail*, 341375.
- Dikici, M. F., Yaris, F., & Cubukcu, M. (2009). Teaching medical students how to break bad news: A Turkish experience. *Journal of Cancer Education*, n° 24, vol. 4, 246248. <https://doi.org/10.1080/08858190902972814>
- Falzon, P. (1994). Dialogues fonctionnels et activité collective. *Le Travail Humain*, n° 57, vol. 4, 299312.
- Goffman, E. (1974). Les Rites d'interaction. Paris, FR: Les Éditions de Minuit.
- Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale : la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin. Dans J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (Eds.) *Soins et communication: approches interactionnistes des relations de soin* (pp 65-76). Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Kalet, A., Pugnaire, M. P., Cole-Kelly, K., Janicik, R., Ferrara, E., Schwartz, M. D., Lipkin, M., & Lazare, A. (2004). Teaching communication in clinical clerkships: Models from the macy initiative in health communications. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, n° 79, vol. 6, 511520. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00005>
- Kostulski, K., & Trognon, A., (1998). Le domaine cognitif de l'interlocution : un exercice d'analyse interlocutoire d'une transmission orale dans une équipe paramédicale. Dans K. Kostulski et A. Trognon (Eds), *Communications interactives dans les groupes de travail* (pp 59-101). Nancy : Presses universitaires de Nancy.

- Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (Eds.) *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soin* (pp 33-61). Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Lancry-Hoestland, A. (2002). Pistes pour l'analyse du travail d'emplois de services d'aide aux personnes. Dans E. Engrand, S. Lambolez, & A. Trognon (Eds.). *Communications en situation de travail à distance* (pp 131-156). Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Léontiev, A. N. (1972). Le développement du psychisme. Paris : Éditions sociales.
- Maingueneau, D. (2009). Les termes clés de l'analyse du discours (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Éditions du Seuil.
- Meunier, J., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Etienne, A.-M., Liénard, A., Bragard, I., Marchal, S., Reynaert, C., Slachmuylder, J.-L., & Razavi, D. (2013). The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Education and Counseling*, n° 93, vol. 1, 4047. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.020>
- Moeschler, J. (1989). Modélisation du dialogue: représentation de l'inférence argumentative. Paris : Hermès.
- Pastré, P. (2009). Le but de l'analyse du travail en didactique professionnelle: développement et/ou professionnalisation? Dans: Marc Durand éd., *Travail et formation des adultes* (pp. 159-189). Paris : Presses Universitaires de France.
- Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: How to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, n° 171, vol. 4, 260263.
- Rey-Bellet, S., Zürcher, M., Martin, S., Michaelis Conus, K., Rodondi, P.-Y., & Vannotti, M. (2008). Comment commencer l'entretien médical?: Réflexions sur la phrase sociale à partir d'enregistrements vidéo. *Revue médicale*, 418-421.
- Robinson, J. (2001). Asymmetry in action : Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text*, 21 (1/2), 19-54. <https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.19>
- Rogalski, J. (1998). Concepts et méthodes d'analyse des processus de coopération dans la gestion collective d'environnements dynamiques. Dans K. Kostulski & A. Trognon (Eds.). *Communications interactives dans les groupes de travail* (pp. 27-58). Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Rosenbaum, M. E., Ferguson, K. J., & Lobas, J. G. (2004). Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: A review of strategies. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, n° 79, vol. 2, 107117. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00002>
- Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J., Rubbattel, C. et Schelling, M. (1985). L'articulation du discours en français contemporain. Berne : Peter Lang.
- Saint-Dizier de Almeida, V., & Agnoletti, M.-F. (2015). Impact of online training on delivering a difficult medical diagnosis: Acquiring communication skills. *Applied Ergonomics*, n° 50, 242250. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.03.020>
- Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *Activités*, n° 10, vol. 2. <https://doi.org/10.4000/activites.740>
- Servotte, J.-C., Bragard, I., Szyld, D., Van Ngoc, P., Scholtes, B., Van Cauwenberge, I., Donneau, A.-F., Dardenne, N., Goosse, M., Pilote, B., Guillaume, M., & Ghuysen, A. (2019). Efficacy of a Short Role-Play Training on Breaking Bad News in the Emergency Department. *The Western Journal of Emergency Medicine*, n° 20, vol. 6, 893902. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.8.43441>
- Setubal, M. S. V., Antonio, M. Â. R. G. M., Amaral, E. M., & Boulet, J. (2018). Improving Perinatology Residents' Skills in Breaking Bad News: A Randomized Intervention Study. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, n° 40, vol. 3, 137146. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1621741>
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). Skills for Communicating with Patients. San Francisco : Radcliffe.
- Talbot, L., & Arrieu-Mutel, A. (2012). Décrire, comprendre et expliquer les pratiques d'enseignement d'un professeur de lycée. *Éducation didactique*, n° 3, vol. 6, 6595.

- Thorne, S., Oliffe, J., Kim-Sing, C., Hislop, T. G., Stajduhar, K., Harris, S. R., Armstrong, E.-A., & Oglov, V. (2010). Helpful communications during the diagnostic period: An interpretive description of patient preferences. *European Journal of Cancer Care*, n° 19, vol. 6, 746754. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01125.x>
- Trognon, A., & Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de Linguistique Française*, n° 13, 76107.
- Vion, R. (1992). La communication verbale. Paris : Hachette Supérieur.
- Von Blanckenburg, P., Hofmann, M., Rief, W., Seifart, U., & Seifart, C. (2020). Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: The MABBAN scale. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>
- Weizman, E. (2006). Rôles et identités dans les interactions conflictuelles. *Questions de communication*, n° 9, vol. 1, 713.

