

# Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux

Valérie Saint-Dizier de Almeida

► **To cite this version:**

Valérie Saint-Dizier de Almeida. Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. @ctivités, Association Recherches et Pratiques sur les ACTivités, 2013, Intervenir sur le travail, 10 (2), <10.4000/activites.740>. <hal-01584001>

**HAL Id: hal-01584001**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01584001>**

Submitted on 8 Sep 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux

*How to improve the understanding of patient-physician consultations in contexts of announcements of serious medical diagnoses*

Valérie Saint-Dizier de Almeida

---



**Éditeur**

ARPACT - Association Recherches et Pratiques sur les ACTivités

**Édition électronique**

URL : <http://activites.revues.org/740>

DOI : 10.4000/activites.740

ISSN : 1765-2723

**Référence électronique**

Valérie Saint-Dizier de Almeida, « Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux », *Activités* [En ligne], 10-2 | Octobre 2013, mis en ligne le 15 octobre 2013, consulté le 01 octobre 2016. URL : <http://activites.revues.org/740> ; DOI : 10.4000/activites.740

---

Ce document est un fac-similé de l'édition imprimée.



Activités est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

# Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux

Valérie Saint-Dizier de Almeida

Université de Lorraine, Laboratoire InterPsy, EA 4432, MSH Lorraine, USR 3261 CNRS, 54000 Nancy  
valerie.saint-dizier@univ-lorraine.fr

## ABSTRACT

**How to improve the understanding of patient-physician consultations in contexts of announcements of serious medical diagnoses.** This paper deals with patient-physician consultations in contexts of announcements of serious medical diagnoses. It presents research backed by the French "Ligue Contre le Cancer". The goal was to design a Web product which is essentially aimed at future physicians. The product design process was embedded in ergonomic psychology. Using a presentation of the design process, we show how an ergonomic psychology stance allowed us to design a specific product; whilst classical training focuses on physicians' practices and uses an injunctive format, we employ a descriptive format and present the collective activity which takes place during consultations, from different points of view. In order to design the web product content, we mainly used findings from discourse analyses. We used role-playing to collect this corpus (patient-physician consultations relating to serious medical diagnoses in simulated situations). The theoretical-methodological framework allowed us to examine the consultations from different angles. The Web product provides unique content in accordance with medical recommendations (behavioral prescriptions).

## KEYWORDS

patient-physician consultation, serious medical diagnoses, simulation, discourse analysis, ergonomic psychology

## Introduction

Devoir annoncer un diagnostic médical grave à un patient est une situation à laquelle tout médecin sera confronté un jour ou l'autre. C'est une situation particulièrement éprouvante tant pour le patient que pour le médecin. Pour le patient, l'annonce du diagnostic va bouleverser sa vie et la perspective de traitements lourds et de la mort peut faire surface. De son côté, le médecin, en tant que porteur d'une mauvaise nouvelle, « redoute le mal qu'il va faire au malade, craint ses réactions (...). Face à une maladie incurable et potentiellement mortelle, (il) est douloureusement renvoyé à ses propres limites, à sa vulnérabilité, à l'angoisse de sa propre mort (...). » (Moley-Massol, 2007, p. 28).

Préparer, former à la conduite de l'entretien d'annonce est essentiel tant pour les patients que pour les médecins. « Pour les malades, il s'agit de ne pas ajouter de la souffrance à la souffrance. Pour les soignants, il s'agit d'apprendre à mieux vivre un moment éprouvant et usant dans la durée. » (Bettery, Dufranc, & Hofman, 2006, p. 67). Il a en outre été montré qu'une annonce correctement produite avait une incidence positive sur l'engagement du patient dans le processus thérapeutique (Libert, & Reynaert, 2009) et sur sa propension à se projeter dans sa vie future (Baile, & Aaron 2005 ; Butow, 2005 ; Fallowfield, 2008).

La formation à l'annonce a été amorcée par Balint (1957) dans les années 50 ; mais il faut attendre les années 90, pour voir se multiplier les formations à la conduite de ce type d'entretien. Si en France, ces formations ne sont pas encore rendues obligatoires, comme c'est le cas par exemple au Canada, on observe de plus en plus d'universités en dispenser. Le problème de la formation à l'annonce en France ne semble pas pour autant être résolu. En 2011, au cours d'une réunion de l'Ordre national des médecins, il a été souligné que les médecins nouvellement en poste étaient d'excellents ingénieurs médicaux, mais avaient perdu leur humanité ; deux options avaient été proposées : systématiser le compagnonnage et rendre obligatoire la formation à l'entretien médecin-patient.

La recherche « infos-patients » dont il va être question vise à compléter les dispositifs de formation actuels en proposant la conception d'un site Web apportant « des connaissances aux étudiants en médecine, à leurs enseignants et plus généralement à l'ensemble des soignants afin de leur permettre d'approfondir leur réflexion personnelle sur la relation médecin-patient » (formule utilisée sur la page d'accueil du site). Dans ce cadre, nous avons conçu une rubrique consacrée à l'entretien d'annonce de diagnostics sérieux. Il s'agissait donc de développer une prescription – i.e. en didactique professionnelle, une prescription est une construction destinée à cadrer l'activité, à orienter certaines de ses manifestations, c'est un produit destiné à devenir l'objet d'une formation (Mayen & Savoyant, 2002). La commande à satisfaire était relativement ouverte : développer un contenu singulier sur l'entretien d'annonce de diagnostics sérieux. C'est au gré du processus de conception – à travers l'étude des formations existantes, des recherches sur l'entretien médecin-patient, d'entretiens... – que nous sommes parvenus à donner corps à cette commande.

L'article vise à restituer le processus développé pour la conception de ce produit. La première partie rapporte la commande et fait état du contenu des formations actuelles à partir duquel nous avons défini des axes d'investigation devant aboutir à des résultats singuliers. La deuxième partie rend compte de la constitution du corpus de données. La troisième restitue le cadre théorico-méthodologique pour l'étude des données et rapporte les résultats illustrés par des analyses. La quatrième présente la façon dont le contenu du produit multimédia a été formalisé.

## **1.- Vers la conception d'une rubrique web singulière consacrée à l'entretien d'annonce de diagnostics sérieux**

### **1.1.- La commande de la ligue contre le cancer**

Cette recherche a été commanditée par la ligue contre le Cancer *via* le Centre Alexis Vautrin (centre hospitalier en cancérologie de Nancy) et le Vidéoscope (service multimédia de l'Université Nancy2).

Au moment de notre intégration dans le projet, le site est en cours de construction. Il comporte quatre rubriques. La première intitulée « Que doit la loi ? »<sup>1</sup> est consacrée à la législation et la réglementation ; la deuxième intitulée « Communiquer » traite notamment des mécanismes de défenses qui peuvent prendre place chez les patients et chez les médecins ; la troisième « Environnement » informe sur les médias, les associations de patients, les réseaux de santé ; la quatrième « Situation pratique » donne des informations générales sur les pathologies, les besoins et attentes des patients. Les ressources qui alimentent le site sont des extraits de la législation, des productions écrites ou des interviews de médecins et d'une psychologue en oncologie reposant sur leur expérience professionnelle et/ou la littérature.

Au départ, la mission confiée visait la conception d'une cinquième rubrique traitant de la

---

<sup>1</sup> Les formulations entre parenthèse sont celles littéralement employées au niveau du site.

communication interpersonnelle en général. Si la communication possède ses propres règles de fonctionnement (Falzon, 1994), elle prend toujours forme dans le cadre d'une activité qui comporte également ses règles. Les règles ne se surajoutent pas les unes aux autres, mais s'entremêlent pour donner lieu à des jeux de langage (Mayen, 2005 ; Wittgenstein, 1976). Dès lors, nous avons proposé d'aborder la communication interpersonnelle, non pas d'une manière générale, mais telle qu'elle prend forme dans des contextes d'annonce de diagnostics graves.

Cette option requiert de disposer d'entretiens médecin-patient produits en situation d'annonce de diagnostics graves et « correctement » conduits conformément à la législation en vigueur et aux préconisations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et de la Haute Autorité en Santé (HAS)<sup>2</sup>. Pour des raisons déontologiques et pour obtenir des données qui correspondent au plus près à nos attentes, nous avons proposé de procéder à des simulations de situation fondées sur 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. Au terme de cette négociation, la mission était de concevoir une rubrique présentant ce que devrait être un entretien d'annonce de diagnostics conforme à la législation. Le contenu de la rubrique devait être singulier comparé au contenu des formations actuelles. Au niveau de la forme, la rubrique devait présenter un contenu court, rapidement consultable, accessible au public ciblé (les soignants et les étudiants en médecine) et respectant les recommandations ergonomiques en matière de documents électroniques multimédias.

## **1.2.- Un état des formations à l'annonce de diagnostics graves**

Les formations pour la plupart abordent les décrets de loi, les mécanismes de défense des patients et des médecins. Elles fournissent des recommandations pour la conduite de cette activité en termes de prescriptions et proscriptions comportementales. Elles rendent compte de la complexité de l'activité d'annonce pour justifier notamment qu'il n'existe pas de recettes toutes faites en la matière.

### **1.2.1.- Une activité encadrée par la législation**

L'annonce de diagnostics graves est encadrée par différents décrets et articles de loi figurant dans le code de la santé publique, le code de déontologie médicale, la jurisprudence. Le médecin a pour obligation de recueillir le consentement libre et éclairé du patient avant l'acte médical (arrêt du 8 novembre 1955). L'obtention du consentement se double d'une obligation d'information simple, approximative, intelligible et loyale (arrêt du 21 février 1961). Le médecin doit veiller à la bonne compréhension de ses prescriptions pour que le patient puisse prendre une décision en toute connaissance de cause (article 37 du décret du 28 juin 1979). Ainsi, le médecin ne doit pas seulement communiquer des informations, il doit également s'assurer de la compréhension du patient (ANAES, 2000), i.e. le patient a-t-il bien compris ? S'est-il correctement approprié le contenu communiqué ? Outre la compréhension, la HAS (2008) met l'accent sur la gestion des émotions, car si la compréhension du patient de ce qui est dit est fondamentale, elle ne peut s'obtenir que si le patient n'est pas submergé par ses émotions ; le médecin doit alors identifier les craintes du patient, ses états émotionnels et adapter son comportement en conséquence.

---

<sup>2</sup> En 2004, l'ANAES est remplacée par la HAS. Nous faisons ici référence au rapport de l'ANAES produit en mars 2000 : « Information des patients : recommandations destinées aux médecins » [http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rbpc\\_info\\_pts.pdf](http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rbpc_info_pts.pdf) et à celui de la HAS produit en 2008 : « annoncer une mauvaise nouvelle » [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisnouvelle\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisnouvelle_vf.pdf)

### **1.2.2.- Une activité éprouvante : les mécanismes de défense**

Il est fait référence aux travaux de Ruzniewski (2004) qui a notamment investi les mécanismes de défense à l'œuvre en entretien d'annonce. Elle distingue les mécanismes de défense des patients (déli, régression, isolation, déplacement, projection agressive) et ceux des médecins (mensonge, fausse réassurance, fuite en avant, rationalisation, esquive, banalisation, identification projective).

#### ***Les mécanismes de défense des patients***

Le déni : le patient n'entend pas ce que dit le médecin. La régression : le patient entend ce que dit le médecin, mais ne s'investit plus. L'isolation : le patient entend et comprend, mais il établit une distance entre lui et la maladie, comme si la maladie n'était pas la sienne. Le déplacement : il entend et comprend, mais tente d'orienter le discours vers quelque chose d'anodin. La projection agressive : les affects négatifs qu'il éprouve sont extériorisés *via* des actes agressifs envers le médecin.

#### ***Les mécanismes de défense des médecins***

Le mensonge : le médecin dissimule la vérité. La fausse réassurance : il maintient un espoir alors que la réalité du cas clinique ne devrait pas l'autoriser. La fuite en avant : il se débarrasse au plus vite de l'annonce en disant tout, le plus rapidement possible. La rationalisation : il fait en sorte que le patient ne comprenne pas la situation en utilisant le jargon médical. L'esquive : il ne traite pas les questionnements du patient qui risquent de les engager dans un registre émotionnel éprouvant. La banalisation : il opte pour un registre n'impliquant pas directement le patient, un registre qui focalise sur la maladie en général et ses traitements. L'identification projective : il attribue au patient les états mentaux et émotionnels qu'il aurait dans ce contexte en pensant qu'il s'agit de ceux du patient.

### **1.2.3.- Les prescriptions comportementales**

Les prescriptions et proscriptions comportementales sont produites par des professionnels du secteur de la santé et reposent sur leur « opinion » (Thorne, Oliffe, Kim-Sing, Hislop, Stajduhar, Harris et al., 2010).

Elles donnent lieu à deux formes de formation : les formations traditionnelles *via* des enseignements magistraux, par exemple Bonnaud-Antignac (2008) dont le diaporama est en ligne, basées sur des ouvrages (par exemple Buckman, 2001 ; Iandolo, 2006 ; Pouchain, Attali, de Bulter, Clément, Gay, Molina et al., 1996 ; Tate, 2005) et d'autre part, les formations qui reposent sur des techniques d'enseignement interactives, comme les jeux de rôle, par exemple Cuenot et collaborateurs (2005) ou le programme 'Communication Skills Training' (Butow, Cockburn, Girgis, Bowman, Schofield, D'Este et al., 2008). Chacune d'elles repose sur une pratique pédagogique particulière et leur contenu n'est pas exactement le même bien que n'entrant aucunement en contradiction. Les formations traditionnelles découlent davantage de la législation ; celles fondées sur des mises en situation exploitent davantage les prescriptions et proscriptions utilisées pour former à la conduite des entretiens thérapeutiques (Rogers, 1942, 2008).

#### **1.2.3.1.- Le contenu des formations traditionnelles**

Les prescriptions et proscriptions sont généralement rapportées à l'article de loi qui impose le consentement libre et éclairé du patient (cf. Tableau 1). Obtenir le consentement libre et éclairé du patient nécessite d'une part que le patient ait compris la situation dans laquelle il se trouve, les examens et traitements qu'on lui propose et d'autre part qu'on lui laisse prendre la décision de la suite thérapeutique à donner.

Obtenir le consentement libre et éclairé du patient				
Décision en toute connaissance de cause		Respect de la décision du patient		
Être entendu		Être compris	Accéder à la décision	
			Respecter la décision	
⇒ Éviter que le patient soit submergé par les émotions		⇒ S'adapter au patient ⇒ Répondre à ses questions ⇒ Éviter le jargon médical ⇒ Reformuler ⇒ Parceler l'information ⇒ Aller du général au précis	⇒ Laisser s'exprimer le patient ⇒ L'écouter ⇒ Ne pas l'interrompre ⇒ Laisser des moments de silence ⇒ Le questionner	
⇒ Être attentif aux émotions (signes verbaux et non verbaux)	⇒ Éviter les termes porteurs de crainte (préférer polype à cancer)			⇒ Ne pas l'évaluer ⇒ Ne pas le juger ⇒ Ne pas le sermonner
⇒ Gérer les émotions	⇒ Mais ne rien dire qui ne soit vrai			

Tableau 1 : Prescriptions et proscriptions rapportées au consentement libre et éclairé

Table 1: Prescriptions and proscriptions relating to free and informed consent

Certaines de ces prescriptions et proscriptions sont également rapportées à une préconisation récurrente dans la littérature pédagogique médicale, en l'occurrence : il faut ménager le patient, il faut lui dire la vérité – sauf exceptions régies par la législation – mais pas n'importe comment (cf. Tableau 2).

Ménager le patient ⇔ dire la vérité, mais pas n'importe comment		
<b>Faire une annonce progressive</b> ⇒ Parceler l'information ⇒ Aller du général au précis	<b>Éviter les termes porteurs de crainte, peur</b> (préférer polype à cancer)	<b>Dire ce que le patient est en mesure d'entendre</b> ⇒ S'enquérir de ses états mentaux et émotionnels (être attentif au verbal et au non verbal) ⇒ Mais ne rien dire qui ne soit vrai

Tableau 2 : Prescriptions et proscriptions liées à la préconisation « ménager le patient »

Table 2: Prescriptions and proscriptions relating to "sparing the patient"

### 1.2.3.2.- Les formations interactives

Les formations interactives basées sur la technique des jeux de rôle consistent à placer des formés en situation d'annonce en utilisant la technique des jeux de rôle et à rectifier leur comportement en allo-confrontation collective<sup>3</sup>. Ces formations se fondent davantage sur les prescriptions et proscriptions utilisées pour faire acquérir la démarche empathique (écoute active et attitude compréhensive) (cf. Tableau 3). On forme à l'identification de signes révélant l'expression d'émotions. Plus précisément, on apprend aux formés à être attentif au regard des patients, à un changement de teint, à leurs mouvements, à la tonalité de la voix, aux peurs qu'ils expriment et craintes qu'ils communiquent. Ces formations visent également à rectifier le comportement des formés, à les conduire à développer les techniques de relance et les comportements qui sont au cœur de l'écoute active et de l'attitude

<sup>3</sup> L'allo-confrontation collective consiste pour un groupe de sujets à verbaliser autour de la vidéo d'une activité préalablement filmée à laquelle a participé un membre du groupe (Mollo & Falzon, 2004). Ce type de dispositif pour la formation à l'entretien d'annonce apporte également des bénéfices aux étudiants participant à l'allo-confrontation sans avoir été acteurs dans les jeux de rôle (Cuenot, Cochand, Lanares, Feihl, Bonvin, Guex et al., 2005).



compréhensive. Ces formations exploitent, au cours du processus pédagogique, également un format davantage déclaratif où les prescriptions et proscriptions à la base des rectifications de comportements sont précisées : comprendre le patient, ne pas le juger, ne pas le sermonner, être attentif à ses émotions, lui faire verbaliser ses émotions et ses états mentaux, montrer qu'on l'écoute et qu'on le comprend.

Adopter une démarche empathique				
Favoriser l'expression du patient	Être attentif	Montrer qu'on l'écoute	Comprendre le patient	Montrer qu'on le comprend
⇒ Ne pas l'interrompre, ⇒ Accepter des silences ⇒ Susciter l'expression par des relances	⇒ Écouter le patient ⇒ Être attentif au non verbal ⇒ Identifier les émotions	⇒ Choisir une proximité adéquate ⇒ Utiliser des signes verbaux (phatiques) et non verbaux (regard...)	⇒ Le questionner par des relances en écho, en reflet, des reformulations, des questions	⇒ Le soutenir ⇒ Ne pas l'évaluer ⇒ Ne pas le juger ⇒ Ne pas le sermonner

Tableau 3 : Prescriptions et proscriptions reliées à « adopter une démarche empathique »

Table 3: Prescriptions and proscriptions relating to "adopting an empathetic approach"

#### 1.2.4.- Une activité complexe pour laquelle il n'y a pas de recettes

On explique également que les prescriptions ne peuvent être que génériques, que les recettes toutes faites à appliquer au cas par cas sont inenvisageables en raison des multiples facteurs qui interviennent dans le processus d'annonce comme l'âge, la culture, des facteurs personnels, l'éducation, etc. (Schofield, Butow, Thompson, Tattersall, Beeney, & Dunn, 2003 ; Siminoff, Graham, & Gordon, 2006 ; Thorne et al., 2010). Ces facteurs influencent non seulement les désirs et les besoins des patients, mais également les professionnels avec qui les patients vont interagir (Feldman-Stewart, Brundage, Tishelman, & the SCRN Communication Team, 2005). Face d'une part à la diversité des patients et à leur point de vue (Schofield, Beeney, Thompson, Butow, Tattersall, & Dunn, 2001 ; Edvardsson, Pahlson, & Ahlstrom, 2006 ; Hoff, Tidelfelt, Thaning, & Hermeren, 2007) et d'autre part à la complexité de la communication interpersonnelle en général, il n'est donc pas possible de fournir des recettes fondées empiriquement à appliquer au cas par cas (Feldman-Stewart, Brundage, Tishelman, & the SCRN Communication Team, 2005 op.cit. ; Parker, Davison, Tishelman, & Brundage, 2005).

Ce constat étant fait, il ne s'agit pas pour nous d'essayer de couvrir la diversité des possibles en matière de situation d'annonce, mais de développer le produit à partir de l'étude approfondie de l'activité produite dans quelques situations d'annonce que des médecins auront jugées pertinentes dans une optique de formation.

### 1.3.- Nos axes d'investigation de l'activité

Il s'agit d'investir des pans de l'activité sous-représentés, voire non abordés, dans les formations à l'annonce.

Notre choix s'est porté sur trois dimensions : la dimension structurale, la dimension relationnelle et la dimension comportementale. La dimension comportementale va permettre de donner corps à des prescriptions de la HAS – i.e. de montrer comment en situation ce type de prescriptions peut se matérialiser. Concernant les dimensions structurale et relationnelle, il s'agira au vu des résultats d'analyse obtenus de contrer des représentations induites par les formations académiques (enseignement du scénario médical pouvant susciter une vision figée et planifiée de l'entretien) et des représentations socialement partagées induisant une asymétrie hiérarchique (médecin placé en position haute en vertu de sa connaissance médicale).



- **La dimension structurale de l'activité.** La dimension structurale des consultations médecin-patient classiques (on se rend chez son médecin pour un petit mal de gorge, etc.) a été investie à grande échelle par Frankel et Beckman (1982, in 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, p. 22).

Concernant les consultations d'annonce de diagnostics graves, nous avançons que l'application stricte d'un scénario est incompatible avec le suivi des prescriptions de la HAS. On s'attend 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. Investir la dimension structurale de l'activité permettra d'apprécier si la structure des entretiens d'annonce reflète ou non l'application stricte d'un scénario.

- **La dimension relationnelle.** Cette dimension a été investie pour les consultations classiques. Frankel (1986, in Lacoste, 1993), Frankel et Beckman (ibid.) et Heath (1993) montrent qu'en consultation classique, les médecins questionnent, informent, produisent des acquiescements (humm, 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, op. cit.).

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. Il s'agira alors d'identifier les différents rôles accomplis et d'approcher le rapport social qui y prend place.

- **La dimension comportementale.** Les formations classiques fournissent des prescriptions et proscriptions comportementales pour la conduite de l'entretien d'annonce. Pour bien comprendre à quel niveau de l'activité elles se rapportent, prenons pour référence le modèle hiérarchique de l'activité de Léontiev (1972). Selon ce modèle, l'activité peut se concevoir comme une structure hiérarchique à trois niveaux : 1) le niveau de l'activité (niveau 1) : c'est le niveau supérieur, il renvoie à l'activité intentionnelle, il est orienté vers des motifs, des finalités ; 2) le niveau de l'action (niveau 2) : c'est un niveau intermédiaire, il est orienté vers des buts immédiats ; 3) le niveau des opérations (niveau 3) : c'est le niveau élémentaire, il renvoie au mode de réalisation de l'action et dépend des conditions pratiques d'exécution. Les prescriptions mentionnées dans la littérature renvoient au niveau 2 du modèle de Léontiev : au niveau de l'action (ce qui est fait ou devrait être fait). Ce niveau de l'action est rapporté au niveau supérieur, celui de l'activité (pour quoi cela est fait) : dans les formations classiques, ces actions sont généralement rapportées à l'injonction législative selon laquelle il faut obtenir le consentement libre et éclairé du patient ; dans les formations interactives, ces actions sont davantage rapportées à la volonté d'adopter une démarche empathique.

Il s'agira ici d'investir la matérialité du niveau de l'opération : comment des actions opératoires (ou prescriptions comportementales en référence à la terminologie utilisée dans la littérature médicale) comme gérer les émotions, être intelligible... se matérialisent-elles en situation ? Au moyen de quels procédés langagiers ?

## 2.- Le recueil de données

Pour le recueil d'un corpus de données, nous avons opté pour la simulation de situation (Béguin, & Weill-Fassina, 1997). À l'instar de Dubey (1997), nous envisageons la simulation comme une production réaliste. Une production qui émerge et existe par et au moyen de l'investissement des acteurs qui y ont pris part. « Tout se passe comme si les (protagonistes) transportaient dans la simulation et presque à leur insu une part des enjeux du réel. Il semble que ce soit les humains qui apportent à la simulation la dimension temporelle et sociale qui lui manque pour être réaliste. Autrement dit, les acteurs ne s'investissent pas seulement parce que (la situation à simuler) est réaliste, mais (la situation à simuler) est réaliste parce que les acteurs l'investissent de leur propre expérience. » (Dubey, 1997, op.cit., p. 49).

L'intérêt de la simulation de situation 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. Par ce contrôle, il s'agit de créer des situations d'annonce intéressantes à des fins 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 pourront s'exprimer.

### 2.1.- Le processus pour définir les situations de simulation

Au départ nous avons conduit des entretiens auprès de médecins afin d'identifier les facteurs qui pour eux avaient une incidence sur le processus d'annonce. L'entretien comportait trois phases. Au cours de la première, on demandait au médecin 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 sont restitués. Par exemple un médecin raconte qu'il s'est trouvé devoir annoncer un cancer à un patient très croyant ayant des responsabilités dans sa communauté religieuse. Le médecin le connaissait peu, mais pensait qu'il allait bien accepter le diagnostic en trouvant les ressources nécessaires grâce à la religion. Cette révélation se trouva être une catastrophe pour le patient qui développa des relations difficiles avec sa famille et finalement rompit le lien avec le médecin. 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 n'a pas été évoqué spontanément. 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 combinés pour aboutir à une trentaine de situations d'annonce, par exemple l'annonce de la maladie de Hodgkin à un enseignant (les enseignants sont vus comme des patients voulant tout savoir et tout comprendre). 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 plaque (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.

## 2.2.- L’opérationnalisation

Le choix des participants

Pour optimiser nos chances d’obtenir des entretiens d’annonce correctement conduits relativement aux recommandations de la HAS (qui regroupent les prescriptions des tableaux 1, 2 et 3), 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.

*Les consignes communiquées*

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 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...) »

### **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. »

Nous avons procédé à la simulation de ces trois situations d'annonce auprès de trois dyades. Nous avons obtenu dix entretiens<sup>4</sup>.

## **2.3.- Le caractère écologique et la validité des données**

À l'instar par exemple de Béguin et Weill-Fassina (1997, op.cit.), nous considérons que les données obtenues *via* les situations de simulation ne sont pas intrinsèquement suspectes, car non naturelles. Toutefois « elles présentent des caractéristiques spécifiques qu'il convient d'éclairer » (ibid. : 16). La question qui se pose est donc de savoir ce qui distingue nos données, de données qui émaneraient de situations comparables, mais naturelles.

**Tout d'abord les croyances des protagonistes relatives à la situation d'interaction, ne sont pas celles qu'ils auraient en situation naturelle.** Les acteurs qui vont jouer le rôle de

---

<sup>4</sup> 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 ».

patient savent qu'ils ne sont pas de vrais patients et qu'ils n'ont pas la pathologie qui va leur être annoncée, ils savent que les médecins sont toutefois de vrais médecins, mais ils savent que les médecins sont au courant du subterfuge. De leur côté, chaque médecin sait qu'il a affaire à un acteur et non à un patient et que la pathologie est une invention pour simuler une situation d'annonce. Ces croyances sont mutuellement partagées.

**Si les protagonistes sont motivés « à bien faire », c'est peut-être pour des raisons différentes.** Dans cette situation de simulation, les médecins sont motivés à bien faire. Toutefois on peut avancer que la raison première qui motiverait les médecins à bien faire dans la situation de simulation, n'est pas celle qui les motive en entretien réel. En entretien réel, l'enjeu est de se comporter le mieux possible pour parvenir à faire comprendre au patient quelle est sa pathologie et à l'engager le plus sereinement possible dans un processus thérapeutique. Dans la situation de simulation, cet enjeu existe, mais il est sans doute secondaire. On peut penser que l'enjeu premier est de se comporter le mieux possible pour fournir un corpus d'interactions correspondant à ce qui devrait être fait dans un entretien d'annonce. La pression est donc également forte, d'autant que les médecins impliqués estiment pouvoir être pris en exemple. Ils savent que leurs comportements seront analysés et leur pratique en quelque sorte évaluée, que des séquences extraites de l'entretien apparaîtront dans la rubrique pour illustrer les bonnes pratiques. Les patients sont également au courant de l'objectif de recherche, ils savent qu'ils seront face à un vrai médecin compétent et que dans ce cadre, les entretiens devront être des entretiens « exemplaires ».

**La question de la présence d'affects négatifs se pose.** Ce qui caractérise l'entretien d'annonce de diagnostics graves est notamment l'expression d'affects négatifs (peur, crainte, désespoir...). Ces affects participent au processus interactionnel (Cosnier, 2008). La présence ou non d'affects négatifs va donc avoir une incidence directe sur la validité de nos données ; d'autant que si aucun affect négatif ne s'exprime, il ne sera pas possible d'approcher les prescriptions relatives à la gestion des émotions.

L'étude du corpus révèle que les patients à des moments pouvant être considérés comme potentiellement éprouvants ont exprimé des émotions à travers leur posture (tête baissée), des soupirs, des raclements de gorge, l'emploi d'une tonalité faible, des tremblements dans la voix... Qu'ils aient éprouvé ou uniquement simulé ces émotions, ce faisant, ils ont produit des indices d'expression d'affects négatifs. Ces observations et la référence au mécanisme d'échoïsation corporelle développé par Cosnier (1993, op. cit.) – que nous allons brièvement présenter ci-après –, nous conduisent à avancer que les médecins ont également éprouvé et ressenti ces affects. Le mécanisme d'échoïsation corporelle est un mécanisme par lequel un observateur vit en miroir l'état affectif de celui qu'il observe (Cosnier, 2008, op. cit.). Il repose sur un mécanisme automatique (« instinctif ») par lequel sont captés des indices non verbaux d'expression émotionnelle (Cosnier, 1993, op. cit.). Ce mécanisme aurait un rôle important dans le processus d'empathie (Gallese, & Goldman, 1998). Il a été corroboré par la découverte des neurones-miroirs (Rizzolati, & Corrado, 2008).

Ainsi, bien que la situation soit simulée, la dimension affective n'en serait pas exempte. À noter aussi que l'analyse a révélé que les médecins avaient géré discursivement ces expressions d'affects, ce qui atteste qu'ils les ont bien perçues.

La validité de nos données requiert également que nous nous penchions sur d'autres aspects de l'activité en répondant aux questions qui suivent. **Les sessions se sont-elles déroulées sans suspension, sans difficultés apparentes qui auraient pu être induites par le dispositif de simulation (arrêt de la bande vidéo, etc.) ? Les acteurs ont-ils joué des rôles auxquels on peut s'attendre dans ce type de contexte ? Les diagnostics ont-ils été abordés ? Et surtout les comportements des médecins traduisent-ils le suivi des prescriptions comportementales spécifiées dans les formations à l'annonce ?**

Nous ne notons aucune interruption ou difficulté technique.



D'un point de vue relationnel, les acteurs ont bien joué leurs rôles : les médecins se sont posés comme détenteur du diagnostic dont la mission était d'informer le patient, de le rassurer, de préparer l'avenir, etc. Les acteurs jouant les rôles de patients se sont positionnés comme patient manifestant des craintes, des peurs, cherchant du réconfort...

D'un point de vue opératoire, il a bien été question des diagnostics spécifiés et les prescriptions que l'on trouve dans la littérature (cf. Tableaux 1, 2 et 3) ont bien été identifiées et les proscriptions respectées : 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 qui constitue les données que nous allons analyser afin de mettre en exergue différents aspects de l'activité qui y prend place.

### **3.- L'étude du corpus de données**

#### **3.1.- Le cadre théorico-méthodologique pour l'étude des communications**

Il s'agit donc d'investir l'activité qui opère en entretien médecin-patient à partir de l'analyse de la transcription des comportements produits dans ce type de situation.

La façon d'analyser le corpus est conditionnée par nos axes d'investigation (cf. partie 1.3.), mais également par notre conception des communications.

##### **3.1.1.- Une conception *gestaliste*, plurifonctionnelle, multicanale et interactionniste des communications**

La communication est une *Gestalt*, un tout organisé dont la structure globale, fortement conventionnalisée, dépend de la nature de la transaction (Kostulski, & Trognon, 1998) – « Une transaction est une situation d'interlocution comme la négociation commerciale, les psychothérapies (...) » (ibid., p. 60). La structure s'exprime à travers les phases qui se succèdent et leurs articulations. Les phases présentent chacune une cohérence sémantico-pragmatique. Elles sont articulées les unes aux autres, linéairement ou hiérarchiquement : les relations sont linéaires lorsque les phases reliées sont de même niveau dans l'architecture conversationnelle ; les relations sont hiérarchiques lorsque l'une des phases est directrice par rapport à l'autre qui lui est de fait subordonnée (Roulet, Auchlin, Moeschler, Rubbattel, & Schelling, 1985).

La communication est un moyen d'accomplir conjointement une tâche, et simultanément de gérer un rapport social (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1972). Elle prend forme à travers l'accomplissement de comportements qui peuvent être ostensifs (à visée communicationnelle) ou non (par exemple un changement de teint lorsque le médecin annonce quelque chose de préoccupant, un trémolo dans la voix lors d'une prise de parole) - ces comportements que l'on peut supposer non ostensifs peuvent être exploités dans le cours de l'activité (Falzon, 1994 op. cit.).

Les communications interpersonnelles ont pour caractéristique de prendre forme à travers l'accomplissement de comportements langagiers produits en alternance par les protagonistes. Ces comportements exploitent du verbal, du para-verbal (la prosodie) et du non verbal (les gestes, les silences, les postures..). Ce processus d'alternance qui caractérise les communications interpersonnelles permet au sens d'émerger et de se stabiliser. La théorie de l'enchaînement conversationnel développé par Trognon et Brassac (1992) permet de rendre compte de la façon dont s'opère cette stabilisation du sens. Théoriquement, le processus procède 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 de fixation du sens se réalise en plusieurs temps et c'est dans l'après-coup conversationnel que le sens se stabilise. De ceci il ressort qu'il y a le sens que le locuteur a l'intention de communiquer à travers son comportement et le sens qui va se stabiliser dans l'après-coup conversationnel ; et qu'il peut ne pas y avoir identité entre les deux.

### **3.1.2.- Une approche pragmatique et dialogique des comportements langagiers**

Pour tenter d'identifier l'intention de sens sous-jacente à un comportement langagier, nous optons pour une approche pragmatique et séquentielle du discours qui revient à considérer notamment le statut des locuteurs, l'enjeu de l'interaction, l'avancée dans le processus de résolution, ce qui a été produit et de quelle façon, ce qui a été ratifié et surtout ce qui vient de se produire juste avant la production à analyser. En d'autres termes, cela revient à « se baigner dans l'espace interactionnel » (Lacoste, 1983), à se mettre à la place du locuteur pour tenter d'identifier son travail interprétatif et cerner ce qu'il cherche à faire (répondre à une demande, montrer qu'il éprouve des craintes...).

Nous nous intéressons aussi à la façon dont ces productions sont traitées par l'allocutaire et cette fois il faut davantage opter pour une approche dialogique qui met l'accent sur le fait que la détermination du sens s'opère dans l'après-coup conversationnel (Trognon, & Brassac, 1992, op. cit.). Il s'agit alors de procéder à une étude prospective du discours pour s'enquérir de la façon dont le comportement a été traité, du sens qui lui a été affecté.

Pour l'étude de la dimension structurale des entretiens, nous nous référons à la pratique d'analyse développée par Navarro et Marchand (1994) – pratique mise en œuvre par les auteurs pour l'étude de la dimension scriptée des communications téléphoniques de type SAMU. L'étude revient à scinder chaque entretien en différentes phases successives ; chaque phase présente une cohérence sémantico-pragmatique et se singularise par sa fonction opératoire. Pour étudier l'articulation des phases et la façon dont elles sont amorcées, nous nous référons au modèle de Genève (Rouletet al., 1985, op. cit.).

## **3.2.- Les résultats d'analyse des communications**

### **3.2.1.- La dimension structurale de l'activité**

#### **3.2.1.1- Un scénario flexible**

Si les entretiens classiques reflètent au niveau structural l'application stricte du scénario médical tel qu'enseigné aux étudiants de médecine (Cosnier, 1993, op. cit.), nos entretiens ne présentent pas cette caractéristique. On observe une récurrence des différentes phases de l'entretien. Prenons par exemple un des entretiens conduits avec la patiente souffrant d'un diabète. L'analyse de contenu de l'entretien a permis de distinguer 5 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 avons affaire à un entretien reflétant strictement un scénario, nous aurions pu obtenir la succession suivante : P1>P2>P3>P4>P5. Or ce sont ces phases qui se sont succédé au gré de l'entretien : 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, - et quels que soient les entretiens étudiés dans le cadre de cette recherche - est la phase qui a pour fonction la gestion émotionnelle.

#### **3.2.1.2- L'amorçage des phases**

Les deux cas de figure les plus fréquents sont les suivants.



**La phase est initiée par le médecin.** C'est ce que l'on observe classiquement en consultation ordinaire (Frankel, 1986 in Lacoste, 1993, op.cit.). Une phase vient de se terminer. La phase en question présente une complétude interactionnelle - i.e. on parle de *complétude interactionnelle* lorsque les deux partenaires sont favorables ou tout du moins ne s'opposent pas à la clôture d'une séquence ; plus précisément c'est « la satisfaction de cette contrainte de double accord qui autorise la clôture d'une négociation. » (Roulet et al., 1985, op. cit. : 15). Le médecin poursuit alors en initiant une nouvelle phase. Les phases initiées de cette façon par le médecin entretiennent généralement entre elles des relations linéaires, ce qui signifie que les phases sont de même niveau dans l'architecture conversationnelle.

**La phase est amorcée par une intervention ou un comportement du patient.** Les comportements en question n'ont pas une fonction initiative comme précédemment, mais leur fonction est réactive initiative, ce qui signifie que les comportements réagissent à quelque chose qui vient d'être produit tout en suscitant l'initiation d'une nouvelle phase. Les phases amorcées par des comportements réactifs initiatifs entretiennent une relation hiérarchique avec la phase qui les précède.

- Soit la phase amorcée se subordonne à la phase précédente. C'est par exemple le cas lorsque le patient laisse transparaître un affect négatif. Dans ces circonstances, l'expression affective vient suspendre l'activité en cours (d'où sa position subordonnée) et suscite une phase ayant une fonction de gestion émotionnelle (rassurer, dédramatiser...).
- Soit la phase amorcée est directrice par rapport à la précédente. Dans ce cas, le comportement exploite comme prémisses des éléments produits au cours de la phase qui le précède. Nous allons illustrer ce dernier cas au moyen d'un exemple extrait de l'entretien « diabète » dont il a été question juste avant (dans la transcription ci-après, M9 signifie qu'il s'agit de la 9<sup>ème</sup> intervention du médecin ; P9, qu'il s'agit de la 9<sup>ème</sup> intervention du patient).

(...)	(...)	<b>Phase 1 : présentation et interprétation du bilan sanguin</b>
M9	La norme c'est 2 grammes	
P9	la norme c'est 2 grammes	
M10	c'est 2 grammes, oui	<b>Phase 4 : gestion des émotions</b>
P10	alors c'est un petit diabète, 3 euh c'est guère	
M11	ah y a pas de petit diabète	
P11	d'accord	
M12	on est diabétique ou on ne l'est pas	
P12	d'accord	
(...)	(...)	

Nous nous intéressons ici à l'amorçage de la phase 4 qui a trait à la gestion des émotions. Cette phase est amorcée par P10 « alors c'est un petit diabète, 3 euh c'est guère ». Cette intervention est réactive dans le sens où elle réagit à ce qui vient d'être produit au cours de la phase précédente. Plus précisément, le contenu de cette intervention est une déduction marquée par le « alors » qui a été opérée à partir de trois prémisses dont deux ont été produites au cours de la phase P1: 1) le taux de sucre dans le sang de la patiente est de 3 grammes, 2) la norme c'est 2 grammes. La troisième prémisse est injectée par la patiente : 3 est une valeur proche de 2. Ces prémisses la conduisent à la déduction selon laquelle : « c'est un petit diabète ». Ainsi, en tant que déduction produite à partir d'éléments de la phase 1, cette intervention est réactive et directrice vis-à-vis de la phase 1 – qui lui est donc subordonnée.

Précisons que la tonalité utilisée pour produire P10 n'est pas montante. À travers son comportement, la patiente ne soumet pas sa déduction à approbation ; elle l'affirme. Rappelons que la patiente est une bonne vivante et elle n'a pas très envie de changer son

mode de vie. Par cet acte, elle ne nie pas l'existence d'un diabète, mais elle tente de réduire la gravité de la situation. En d'autres termes, elle cherche à se rassurer et de fait s'inscrit dans une phase qui a davantage trait aux émotions.

Le médecin s'engouffre également dans ce registre émotionnel, mais pas pour rassurer la patiente ; au contraire pour dramatiser la situation. L'objectif du médecin est de faire en sorte que la patiente suive un régime ; il sait qu'habituellement la patiente est peu observante, que c'est une bonne vivante et qu'elle ne changera ses habitudes alimentaires que si elle prend le diagnostic au sérieux. Il s'agit alors pour le médecin de dramatiser la situation, de lui faire peur.

Notons bien que c'est le comportement du médecin qui contribue à doter P10 d'une fonction initiative ; s'il avait juste ratifié l'intervention de la patiente et poursuivit sur les données du bilan, cette phase n'aurait pas existé dans l'espace de l'interlocution.

### **3.2.2.- La dynamique relationnelle et le rapport social**

Les études sur les rôles accomplis en consultation ordinaire laissent entrevoir un contrat de communication préservant l'asymétrie hiérarchique induite par le statut des partenaires dans le contexte institutionnel (Heath, 1993 op.cit. ; Tate, 2005) : un médecin en position haute qui fait figure d'autorité en vertu notamment de ses connaissances médicales et un patient en position basse. Précisons que nous faisons référence ici au contrat de communication externe. Ce contrat constitue une ressource qui fournit des indications sur les comportements à adopter en situation (Charaudeau, 1983). Il 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).

En nous basant sur les travaux de Heath (1993 op. cit.), le contrat culturellement partagé qui se rapporte à la consultation ordinaire, laisse entrevoir un médecin dont le rôle est de conduire l'entretien, de questionner, un médecin qui peut se permettre de couper le patient, de ne pas répondre à ses questions. Le patient, lui, doit se soumettre aux questionnements du médecin ; il n'est pas prévu qu'il puisse questionner, ni qu'il remette en question la parole du médecin.

À la suite, nous rendons compte des rôles accomplis au cours de nos entretiens d'annonce de façon à cerner le contrat de communication qui s'est coconstruit au gré de l'interlocution. La notion de contrat de communication coconstruit ne renvoie pas à une ressource externe comme précédemment. Il rend compte des rôles réalisés, de la relation qui s'est façonnée progressivement au cours d'une interaction (Ghiglione, 1989). Pour davantage d'informations sur la distinction entre contrat de communication externe *versus* coconstruit nous renvoyons à Saint-Dizier de Almeida (2009).

Nous retenons les rôles les plus représentatifs et récurrents que nous répartissons dans trois grandes méta-catégories : 1) informer, 2) s'informer, 3) gérer ou exprimer des émotions.

Les rôles des médecins et des patients ne sont pas si différents (ils informent, ils s'informent, cf. Tableaux 4 et 5) bien que portant sur des contenus spécifiques relatifs à leurs connaissances respectives. On n'observe pas non plus de comportements de la part des médecins par lesquels une position haute serait revendiquée : le médecin ne coupe pas la parole, il écoute le patient, le renseigne, se préoccupe de son état émotionnel... Ces observations conduisent à envisager un rapport social où l'asymétrie hiérarchique est atténuée. On note toutefois que le médecin ne répond pas toujours aux questions littéralement exprimées par le patient. Ce traitement non littéral mérite un approfondissement.

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 peu 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 4 : Rôles des médecins

*Table 4: Physicians' roles*

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	« sensation d'avoir de l'eau dans les membres »
	De son écoute et sa compréhension	« hum » « d'accord »
Il s'informe	À propos de la pathologie	« c'est quoi la norme ? »
	À propos des traitements	« le régime c'est pendant combien de temps ? »
Il exprime ses émotions	Il exprime ses craintes, ses peurs, ce qui le tracasse	« c'est grave », « c'est un cancer », abaissement de la tête, trémolo dans la voix, silence, soupir...

Tableau 5 : Rôles des patients

*Table 5: Patients' roles*

#### Le cas du traitement non littéral des questions des patients

West (1984 in Lacoste, 1993, op.cit.) tend à considérer, lorsqu'elle commente les résultats de son étude, que ne pas répondre à une question des patients relèverait d'une mauvaise pratique. Il est vrai qu'en référence à Levinson (1983), ne pas répondre à une question constitue une suite non préférée - la suite préférée d'une question est d'obtenir la réponse à la question. On pourrait aussi faire référence à Kerbrat-Orecchioni (1988), et interpréter la non-satisfaction de la requête comme un procédé visant à remettre le patient à sa « place » : en vertu du contrat de communication, le patient n'a pas à poser de question ; en posant une question, le patient place le médecin dans une position de dominé (en position de devoir répondre). En ne répondant pas à la question qui lui est posée, le médecin manifesterait qu'il refuse d'être dominé et ainsi s'opposerait au rapport social que tente d'établir le patient. De cette façon, il rétablirait l'asymétrie hiérarchique qui caractérise classiquement la dyade médecin-patient. De ce point de vue, la non-satisfaction d'une requête relèverait effectivement des pratiques à proscrire, car il est évident que ce type de comportement ne

peut qu'inhiber les patients dans l'expression de leurs états mentaux et émotionnels et altérer le processus empathique. Mais l'étude des séquences au cours desquelles apparaissent des questionnements des patients non satisfaits littéralement invite à une tout autre interprétation. Ce que présentait d'ailleurs Lacoste en commentant les conclusions de West - Lacoste suggérait d'éviter les conclusions hâtives et de conduire des analyses approfondies pour mieux comprendre ce type de comportements (Lacoste, 1993, op.cit.).

Concernant notre corpus, nous observons que les médecins ne répondent pas littéralement aux questions du patient lorsque celles-ci investissent un objet potentiellement éprouvant et lorsque leur satisfaction littérale ne peut qu'engendrer un choc émotionnel. En guise d'illustration analysons la séquence suivante et plus particulièrement l'enchaînement du médecin suite à la requête du patient : « c'est un cancer (tonalité montante) ».

- P62b .... c'est... un cancer (*tonalité montante*)  
 M63a (*M hésite 2-3 secondes, hausse les épaules*)  
 M63b c'est quoi le cancer pour vous  
 (...) (...)  
 M69 hum ce mot vous fait peur  
 P70 ben bien évidemment  
 M71 ça veut dire quoi pour vous  
 P72 ben pfff tout ce qui s'ensuit euh traitement euh je veux dire bon qui dit cancer souvent on entend parler de chimiothérapie euh tout ce qui euh la perte des cheveux euh je ne sais pas euh  
 (...) (...)  
 M92 (...) euh bon chimiothérapie pas forcément hein ça dépend de ce qu'on va trouver dans le bilan d'extension. il y a la radiothérapie hein c'est des rayons on va stériliser les cellules qui se développent et puis il y a la chirurgie hein c'est différentes possibilités (...)

Dans la situation de simulation, le patient a effectivement un cancer de la prostate. La déduction du patient est donc juste. Nous sommes au début du processus d'annonce et comme le souligne Pepinster (2006), ce n'est pas parce qu'un patient utilise le mot cancer qu'il est prêt à entendre qu'il a effectivement un cancer. Dans ce contexte, répondre littéralement à la question reviendrait à dire « oui, c'est un cancer ». Le médecin ne satisfait pas la requête littéralement exprimée. Il cherche tout d'abord à identifier plus précisément sur quoi portent les craintes du patient. Il va par différents questionnements « ça vous fait peur ?... c'est quoi pour vous le cancer ? », conduire le patient à préciser l'objet de ses craintes ; en l'occurrence, à ce moment de l'entretien, ce que craint le patient c'est la perte des cheveux causée par la chimiothérapie (cf. P72). S'ensuit une seconde étape au cours de laquelle le médecin tente d'apaiser, de rassurer, de reconforter le patient. Un reconfort que l'on peut qualifier d'approprié, car fondé sur les états mentaux et émotionnels du patient dans le « ici et maintenant ». Le médecin va notamment informer que la chimiothérapie n'est pas inéluctable.

Ainsi par ce type d'enchaînement, le médecin n'esquive pas la question, il y enchaîne tout en préservant le patient d'un choc émotionnel. Il fournit en outre un soutien approprié, car adapté aux états mentaux et émotionnels du patient. Il ressort de cette analyse que dans ce type de circonstances, ne pas répondre littéralement à une question posée relève d'une bonne pratique.

### **3.2.3.- La matérialisation d'actions opératoires**

Pour montrer comment l'analyse permet d'instruire la matérialité du niveau de l'opération, nous allons présenter l'analyse de deux séquences illustrant chacune une préconisation - une préconisation regroupe un ensemble de prescriptions comportementales (cf. tableau 1, 2, 3).

#### ***La préconisation : « être compris »***

Dans la séquence, on observe que le médecin ne renonce pas à utiliser des termes techniques, en l'occurrence il utilise « PSA ».

- M25 on a d'une part le taux de PSA qui est augmenté donc le taux de PSA ça veut dire antigène spécifique de la prostate hum  
 P25 hum  
 M26 (M trace les lettres sur la table) P prostate specific antigen  
 P26 (P acquiesce) d'accord  
 M27 bon ça veut dire qu'il se passe quelque chose d'anormal hein  
 P27 d'accord  
 M28 Euh qu'il y a des cellules qui se sont développées de façon anormale euh dans la prostate  
 (...) (...)  
 M31 C'est... bon... il y a... on va dire il y a un petit nombre de cellules qui a décidé de vivre pour elles... et puis de se développer hein donc c'est pour ça que le taux/

à travers les différentes interventions, le médecin explique à quoi ce terme renvoie et ce que signifie « taux de PSA » en utilisant un langage de moins en moins médical et de plus en plus ordinaire. Plus précisément, *via* M25, le médecin utilise « PSA » un terme de spécialiste puis au cours de cette même intervention, il donne la traduction française de l'acronyme. Ensuite, il écrit « PSA » et verbalise l'acronyme en anglais. *Via* M27, M28 et M31, il explicite la signification de cet indicateur en traduisant en langage courant ce que révèle au niveau physiologique un taux de PSA élevé. Arrêtons-nous sur ces trois dernières interventions qui à notre avis peuvent être considérées comme la matérialisation de la prescription « aller du général au précis » (cf. tableau 1 et 2). Dans ces trois interventions, l'état de choses décrit est le même. En M27, la formule employée est vague, elle est marquée par l'emploi du pronom indéfini indéterminé « quelque chose ». En M28, le référent « des cellules » vient se substituer au pronom indéfini indéterminé. En M31, « un petit nombre de » vient se substituer à l'article indéfini « des » présent en T55. Cet enrichissement sémantique est représenté dans le tableau 4.

Moment de l'énonciation	Désignation de l'objet	Complément sur la nature de l'objet	Complément sur la localisation de l'objet
M 27	quelque chose	d'anormal	
M 28	des cellules	avec un développement anormal	au niveau de la prostate
M31	un petit nombre de cellules	qui a décidé de vivre pour elles et de se développer	

Tableau 6 : Enrichissement sémantique d'un syntagme

*Table 6: Rewording with greater semantic accuracy*

À travers cette séquence, une annonce progressive revient à débiter par une formulation rendue vague par l'emploi de pronoms et articles indéfinis dont le caractère indexical va se dissiper au cours des prises de parole suivantes.

#### **La préconisation « ménager le patient »**

La séquence s'inscrit dans une phase ayant pour fonction la gestion émotionnelle.

- P28 Mais... c'est grave (*tonalité montante*)  
 M29 *M incline brièvement la tête sur l'épaule* 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. 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 qu'il 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 marquée par le « 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 des choses à faire, ce qui est encourageant puisque cela communique 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.

## 4.- La conception du produit Web

### 4.1.- La capitalisation

La rubrique a été conçue sur la base des résultats d'analyse et de données extraites d'entretiens conduits auprès de médecins et de la littérature médicale en matière d'annonce. Les composants clés de notre rubrique (ils sont présentés dans la partie 4.1.1.) sont ceux qui n'apparaissent pas dans les formations à l'annonce de diagnostics graves et que notre approche a permis de révéler. Ces composants que nous souhaitons mettre en exergue devraient contribuer au façonnement d'une représentation de l'entretien d'annonce conforme à la législation et aux recommandations de la HAS.

Nous utilisons également des séquences d'interaction extraites du corpus pour illustrer nos propos et/ou pour donner une assise empirique à des prescriptions génériques. Certaines des séquences sélectionnées sont pour nous incontournables (nous y reviendrons dans la partie 4.1.2) ; soit parce qu'elles permettent d'aborder des situations d'interaction atypiques qui pourraient au premier abord être considérées comme des séquences ne respectant pas les prescriptions de la HAS (l'utilisation du jargon médical, le cas où le médecin ne satisfait pas les demandes de réconfort d'un patient), soit parce qu'elles restituent des situations difficiles à gérer qui ne sont pas ou peu abordées dans les formations classiques (le cas où le patient déduit le diagnostic, le cas où il s'engage dans la sphère du pronostic).

#### 4.1.1.- Les composants clés

— **La structure de l'entretien d'annonce ne reflète pas l'exécution stricte d'un scénario.** Le respect des prescriptions en matière de conduite d'entretien d'annonce (être à l'écoute du patient, faire en sorte qu'il comprenne, être attentif à ses états mentaux, gérer ses émotions...) se traduit par des entretiens dont la structure révèle une flexibilité



du scénario. Ainsi et en empruntant la terminologie à Suchman (1987), dans ce type de consultation, le traitement des circonstances sociales dans le « ici et maintenant » prendrait le pas sur le suivi strict d'un scénario. Cette information est importante à communiquer pour que le médecin agisse en cohérence avec ses croyances - croire que le scénario doit être appliqué strictement (contenu enseigné pour rendre compte des consultations classiques) n'est pas compatible avec l'emploi d'une démarche empathique.

- **Le patient est actif dans le processus.** Il s'agit de montrer que le rôle du patient ne se réduit à l'expression de phatiques (« humm », « d'accord »). Le patient est actif dans le processus. Il manifeste son écoute, sa compréhension, ses difficultés de compréhension, il fait part de ses connaissances, de ses besoins d'information, de son mal-être, de ses craintes, peurs et l'objet de leurs craintes. Il participe ainsi à la construction et à la structure de l'entretien.
- **L'asymétrie hiérarchique conventionnellement admise est atténuée.** C'est une condition importante pour que le patient se sente davantage autorisé à s'exprimer. Nous montrerons notamment en rendant compte des rôles accomplis que la relation telle qu'elle s'est matérialisée tend à atténuer l'asymétrie hiérarchique liée au pouvoir institutionnel.
- **Être entendu, ce n'est pas seulement s'assurer que le patient est attentif ; être compris ne repose pas uniquement sur l'intelligibilité de ce qui est dit ; gérer les émotions ne se réduit pas à identifier l'expression d'affects et à y réagir par exemple en dédramatisant, en rassurant.** L'analyse de l'accomplissement en contexte de ces prescriptions a révélé une étape supplémentaire qui constitue une précondition aux actions prescrites : pour être entendu, il faut s'enquérir de ce que le patient est en mesure d'entendre ; pour être compris, il faut s'enquérir du niveau de connaissances et des connaissances du patient ; pour reconforter, dédramatiser, soutenir le patient, outre l'identification de l'expression d'affects négatifs, il faut identifier précisément quel est l'objet de ses craintes. Le travail sur ces préconditions s'opère discursivement au moyen de questionnements dont les réponses permettent au médecin de produire un discours approprié.
- **En communication, l'identification des intentions d'autrui ne va pas de soi.** Il s'agit de montrer que l'allocutaire peut ne pas identifier les intentions que souhaite faire reconnaître le locuteur. Nous utiliserons des séquences qui révèlent des erreurs d'interprétation et les procédés utilisés pour les rectifier.

#### 4.1.2.- Des séquences incontournables

- **Une séquence où le médecin utilise un acronyme.** Les acronymes médicaux font partie de ce qui est communément appelé le jargon médical. Dans les formations, on recommande d'« éviter le jargon médical » (cf. Tableau 1). Or l'étude de la séquence au cours de laquelle le médecin utilise un acronyme nous conduit à développer que le médecin ne doit pas renoncer à l'utilisation de termes techniques. En utilisant et en explicitant des termes techniques, le médecin donne les moyens au patient de pouvoir lire et comprendre son bilan sanguin, de faire le lien entre le discours du médecin et ce qui apparaît sur son bilan ; ce comportement contribue aussi rehausser la position sociale du patient, car le médecin pose que le patient est en mesure de comprendre des termes techniques.
- **Une séquence où le médecin dramatise alors que la patiente cherche à se rassurer.** Les prescriptions relatives à la démarche empathique (cf. Tableau 3) doivent conduire le médecin à identifier les affects négatifs du patient, à lui montrer qu'il comprend et à le soutenir. En général, c'est ce qui doit être fait. Toutefois, il nous paraissait important aussi de montrer que dans certaines circonstances et dans l'intérêt du patient, le médecin pouvait être conduit à ne pas atténuer les affects négatifs, mais à les provoquer (cf. l'illustration de la partie 3.2.1.2. : le cas d'une patiente diabétique non observante).
- **Une séquence où le patient atteint d'un cancer de la prostate questionne la gravité.**



Ici la situation est complexe à gérer. Plusieurs prescriptions sont convocables. En l'occurrence, 1) traiter la demande du patient, 2) ne pas mentir, 3) éviter un choc émotionnel. Ce type de questionnement peut conduire le médecin à investir la sphère du pronostic ; ce qui est à éviter (Pepinster, 2006). La séquence (cf. 2<sup>ème</sup> illustration de la partie 3.2.3.) mérite d'être présentée, car le procédé utilisé par le médecin permet de respecter les différentes prescriptions et d'inscrire la discussion dans un autre registre que celui du pronostic, en l'occurrence celui de la prise en charge.

- **Une séquence où le patient déduit qu'il a un cancer.** Là aussi la situation est complexe à gérer. Le terme que les médecins doivent éviter d'utiliser au début du processus d'annonce est prononcé par le patient. Comme le souligne Pepinster (2006, op.cit.) ce n'est pas parce qu'un patient utilise le mot cancer qu'il est prêt à entendre qu'il a effectivement un cancer. Comme précédemment plusieurs prescriptions doivent guider le médecin : 1) traiter la demande du patient, 2) ne pas mentir, 3) éviter un choc émotionnel. La séquence (cf. partie 3.2.2.3.) mérite d'être exploitée, car là aussi les prescriptions sont respectées.

## 4.2.- La formalisation

### 4.2.1.- Une terminologie et un contenu accessible

Une préoccupation a été d'exploiter un langage adapté au public ciblé : un public qui n'a pas une culture en sciences humaines, mais en médecine. Par exemple lorsque nous utilisons dans le site la notion d'invariant, il n'est pas fait référence à la notion issue de la didactique professionnelle, mais il est fait usage de son acception courante – i.e. ce qui ne varie pas. C'est dans la même optique qu'ont été dénommées les différentes parties et sous-parties de la rubrique (cf. Tableau 7, partie 4.2.2.).

Aussi les commentaires des séquences sont différents de ceux que nous avons utilisés dans cet article pour rendre compte de nos résultats d'analyse. Par exemple voici ci-après la séquence suivie du commentaire tel qu'il apparaît dans le site ; pour comparaison, son analyse est restituée dans la partie 3.2.2.3.

- P62b .... c'est... un cancer (*tonalité montante*)  
 M63a (*M hésite 2-3 secondes, hausse les épaules*)  
 M63b c'est quoi le cancer pour vous  
 P64 ben comme vous venez de le dire c'est... des cellules qui... font leur vie par rapport ben... euh... à tout... à moi quoi  
 M65 qui se développent pour elles-mêmes hein  
 P66 voilà et  
 M67 qui commencent à se développer hein de façon un peu indépendante  
 P68 euh donc c'est vrai que souvent quand on parle de cancer on parle de cellules qui ont un problème dég... enfin qui... dégénérescence quoi  
 M69 hum ce mot vous fait peur  
 P70 ben bien évidemment  
 M71 ça veut dire quoi pour vous  
 P72 ben pfff tout ce qui s'ensuit euh traitement euh je veux dire bon qui dit cancer souvent on entend parler de chimiothérapie euh tout ce qui euh la perte des cheveux euh je ne sais pas euh (...)  
 M92 (...) euh bon chimiothérapie pas forcément hein ça dépend de ce qu'on va trouver dans le bilan d'extension il y a la radiothérapie hein c'est des rayons on va stériliser les cellules qui se développent et puis il y a la chirurgie hein c'est différentes possibilités (...)

Commentaire tel qu'il apparaît dans la rubrique : « Dans la première partie de l'entretien, le médecin n'utilise pas le mot "cancer" mais parle de cellules qui se développent de manière anormale. Mais en P62b, le patient déduit du discours du médecin qu'il a un cancer : "c'est un cancer". Le terme soigneusement évité est prononcé. En réaction, le médecin ne va pas satisfaire la demande du patient, c'est-à-dire qu'il ne va pas dire "oui c'est un cancer" ou "

c'est de l'ordre du possible". Non. Le médecin va initier un travail sur la représentation que le patient se fait du mot "cancer" afin d'identifier l'idéologie véhiculée par ce terme. Ce travail conjoint lui permettra de savoir à quel niveau il doit intervenir pour entamer une dédramatisation efficace - puisque fondée sur l'univers de pensée du patient. Plus dans le détail : La première tentative du médecin (cf. M63b) n'est pas satisfaisante puisque le patient reste dans le registre médical (cf. P64). La seconde tentative est efficace, notamment parce que le médecin invite le patient à s'inscrire non plus dans le registre médical, mais dans un registre émotionnel *via* M69. Cette invitation va permettre au patient de formuler ses craintes et surtout l'objet de ses craintes. En l'occurrence, ce qui fait peur au patient, ce n'est pas l'idéologie relativement courante selon laquelle le cancer est associé à la mort, mais un des traitements du cancer : la chimiothérapie et ses conséquences (perte des cheveux). Ce travail permettra alors au médecin d'avoir un discours approprié où il va en particulier évoquer les différents traitements actuellement disponibles et avancer que la chimiothérapie n'est pas inéluctable. Rappelons que cette phase de dédramatisation est essentielle. Elle doit permettre au patient de pouvoir se projeter dans le futur et entamer plus sereinement le processus thérapeutique. Sans cette initiative, le médecin aurait sans doute insisté sur la non-consistance de l'équation "cancer" = "mort", ce qui aurait conduit le patient à se visualiser dans une perspective morbide, alors que son univers de pensée ne l'y invitait pas. D'autre part, ses craintes effectives auraient subsisté et n'auraient pas été gérées par le médecin. »

Le commentaire se veut accessible et il est conditionné par notre objectif ; en l'occurrence, il s'agit ici de faire comprendre que pour aider le patient, le soutenir, le rassurer, il est nécessaire au préalable de cerner précisément l'objet de ses craintes.

#### 4.2.2.- Présentation du produit web

Pour ne pas tromper l'internaute quant à la nature des données exploitées pour la construction de cette rubrique, nous avons convenu de l'intituler : « jeux de rôle ». La rubrique comporte quatre parties.

1 <sup>ère</sup> partie	2 <sup>ème</sup> partie	3 <sup>ème</sup> partie	4 <sup>ème</sup> partie
<b>Interactions</b>	<b>Dialogues</b>	<b>Comportements</b>	<b>Compétences</b>
- Interagir - Une relation asymétrique	- Le choix d'un processus - Une procédure progressive - La structure du dialogue	- La visée - Les spécificités - Les invariants	- Être entendu - Être compris - Gérer les émotions

Tableau 7 : Les sous-parties de la rubrique

*Table7: Topic sub-sections*

À travers cette structuration et les termes utilisés, il s'agit de signifier que nous allons opter pour différents niveaux de description allant du macroscopique (interaction) au microscopique (compétences). Chaque partie comporte des sous-parties dont le contenu est souvent illustré - lorsque cela est pertinent - par une ou plusieurs séquences commentées extraites des jeux de rôle. Les séquences peuvent être lues ou écoutées. La formalisation du contenu respecte les recommandations ergonomiques en matière de documents électroniques (Tricot, 1995).

À la suite, nous donnons quelques indications sur le contenu qui apparaît dans chacune des parties.

La rubrique du site est accessible à l'adresse suivante : <http://www.infos-patients.net/> (rubrique : « jeux de rôle »).

#### ***1<sup>ère</sup> partie : Interactions***

Dans cette sous-partie, nous axons sur la dimension plurifonctionnelle des communications. Communiquer ne sert pas qu'à partager des informations ; communiquer permet de réaliser conjointement une activité, de partager des états mentaux (Grusenmeyer, & Trognon, 1997),

de construire une relation (Watzlawick et al., 1972), d'exprimer et de gérer des émotions (Cahour, 2006 ; Ribert-Van de Weerd, 2003).

Nous mettons l'accent sur le fait que l'entretien médecin-patient n'est pas un monologue ratifié ponctuellement par le patient, mais une véritable interaction où médecin et patient sont actifs et accomplissent en situation des rôles complémentaires. Il s'agit aussi de suggérer un contrat de communication où le rapport social classiquement fortement asymétrique (Heath, 1983 ; Tate, 2005) est atténué. C'est notamment à travers la désignation des rôles (formulations identiques - soulignées ci-après) que nous avons cherché à atténuer cette asymétrie.

*Rôles du patient* : s'informer (sur la maladie, les examens, les traitements...), informer (relater son vécu, ses antécédents familiaux...), exprimer ses craintes...

*Rôles du médecin* : s'informer (niveau de connaissance, entourage, vécu...), informer (maladie, évolution, examens, traitements...), dédramatiser, rassurer, conseiller...

## **2<sup>ème</sup> partie : Dialogues**

### *Le choix d'un processus*

Nous reprenons les travaux qui expliquent qu'il n'est pas possible de fournir des recettes toutes faites en matière d'annonce en raison de la multiplicité des déterminants propres à chaque consultation (Schofield et al., 2003, op.cit., Siminoff et al., 2006, op.cit.), de façon à ne pas laisser croire que nous serions en mesure de fournir des recettes en la matière.

### *Une procédure progressive*

Il s'agit de rappeler une préconisation concernant le processus d'annonce : il doit être progressif. Il doit l'être pour ne pas choquer le patient, mais aussi parce qu'un comportement adapté nécessite de s'enquérir des connaissances du patient, de ses désirs en matière d'information, de ses craintes et sur quoi elles portent exactement.

Une des séquences utilisées permet de montrer comment le médecin va conduire par différents questionnements le patient à communiquer sur ce qu'il entend par cancer ; ce qui lui permettra d'ajuster son discours en conséquence.

### *La structure du dialogue*

Dans la troisième sous-partie, nous montrons que les différentes phases du discours n'obéissent pas à l'application stricte d'un scénario. Le scénario tel qu'enseigné à l'université (cf. Cosnier, 1993, op.cit.) ne constitue qu'un guide pour la conduite de l'entretien (Suchman, 1987, op.cit.). Ainsi le médecin planifie *a minima* son entretien et la structure de l'entretien dépend en grande partie des interventions, réactions notamment émotionnelles du patient.

## **3<sup>ème</sup> partie : Comportements**

### *La visée*

Il s'agit de montrer que les propos du patient sont d'une grande richesse et qu'ils peuvent instruire différents registres et guider les actions ultérieures.

Les données utilisées sont extraites d'entretiens conduits auprès des médecins. L'étude des entretiens a permis d'identifier des finalités sous-jacentes à la réalisation d'action. Dans le site, nous listons des actions accomplies par les médecins en précisant pour chacune d'elle, sa ou ses finalités opératoires. Par exemple : s'informer sur son niveau de connaissance pour produire un discours compréhensible ; déculpabiliser, dédramatiser pour conduire le patient à accepter sa maladie et à se projeter dans le futur...

### *Les spécificités*

On montre que les actions accomplies vont dépendre de la maladie (curable ou non,

pronostics connus ou incertains...) et du degré d'avancement dans le processus d'annonce (si des examens ont déjà été effectués, si le diagnostic est déjà posé, si le traitement est déjà initié...). Cette partie a surtout pour objectif de conduire à la partie suivante intitulée : « les invariants » – i.e. ce qui ne varie pas d'un entretien à l'autre.

#### *Les invariants*

Le médecin doit avoir à l'esprit que, quel que soit l'entretien et l'avancée dans le processus, ce qui est tenu pour acquis à un moment donné peut ne plus l'être par la suite. En effet, d'un entretien à l'autre le patient a pu obtenir d'autres informations à propos de sa pathologie, des traitements, etc. ; d'un moment à l'autre, ses désirs d'information peuvent changer.

#### **4<sup>ème</sup> partie : Compétences**

Les séquences sélectionnées illustrent comment des prescriptions telles être compréhensible, rassurer, dédramatiser... peuvent s'accomplir discursivement.

##### *Être compris*

Cette sous-partie informe sur la façon d'être accessible, claire. C'est dans cette partie que nous utilisons la séquence où le médecin utilise le terme médical « PSA ». Cela nous permet d'avancer que vulgariser ne doit pas conduire le médecin à renoncer à l'emploi de termes techniques.

##### *Être entendu*

Il s'agit ici de signaler que le patient pour entendre les propos du médecin, doit être prêt à les entendre. C'est au médecin de s'enquérir de ce que le patient est en mesure d'entendre dans le « ici et maintenant ».

##### *Gérer les émotions*

Dans cette partie nous montrons à travers des extraits d'entretiens comment les émotions peuvent s'exprimer (*via* du verbal, du para-verbal, du non verbal) et comment elles peuvent se gérer discursivement. Nous avons choisi des séquences qui permettent d'illustrer l'accomplissement d'actions opératoires (comme rassurer, dédramatiser) et de rendre compte des procédés langagiers par lesquels ces actions se réalisent.

## **Conclusion**

Le processus de conception a été guidé par notre inscription disciplinaire : la psychologie ergonomique francophone qui privilégie, pour comprendre l'Homme au travail, l'étude de l'activité produite en situation (Visser, & Falzon, 1988). Il se justifie par des travaux qui ont montré que les comportements langagiers produits en situation étaient d'une grande richesse : leur étude fine permet d'identifier « les formes, les objectifs, les enjeux, les contextes de la communication, au plan des activités cognitives, des rapports sociaux, des modalités concrètes d'organisation » (Grosjean, & Lacoste, 1999, p. 205) et de saisir « les manières de penser, d'agir, de parler qui s'incarnent dans les paroles » (Grosjean, & Lacoste, 1999, p. 207). À travers notre recherche, nous montrons que l'analyse de l'activité produite en situation simulée a permis d'aboutir à des résultats permettant la conception d'une prescription originale. Le dispositif mis en place pour la simulation a permis le recueil d'un corpus écologiquement recevable. De cette façon nous sommes parvenus à dépasser les contraintes déontologiques empêchant l'accès aux données naturelles et d'optimiser la qualité du corpus par le contrôle de certaines variables. Ce corpus constitue la transcription d'entretiens d'annonce dont la conduite est conforme aux recommandations de la HAS. Son étude, armée de différentes formes d'analyse et d'un cadre théorique approprié, a permis d'approcher l'activité produite en entretien d'annonce sous différents angles (structural, relationnel, opératoire, communicationnel, cognitif).

Le produit Web auquel nous aboutissons complète les formations actuelles à la conduite de l'entretien d'annonce. Les formations classiques informent sur ce qu'il faut faire (prescriptions comportementales de la HAS) et pourquoi (législation). Ces informations sont incontournables, car elles fournissent des repères, des règles essentielles aux étudiants en médecine et constituent également une obligation législative. Les formations interactives tout comme le compagnonnage focalisent sur le « faire » tel qu'il se produit en situation simulée (formations interactives) ou naturelle (compagnonnage), le rectifient et le commentent si nécessaire. Ces formations engendrent une activité réflexive qui est guidée, conduite, voire produite par le formateur ou le médecin référent. Notre produit décrit et commente sous différents angles ce qui a été fait et pourrait être fait en situation conformément à la législation. À travers la description de l'activité sous différents angles et les séquences commentées, il fournit un guide et des ressources à la conduite d'une activité réflexive. L'exploitation de cette prescription dans le cadre d'un processus d'auto-formation auprès de la population cible constitue l'objet d'un article en cours où nous montrons que la consultation du produit a permis des modifications représentationnelles (par exemple, le patient est perçu comme étant davantage actif) et des changements de pratique (par exemple, les jeunes médecins s'enquerraient davantage des états mentaux et émotionnels des patients).

Le produit a été retenu par les professeurs en médecine impliqués dans la recherche Infopatiens et par la Ligue contre le cancer. Il constitue la cinquième rubrique du site Infopatiens. Le site bénéficie d'une reconnaissance de la communauté médicale. Il est soutenu par la Conférence Nationale des doyens de faculté de médecine, l'Ordre national des médecins, la Ligue contre le cancer, UMVF (Université médicale virtuelle francophone), le Centre Alexis Vautrin, la Faculté de médecine de Nancy. **Il a été certifié le 05 Janvier 2010 par la fondation Health On the Net en collaboration avec la Haute Autorité de Santé selon la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.**

Le processus de conception et le cadre théorico-méthodologique pourraient également convenir au développement de prescriptions pour la formation à des activités professionnelles prenant forme dans les communications interpersonnelles que l'on trouve notamment dans le champ des relations de service. Ce sont des activités qui peuvent impliquer des dimensions de conseil, de vente, d'accueil, d'écoute, de prise en charge émotionnelle (Cerf, & Falzon, 2005). On pense tout particulièrement à celles pour lesquelles les formations font défaut ou sont perfectibles (aide à la personne, éducateurs spécialisés, agents d'accueil, conseillers...) (Ibidem). Dans ces champs professionnels, les formations, lorsqu'elles existent, se focalisent sur la dimension technique de l'activité et/ou tentent de traiter de la dimension relationnelle/émotionnelle par l'emploi de techniques déconnectées de l'activité - comme l'analyse transactionnelle, la programmation neurolinguistique ou l'acquisition de prescriptions rigides comme le BRASMA qui ont montré leur limite (Pochat, & Falzon, 2000). Comparé à ces techniques, l'intérêt de notre approche centrée sur l'accomplissement de l'activité (qu'elle soit produite en situation naturelle ou simulée) est de pouvoir investir la dimension relationnelle/émotionnelle telle qu'elle se matérialise dans le cours de l'activité, ce qui permet le développement de formations plus pragmatiques autorisant davantage la mise en place d'activités réflexives de la part des bénéficiaires.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Baile, W.F., & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17, 331-335.
- Balint, M. (1957). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: PUF.
- Béguin, P. & Weill-Fassina A. (1997). De la simulation des situations de travail à la situation de simulation. In P. Béguin & A. Weill-Fassina (Eds.), *La simulation en ergonomie : connaître, agir et interagir* (pp. 5-28). Toulouse: Octarès.
- Bettery, F., Dufranc, C., & Hofman, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des maladies et de la Ligue contre le cancer. *Risques et qualité*, 2, 68-72.

- 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/>.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*. Paris: Masson.
- Butow, P. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 14, 846–847.
- Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., Stojanovski, E., Tassersall, & M.H.N. and the CUES team (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psycho-Oncology*, 17, 209-218.
- Cahour, B. (2006). Les affects en situation d'interaction coopérative : proposition méthodologique. *Le travail humain*, 69(4), 379-400.
- Cerf, M., & Falzon, P. (2005). Conclusion. In M. Cerf, & P. Falzon (Eds.), *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp. 223-232). Paris: PUF.
- Charaudeau, P. (1983). *Langage et discours*. Paris: Hachette.
- Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (Eds.), *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 17-32). Lyon: PUL.
- Cosnier, J. (2008). Empathie et communication. In P. Gabin & J.-F. Dortier (Eds.), *La communication, état des savoirs* (pp. 145-154). Auxerre: Éditions sciences humaines.
- Cuenot, S., Cochand, P., Lanares, J., Feihl, F., Bonvin, R., Guex, P., & Waeber, B. (2005). L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. *Pédagogie médicale*, 6(4), 216-224.
- Dubey, G. (1997). Faire « comme si » n'est pas faire. In P. Béguin & A. Weill-Fassina (Eds.), *La simulation en ergonomie : connaître, agir et interagir* (pp. 39-53). Toulouse: Octarès.
- Edvardsson, T.M., Pahlson, A.M.D., & Ahlstrom, G.P. (2006). Experiences of onset and diagnosis of low-grade glioma from the patient's perspective. *Cancer Nursing*, 29, 415–422.
- Fallowfield, L.J. (2008) Treatment decision-making in breast cancer: the patient-doctor relationship. *Breast Cancer Research and Treatment*, 112, 5–13.
- Falzon, P. (1994). *Dialogues fonctionnels et activité collective*. *Le Travail Humain*, 57, 297-312.
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M.D., Tishelman, C., & the SCRIN Communication Team (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology*, 14, 801–809.
- Gallese, V., & Goldman, A.I. (1998). Mirror neurons and the simulation theory. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 493-501.
- Ghiglione, R. (1989). *Je vous ai compris ou l'analyse des discours politiques*. Paris: Armand Colin.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris: PUF.
- Grusenmeyer, C., & Trognon, A. (1997). Les mécanismes coopératifs en jeu dans les communications de travail : un cadre méthodologique. *Le Travail Humain*, 60(1), 5-31.
- Hack, T.F., Degner, L.F., Parker, P.S., & SCRIN Communication Team (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 14, 831–845.
- Heath, C., 1993. Diagnostic et consultation médicale : la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin. In J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (Eds.), *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soin* (pp. 65-76). Lyon: PUL.
- Iandolo, C. (2006). *Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, arts et erreurs de la communication*. Paris: Masson.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1988). La notion de « place » interactionnelle ou les taxèmes, qu'est-ce que c'est que ça ? In J. Cosnier, N. Gelas, & C. Kerbrat-Orecchioni (Eds.), *Échanges sur la conversation* (pp. 185-198). Paris: Éditions du CNRS.
- Kostulski, K., & Trognon, A. (1998). Le domaine cognitif de l'interlocution : un exercice d'analyse



- interlocutoire d'une transmission orale dans une équipe paramédicale. In Kostulski, K., & Trognon, A. (Eds.), *Communications interactives dans les groupes de travail*, (pp. 59-101). Nancy: PUN.
- Lacoste, M. (1983). Des situations de parole aux activités interprétatives. *Psychologie Française*, 28(3/4), 231-238.
- Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. In J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (Eds.) *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soin* (pp. 33-61). Lyon: PUL.
- Léontiev, A. N. (1972). *Le développement du psychisme*. Paris: Éditions sociales.
- Levinson, S. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University.
- Libert, Y., & Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-oncologie*, 3(3), 140-146.
- Mayen, P. (2005). Travail De Relation De Service, Compétences Et Formation, In M. Cerf, & P. Falzon (Eds.), *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp 61-83). Paris: PUF.
- Mayen, P., & Savoyant, A. (2002). Formation et prescription : une réflexion de didactique professionnelle. *Actes de la SELF : nouvelles formes de travail, nouvelles formes d'analyse*, pp. 226-232.
- Moley-Massol, I. (2007). La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense. *La Lettre du Rhumatologue*, 337, 28-30.
- Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35(6), 531-540.
- Navarro, C., & Marchand, P. (1994). Analyse de l'échange verbal en situation de dialogue fonctionnel : étude de cas. *Le Travail Humain*, 57(4), 313-330.
- Parker, P.A., Davison, B.J., Tishelman, C., & Brundage, M.D. (2005). What do we know about facilitating patient communication in the cancer care setting? *Psycho-Oncology*, 14, 848-858.
- Pepinster, A. (2006). L'annonce du diagnostic difficile. Support-séminaires de gérontologie CHRT. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/communication/pdf/presentation-fra.pdf>
- Pochat, A., & Falzon, P. (2000). Quand faire, c'est dire ou la reconnaissance du travail verbal dans l'activité d'accueil. *Actes du 35<sup>ème</sup> congrès de la SELF, Communication et travail*, pp. 293-304.
- Pouchain, D., Attali, L., de Bulter, J., Clément, G., Gay, B., Molina, J., Olombel, P., & Roug, J.L. (1996). *Médecine générale : concepts et pratiques à l'usage des étudiants*. Paris: Masson.
- Ribert-Van de Weerdt, C. (2003). Intérêts et difficultés de l'analyse des émotions en psycho-ergonomique. *Psychologie Française*, 48(2), 9-16.
- Rizzolati, G., & Corrado, S. (2008). *Les neurones miroirs*. Paris: Odile Jacob.
- Rogers, C. (2008) [1942]. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris: ESF. [*Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.]
- Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J., Rubbattel, C., & Schelling, M. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain*. Berne: Peter Lang.
- Ruszniewski, M. (2004). *Face à la maladie grave : Patients, familles, soignants*. Paris: Dunod.
- Saint-Dizier de Almeida, V. (2009). La dimension relationnelle des communications : étude d'interactions homme-machine tutorielles a-didactiques. *Activités*, 6(2), 75-99.
- Schofield, P.E., Beeney, L.J., Thompson, J.F., Butow, P.N., Tattersall, M.H.N., & Dunn, S.M. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Annals of Oncology*, 12, 365-371.
- Schofield, P.E., Butow, P.N., Thompson, J.F., Tattersall, M.H.N., Beeney, L.J., & Dunn, S.M. (2003) Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14, 48-56.
- Siminoff, L.A., Graham, G.C., & Gordon, N.H. (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Education and Counseling*, 62, 355-360.
- Stamenov, M.I., & Gallese, V. (2002) (Eds.). *Mirrors neurons and the Evolution of Brain and language*. Amsterdam/Philadelphia: Johns Benjamins Publishing Company.



- Suchman, L.A. (1987). *Plans and situated actions. The problem of human/machine communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tate, P. (2005). *Soigner (aussi) sa communication : la relation médecin-patient*. Paris: De Boeck.
- 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*, 19, 746–754.
- Trognon, A., & Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de Linguistique Française*, 13, 76-107.
- Tricot, A. (1995). Un point sur l'ergonomie des interfaces hypermédia. *Le travail humain*, 58(1), 17-45.
- Vion, R. (1992). *La communication verbale*. Paris: Hachette Supérieur.
- Visser, W., & Falzon, P. (1988). Recueil et analyse de l'expertise dans une activité de conception : questions de méthode. *Psychologie Française, No. Spécial « Psychologie de l'Expertise »*, 33, 133-138.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D.A. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Le Seuil.
- Wittgenstein, L. (1976) [1965]. *De la certitude*. Paris: Gallimard.

#### RESUME

Cet article traite de l'entretien médecin-patient en contexte d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. Il présente une recherche soutenue par la Ligue contre le cancer qui visait la conception d'un produit Web destiné notamment aux futurs médecins. Inscrit dans le champ de la psychologie ergonomique, nous montrons comment notre posture et le processus d'investigation ont permis la conception d'un produit singulier – alors que les formations classiques focalisent sur la pratique du médecin et utilisent un format injonctif, le nôtre emploie un format descriptif et présente l'activité collective qui opère en entretien d'annonce sous différents points de vue. Pour la conception du produit Web, nous utilisons principalement les résultats provenant de l'analyse des productions langagières produites au cours d'entretiens d'annonce. Pour collecter ces données (comportements produits en entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux en situation simulée), nous avons utilisé la technique des jeux de rôle. Le cadre théorico-méthodologique développé nous a permis d'approcher l'entretien d'annonce sous différents angles. Le produit Web fournit un contenu singulier conforme aux recommandations médicales (prescriptions comportementales).

#### MOTS CLES

entretien médecin-patient, diagnostics médicaux sérieux, simulation, analyse du discours, psychologie ergonomique

#### REFERENCEMENT

Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *Activités*, 10(2), 54-81, <http://www.activites.org/v10n2/v10n2/pdf>

Article soumis le 30 décembre 2012, accepté pour publication le 9 juillet 2013.