

Des ressources pour former à la conduite de consultations à l'hôpital

Y Kebir, E Zehnder, Valérie Saint-Dizier de Almeida

▶ **To cite this version:**

Y Kebir, E Zehnder, Valérie Saint-Dizier de Almeida. Des ressources pour former à la conduite de consultations à l'hôpital. Éducation, Santé, Sociétés, 2019, Les discours des soignants et des patients : quelle contribution des sciences humaines et sociales ?, 5 (2), pp.85-103. 10.17184/eac.2439 . hal-02360714

HAL Id: hal-02360714

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02360714

Submitted on 13 Nov 2019

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.

Kebir, Y., Zehnder, E., Saint-Dizier de Almeida, V. (2019). Des ressources pour former à la conduite de consultations à l'hôpital. *Revue Education, Santé, Sociétés, 5 (2),* 85-103. doi : 10.17184/eac.2439

Des ressources pour former à la conduite de consultations à l'hôpital

Yasmina Kebir
Doctorante
Université de Lorraine
Laboratoire Lorrain de Psychologie et Neurosciences (EA 7489)

Eloïse Zehnder
Doctorante
Université de Lorraine
Laboratoire Lorrain de Psychologie et Neurosciences (EA 7489)

Valérie Saint-Dizier de Almeida
Professeure
Université de Lorraine
Laboratoire Lorrain de Psychologie et Neurosciences (EA 7489)

Résumé

Les formations à la conduite d'entretien médecin-patient sont essentielles notamment parce que la qualité de la relation médecin-patient a une incidence sur l'observance du patient, son engagement thérapeutique et sa propension à se projeter dans le futur. L'objectif dans le cadre de l'étude DECLICS2016 qui vise en aval le développement d'un Diplôme Universitaire consacré à la conduite de l'entretien de consultation de suivi en CHU, est de constituer des ressources qui serviront à la conception d'un support de formation. Dans cette optique, nous proposons l'étude d'entretiens de consultation de suivi authentiques en nous basant sur un cadre théorico-méthodologique permettant d'éclairer l'activité de consultation à travers l'investigation de ses dimensions communicationnelle, opératoire et relationnelle. Pour l'étude de la dimension opératoire, l'analyse structuro-fonctionnelle et l'analyse interlocutoire sont mobilisées. Pour l'étude de la dimension relationnelle, on recourt aux notions de rôle, de contrats de communication externe et coconstruit, de relations verticale et horizontale. L'article présente le cadre et son emploi à travers l'analyse d'un entretien de suivi. Nous montrons que ce cadre permet d'enrichir la compréhension de l'activité de conduite et de disposer de séquences analysées qui pourront être exploitées au cours du processus de formation.

Mots clés : consultation médicale de suivi, analyse du discours, dimension relationnelle, dimension opératoire, support de formation

Introduction

Former à des activités professionnelles qui s'expriment à travers des interactions langagières comme la conduite de l'entretien médecin-patient est complexe pour plusieurs raisons. La dynamique des communications interpersonnelles est difficile à cerner : c'est par et au moyen du langage qui possède sa propre logique (Falzon, 1994) que s'opèrent de manière simultanée la gestion socio-émotionnelle et l'accomplissement de la tâche comportant également chacune leurs propres contraintes. En outre, ces activités prennent forme en situation dynamique (Hoc, 1996) - i.e. il est impossible d'anticiper ce que vont produire les protagonistes au gré de l'interaction. Ces caractéristiques ne permettent pas la formalisation de

prescriptions explicites à des fins de formation – lorsque ces prescriptions existent, elles restent génériques (exemple éviter un choc émotionnel, dédramatiser…) et permettent difficilement aux formés d'imaginer leur accomplissement en acte. En parallèle, des formations interactives se développent. Elles reposent généralement sur la mise en place de jeux de rôle donnant lieu à des discussions collectives.
L'étude s'inscrit dans le cadre de l'opération de recherche DECLICS2016[1] qui vise en aval la conception d'un Diplôme Universitaire (DU) de l'Université d'Auvergne dénommé « relation médecins-soignants / patients, consciente et inconsciente », destiné aux cliniciens hospitaliers en formations initiale et continue. L'opération de recherche DECLICS met notamment, à disposition des chercheurs, la transcription d'entretiens de suivis médicaux authentiques. Notre objectif dans la cadre de cet article est de montrer que l'analyse de tels entretiens permet des formalisations pouvant être exploitées pour former à l'activité de conduite de consultation de suivi. Pour l'étude des entretiens, nous proposons un cadre théorico-méthodologique adapté à la compréhension des activités qui se matérialisent à travers des interactions langagières. L'enjeu de l'article est de présenter ce cadre et son emploi à travers l'analyse d'un entretien de consultation de suivi authentique extrait du corpus et référencé comme suit [DECLICS : DECLICS2016-CO-NUTRI-F-39-AZGU-PIOL-DIABÈTE]. La première partie rend compte des formations à la conduite d'entretien médecin-patient. La deuxième est consacrée à la présentation du cadre théorico-méthodologique ; la troisième, à son emploi à travers l'analyse d'un entretien de consultation de suivi authentique.

1. Les formations à la conduite d'entretien médecin-patient dans le champ médical

Les formations à la conduite d'entretien médecin-patient sont essentielles notamment parce que la qualité de la relation médecin-patient a une incidence sur l'observance du patient, son engagement thérapeutique (Libert, & Reynaert, 2009) et sa propension à se projeter dans le futur (Baile & Aaron 2005 ; Butow, 2005 ; Fallowfield, 2008). Dans ces formations, on explique que les prescriptions en matière de conduite, 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 la conduite d'entretien comme l'âge, la culture, des facteurs personnels, l'éducation, etc. (Schofield, Butow, Thompson, Tattersall, Beeney, & Dunn, 2003 ; Siminoff, Graham, & Gordon, 2006 ; Thorne, Oliffe, Kim-Sing, Hislop, Stajduhar, Harris 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, Tidefelt, 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 ; Parker, Davison, Tishelman, & Brundage, 2005). Les prescriptions et proscriptions comportementales en question 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).

On peut distinguer deux formes de formation. D'une part, les formations sous forme d'enseignements magistraux basés sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé et des ouvrages académiques (par exemple : Pouchain, Attali, de Bulter, Clément, Gay, Molina *et al.*, 1996 ; Buckman, 2001 ; Tate, 2005 ; Iandolo, 2007) 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, Cockbum, Girgis, Bowman, Schofield, D'Este *et al.*, 2008). Ces deux formes de formation reposent sur une pratique pédagogique particulière et leur contenu n'est pas exactement le même bien que n'entrant aucunement en contradiction.

1.1. Les formations basées sur des enseignements magistraux

[1] DECLICS (Dispositif d'Etudes CLIniques sur les Corpus Santé) Projet Région AURA-UCA2016-2021

Dans ces formations, les prescriptions et proscriptions sont généralement rapportées à l'article de loi qui impose le consentement libre et éclairé du patient. 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. Pour cela, les médecins sont invités à suivre les prescriptions et proscriptions de la Haute Autorité de Santé. Ils doivent s'assurer que le patient est à l'écoute. Pour cela, les médecins doivent : être attentif aux émotions (signes verbaux et non verbaux), éviter les termes porteurs de crainte (préférer polype à cancer), gérer les émotions. Les médecins doivent s'assurer de la compréhension du patient. Pour cela, les médecins doivent s'adapter au patient, répondre à ses questions, éviter le jargon médical, reformuler, parceller l'information, aller du général au précis. Le respect de la décision du patient, suppose au préalable que les médecins aient accédé à sa décision. Pour cela, les médecins doivent laisser s'exprimer le patient, l'écouter, ne pas l'interrompre, laisser des moments de silence, le questionner. Quant au respect de la décision du patient, les médecins sont invités aux proscriptions suivantes : ne pas l'évaluer, ne pas le juger, ne pas le sermonner.

1.2. Les formations interactives

Les formations interactives consistent à placer des formés en situation d'entretien médecin-patient en utilisant la technique du jeu de rôle et d'échanger collectivement autour des interactions produites. Ces formations se fondent davantage sur les prescriptions et proscriptions utilisées pour faire acquérir la démarche empathique (écoute active et attitude compréhensive). On forme à l'identification de signes révélant l'expression d'émotions. Plus précisément, on apprend aux formés à être attentifs 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 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 l'interrompre, accepter des silences, susciter l'expression par des relances), 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 (en choisissant une proximité adéquate, en étant attentif à des signes non verbaux) et qu'on le comprend.

Notre projet dans le cadre de DECLICS2016 est de développer une formation permettant l'acquisition de compétences communicationnelles requises pour la conduite d'entretien de suivi. La conception du support de formation exploitera notamment des résultats d'analyse d'entretiens de suivi authentiques.

2. Le cadre pour l'étude des communications en entretien de suivi

Toute communication se déploie sur deux dimensions, une dimension opératoire ou technique et une dimension relationnelle (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1972). L'enjeu est de proposer un cadre qui permette d'investir l'activité sous différents angles : communicationnel, opératoire et relationnel. Le cadre emprunte des théories, modèles et des méthodologies à la psychologie de la communication, à la psychologie ergonomique et aux sciences du langage. La théorie de l'enchaînement conversationnel (Trognon & Brassac, 1992) en constitue le cœur ; elle pose que le sens des énoncés s'élabore au gré des enchaînements conversationnels. 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 une 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 fait de son énoncé E1 initial. Ce modèle invite le chercheur à des analyses interlocutoires prenant en compte la séquentialité du discours. Ce type d'analyse permet de ne pas élaguer la dimension interactionnelle du discours. Il permet d'identifier la fonction des composants du discours et leur articulation. Le modèle de l'Ecole de Genève (Roulet et al., 1985) est également mobilisé pour restituer spatialement ces articulations. Ce type d'analyse permet d'approcher finement la dimension communicationnelle de l'activité. Une fois ce type d'analyse opéré, on recourt à d'autres modèles et méthodologies pour investir les dimensions opératoire et relationnelle de l'activité.

La dimension opératoire de l'activité est approchée à travers l'étude de la structuration fonctionnelle de l'activité, ce qui revient à restituer les grandes phases de l'activité et leur articulation (Roulet et al., 1985). Cette investigation repose sur la thèse selon laquelle la communication est une *Gestalt*, un tout organisé dont la structure globale, fortement conventionnalisée, dépend de la nature de la transaction (par exemple une négociation commerciale, une psychothérapie…) (Kostulski & Trognon, 1998). Investir la dimension opératoire consiste également à identifier les actions opératoires accomplies Cette identification repose sur une analyse de contenu telle que pratiquée en psychologie ergonomique. Ce type d'analyse repose sur une approche inductivo-déductive (Rogalski, 1998). Elle permet d'identifier sur la base du cadre institutionnel, du contexte interactionnel, de l'enjeu de l'interaction, des actions opératoires du type dédramatiser, résoudre un malentendu, apporter des informations, etc. Ce type d'identification peut conduire à des analyses interlocutoires plus approfondies afin de montrer par exemple quels sont procédés langagiers par lesquelles des actions opératoires s'accomplissent.

Pour l'étude de la dimension relationnelle, on recourt aux notions de rôle (Linton, 1977), de contrats de communication externe (Charaudeau, 1983) et coconstruit (Ghiglione, 1989 ; Camus, 1999), de relations verticale (Kerbrat-Orecchioni, 1988) et horizontale (Marcoccia, 2007).

Les rôles renvoient aux comportements accomplis par un locuteur relativement à son statut (Linton, 1977). Leur identification revient à préciser pour chaque action opératoire identifiée préalablement, le statut de la personne qui l'accomplit (statut invoqué dans le cadre de l'interaction).

Ce type d'étude permet notamment d'apprécier si les rôles accomplis sont conformes au contrat de communication externe. Le contrat de communication externe est un élément extérieur à l'interaction ; il dépend du cadre institutionnel, du statut des membres et de l'enjeu de l'interaction (Charaudeau, 1983). Le contrat de communication externe fournit un cadre pour l'action et pour l'interprétation (Schubauer-Léoni, 1986) ; il détermine les modalités d'échange qui sont attendues par les uns et les autres aux différents moments de l'interaction et donc fournit des indications sur les comportements à adopter (Vion, 1992).

Le contrat de communication coconstruit rend compte des rôles réalisés, de la façon dont ils se sont accomplis, de la relation qui s'est façonnée progressivement au cours de l'interaction (Ghiglione, 1989 ; Camus, 1999). Ainsi, le contrat de communication coconstruit est un objet qui va s'élaborer, se façonner, se construire, s'accomplir dans et au moyen des activités des partenaires ; c'est donc par l'analyse des communications produites qu'il est possible d'y accéder.

L'étude de la relation verticale consiste à investir la relation hiérarchique qui s'établit entre les participants au cours de l'interaction. Pour investir la relation verticale, Kerbrat-Orecchioni (1988) mobilise la notion de rapport de places (Flahaut, 1978). Lorsqu'un locuteur s'exprime, il occupe une place particulière et convoque simultanément l'autre (celui à qui est destiné l'acte) à une place corrélative. Par exemple, en donnant un ordre à quelqu'un, un locuteur occupe une place de demandeur et convoque son partenaire à une place de sollicité. A ces rapports de places sont associées des positions sociales (hautes *versus* basses). En reprenant notre exemple, le locuteur, lorsqu'il énonce l'ordre, serait en position haute car il se donne le pouvoir de requérir quelque chose de son partenaire ; celle du partenaire, en position basse puisque soumis au désir du premier. Le rapport de places est négociable, ce qui signifie qu'au tour suivant, le sollicité peut inverser le rapport en refusant de satisfaire la demande. Pour instruire les rapports de places, Kerbrat-Orecchioni propose l'identification de taxèmes qui sont des indicateurs de places. La force illocutoire (directive, assertive, commissive, expressive, déclarative en référence à la taxonomie de Searle et Vanderveken (1985)) dote l'acte d'une valeur taxémique ; celle-ci peut être atténuée ou accentuée. Par exemple, l'emploi de formules de politesse lors de la production d'une requête permet d'atténuer la position haute du locuteur et de fait concourt à rehausser la position basse de celui à qui le message est adressé.

L'étude de la relation horizontale revient à étudier la proximité ou la distance qui s'établit entre les interlocuteurs et qui se matérialise à travers leurs échanges (Marcoccia, 2007). Là aussi, il s'agit d'identifier des taxèmes qui sont ici des marqueurs de la relation horizontale. Par exemple, les pronoms d'allocution (tutoiement, vouvoiement, etc.), les titres, les termes d'adresse et autres expressions appellatives sont considérés comme des taxèmes renseignant sur les relations notamment socio-affectives ; les choix

lexicaux, grammaticaux, syntaxiques, etc. constituent des éléments pouvant instruire le style des échanges (familier, professionnel, intime, distant, etc.) et sont à ce titre des taxèmes de la relation horizontale.

3. Application du cadre à l'étude d'un entretien de suivi authentique

Les consultations de suivi en CHU concernent des patients non hospitalisés atteints de pathologies chroniques, en cours de rémission ou non, qui nécessitent un suivi trimestriel ou semestriel. Au CHU, les patients disposent d'un suivi pluridisciplinaire (nutritionniste, diététicien, psychologue, médecin, sophrologue…). Un entretien de suivi dure en moyenne une demi-heure. Celui étudié ici a été produit au sein du service nutrition. La patiente est enceinte et diabétique. Elle vient suite à des examens qu'elle a réalisés pour vérifier l'évolution de son diabète en lien avec sa grossesse, et l'adéquation du traitement à sa condition. L'entretien avec le médecin a duré 21 minutes.

3.1. La dimension opératoire

3.1.1. La structure fonctionnelle

Conformément à l'attendu, l'entretien de suivi (v. fig [fig1]) comporte deux périodes.

La première période est consacrée au diagnostic de l'état de santé de la patiente ; elle vise à vérifier que les traitements agissent comme prévu (mention de la fréquence, des moments de prélèvements avec restitution d'anecdotes, résultats des bilans expliqués par le médecin). Il s'avère que les bilans sont bons, ce qui va conduire au maintien de la prescription médicamenteuse.

La seconde période traite des prescriptions futures et fait le point sur les rendez-vous fixés ou à prendre dans le cadre du suivi pluridisciplinaire : en l'occurrence avec le médecin, la sophrologue, la diététicienne et la psychologue. Cette période comporte des séquences qui auraient pu alimenter la première période. Ces séquences comportent des évènements de vie de la patiente, la restitution de symptômes invalidants, qui vont d'ailleurs conduire le médecin à opérer au cours de cette seconde période un prélèvement sanguin (pour vérifier le taux de glycémie) et la pesée de la patiente. On aurait pu s'attendre à ce que ces éléments apparaissent au cours de la première période pour éventuellement moduler la prescription. Quoi qu'il en soit, ces faits ne remettent pas en question la prescription médicamenteuse ; ils permettent au médecin de mieux comprendre le mal-être physique et psychologique de sa patiente, de comprendre pourquoi celle-ci ne souhaite plus avoir affaire à un psychologue et n'a pas pris de nouveaux rendez-vous avec la diététicienne. Cette période permettra notamment au médecin d'identifier et de réguler des erreurs de compréhension en matière de régime alimentaire (séquences analysées dans la partie 3.1.2), d'obtenir l'engagement de la patiente pour reprendre un rendez-vous avec la diététicienne et pour un suivi pluridisciplinaire impliquant notamment un collectif de médecins (séquence analysée dans la partie 3.1.3).

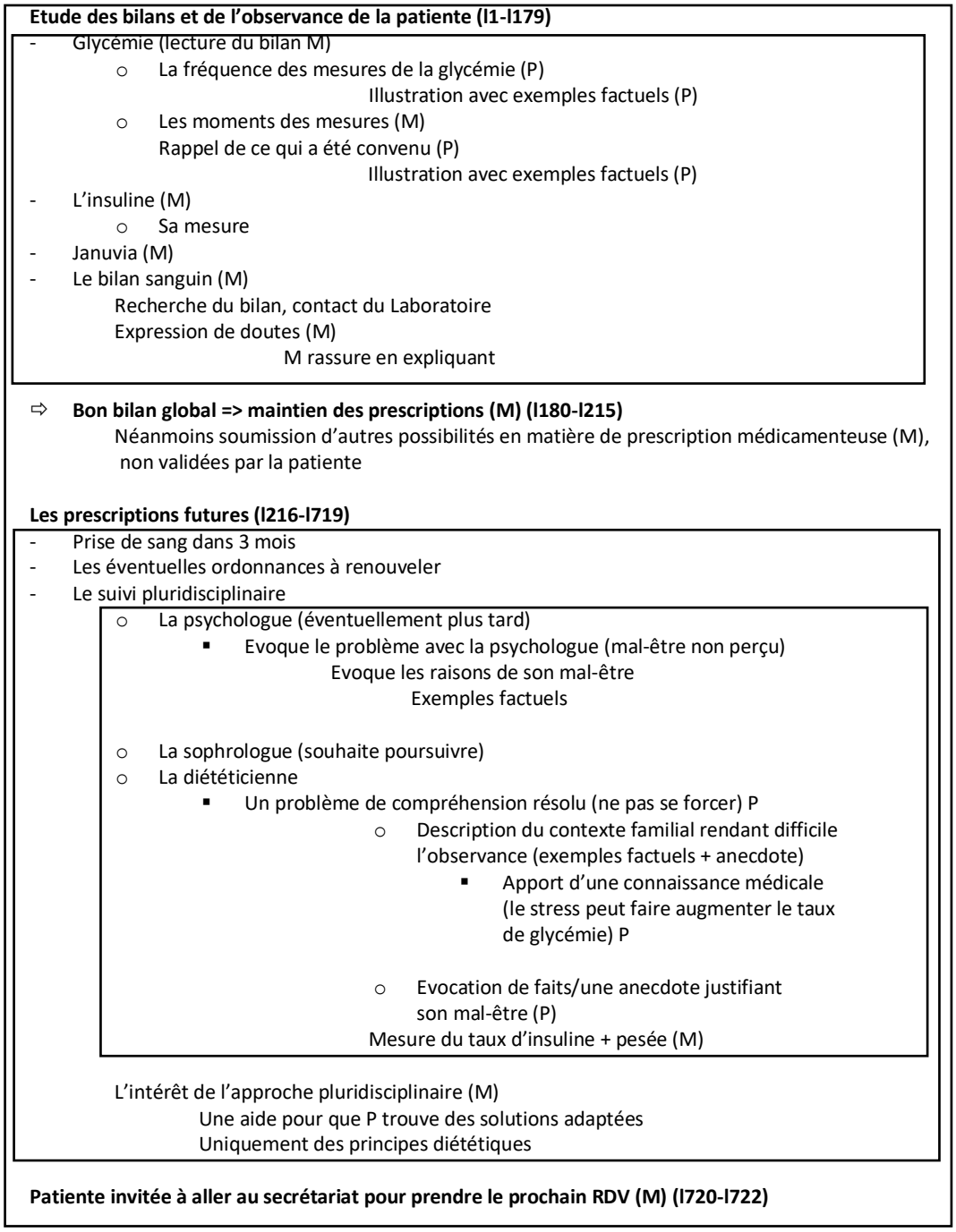


Figure 1 : Analyse structuro-fonctionnelle de l'entretien de suivi

3.1.2. Résolution de problèmes de compréhension

Le médecin comprend que la patiente n'a pas encore repris de rendez-vous avec la diététicienne. La patiente va en expliquer les raisons ; en l'occurrence les prescriptions de la diététicienne ne sont pas tenables et donc elle préfère ne plus avoir affaire à elle. Les explications, explicitations et anecdotes produites par la patiente ont permis au médecin d'identifier des problèmes de compréhension que la diététicienne n'a manifestement pas identifiés. Nous restituons et commentons à la suite les séquences qui ont permis d'identifier ces problèmes.

Dans la séquence ci-dessous, la patiente explique que le matin, elle n'a pas envie de manger parce que si elle se force, ça lui donne envie de vomir. Ainsi elle communique qu'elle a des difficultés à suivre une

prescription de la diététicienne, en l'occurrence manger le matin, à midi et le soir et qu'elle est contrainte d'aménager cette règle relativement aux quantités ingérées le soir.

PAT: et là si je me force à manger le matin je vais vomir
MED: mh mh + et vous remangez dans la soirée après le diner
PAT: non
MED: après le diner en famille
PAT: c'est rare + ou si je sais que je prévois par exemple des petits biscuits ou quoi que ce soit à côté de d'un du thé ou du café
MED: mh
PAT: je me règle par rapport au repas
MED: d'accord

Le médecin lui dira qu'elle ne doit pas se forcer et donc valide la modulation de la règle opérée par la patiente (adapter les quantités du matin en fonction de ce qu'elle a mangé la veille).

Dans la séquence suivante, la patiente explique que financièrement elle ne peut suivre les prescriptions de la diététicienne en matière de composition des repas.

PAT: on (n') a pas toujours du steak haché à la maison + voilà c- varier avec ce qu'on a
MED: mh
PAT: elle m'a dit oui mais il faut se prévoir + bah c'est c'est bien il faut se prévoir mais on a tous un loyer à payer + une assurance à payer + une essence à à faire le plein + je veux dire voilà on a + on a certaines responsabilités + je peux pas + non plus mettre le salaire de mon mari rien que dans mon alimentation pour pouvoir maigrir
MED: mh mh
PAT: c'est pas possible

Le médecin va alors lui expliquer qu'il ne faut pas chercher à suivre strictement la composition des repas, que la composition a été donnée à titre d'exemple ; l'important est d'appliquer les principes que la diététicienne a voulu illustrer, en l'occurrence : des repas équilibrés (légumes, viande – quelle que soit la viande).

Ainsi, ce sont les verbalisations produites par la patiente pour expliquer qu'elle n'a pas repris rendez-vous avec la diététicienne, qui vont permettre au médecin d'identifier une mauvaise compréhension des prescriptions de la diététicienne. Le travail diagnostique opéré par le médecin en situation, peut être représenté sous la forme d'un arbre des causes (v. fig [fig2]) grâce auquel le médecin va faire l'hypothèse que la dissension entre la patiente et la diététicienne est causée par un problème de compréhension non encore levé. En l'occurrence, la patiente a considéré un exemple de menus équilibrés sur une semaine, comme une prescription à suivre strictement, ce qui n'est pas tenable financièrement pour elle.

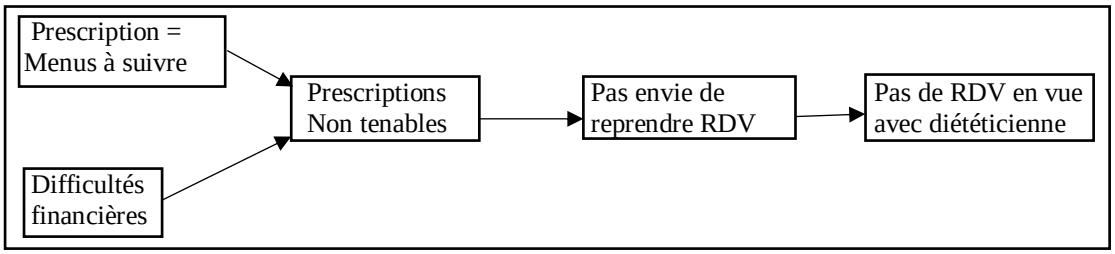


Figure 2 : Arbre des causes restituant l'activité diagnostique du médecin

La résolution de ce problème de compréhension va consister à expliquer que les menus mentionnés par la diététicienne ne sont qu'un exemple d'application du principe : il faut manger équilibré.

Ainsi, la patiente, en expliquant les raisons pour lesquelles elle n'a pas souhaité reprendre un rendez-vous avec la diététicienne, va permettre au médecin d'identifier des problèmes de compréhension non encore levés. En résolvant ces problèmes de compréhension, le médecin concourt à résoudre du même coup la dissension entre la patiente et la diététicienne, ce qui conduira la patiente à s'engager à reprendre rendez-vous avec celle-ci.

3.1.3. Vers une meilleure compréhension du vécu de la patiente

La patiente explique qu'elle ne veut plus avoir affaire à des psychologues, en raison d'une formulation maladroite qu'a produite la psychologue en consultation :

> PAT: elle elle fait pas je crois enfin elle m'a pas proposé
> MED: non euh
> PAT: parce que la dernière fois quand euh c'est ce que j'en parlais tout à l'heure euh elle m'avait sorti le: le mot euh madame T. vous pouvez pas changer le monde j'ai dit euh s'il vous plait c'est ce mot là qui m'a éloignée des psychologues j'ai dit je ne veux plus jamais entendre ça
> (…)
> PAT: j'ai eu du mal à m'adapter j'ai dit ce mot je ne peux pas su- le supporter elle m'a dit pourquoi j'ai dit j- je peux je demande pas à changer le monde je je demande à changer ce que je vis actuellement

Elle poursuit en expliquant que néanmoins elle a besoin d'aide, que son état physique et psychologique le requiert. Etudions plus finement cette séquence en question (v. fig [fig3]).

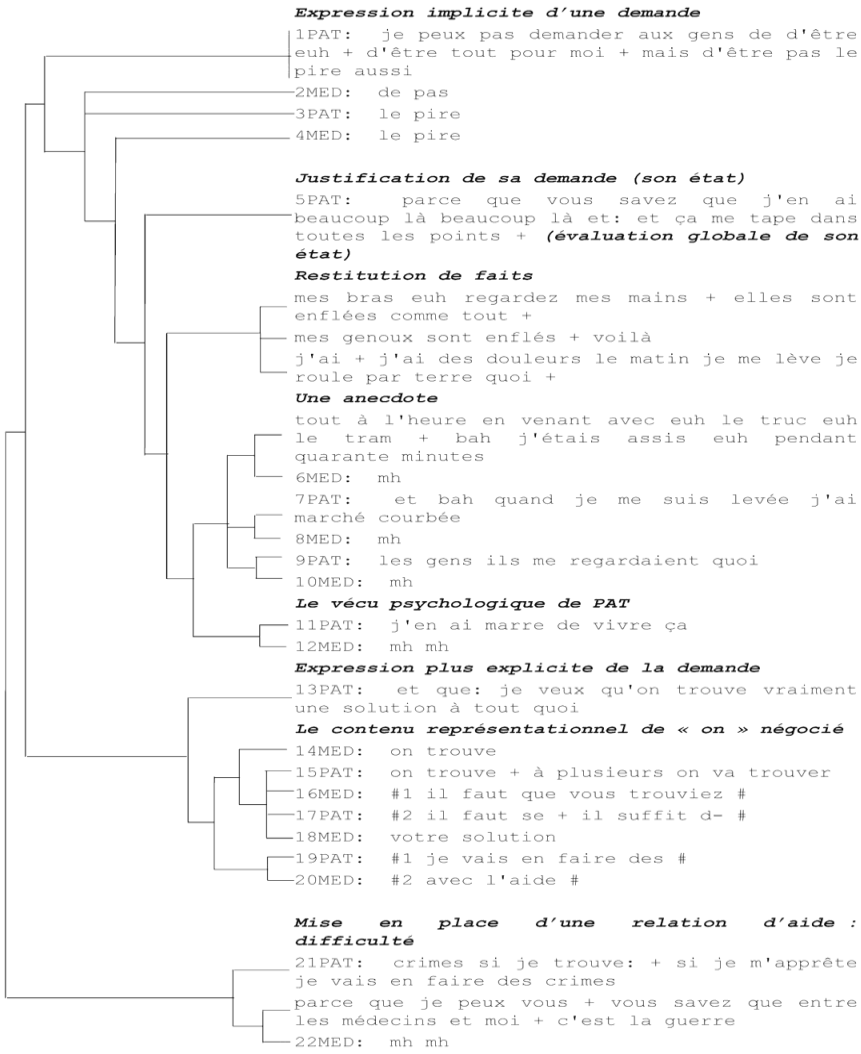


Figure 3 : Analyse hiérarchique de la séquence

Fig3 : les propos qui apparaissent en gras et italique ont été insérés dans la séquence pour en faciliter la compréhension. PAT désigne une intervention produite par la patiente ; MED, par le médecin.

Si cette séquence est initiée pour obtenir des explications au sujet de la dissension entre la psychologue et la patiente, cette dernière va exploiter cette séquence également pour exprimer son besoin d'aide - besoin d'aide qu'elle n'a pas eu l'opportunité de produire au cours de la première période. Cette demande est communiquée implicitement *via* 1PAT, elle apparaît plus littéralement *via* 13PAT. Pour justifier son besoin d'aide, elle va restituer des symptômes récurrents (5PAT) qui affectent en ce moment son bien-être physique : bras, genoux, et mains enflés, douleurs dorsales le matin ou lorsqu'elle est en position assise longtemps ; elle poursuit par une anecdote lui permettant d'exprimer que le regard des autres face à son état concourt à son mal-être psychologique.

A travers cette séquence, le médecin accède à des symptômes non évoqués en première phase, qui vont le conduire à faire un prélèvement en séance et la pesée dont les résultats seront bons. Les faits et l'anecdote par lesquels la patiente explique son mal-être vont alors conduire le médecin à mettre le focus sur l'importance d'un suivi pluridisciplinaire.

Cette séquence permet également d'éclaircir le contrat qui lie la patiente et l'équipe médicale/paramédicale : l'équipe n'est pas là pour apporter des solutions, c'est à la patiente de trouver ses solutions avec l'aide de l'équipe. La séquence permet également d'identifier un frein à la mise en place de ce contrat si celui-ci requiert la présence physique de la patiente avec l'équipe, en l'occurrence la patiente ne supporte pas les médecins - à part quelques exceptions.

3.2. La dimension relationnelle

3.2.1. Les rôles

Le tableau (v. tab [tab1]) restitue les actions opératoires accomplies par la patiente ; le tableau (v. tab [tab2]) restitue celles accomplies par le médecin.

Actions opératoires		**Occur-rences**	**Exemples**
Informe	sur son état physique	4	« j'ai pas bougé et je pense que c'est : c'est bien » « … là je me sens faible… » « Le poids ça me + donne des déficits sur les genoux… »
	sur son observance alimentaire	3	« … moi mon problème c'est que je n'arrive pas à manger » « je mange pas régulièrement… » « et là si je me force à manger le matin je vais vomir »
	sur ses objectifs/souhaits	4	« … mon intérêt c'est de perdre du poids… » « …soulager déjà mes genoux » « …être bien déjà dans ma peau » « …ce que je veux c'est qu'on puisse me soutenir… »
Explique, argumente, Illustre	en rapportant des faits et des anecdotes	11	« …mais ça a passé parce que je n'ai rien mangé à côté » « …bah parce que comme j'étais de fiançailles… » « parce que j'avais pas + des aussi bons résultats avec… » « … j'ai failli tomber sur un monsieur quoi »
Exprime ses ressentiments, son mal-être		11	« …entre les médecins et moi + c'est la guerre… » « … je suis anti-interne… »

			« …j'ai toujours l'impression que j'ai pris depuis… » « les gens ils me regardaient quoi » « j'en ai marre de vivre ça »
Exprime ses craintes/demande à être rassurée	demandes généralement de manière implicite	6	« et mes taux ils sont : très raisonnables hein »
Manifeste son écoute, sa compréhension, son accord	son écoute et/ou sa compréhension	24	« mh », « mh mh »
	son accord	13	« d'accord » « ouais »

Tableau 1 : Les actions opératoires de la patiente

Actions opératoires		**Occur-rences**	**Exemples**
Demande des informations	sur l'alimentation, ses analyses de sang, le dosage des médicaments, son suivi,…	11	« … l'insuline vous êtes toujours à- » « …et vous remangez dans la soirée après le diner » « …vous avez fait combien du coup », « et le Januvia vous le prenez toujours le comprimé » « …vous l'avez faite quand vous vous souvenez »
Demande des explications		1	« pourquoi vous dites ça »
Rassure	sur ses résultats	4	« …non c'est bien… » « …c'est impeccable… » « … donc là c'est bien… » « …vous êtes bien + vous êtes parfaite »
	sur son état	2	« …mais ça c'est normal.. »
Explique/désambigüise	des connaissances médicales	6	« …parce que le sucre c'est de l'énergie » « …l'idée c'est que quand on a euh une agression … on a besoin de plus d'énergie … »
Conseille, propose des solutions, d'autres alternatives	sur le régime alimentaire, sur le suivi par l'équipe pluridisciplinaire	8	« …l'idée c'est peut être manger moins » « … ce que je vous propose + pour le diabète c'est… » « l'autre + la possibilité qu'on a c'est aussi.. » « … la psychologue … ça peut être pertinent … » « ….l'idée c'est de de de travailler sur les choses globales… » « …je pense que ça serait bien aussi … »
Demande l'avis de la patiente	sur le suivi médical/diététique/ psychologique	3	« … je sais pas au niveau diététique si vous souhaitiez euh revoir quelqu'un… » « …je sais pas si vous souhaitiez la revoir ou pas »
Concourt à l'inter-compréhension	réitère, reformule	3	« d'accord + un quatorze au lever + ok », « d'accord + deux à trois fois par semaine »
Manifeste son écoute, sa compréhension, son accord	son écoute et/ou sa compréhension	50	« mh », « mh mh » « ouais »
	son accord	10	« d'accord »

Tableau 2 : Les actions opératoires du médecin

L'étude des actions opératoires rapportées au statut des locuteurs permet d'identifier les rôles accomplis et d'apprécier si le contrat de communication coconstruit correspond au contrat de communication externe ; en d'autres termes, est-ce que les rôles accomplis sont ceux préconisés dans la littérature médicale ? Les préconisations en matière de conduite d'entretien médecin-patient produites sous forme de prescriptions et de proscriptions comportementales sont les suivantes : éviter le jargon médical, s'assurer de la compréhension du patient, le laisser s'exprimer, l'écouter, montrer qu'on l'écoute et qu'on le comprend, ne pas l'interrompre, le questionner, ne pas l'évaluer, ne pas le juger, ne pas le sermonner, lui faire verbaliser ses émotions et ses états mentaux, gérer les émotions, le laisser décider en connaissance de cause.

Le médecin évite le jargon médical lorsque par exemple il explique des connaissances médicales dans un langage courant. Concernant la prescription : s'assurer de la compréhension du patient qui se traduit généralement par des demandes du type « vous avez bien compris ? » « vous avez des questions ? », nous n'observons pas ce type d'actions. L'analyse séquentielle et pragmatique révèle que la relation établie entre le médecin et sa patiente est telle que celle-ci n'a aucune difficulté à questionner spontanément le médecin lorsqu'elle a besoin d'éclaircissements. On observe également à travers l'analyse séquentielle que le médecin laisse la patiente s'exprimer, il l'écoute et manifeste son écoute à travers l'emploi de phatiques (« mh », « mh mh »). Le médecin questionne la patiente, ne l'évalue pas, ne la juge pas, ni ne la sermonne. Concernant la prescription : lui faire verbaliser ses émotions et ses états mentaux, on n'observe pas de productions de type « Vous le vivez mal ? » « Vous avez des appréhensions ? », car, pour la même raison que précédemment, la relation est telle que la patiente exprime ses états mentaux et émotionnels (souhaits, ressentiments, craintes) spontanément. La gestion des émotions de la patiente s'est traduite à travers des actions visant notamment à la rassurer. Quant à la dernière prescription : le laisser décider en connaissance de cause, elle s'est traduite à travers des propositions de solutions, d'alternatives à propos desquelles la patiente a exprimé ses choix et décisions.

3.2.2. L'axe de la relation verticale

Si le médecin initie les deux grandes phases (v. fig [fig1]), on notera qu'au sein de ces deux phases, la plupart des séquences sont initiées par la patiente : la patiente apporte de manière spontanée (sans sollicitation du médecin) des informations, des explications, des anecdotes. L'initiation de séquences par la patiente la place en position haute (elle a un certain pouvoir sur la trame, le déroulement de l'entretien de consultation).

La patiente est également en position haute lorsqu'elle-même évalue les résultats de ses bilans (rôle qui relève des prérogatives du médecin) ; néanmoins elle atténue cette position par l'emploi d'un modalisateur d'incertitude (« je pense »).

MED : ok et euh : la l'insuline vous êtes toujours à- PAT : trente-cinq MED : trente-cinq PAT : j'ai pas bougé et je pense que c'est : c'est bien MED : d'accord

Lorsque le médecin propose des solutions thérapeutiques à sa patiente, sa position est plutôt haute. Néanmoins le médecin atténue cette position en dotant ses propositions de solutions d'une condition, en l'occurrence obtenir l'accord de la patiente pour qu'une solution soit actée. Ainsi le médecin dote la patiente d'un pouvoir quant aux solutions thérapeutiques à retenir.

MED : mais c'est pas l'approche dont vous avez l'expérience mais c'est un peu différent après ça peut être dans un second temps ça peut être dans un second temps si vous voulez mais voilà l'idée c'est que ça soit complémentaire dans votre démarche de perte de poids et d'accompagnement.

L'atténuation de la position haute du médecin est également marquée par l'emploi de modalisateur d'incertitude comme « peut-être » :

MED : ouais c'est ça c'est que vous voulez pas forcer mais après l'idée c'est peut-être manger moins

3.2.3. L'axe de la relation horizontale

La relation de proximité existant entre cette patiente et le médecin paraît *a priori* fragile car la patiente a ouvertement exprimé la colère qu'elle ressent à l'égard des médecins et du corps médical en général. Elle emploie des termes assez rudes pour évoquer ses mauvaises expériences dans les hôpitaux avec les médecins.

PAT : je vais en faire des MED : avec l'aide PAT : crimes si je trouve si je m'apprête je vais en faire des crimes parce que je peux vous vous savez que entre les médecins et moi c'est la guerre MED : mh mh PAT : et il y en a peu que je avec qui ça passe

Néanmoins, l'étude des échanges révèle que le médecin ne semble pas être assimilé au corps médical ou alors serait une exception. En effet, la patiente exprime sans difficulté ses craintes à son médecin, elle se confie à lui, dévoile sa vie familiale, ses problèmes financiers, n'hésite pas à dire qu'elle ne suit pas strictement les prescriptions, qu'elle ne supporte pas les médecins, les psychologues, etc. Le médecin semble ainsi assimilé à une personne de confiance à qui on peut se confier.

Quant au médecin, on note qu'il emploie un langage accessible pour partager ses connaissances, ce qui concourt à réduire la distance cognitive avec son patient.

PAT : mh MED : quand elle augmente ça fait augmenter le taux de sucre parce que le sucre c'est du carburant c'est de l'énergie PAT : mh MED : d'accord et c'est l'idée c'est que quand on a euh un une agression quelque chose à laquelle il faut faire face et bien on a besoin de plus d'énergie pour pouvoir faire face donc on a on besoin de plus de sucre donc le on est programmé les humains à euh voilà pour pouvoir faire monter son taux de sucre grâce à l'hormone du stress sauf que quand on effectivement on est diabétique et que c'est c'est plus du stress psychologique ben ça fait aussi monter la glycémie PAT :d'accord MED : donc ça c'est c'est classique

Enfin, si les protagonistes se vouvoient (ce qui est conventionnel pour ce type d'interactions), on note néanmoins l'emploi d'un langage parfois très familier tant par le médecin que par la patiente (exemple : « ça me fait chier » produit par la patiente ; « on s'en fout que ça soit du veau ou du bœuf » produit par le médecin) ce qui traduit, dans ce contexte, une forte proximité.

Globalement le contrat coconstruit au cours de cet entretien de suivi concorde avec le contrat de communication externe (le médecin est intelligible, il ne coupe pas le patient, il prend en compte les besoins, états émotionnels du patient ; le patient rend compte de son état de santé, répond aux demandes du médecin, exprime ses craintes, réticences, etc.). On note également une volonté de créer une forte proximité et des procédés visant à ne pas placer la patiente en position basse. On n'observe pas non plus de comportements de la part des médecins par lesquels une position haute serait revendiquée. Ces observations conduisent à envisager un rapport social où l'asymétrie hiérarchique classiquement observée en consultation ordinaire (Heath, 1993) est atténuée ; ce qui concourt à l'expressivité du patient (Saint-Dizier de Almeida, 2013).

Discussion

Au niveau opératoire, l'analyse révèle que cette consultation a conduit à maintenir les traitements thérapeutiques, à promouvoir le suivi pluridisciplinaire et à obtenir des engagements de la patiente quant à ce suivi. Ces engagements à consulter d'autres professionnels de santé ont été possibles parce que le médecin a laissé la patiente exprimer ses réticences à l'égard du corps médical/paramédical et surtout lui a demandé des explications sur les raisons de ses ressentiments. Cette demande d'explication a notamment

débouché sur des verbalisations de la patiente qui ont permis de faire émerger un problème de compréhension. Ce problème a été identifié, régulé par le médecin et a conduit la patiente à revenir sur sa décision : à l'issue de l'entretien, elle est d'accord pour reprendre rendez-vous avec la diététicienne. Plus globalement les relances du médecin visant à mieux comprendre les ressentis et ressentiments de la patiente auront permis au médecin d'obtenir l'engagement de la patiente à reprendre contact avec la diététicienne, d'être suivie par un psychologue qui peut être extérieur à la structure, de faire l'objet d'un suivi pluridisciplinaire – même si elle exprime des réticences à l'égard des médecins.
L'étude de la dimension relationnelle révèle que les rôles du médecin sont ceux préconisés par la Haute Autorité de Santé : le médecin rassure, informe, explicite, propose, prend en compte les besoins, demandes du patient, laisse le choix au patient quant aux traitements thérapeutiques possibles, il manifeste son écoute *via* des phatiques « mh »), sa compréhension à travers des réitérations, des reformulations, il cherche à comprendre la patiente (« pourquoi vous dites ça »). Concernant le rapport de places, on observe une relation où l'asymétrie médecin-patient est atténuée par l'emploi de taxèmes, par exemple l'emploi par le médecin de modalisateurs d'incertitude : « je sais pas si… », « l'idée c'est peut-être… ». La proximité entre les protagonistes est importante et se traduit notamment à travers l'emploi d'un langage familier. Ces différents éléments caractérisant la relation ont certainement favorisé l'expression de la patiente.

Ce type d'analyse permet de disposer de résultats formalisés pouvant être exploités à des fins de formation. Dans le cadre de la formation initiale, les rôles identifiés et la restitution, à titre illustratif, d'énoncés ou séquences traduisant leur accomplissement en actes permettront aux formés de mieux cerner ce qui est attendu de la part d'un médecin dans de telles consultations ; en d'autres termes de s'approprier le contrat de communication propre à ce type d'interaction. Sur la base de séquences, il s'agira également de montrer comment - sur la base de quels taxèmes - s'élabore un rapport de place où l'asymétrie hiérarchique est atténuée.
Dans un format davantage interactif, les formés seront placés en situation d'échanger en collectif autour de l'activité de consultation. Dans ce contexte, l'animateur/formateur aura pour mission d'enrichir les discussions en mobilisant le cadre permettant l'approche de l'activité dans ses dimensions communicationnelle, opératoire et relationnelle.
Ce type de dispositif (discussion collective autour de l'activité) est utilisé en formation initiale afin de parfaire la pratique en acquisition (Cuenot, et al., 2005 ; Butow et al., 2008 ; Vacher, 2011) et également en formation continue pour optimiser la pratique installée (Laurent & Saujat, 2015). En outre, ces situations de formation sont particulièrement propices au développement de compétences à la réflexivité - la réflexivité renvoie à la capacité de rendre compte de sa pratique et de l'expliciter (Perrenoud, 2001 ; Bouissou & Brau-Antony, 2005). Cette posture réflexive qui suppose des prises de conscience est notamment propice à l'optimisation des pratiques professionnelles (Mollo & Falzon, 2004).
En référence à Bouissou et Brau-Anthony (2005), les dispositifs visant le développement de compétences à la réflexivité nécessite :
1) un support approprié : film de l'activité, jeu de rôle simulant l'activité, des transcriptions de séquences mais également des traces de l'activité : chroniques d'activité, d'historiques constituées à partir d'indicateurs divers, etc. (Cahour & Licoppe, 2010). Dans notre étude, des séquences audio et leur transcription seront mobilisées.
2) la transmission de savoirs formalisés, qui constituent des outils conceptuels utiles pour désigner leur pratique, la comprendre, y réfléchir. Il s'agit de fournir un langage que les formés vont pouvoir mobiliser pour rendre compte et mieux comprendre leur pratique (en formation continue) ou la pratique à acquérir (en formation initiale) (Cahour & Licoppe, 2010). Si un praticien peut amorcer un travail de réflexion sur sa pratique sur la base de théories du sens commun et/ou en mobilisant des connaissances propres à son expérience et à sa culture professionnelle, on préconise la mobilisation d'autres cadres pour interpréter les pratiques et notamment de recourir à des cadres provenant des sciences humaines et sociales (Perrenoud, 1999), il s'agit de mettre à disposition des cadres interprétatifs qui permettent de faire prendre conscience aux formés que le réel peut être approcher de différentes manières (Bruner, 1996). Dans notre étude, le cadre théorico-méthodologique permettant d'approcher l'activité sous différents angles (communicationnel, opératoire, relationnel) constituera le cadre d'interprétation des pratiques,
3) le recours à des discussions collectives. Elles permettent aux individus de prendre connaissance des autres points de vue (Mollo & Nascimento, 2013) et de confronter des idées et des modes de conceptions

divergents. Les discussions collectives vont ainsi conduire les acteurs à réviser leur propre point de vue sur l'activité, en le modifiant et/ou en le complétant (Mollo & Nascimento, 2013).

Conclusion

Le cadre mobilisé est adapté à l'étude des activités qui se matérialisent à travers des interactions langagières, et donc à l'étude des entretiens de consultation de suivi. Il permet d'approcher l'activité dans ses dimensions communicationnelle, opératoire et relationnelle et de disposer de résultats pouvant constituer des ressources pour la conception de formations. Par exemple, certaines séquences analysées dans cette étude pourront être exploitées pour, par exemple, illustrer l'accomplissement en actes de certaines prescriptions comportementales de la Haute Autorité de la Santé (se faire comprendre, comprendre le patient, laisser le patient exprimer ses états mentaux et émotionnels, etc.), illustrer la façon dont les relations de pouvoir, la proximité entre les interlocuteurs s'expriment discursivement, montrer l'importance de laisser le patient s'exprimer *via* notamment des anecdotes qui permettent de mieux comprendre son train de vie, les difficultés d'observance et lever éventuellement des problèmes de compréhension.

Ce cadre a déjà été utilisé pour enrichir la compréhension d'activités produites en entretiens d'annonce de diagnostics médicaux (Saint-Dizier de Almeida, 2013), en discussions à visée philosophique en école élémentaire (Saint-Dizier de Almeida, Specogna, & Luxembourger, 2016 ; Saint-Dizier de Almeida, Colletta, Auriac-Slusarczyk, Specogna, Simon, Fiema et al., 2016), lors d'une table ronde (Saint-Dizier de Almeida, Auriac-Slusarczyk, Roland-Lévy, & Gunzburger, 2018). Il a été mobilisé pour développer le support d'une formation en ligne à la conduite d'entretien d'annonce de diagnostics médicaux lourds (Saint-Dizier de Almeida, 2013) dont il a été montré qu'il permettait l'acquisition de compétences communicationnelles (Saint-Dizier de Almeida & Agnoletti, 2015). Il a été mobilisé dans un dispositif de formation pour améliorer la compréhension de l'activité de médiation civile et commerciale et enrichir les réflexions des apprenants en discussion collective (Saint-Dizier de Almeida, Ilardlo, Serre, Cachard, & Deloffre, 2019 à paraître). Ici il est utilisé pour instruire l'activité de consultation de suivi en CHU. Outre la formalisation de résultats dans une visée formative, l'étude d'autres entretiens de suivi permettra de mieux comprendre ce qui s'opère en entretien de consultation de suivi et de mettre en exergue ses caractéristiques comparées à celles identifiées dans les entretiens de consultation ordinaire et dans les entretiens d'annonce de diagnostics médicaux graves.

Références bibliographiques

Baile, W. F., & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology : past, present, and future. *Current opinion in oncology*, *17*(4), 331-335.

Bouissou, C., & Brau-Antony, S. (2005). Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques. *Carrefours de l'éducation*, *2*(20), 113-122.

Bruner, J. (1996). *L'éducation, entrée dans la culture*. Paris : RETZ.

Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades : guide du professionnel de santé*. Paris : Elsevier Masson.

Butow, P. (2005). The communication goals and needs of cancer patients : a review. *Psycho-Oncology : Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *14*(10), 846-847.

Butow, P., Cockbum, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., Stojanovski, E., Tassersall, M.H.N., & the CUES team, (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: assessment of a communication skills training program. *Psycho-Oncology : Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *17*(3), 209-218.

Cahour, B., & Licoppe, C. (2010). Confrontation aux traces de son activité. Compréhension, développement et régulation de l'agir dans un monde de plus en plus réflexif. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, *4*(2), 243-253.

Camus, O. (1999). Les interactions langagières. In J.-P. Pétard (Ed.), *Psychologie sociale*, pp. 259-316. Rosny : Editions Bréal.

Charaudeau, P. (1983). *Langage et discours*. Paris : Hachette.

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.

Edvardsson, T., Påhlson, A., & Ahlstrom, G. (2006). Experiences of onset and diagnosis of low-grade glioma from the patient's perspective. *Cancer nursing, 29*(5), 415-422.

Fallowfield, L. J. (2008). Treatment decision-making in breast cancer: the patient–doctor relationship. *Breast cancer research and treatment, 112*(1), 5-13.

Falzon, P. (1994). Dialogues fonctionnels et activité collective. *Le travail humain, 57*, 299-312.

Feldman-Stewart, D., Brundage, M. D., Tishelman, C., & the SCRN Communication Team (2005). A conceptual framework for patient–professional communication : an application to the cancer context. *Psycho-Oncology, 14*(10), 801-809.

Flahaut, F. (1978). *La Parole intermédiaire, préface de Roland BARTHES. Paris, Seuil, 237*.

Ghiglione, R. (1989). *Je vous ai compris ou l'analyse des discours politiques*. Paris : Armand Colin.

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.

Hoc, J. M. (1996). *Supervision et contrôle de processus: la cognition en situation dynamique*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Hoff, L., Tidefelt, U., Thaning, L., & Hermerén, G. (2007). In the shadow of bad news–views of patients with acute leukaemia, myeloma or lung cancer about information, from diagnosis to cure or death. *BMC palliative care, 6*(1) http://www.biomedcentral.com/1472-684X/6/1.

Iandolo, C. (2007). *Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication*. Elsevier 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), *Echanges sur la conversation,* pp. 185-198. Paris : Editions 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 : Presses Universitaires de Nancy.

Laurent, Y., & Saujat, F. (2015). L'intervention en milieu de travail éducatif entre visée de transformation et visée de connaissance. *Carrefours de l'éducation, 39*(1), 19-35.

Libert, Y., & Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. Challenges in physician-patient communication and physicians psychological characteristics. *Psycho-oncologie, 3*(3), 140-146.

Linton, R. (1977). *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Bordas.

Marcoccia, M. (2007). Communication électronique et rapport de places : analyse comparative de la formulation d'une requête administrative par courrier électronique et par courrier papier. *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours*, (20). http://journals.openedition.org/semen/1075

Mollo, V., & Nascimento, A. (2013). Pratiques réflexives et développement des individus, des collectifs et des organisations. In P. Falzon (Ed.) *Ergonomie constructive*, pp. 207-222. Paris : Presses Universitaires de France.

Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics, 35*(6), 531-540.

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 : Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 14*(10), 848-858.

Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Education permanente, 160,* 35-60.

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.

Rogalski, J. (1998). Concepts et méthodes d'analyse des processus de coopération dans la gestion collective d'environnements dynamiques. In K. Kostulski & A. Trognon (Eds.), *Communications interactives dans les groupes de travail*, pp. 27-58. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J., Rubbattel, C., & Schelling, M. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain.* Berne : Peter Lang.

Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *@ctivités, 10*(2), 54-81.

Saint-Dizier de Almeida, V., & Agnoletti, M. F. (2015). Impact of online training on delivering a difficult medical diagnosis: Acquiring communication skills. *Applied ergonomics, 50*, 242-250.

Saint-Dizier de Almeida, V., Colletta, J.-M., Auriac-Slusarczyk, E., Specogna, A., Simon, J.-P., Fiema, & G. Luxembourger, C. (2016). Study activities that take place in speech interactions: A theoretical and methodological framework. *International Journal of Qualitative Studies in Education, 29/5,* 686-713.

Saint-Dizier de Almeida, V., Specogna, A., & Luxembourger, C. (2016). L'activité communicationnelle enseignante lors des discussions à visée philosophique. *Revue Recherches en Education, 24*, 54-64.

Saint-Dizier de Almeida, V., Auriac-Slusarczyk, E., Roland-Lévy, C., & Gunzburger, Y. (2018). Étude d'une table-ronde traitant de l'impact de l'exploitation du gaz de charbon sur l'environnement. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 117-118*(1), 47-69.

Saint-Dizier de Almeida, V., Ilardo, F., Serre, I., Cachard, O., & Deloffre, G. (à paraître en 2019). Un cadre interprétatif pour enrichir la réflexivité : le cas d'une formation à la médiation civile et commerciale. *Activités*, …

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*(3), 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*(1), 48-56.

Schubauer-Leoni, M. L. (1986). Le contrat didactique : un cadre interprétatif pour comprendre les savoirs manifestés par les élèves en mathématique. *European Journal of Psychology of Education, 1*(2), 139-153.

Searle, J.R., & Vanderveken D. (1985). *Foundations of illocutionary logic*. Cambridge : Cambridge University Press.

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*(3), 355-360.

Tate, P. (2005). *Soigner (aussi) sa communication: la relation médecin-patient*. Paris : De Boeck Supérieur.

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*(6), 746-754.

Trognon, A., & Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de Linguistique Française, 13*, 76-107.

Vacher, Y. (2011). La pratique réflexive : un concept et des mises en œuvre à définir. *Varia, 66*, 65-78. URL : http://journals.openedition.org/rechercheformation/1133

Vion, R. (1992). *La communication verbale.* Paris : Hachette Supérieur.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D.A. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Le Seuil.