



Les formations à l'annonce de diagnostics délicats : vers l'identification de procédés langagiers

Valérie Saint-Dizier de Almeida

► To cite this version:

Valérie Saint-Dizier de Almeida. Les formations à l'annonce de diagnostics délicats : vers l'identification de procédés langagiers. 2008. halshs-00685223

HAL Id: halshs-00685223

<https://shs.hal.science/halshs-00685223>

Preprint submitted on 4 Apr 2012

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.

Les formations à l'annonce de diagnostics délicats : vers l'identification de procédés langagiers

Valérie Saint-Dizier de Almeida

Laboratoire InterPsy - GRC (E.A. 4432)

MSH Lorraine (USR 3261 CNRS)

Université de Lorraine

valerie.saint-dizier@univ-lorraine.fr

Résumé

Actuellement de nombreuses formations sont développées pour améliorer la communication entre les médecins et leurs patients en situation d'annonce de maladie grave. Une étude de ces formations révèle que certaines préconisations sont trop générales comme *ménager le patient*, *gérer les émotions du patient*. L'objet de cet article est de présenter la mise en œuvre d'un processus méthodologique capable d'étayer ces recommandations. L'approche développée est ascendante : c'est à partir des résultats de l'analyse de séquences extraites d'un entretien médecin-patient simulé (jeu de rôle) que nous développons de nouvelles prescriptions. La dimension communicationnelle est appréhendée à l'aide de notions, modèles et méthodes provenant des sciences du langage et de la psychologie de la communication.

Abstract

Nowadays a lot of trainings are designed to improve communication between physicians and patients in situations of the announcement of serious disease. A study of these trainings reveals some recommendations are too general such as *treat carefully the patient*, *manage patient's emotions*. The purpose of this paper is to present the using of a methodological process capable to state more precisely these recommendations. The approach used is bottom-up: to develop new prescriptions, we use the findings of the analysis of conversational sequences coming from a physician-patient interview using the simulation technique (role play). The communicational dimension is approached through notions, models and methods borrowed from linguistics and psychology of communication.

Mots clés : Formation ; Communication ; entretien médecin-patient ;
Maladie grave ; Analyse interlocutoire

Keywords: Training; Communication; Physician-patient interview;
Serious disease; Interlocutionary analysis

Introduction

Lorsqu'un médecin se trouve en situation d'entretien avec un patient, il opère simultanément au moins deux types d'activités. L'une repose davantage sur le registre médical (tenter à partir des symptômes identifiés de déterminer le ou les diagnostics éventuels ; vérifier que les éventuels nouveaux symptômes corroborent ou non le diagnostic initial ; opérer avec le patient un choix parmi plusieurs traitements (lorsque le choix est possible) relativement aux antécédents allergiques, aux contraintes professionnelles et familiales du patient, etc.). L'autre se rapporte davantage au registre relationnel et communicationnel. Elle renvoie à la conduite de l'entretien, à la façon dont le médecin va s'y prendre pour que le patient ne soit pas submergé par les émotions et puisse l'entendre, pour que le patient comprenne son discours et puisse notamment donner son consentement pour la suite thérapeutique à donner.

Le registre médical est l'objet premier des formations universitaires. Le registre relationnel et communicationnel n'intègre pas encore la compétence clinique et la formation à ce registre reste, en France, à l'initiative des établissements universitaires. Pourtant, former à la conduite d'entretien en situation d'annonce de diagnostic grave n'est pas un supplément d'âme, mais un véritable enjeu 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). En outre, la qualité communicationnelle et relationnelle de l'entretien reposant sur l'écoute du patient et la considération de ses états émotionnels participe à la qualité du diagnostic - puisque fondé sur une évaluation correcte de l'état du patient - et favorise l'engagement du patient dans le processus thérapeutique (Libert & Reynaert, 2009). Aussi, conduire convenablement un entretien est un devoir régi par différents décrets et articles de loi figurant dans le code de la santé publique, le code de déontologie médicale, la jurisprudence. Dès 1955, la jurisprudence de la cour de cassation (arrêt du 8 novembre 1955) pose l'obligation pour le médecin de recueillir le consentement libre et éclairé du patient avant l'acte médical. L'arrêt du 21 février 1961 précise que l'obtention du consentement se double d'une obligation d'information simple, approximative, intelligible et loyale. L'article 37 du décret du 28 juin 1979 précise que le médecin doit veiller à la bonne compréhension de ses prescriptions pour que le patient puisse prendre une décision en toute connaissance de cause.

Si la préoccupation législative est relativement ancienne, sur le territoire français les formations à l'annonce dans le cursus universitaire des docteurs en médecine sont encore loin d'être systématiques. Toutefois, depuis quelques années, on observe que les universités sont de plus en plus nombreuses à former à la conduite des entretiens médecin-patient et on voit sur internet et dans la littérature pédagogique médicale de plus en plus de productions s'y rapportant. L'étude de ces formations que nous restituons dans la première partie de cet article, révèle que certaines préconisations mériteraient d'être approfondies.

A partir de la démarche méthodologique classiquement utilisée en psychologie ergonomique francophone (une démarche ascendante) et de notions, modèles, méthodologies d'analyse issus de disciplines que se consacrent à l'étude de la langue et du langage, nous avons défini un processus méthodologique permettant d'identifier des procédés langagiers impliqués dans la conduite d'entretien médecin-patient et ainsi d'éclairer davantage la sphère relationnelle et communicationnelle de cette activité.

Nous présenterons le processus méthodologique par le biais d'une illustration, i.e. à partir de l'analyse d'une séquence extraite d'un entretien médecin-patient simulé.

Après avoir présenté le contenu des formations destinées aux étudiants en médecine, nous présentons le cadre de la recherche et la façon dont le corpus, d'où est extraite la séquence, a été obtenu. La partie suivante a pour objet la présentation de la séquence sélectionnée. La dernière restitue les résultats d'analyse.

1. Les formations à la conduite d'entretien médecin-patient

On peut distinguer deux types de formations à la conduite de l'entretien médecin-patient en situation d'annonce de diagnostic grave. Le premier type de formation que l'on peut qualifier de classique se présente sous forme d'ouvrages pédagogiques, de publications en ligne, de supports de formation orale (power point). Le second repose sur des techniques de formation interactives basées sur des exercices et des jeux de rôle. Ce dernier type de formation est généralisé dans les facultés canadiennes. En France, les formations universitaires sur la conduite d'entretien restent encore sporadiques et sont davantage produites sous forme d'enseignements magistraux.

Pour présenter de manière synthétique le contenu de ces formations, nous allons distinguer les formations classiques, de celles reposant sur des techniques d'enseignement interactives. Nous opérons cette distinction car le contenu pédagogique n'est pas exactement le même, bien que n'entrant aucunement en contradiction. Le contenu des formations présenté sous forme déclarative (ouvrages et supports pédagogiques) découle davantage de la législation. Les formations fondées sur un apprentissage procédural (jeux de rôle et exercices) exploitent des prescriptions et proscriptions similaires à celles préconisées par Rogers (2008) dans les années quarante pour former à la conduite des entretiens thérapeutiques.

1.1. Le contenu des formations classiques

Ces formations pour la plupart rappellent les décrets de loi se rapportant à la conduite d'entretien médecin-patient et développent des recommandations en matière d'annonce. Celles-ci apparaissent sous forme de prescriptions et de proscriptions. Quelques rares fois des interventions imaginées ou rapportées viennent illustrer ces recommandations - on trouve généralement une formule du type : « avez-vous des questions à poser à ce stade ? » pour illustrer la prescription selon laquelle on doit s'enquérir des états mentaux et émotionnels du patient. Les prescriptions et proscriptions sont généralement présentées les unes à la suite des autres. Leur étude révèle qu'elles découlent principalement de 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. Dans le tableau I, nous répartissons les prescriptions et proscriptions les plus représentées dans la littérature pédagogique en les faisant découler du décret régissant l'obtention du consentement libre et éclairé du patient.

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

Tableau I

Préconisations (prescriptions et proscriptions) rapportées au consentement libre et éclairé.

On peut aussi rapporter certaines de ces prescriptions et proscriptions à une préconisation également récurrente dans la littérature 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.

Cette préconisation est souvent associée aux prescriptions et proscriptions suivantes.

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

Tableau II

Prescriptions et proscriptions associées à la préconisation « *ménager le patient* ».

1.2. Les formations interactives

Les formations reposant sur des techniques interactives d'apprentissage (exercices ou jeux de rôle) se fondent davantage sur les prescriptions et proscriptions utilisées pour faire acquérir la démarche empathique (écoute active et attitude compréhensive). Les exercices consistent à soumettre à des étudiants en médecine une intervention d'un patient et différentes manières d'y réagir, les étudiants doivent identifier la plus appropriée – celle qui reflète l'emploi d'une attitude compréhensive. Les jeux de rôle consistent à placer les étudiants en situation d'annonce de diagnostic. Le rôle des patients est en général joué par des acteurs professionnels. Les jeux de rôle sont filmés et soumis à des auto-confrontations croisées animées par des médecins.

On forme à l'identification de signes révélant des émotions - des signes pouvant avoir comme support le corps, le paraverbal, le verbal. 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 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. Comparées aux formations qui découlent de la législation, ces formations ont pour singularité, de donner

des indications sur les procédés communicationnels déployés pour accomplir les différentes prescriptions. On définit ce qu'est une question ouverte (une question qui ne peut être satisfaite par un « oui » ou un « non » et qui implique un développement discursif), ce qu'est une relance en écho (une relance par laquelle on réitère la partie du contenu de l'intervention du patient que l'on souhaite voir développer), une relance en reflet (relance qui consiste à questionner les sentiments du patient à propos d'un contenu évoqué antérieurement), en quoi consistent les comportements d'écoute (faire des phatiques (« hum »), regarder le patient, hocher la tête aux moments opportuns...).

Ce contenu pédagogique qui découle des prescriptions et proscriptions propres à la démarche empathique est rapporté dans le tableau III.

Adopter une démarche empathique				
Favoriser l'expression du patient	Etre attentif	Montrer qu'on l'écoute	Comprendre le patient	Montrer qu'on le comprend
⇒ Ne pas l'inter-rompre, ⇒ Accepter des silences ⇒ Susciter l'expression par des relances	⇒ Ecouter le patient ⇒ Etre 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 III

Prescriptions et proscriptions associées à la préconisation *adopter une démarche empathique*.

1.3. Bilan

L'étude de ces formations révèle que pour certaines préconisations, les prescriptions sont insuffisantes ou trop génériques. Insuffisantes dans le sens où elles ne couvrent pas l'étendue des situations dans lesquelles les préconisations doivent s'appliquer. Trop génériques, dans le sens où elles ne sont pas suffisamment précises pour pouvoir être aisément appliquées en situation.

Ces manques et imprécisions dans les formations peuvent s'expliquer. En effet, les prescriptions présentes dans la littérature médicale sont produites par des médecins qui, guidés par la législation, tentent de prendre conscience de leurs compétences et de les transcrire sous forme de prescriptions. Les compétences en question relèvent du registre communicationnel et relationnel. Elles se sont façonnées au gré de leur expérience. Elles sont de fait incarnées et difficilement conscientisables. Il n'est alors guère surprenant que

certaines procédés communicationnels à l'œuvre en entretien médecin-patient échappent aux médecins et donc ne donnent pas lieu à des prescriptions.

C'est le cas par exemple pour la préconisation *ménager le patient*, que l'on peut également formuler de cette façon : dire la vérité en évitant les chocs émotionnels. Suivre cette préconisation revient à opérer une gestion émotionnelle particulière qui ne peut être assimilée à celle déployée en entretien thérapeutique. En effet, en entretien thérapeutique, le thérapeute n'a pas à informer son client/patient, ni à le préserver ; sa mission est d'engager ce dernier à entreprendre un travail réflexif. Dans cette optique, la gestion émotionnelle revient à identifier l'expression ou la communication d'émotions et de susciter, par le biais de relances, des approfondissements et des prises de conscience. En revanche, en entretien d'annonce, la gestion émotionnelle revient davantage à éviter de produire des situations porteuses d'émotions fortes. Cela suppose d'une part d'être attentif aux expressions et communications d'émotions (ce à quoi forme la technique de Rogers) et d'autre part de produire un discours certes véridique mais non anxiogène qui renvoie aux prescriptions suivantes : *parceller l'information, éviter les termes porteurs de peur, dire ce que le patient est en mesure d'entendre*. Si les deux premières prescriptions sont relativement explicites, la dernière prescription est particulièrement vague et mérite d'être approfondie.

Partant, notre projet est plus globalement d'investir la préconisation générale propre à l'entretien d'annonce selon laquelle « il fait ménager le patient ». d'approfondir certaines préconisations spécifiques à l'entretien d'annonce notamment celles se rapportant – i.e. celles qui ne se rapportent pas à la démarche empathique (démarche largement investie par la communauté scientifique) - par l'étude de ce qui se passe de manière effective en entretien médecin-patient.

2. Le cadre de la recherche

Pour illustrer le processus méthodologique que nous déployons, nous utilisons une séquence extraite d'un corpus obtenu dans le cadre d'une recherche commanditée par la Ligue contre le cancer : la recherche Info-patient¹.

2.1. La technique du jeu de rôle

Pour des raisons notamment déontologiques, il n'était pas envisageable de disposer d'un corpus réel correspondant à nos exigences (des entretiens d'annonce de diagnostics graves correctement conduits relativement aux préconisations identifiées dans la littérature

¹ La recherche info-patient avait pour finalité de développer la rubrique d'un site destiné à former, sensibiliser les étudiants en médecine à la conduite d'entretien en situation d'annonce de diagnostics délicats. Elle a impliqué le Centre Alexis Vautrin de Nancy (service oncologie), le Groupe de Recherche sur les Communications (Laboratoire de psychologie de l'Université Nancy2), le Vidéoscope et Phonem-communication pour la mise en ligne et le graphisme de la rubrique.

et enregistrables). Nous avons alors opté pour la simulation. La simulation est produite ici à l'aide de la technique du jeu de rôle². Le médecin est joué par un médecin généraliste impliqué dans le projet Info-patient. C'est un médecin en fin de carrière qui dit se préoccuper de la dimension socio-affective de l'entretien et estime être compétent en matière d'annonce. Le patient est joué par un étudiant qui n'est pas dans un cursus médical et qui n'a pas eu de formation à l'art dramatique.

2.2. Le contexte de l'interaction

Le médecin doit restituer au patient les résultats d'un examen sanguin qui confirme un cancer de la prostate chez un homme jeune fataliste. Le patient vient consulter son médecin généraliste à la demande de l'urologue qui transmet à son confrère par le biais d'un courrier transmis au patient, les résultats du dernier bilan sanguin.

Le diagnostic utilisé pour la simulation est qualifiable de grave car d'une part un diagnostic de cancer a été posé (le traitement du cancer est lourd et la mort est de l'ordre du possible) et d'autre part il s'agit d'un cancer de la prostate chez un homme jeune et les statistiques révèlent que les chances de guérison sont moindres que chez les sujets plus âgés.

2.3. La validité du corpus

L'entretien produit a été transcrit. Pour valider notre corpus, l'analyse opérée a consisté à vérifier que les prescriptions et proscriptions présentes dans la littérature étaient respectées (être compréhensible, laisser le patient s'exprimer, ne pas l'interrompre, gérer les émotions, ...). Les résultats de l'analyse ont permis de nous assurer que nous avions effectivement affaire à un médecin compétent dans la conduite d'un processus d'annonce. Quant à l'étudiant, il semble avoir été pris dans le processus interactionnel (rien dans ses propos ne révèle une attitude fataliste comme suggéré dans la consigne) et s'être comporté de manière spontanée, comme s'en doute il l'aurait fait en situation réelle avec ses connaissances, son caractère, sa personnalité, la façon dont il se représente une interaction médecin-patient. Ces productions spontanées ont eu pour effet de ne pas rigidifier l'interaction et ont conduit le médecin à réagir également de manière spontanée, ce qui a contribué à la qualité du corpus obtenu.

² Dans le cadre de la recherche Info-patient, une vingtaine de scénarii ont été produits via la combinatoire de différents facteurs considérés comme importants à considérer dans le processus d'annonce par des médecins interviewés. Parmi ces scénarios, trois ont été retenus par les professeurs en médecine impliqués dans le projet. Ces trois scénarii ont donné lieu à plusieurs entretiens d'annonce impliquant des médecins généralistes et des patients simulés. Nous ne rendons compte ici que du scénario utilisé pour produire l'entretien duquel la séquence que nous allons analyser a été extraite.

2.4. Démarche et méthodologie d'analyse

Nous avons tenu dans la tradition de la psychologie ergonomique francophone, à opérer une analyse fine en évitant de nous fixer des objectifs *a priori* ; ce qui signifie que la plupart des objets mis à jour se sont révélés au gré de l'analyse elle-même.

Plusieurs formes d'analyse ont été conduites. Une analyse de contenu telle pratiquée en psychologie ergonomique a permis d'identifier la fonction opératoire des actes. Nous avons en outre opéré une analyse interlocutoire de séquence. Cette pratique d'analyse a pour fondement la théorie de l'enchaînement conversationnel et plus largement sur la logique interlocutoire (Trognon & Brassac, 1992 ; Ghiglione & Trognon, 1993). L'analyse consiste à procéder à une étude rétrospective et prospective du corpus. L'accès à la fonction interlocutoire d'un énoncé nécessite à la fois s'enquérir de ce qui précède l'énoncé et ce qui fait suite à l'énoncé. L'approche du discours est donc dialogique, séquentielle et pragmatique.

L'analyse interlocutoire de séquences a permis ici d'étudier la communication dans son engendrement conversationnel et d'identifier des procédés mis en œuvre dans le cours de cette activité. Pour rendre ces procédés intelligibles, nous avons eu recours à des termes, notions, modèles développés en psychologie de la communication, en pragmatique linguistique, en linguistique fonctionnelle et en linguistique générale.

3. La séquence sélectionnée

L'entretien médecin-patient duquel est extraite la séquence comporte les phases suivantes :

1. au cours de la première phase, le patient, à la demande du médecin, restitue ses échanges avec l'urologue et tente de rendre compte des différents examens auxquels il a été soumis ;
2. la phase suivante est initiée par le médecin qui communique le résultat du bilan sanguin apparaissant dans le courrier que lui a adressé l'urologue. Au cours de cette phase, la gravité de la maladie et le diagnostic vont être abordés. C'est cette phase que nous avons choisi d'étudier dans le cadre de cet article ;
3. la phase qui succède à cette séquence traite d'examens complémentaires ;
4. la suivante aborde des traitements et plus précisément vise à adapter les traitements possibles aux contraintes professionnelles et familiales du patient ;
5. au cours de la dernière phase est fixé le prochain rendez-vous.

La séquence est présentée en annexe. Outre sa transcription, nous restituons la fonction opératoire des actes produits. L'analyse permettant la détermination de la fonction opératoire repose sur l'utilisation d'un grain d'analyse permettant de cerner assez finement

ce qui opère dans la situation d'interaction. Elle revient à identifier ce que fait le locuteur dans le contexte d'interaction lorsqu'il accomplit une action. Cette étape a facilité l'identification des conduites préconisées par le corps médical qui sont également précisées.

La figure 1 permet de rendre compte de l'articulation des composants de la séquence. Cette articulation représentée graphiquement grâce au formalisme de l'Ecole de Genève (Roulet, Auchlin, Moeschler, Rubbattel & Schelling, 1985) résulte de l'analyse interlocutoire (Ghiglione & Trognon, 1993 ; Trognon & Brassac, 1992) de la séquence.

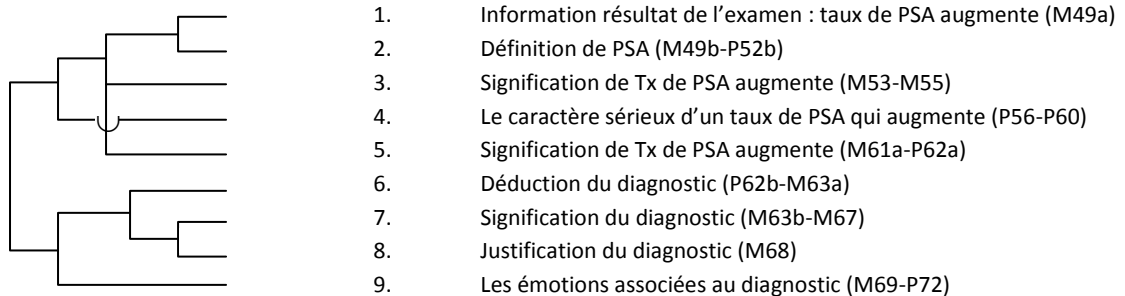


Fig.1. Architecture de la séquence sélectionnée

1. Le premier acte de langage que comporte l'intervention du médecin (M49a) a pour objet la présentation du résultat de l'examen sanguin, il révèle une augmentation du taux de PSA.

2. La deuxième partie de son intervention et les échanges qui vont suivre (M49b à P52b) se subordonnent à l'acte initiateur (M49a), le but est de faire comprendre la signification d'un terme évoqué en M49a, en l'occurrence « PSA ».

3. L'échange (M53 à M55) complète les informations produites précédemment en apportant un élément d'information nouveau : la signification physiologique d'une augmentation du taux de PSA.

4. Ce qui a été produit au cours des trois moments précédents conduit le patient à soumettre une évaluation de la situation (sa gravité) qui va être discutée (P62b à M63b).

5. l'échange suivant (M61a à P62b) est une poursuite de l'échange produit en 3.

6. 7. et 8. (P62b à M68) regroupent des interventions qui ont trait au diagnostic, elles vont servir de prémisses au dernier échange de la phase (M69 à P72) qui traite des émotions associées au diagnostic.

4. L'identification et l'étude des composants du discours réalisant des procédés pouvant donner lieu à de nouvelles prescriptions

4.1. Répondre aux questionnements

Ce que nous avons mis à jour et restituons dans cette partie se rapproche de la prescription selon laquelle il faut répondre aux questionnements des patients. Pour décrire la dynamique de la séquence, nous avons recours à la notion de *complétude interactionnelle* développée en linguistique fonctionnelle. Selon Roulet *et al.* (1985), une initiative d'un locuteur « appelle une réaction qui peut être favorable ou défavorable de l'interlocuteur. Si elle est favorable, le locuteur peut clore la négociation en exprimant à son tour son accord. Nous qualifierons de complétude interactionnelle la satisfaction de cette contrainte de double accord qui autorise la clôture d'une négociation. » (Roulet *et al.*, 1985, p.15).

Ainsi on parle de complétude interactionnelle, lorsque l'initiateur d'un échange est satisfait de la réaction de son partenaire et le communique. La complétude s'opère en trois temps : T1 initiative, T2 réaction, T3 évaluation. « Le nombre des interventions de l'échange varie en fonction de la nature de l'échange. Si la réaction est négative, alors l'échange se poursuit et donne lieu à un nombre d'interventions variable » (Moeschler & Reboul, 1994, p.481). Nous allons étudier la séquence en référence à ce modèle.

M55	euh qu'il y a des cellules qui se sont développées de façon anormale au niveau de la prostate
P56	Mais... c'est grave (<i>tonalité montante</i>)
M57a	<i>M incline brièvement la tête sur l'épaule</i>
M57b	on va dire c'est sérieux
P58	d'accord
M59a	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
M59b	hein
P60	d'accord
M61a	il y a ...on va dire il y a un petit groupe de cellules qui a décidé de vivre pour elles et puis...de se développer

En t55, le médecin explique la signification d'une augmentation du taux de PSA, il poursuivra son explication en t61. Entre M55 et M61a s'insère un échange subordonné qui est initié et clôturé par le patient. P56 est l'intervention qui suspend l'explication du médecin. La suspension est marquée par le connecteur « mais ». Par cette intervention, le patient questionne la gravité de la maladie. La réponse apportée occupe plusieurs tours de parole (de M57a à M59a). M57a est un acte qui traduit la difficulté que rencontre le médecin pour satisfaire la demande du patient. M57b est une première tentative de réponse qui semble satisfaire le patient qui profère un « d'accord » en t58. M59a suspend l'accord du patient ; si le patient est satisfait de la réponse fournie ; pour sa part, le médecin estime qu'elle mérite d'être complétée. Le « hein » produit en t59 a une fonction de pré-fermeture de la séquence subordonnée ; par cette énonciation, le médecin cherche également à s'enquérir de la satisfaction du patient en lui demandant d'évaluer la réponse qui lui a été fournie. L'accord formulé *via* P60 est une évaluation positive qui satisfait du même coup par la positive la demande de pré-fermeture.

En t61, le médecin peut alors reprendre son explication suspendue en t56.

L'échange subordonné présente bien une complétude interactionnelle. Nous retrouvons les trois moments nécessaires au double accord : Initiation – réaction – Evaluation. Aussi nous observons un temps supplémentaire qui s'insère entre la réaction et l'évaluation. Il s'agit de la demande d'évaluation du médecin (M59b).

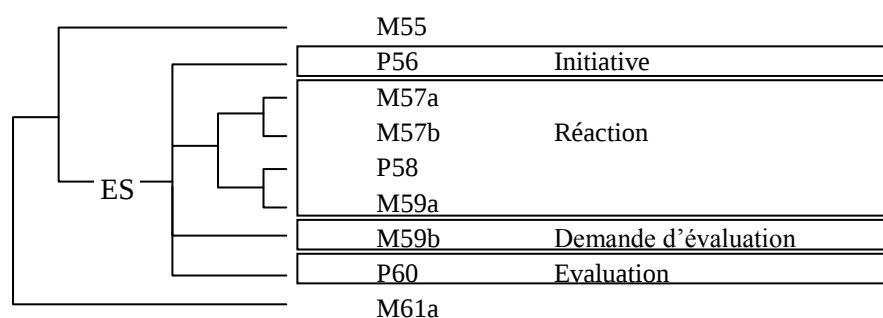


Fig.2. Les moments de la complétude interactionnelle

Cette analyse nous conduit aux prescriptions suivantes. Lorsque le patient suspend une intervention, le médecin doit accepter la suspension. Il doit la traiter et ne reprendre le cours de l'entretien que lorsqu'il s'est assuré que le patient est satisfait de la réponse qui lui a été donnée. Pour cela, il doit, une fois qu'il estime avoir fait le tour de la question, demander au patient une évaluation de la réponse qui lui a été communiquée. Cette demande peut être produite par un « hein » interrogatif ou de manière plus explicite par une formule du type « ma réponse vous convient ? » « Voulez-vous que j'approfondisse ? ».

Introduire ce type d'intervention nous paraît important ; car, dans ce contexte d'interaction où le médecin n'a qu'une vague idée de ce qui se passe dans la tête de son

patient, il ne peut estimer le caractère favorable ou défavorable des réactions (réponses) qu'il produit - une réaction favorable, lorsque l'initiative est une question, renvoie à une réponse attendue ; une réaction défavorable, à une réponse inattendue ou une non réponse (Levinson, 1983).

4.2. Ménager le patient : placer une distance entre le patient et la maladie ou les symptômes

Ménager le patient consiste à produire une annonce progressive (parceller l'information, aller du vague au précis). De cette manière, on cherche à éviter la brutalité du choc de l'annonce. Il faut laisser le temps au patient de s'approprier, d'accepter sa maladie. L'analyse de la séquence suivante a permis de construire une nouvelle prescription s'inscrivant dans ce cadre.

Même si tous deux (médecin, patient) ont à l'esprit que le bilan qui est présenté est celui du patient, le médecin à travers son discours établit une distance entre le patient et le résultat du bilan. Pour cela, il utilise des formules comportant des pronoms impersonnels telles « il se passe », « il y a », « c'est », « ce n'est pas ». Ce choix pronominal est préférable à des formules employant des pronoms personnels et des adjectifs possessifs telles « vous avez des cellules anormales », « votre bilan révèle... ». Nous sommes au début du processus d'annonce et par ce procédé linguistique, le médecin ne met pas en exergue que les cellules anormales sont celles du patient, que la personne est donc malade. De cette façon, il laisse le temps au patient de s'approprier sa maladie.

4.3. Gérer les émotions

Dans cette partie, nous montrons que gérer les émotions, c'est aussi être attentif aux mots porteurs de peur utilisés par le patient, aux registres potentiellement anxiogènes vers lesquels il engage la conversation et y enchaîner en évitant un choc émotionnel.

4.3.1. Gérer les émotions lorsque la gravité est questionnée

La séquence dont l'objet est la gestion émotionnelle débute en t56 et se clôt en t60. Elle est initiée par une intervention du patient : « mais c'est grave ». Cette intervention est une réaction en actes à la séquence précédente au cours de laquelle le médecin explique la signification physiologique d'une augmentation du taux de PSA : des cellules anormales.

Nous considérons cette séquence comme relevant de la gestion émotionnelle en raison de la voix hésitante du patient en t56, du silence et mouvement gestuel du médecin en t57 et surtout du contenu de l'intervention du patient. En effet, évoquer la gravité d'un symptôme, d'une pathologie, c'est tendre une perche à l'investissement de la sphère du pronostic (c'est grave, ça se guérit ? j'en ai pour combien de temps ?...). Selon Pépinster

(2006), le pronostic est sans doute ce qui préoccupe le plus les patients ; mais le pronostic ne relève pas de la vérité mais de pures supputations ; dès lors les médecins ne sont pas contraints, même doivent éviter de s'engager dans ce type d'investigation. Car, si les patients qui questionnent le pronostic, d'autant si c'est au début du processus d'annonce, sont prêts à entendre que ce n'est pas grave, en revanche ils ne sont pas prêts à entendre que c'est grave.

Dans le cas qui nous occupe et en référence au scénario, le cas est grave. Satisfaire littéralement la demande de ratification reviendrait à dire « oui, c'est grave » ; la justifier pourrait conduire à évoquer des traitements lourds, une mort probable ou encore à restituer le pourcentage de guérison des cas de cancer de la prostate chez les hommes jeunes, ce qui serait catastrophique d'un point de vue émotionnel. D'ailleurs ce type d'information (les statistiques) est proscrit dans la littérature médicale (Pépinster, 2006) pour éviter de projeter le patient dans un futur morbide si celui-ci se place dans la population dont l'issue a été fatale. Comme l'objectif du médecin est de conduire le patient à s'engager sereinement (autant que faire se peut) dans le processus thérapeutique et donc éviter tout choc émotionnel, la satisfaction littérale de ce type de requête lorsque la gravité est avérée, est à éviter. D'ailleurs l'hésitation du patient identifiable par un débit vocal lent ne se rapporte pas tant à son intervention mais à la façon dont le médecin pourrait y enchaîner ; il s'expose à entendre des propos qui risquent de lui causer un choc. Quoi qu'il en soit, le médecin est tenu de dire la vérité, il ne peut donc nier la gravité de la situation. Aussi, en référence à la prescription : *il faut répondre au questionnement du patient*, il ne doit pas ignorer l'intervention du patient.

P56	Mais... c'est grave (<i>tonalité montante</i>)
M57a	<i>M incline brièvement la tête sur l'épaule</i>
M57b	on va dire c'est sérieux
P58	d'accord
M59a	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
M59b	hein
P60	d'accord

La façon dont le médecin va procéder est remarquable dans le sens où il n'esquive pas l'intervention du patient ; il y enchaîne tout en l'inscrivant dans un autre registre que celui du pronostic, celui de la prise en charge. Il fait plus que cela. En énonçant « on va dire que

c'est sérieux », 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. Dans le monde des mots qui est marqué par la polysémie, les potentielles ambiguïtés... on va choisir un mot, un mot pas pour décrire un objet, mais pour qualifier une situation ; on se place alors dans la sphère de la subjectivité, de l'impression. En enchaînant de cette façon, il satisfait une requête que l'on pourrait formuler comme suit : 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 ? A la place de « grave », il propose « sérieux » et pour éviter que le patient ne se construise une représentation erronée de la signification affectée à « sérieux », le médecin définit *via* M27b, ce qu'il entend par « sérieux ». Aussi en expliquant le sens affecté à « sérieux », il manifeste d'une prise en charge collective marquée par le « on » (le patient n'est pas seul), ce qui permet du même coup de le rassurer. Enfin énoncer « c'est quelque chose dont il faut s'occuper » signifie aussi que il y a des choses à faire, ce qui est encourageant puisque cela communique que la situation n'est pas irrémédiable. Ainsi *via* M59a, le médecin n'ignore pas les propos du patient, il évite le choc du pronostic, il rassure (en communiquant que ce n'est pas irrémédiable), il réconforte (en communiquant que le patient n'est pas seul face à la maladie) et il engage le patient dans la phase thérapeutique.

4.3.2. Gérer les émotions lorsque le diagnostic grave est déduit

Nous considérons la séquence allant de P62b à P72 comme relevant de la gestion émotionnelle car d'une part le contenu de l'intervention du patient comporte le mot « cancer », terme porteur de crainte que les médecins cherchent à éviter et d'autre part la voix hésitante du patient en T62 révèle que celui-ci hésite à poser cette question craignant sans doute le choc émotionnel pouvant être suscité par une réponse positive (oui c'est un cancer). En effet, comme le souligne Pépinster (2008), ce n'est pas parce qu'un patient utilise le mot cancer, qu'il est prêt à entendre qu'il a effectivement un cancer.

P62b	 c'est un cancer (<i>tonalité montante</i>)
M63a	(<i>M hésite 2-3 secondes, hausse les épaules</i>)
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

P62b est une requête marquée par la tonalité montante. Le patient soumet à approbation du médecin une déduction de diagnostic : « c'est un cancer ». Il s'agit comme précédemment d'une requête fermée qui appelle généralement deux formes de réponse : « oui c'est un cancer » *versus* « non ce n'est pas un cancer », ou encore « à ce stade on ne peut pas savoir ». Donc répondre littéralement à la question relativement au scénario d'interaction et aux prescriptions de la littérature (en l'occurrence, répondre aux questions des patients et dire la vérité) reviendrait à opter pour la réponse : « oui c'est un cancer ».

Comme précédemment, le médecin ne débraye pas, il n'ignore pas l'intervention du patient. *Via* M63b, il questionne le patient sur ce qu'est pour lui le cancer. En référence à M69 et M71, il semble que son intention soit que le patient communique ses craintes, ses peurs associées au mot cancer. Cette initiative est intéressante car elle évite le « oui c'est un cancer », et permet au médecin de s'enquérir des craintes du patient et d'intervenir alors en conséquence. Toutefois, le patient ne fait pas l'interprétation souhaitée. Il est toujours dans le registre médical et saisit mal l'intention du médecin « ben comme vous venez de le dire... ». La gestion de ce malentendu va occuper plusieurs tours de parole (de M63b à P68 inclus), le médecin parvient à passer outre en invitant plus explicitement le patient à s'inscrire dans la sphère émotionnelle *via* M69 « hum ce mot vous fait peur » et en répétant en t71 sa requête initiale « ça veut dire quoi pour vous ».

Ainsi, plutôt que de répondre littéralement au questionnement, le médecin initie une séquence se subordonnant à l'intervention du patient par laquelle il cherche à s'enquérir des états émotionnels associés au diagnostic de cancer. De cette manière il montre qu'il considère l'intervention du patient et y enchaîne tout en ménageant le patient.

Synthèse et conclusion

L'analyse ainsi conduite permet d'étayer des préconisations présentes dans la littérature médicale.

La première se rapporte à la satisfaction des questionnements du patient :

- le médecin doit répondre aux questionnements du patient même lorsque les questionnements l'interrompent ; dans ces situations, le médecin ne reprendra son discours que lorsque le questionnement sera satisfait,
- lorsque le médecin a tenté de répondre à un questionnement du patient, il doit s'assurer que celui-ci est satisfait de la réponse qui lui a été communiquée avant de pouvoir reprendre le cheminement de l'entretien.

La seconde se rapporte à la préconisation selon laquelle il faut ménager le patient :

- il est souhaitable, notamment au début du processus d'annonce, d'établir une distance entre le patient et la pathologie,
- lorsque le patient questionne la gravité de la maladie, mieux vaut ne pas satisfaire littéralement la requête formulée, mais satisfaire un acte dérivable de la requête littérale,
- lorsque le patient soumet à approbation sa déduction de diagnostic, plutôt que de satisfaire littéralement sa demande et donc lui asséner la vérité en pleine face, il est préférable de s'enquérir de ses états émotionnels.

Pour chacune de ces prescriptions, nous avons précisé les ressources linguistiques et/ou interactionnelles utilisées pour les accomplir. Nous fournissons ainsi une piste pour la conception de processus de formations à l'annonce qui seraient articulés autour de séquences interactionnelles analysées.

En outre, à travers cette étude, nous montrons comment il est possible d'identifier des procédés - qui sont l'expression en acte de compétences - à travers leur matérialité linguistique et interactionnel et ainsi d'approcher encore davantage les compétences relationnelles et communicationnelles impliquées dans l'activité d'annonce de diagnostics graves.

Références

- 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.
- Ghiglione, R., Trognon, A., 1993. *Où va la pragmatique ?* PUG, Grenoble.

- 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.
- Hoc, J.M., Darses, F., 2004. Introduction. Dans Hoc, J.M., Darses, F. (Eds), *Psychologie ergonomique : tendances actuelles*. PUF, Paris.
- Levinson, S., 1983. *Pragmatics*. Cambridge University, Cambridge.
- 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.
- Moeschler, J., Reboul, A., 1994. *Dictionnaire encyclopédique de pragmatique*. Seuil, Paris.
- Pepinster, A., 2006. L'annonce du diagnostic difficile. Support-séminaires de gériologie CHRT. (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/communication/pdf/presentation-fra.pdf>)
- Rogers, C., 2008. *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF editeur, Paris.
- Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J., Rubbattel, C., Schelling, M. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain*. Peter Lang, Berne.
- Trognon, A., & Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de Linguistique Française*, 13, 76-107.
- Trognon, A., & Saint-Dizier, V. (1999), L'analyse conversationnelle d'un malentendu : le cas d'un dialogue tutoriel. *Journal of Pragmatics*, 31, 787-815.

Annexe

N°	Transcription des actions (verbales, paraverbales, gestuelles), des silences et certains chevauchements	Détermination des fonctions opératoires en utilisant un grain d'analyse fin	Prescriptions
M49a	on a d'une part le taux de PSA qui est augmenté	Communique le résultat d'un bilan sanguin du patient : augmentation du taux de PSA	Etre accessible, compréhensible, s'assurer de la compréhension
M49b	donc le PSA ça veut dire antigène spécifique de la prostate	Développe la signification de l'acronyme PSA en français	
P50	Hum	Manifeste qu'il écoute (phatique)	
M51a	<i>M trace les lettres sur la table</i>	Ecrit « PSA » sur la table	
M51b	P prostate specific antigen	Développe l'acronyme en anglais, qui correspond à l'acronyme utilisé dans le monde médical	
P52a	<i>P acquiesce de la tête</i>	Manifeste sa compréhension gestuellement	
P52b	d'accord	Manifeste sa compréhension verbalement	
M53	bon ça veut dire qu'il se passe quelque chose d'anormal (<i>tonalité descendante</i>)	Informe sur la signification d'une augmentation du taux de PSA en restant général : quelque chose	

		d'anormal	
P54	d'accord	Manifeste sa compréhension verbalement	
M55	euh qu'il y a des cellules qui se sont développées de façon anormale au niveau de la prostate	Précise la signification physiologique d'une augmentation du taux de PSA : des cellules anormales + localisation (niveau prostate)	
P56	Mais... c'est grave (<i>tonalité montante</i>)	Interroge la gravité de la présence de cellules anormales (se place dans la sphère du pronostic)	
M57a	<i>M incline brièvement la tête sur l'épaule</i>	apaise, marque une réflexion	
M57b	on va dire c'est sérieux	Qualifie la situation de sérieuse	
P58	d'accord	Manifeste sa compréhension verbalement	Gérer les émotions
M59a	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	Explique ce qu'il entend par « sérieux » : on va prendre en charge, on va s'en occuper	
M59b	hein	Demande une confirmation de compréhension/satisfaction	
P60	d'accord	Confirme	
M61a	il y a ...on va dire il y a un petit groupe de cellules qui a décidé de vivre pour elles et puis...de se développer	Précise encore davantage la signification physiologique d'une augmentation du taux de PSA : petit groupe de cellules qui a décidé de vivre pour elles	
M61b	hein	Demande ratification de compréhension	Etre accessible, compréhensible, s'assurer de la compréhension
M61c	<i>donc c'est pour ça que le taux (P31 chevauche la partie en italique)</i>	Tente de poursuivre en esquissant la causalité : ce sont ces cellules qui causent l'augmentation du taux de PSA ; mais le patient coupe le médecin et cet élément informationnel est peu audible.	
P62a	D'accord	Manifeste sa compréhension de la séquence ayant trait aux cellules qui se développent pour elles	
P62b	 c'est... un cancer (<i>tonalité montante</i>)	Soumet pour ratification une déduction de diagnostic	
M63a	<i>(M hésite 2-3 secondes, hausse les épaules)</i>	Phase de réflexion (il ne peut pas cacher la vérité au patient si celui-ci la demande)	
M63b	c'est quoi le cancer pour vous	Questionne le patient sur ce qu'est le cancer pour lui	Gérer les émotions
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	Communique ses connaissances médicales sur le cancer	

M65	qui se développent pour elles-mêmes hein	Complète en reformulant des propos antérieurs (cf. M31a)	
P66	voilà et	Tente de poursuivre son intervention P32 (communiquer ses connaissances médicales sur le cancer)	
M67	qui commencent à se développer hein de façon un peu indépendante	Complète en reformulant des propos antérieurs (cf. M31a)	
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	Communique de quelle façon il est parvenu à opérer la déduction du diagnostic + il introduit un nouveau terme « dégénérescence »	
M69	hum ce mot vous fait peur	Questionne les émotions du patient associées au mot « cancer »	
P70	ben bien évidemment	Confirme sa peur	
M71	ça veut dire quoi pour vous	Questionne le patient sur ce que suscite chez lui émotionnellement le mot « cancer »	
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	Informe sur l'objet de ses craintes : conséquences de la chimiothérapie	

Tableau IV : Transcription de la séquence et résultats de l'analyse opératoire.

Légende : nous restituons dans la colonne 1, la numérotation des actes produits (M renvoie au médecin, P, au patient ; M49 signifie que c'est la 49^{ème} prise de parole ou action ; M49a renvoie à la première action réalisée durant la prise de parole M49). Dans la colonne 2, nous transcrivons les actions langagières produites (actions verbales et paraverbales, actions gestuelles ayant une fonction dans l'espace communicationnel). La colonne 3 rapporte la fonction opératoire des actes produits. La colonne 4 restitue les conduites préconisées par le corps médical qui se sont révélées dans la séquence.