Demain, étudier ensemble

Améliorer le traitement en réunion collégiale des Directives Anticipées de fin de vie en formant les étudiants en médecine au « travailler ensemble »

Valérie SAINT-DIZIER DE ALMEIDA(1), Yasmina KEBIR(2)

(1) Laboratoire Lorrain de Psychologie et Neurosciences de la dynamique des comportements - UR 7589,
(2) Laboratoire Lorrain de Psychologie et Neurosciences de la dynamique des comportements - UR 7589

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8967

Résumé : Si nous avons des souhaits quant à notre fin de vie, notre objectif est qu'ils soient respectés. Or, des études récentes sur les réunions de prise de décision sur la fin de vie montrent une variabilité dans les prises de décision, indiquent que globalement les participants à ces réunions restent insatisfaits et que les professionnels paramédicaux interviennent peu. Face à ces constats, nous avons proposé une formation au « travailler ensemble » à l'attention des étudiants en médecine. Il s'agissait de les conduire à développer les compétences associées au leadership démocratique. On mise sur le transfert de ces compétences lorsqu'ils seront médecins et qu'ils devront animer des réunions de prises de décision – compétences qui devraient libérer la parole des professionnels paramédicaux et permettre des décisions davantage éclairées. Suite à un état de la littérature, nous présentons le dispositif de formation et son application à un groupe de 3 étudiants en 3ème année de médecine. Le dispositif couple une mise en pratique et une réflexion collective autour de la pratique. Il mobilise un référentiel de compétences. Sa singularité est de mobiliser, en complément, un cadre SHS, visant à conduire les formés à une meilleure compréhension de l'activité à laquelle ils ont contribué. L'enjeu de l'étude est de tester l'accessibilité de ce cadre et d'avoir un premier retour sur ce dispositif de formation, destiné à des étudiants qui ne sont pas habitués à travailler en groupe restreint.

Mots-clés : Réunion en santé ; Coopération ; Leadership démocratique ; Formation initiale en médecine.

1 Introduction

Même si actuellement peu de patients ont recours aux Directives Anticipées (DA) –directives décrivant leurs souhaits en matière de fin de vie– écrites (Lamouille-Chevalier *et al.* 2021), les équipes soignantes sont ou seront de plus en plus confrontées aux prises de décisions collégiales de fin de vie, mobilisant des DA écrites. Cette activité nouvelle commence à être étudiée (Sagot et Bonin, 2019). Différents travaux de recherche font état d'une variabilité dans les décisions d'arrêt ou de suspension des traitements en fin de vie (Mark, Rayner, Lee et Curtis, 2015 ; Smirdec, 2018,

Lamouille-Chevalier *et al.* 2021). Selon Smirdec (2018) cette variabilité des décisions médicales, pourrait être causée par la modalité d'écriture.

Pour notre part, nous avons conduit deux études (Saint-Dizier de Almeida *et al.*,2025) mobilisant la méthodologie de l'entretien dans le cadre des projets SlaMOR et SlaMOR 2 pilotés par Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (voir Auriac-Slusarczyk *et al.*, dans cet ouvrage, voir Bellachhab *et al.*, dans cet ouvrage). Ces études montrent que certaines DA écrites pouvaient, certes, être difficilement compréhensibles et/ou applicables, mais que les problèmes vécus comme étant les plus anxiogènes par les professionnels de santé ne relevaient pas des DA en elles-mêmes, mais étaient liés à ce qui se produit en réunion collégiale, lors de prise de décision sur la fin de vie. Ce mal-être et ces insatisfactions, qui altèrent la santé mentale des professionnels, sont notamment exprimés par les soignants paramédicaux qui se plaignent d'un manque d'empathie et de considération à leur égard, de décisions prises auxquelles ils n'adhèrent pas… Ces résultats corroborent l'étude de Sagot et Bonin (2019) qui montre, en mobilisant la méthodologie de l'observation, que les médecins, pourtant minoritaires en nombre dans ces réunions, occupent 60 à 80% du temps de parole (en nombre de mots), les infirmières entre 10 et 17%, et les aides-soignantes aux alentours de 2%. Les auteures suggèrent, à l'attention des professionnels paramédicaux, des formations à la prise de parole en réunion. Quant à Lamouille-Chevalier et ses collaborateurs (2021), ils proposent, en perspective de leur étude, de former aux réunions collégiales au CHU.

Ces réunions collégiales, visant des prises de décision, sont animées par le médecin qui a en charge le patient et la responsabilité de la décision. Dans la littérature, les tâches collectives visant des prises de décision ou de la créativité sont considérées comme étant des tâches complexes. À la différence des tâches simples, leur état final n'est pas fini et les façons d'aboutir à un état final sont multiples (Campbell, 1988). Aussi, si on se réfère aux travaux des années 40-50 sur les réseaux de communication en groupe restreint (*cf.* Flament, 1965 pour une synthèse) – qui restent d'actualité (voir Auriac-Slusarczyk, dans cet ouvrage, il a été montré expérimentalement que les réseaux centralisés (marqués par la présence d'un leader -membre central-) sont adaptés aux tâches simples. En revanche ce type de réseau est inadapté aux tâches complexes : les collectifs sont moins performants et leurs membres davantage insatisfaits que lorsque le collectif mobilise un réseau circulaire (sans membre central). Ces travaux ont été corroborés par ceux d'Aubé et ses collaborateurs qui montrent, sur la base de données davantage écologiques, que la structure adaptée aux tâches complexes est une structure sociale non centralisée (Aubé, Rousseau et Savoie, 2006). En outre, il a également été montré qu'un climat social positif concourt à la qualité de ce type d'activités collectives : un climat perçu positivement par les membres favorisera leur engagement et leur participation active à l'activité (Amabile, 1993).

Au vu des travaux de Sagot et Bonin (2019) mentionnant la faible participation du personnel paramédical dans ces réunions, on peut faire l'hypothèse que les médecins qui les animent optent pour un leadership inadapté, ou tout du moins un leadership insuffisamment démocratique (voir Roelens, dans cet ouvrage). Conduire les médecins à développer un leadership plus démocratique favorisant l'expression de tous et adopter la considération de leurs propos, devraient/pourraient réduire ces insatisfactions

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

et améliorer la qualité des prises de décision. On notera par ailleurs que les professionnels en médecine ne sont pas formés durant leur cursus universitaire aux activités collectives. Face à la difficulté de former les médecins en exercice en CHU – peu de disponibilités et/ou réticences (Auriac-Slusarczyk et Delsart, 2021)–, nous proposons ici une formation destinée aux étudiants en médecine dans leur année de L2 ou de L3. Il ne s'agit pas de les former à la prise de décision, ni à l'animation de réunions, mais, déjà, de les conduire à développer des compétences associées au « travailler ensemble ». La formation a été testée auprès d'un groupe de trois étudiants inscrits en L3 de médecine. Nous restituons le dispositif de formation, les résultats obtenus puis les enseignements à tirer de cette étude de cas.

2 Positionnement théorique : un dispositif couplant théorie et pratique

La formation repose sur des mises en situation, et des réflexions guidées par le formateur autour de ces mises en situation. Ce type de formations mobilisant la pratique et la réflexion sur la pratique sont particulièrement adaptées au développement de compétences (Chan *et al.*, 2019). Ces formations exploitent également des connaissances académiques, qui prennent généralement la forme de référentiels de compétences. Ce type de format permet une articulation entre pratique et contenus théoriques (Perrenoud, 2001) ; il est particulièrement plébiscité des étudiants en santé (Camargo *et al.*, 2019). Il est notamment mobilisé pour former les étudiants à la conduite des consultations médicales, et pour former les futurs chirurgiens et anesthésistes au travail en équipe (voir El Haik-Wagner, dans cet ouvrage). Les formateurs disposent, pour les débriefings, de référentiels adaptés à l'évaluation des compétences ciblées ; par exemple le Calgary Cambridge (Kurtz et Silverman, 1996) pour former aux consultations soignant-soigné, le VR-code (del Piccolo *et al.*, 2011, 2017) pour former à la gestion des émotions négatives des patients en consultation ou encore le référentiel NOTSS (Yule *et al.*, 2008) pour former au travail en équipe lors d'interventions chirurgicales.

Notre dispositif de formation consiste, pour les apprenants, dans un premier temps, à faire l'expérience d'une activité collective à visée créative (mise en pratique), et dans un second temps, à échanger autour de séquences de l'activité collective (réflexion sur la pratique), en étant guidés par un référentiel de compétences et un cadre interprétatif issu des sciences humaines et sociales (SHS). Le référentiel est une adaptation d'un référentiel développé pour diagnostiquer l'intelligence collective créative (Saint-Dizier de Almeida *et al.*,2023). Le référentiel a pour fonction une lecture de l'activité, basée sur l'identification des compétences attendues dans ce contexte collectif et créatif. Le cadre d'interprétation issu des SHS vise une meilleure compréhension de l'activité. Ce recours répond à une préconisation de Perrenoud (1999) ; en l'occurrence, ne pas uniquement recourir aux référentiels, aux théories du sens commun, aux connaissances propres à l'expérience et à la culture professionnelle des formés, mais de miser en complément sur la mobilisation de cadres nouveaux issus des sciences humaines et sociales. Par exemple, Filliettaz (2019) mobilise le cadre des interactions langagières dans cette optique ; Auriac-Slusarczyk et Delsart (2021), celui de la logique interlocutoire. Notre cadre interprétatif SHS exploite des théories, modèles, concepts,

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

méthodologies issues de l'ergonomie de l'activité, de la psychologie des interactions et des sciences du langage. L'enjeu est de conduire les formés à étudier des séquences issues de leur activité, sous différents angles, afin qu'ils enrichissent leur compréhension de l'activité. Pour le moment notre cadre interprétatif SHS a été testé avec succès auprès d'avocats, magistrats en exercice, dans le cadre d'une formation certifiée pour la médiation civile et commerciale (Saint-Dizier de Almeida *et al.*, 2019).

3 Le dispositif développé dans une visée exploratoire

3.1 Définition d'une tâche et développement des consignes

La tâche a été définie avec un étudiant en médecine d'un niveau supérieur. La tâche est créative et mobilise des connaissances en médecine. Il s'agit pour les étudiants de produire un scénario permettant d'établir une hypothèse diagnostique – la « bonne » hypothèse diagnostique ne peut être trouvée que si le soignant conduit un interrogatoire approfondi–. Il convient alors, pour les trois étudiants réunis, de décrire le scénario, de lister les questions estimées incontournables à poser au patient et de fournir des explications sur le choix du scénario. On leur suggère de choisir une pathologie qui leur a été présentée en cours (afin que tous trois puissent y participer activement). On leur suggère une attitude constructive et positive en leur demandant de faire de leur mieux et de travailler ensemble dans un climat social positif. Ils peuvent utiliser tous les documents qui leur semblent utiles. On leur précise qu'aucun rendu écrit ne leur sera demandé et qu'on leur donne aux alentours d'une demi-heure pour ce travail. Pour la phase de réflexion autour de la pratique qui a lieu quinze jours plus tard, nous les informons que des séquences extraites de leur activité de groupe leur seront soumises et qu'ils seront invités à les commenter.

3.2 Le référentiel de compétences

Le référentiel de compétences[1] prend la forme d'un diaporama, où chaque compétence, représentée par un verbe d'action, est définie et illustrée au moyen d'une séquence commentée. Pour des raisons de place, nous nous limitons ici à définir brièvement les compétences que comporte ce référentiel. Les quatre premières catégories revoient davantage aux compétences à l'empathie ou encore à la catégorie « communication » en référence au référentiel princeps de Flin (Flin *et al.* 2008) ; les autres sont davantage spécifiques aux activités collectives et renvoient à la catégorie « travail en équipe » du référentiel de Flin.

[1] Pour définir la notion de compétences, nous retenons de la littérature qu'elles s'expriment en situation, qu'elles mobilisent des composants internes (connaissances, capacités, valeurs, préférences…) et externes (environnement, organisation, documents, outils, personnes…, cf. Tardif, 2006) et que le niveau de compétences d'un individu dépend des ressources alternatives qu'il a à sa disposition et qui lui permettent une adaptation plus aisée aux différentes situations qu'il peut rencontrer (Vergnaud, 2001).

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Tab. 1 : Le référentiel de compétences associé au « travailler ensemble »

Compétences du référentiel	**Définition brève**
Ecoute	Est attentif au verbal, para-verbal, non verbal, à la personne qui parle et aux autres membres, mémorise ce qui s'est déjà produit
Montre de l'écoute	Mobilise des comportements à fonction phatique (maintien du canal de communication) : hum, hochement de tête ; produit des énoncés qui montrent la compréhension de ce qui se dit
Comprend	S'assure de la compréhension par exemple en demandant des explications, en soumettant sa propre compréhension
Se fait comprendre	Mobilise un discours compréhensible et accessible aux membres du collectif
Gère les émotions	Identifie les expressions émotionnelles négatives produites en situation et y réagit pour les atténuer.
Exerce son esprit critique	Analyse les informations et les expériences de façon objective, sur la base d'éléments tangibles.
Se coordonne	S'inscrit dans l'organisation de l'activité en accomplissant tel ou tel rôle en cohérence avec les rôles des autres membres
Coopère	Prend en compte les propos des autres dans ses propres propos : enrichi les productions d'autrui ou émet des réserves, des réticences vis-à-vis de production d'autrui
Contribue à un climat positif	Exprime ses réticences en préservant la face des autres, ne juge pas, manifeste de l'enthousiasme…

3.3 Le cadre théorético-méthodologique issu des SHS

Le cadre théorico-méthodologique est issu de l'ergonomie de l'activité et emprunte également des modèles et notions issues de la psychologie des interactions et des sciences du langage. Nous retenons notamment le modèle hiérarchique de l'activité de Léontiev (1972), qui conduit à investir l'activité sous l'angle intentionnel (visée, motif, intention), actionnel (action) et opérationnel (caractéristiques comportementales), et la théorie de l'enchaînement conversationnel (Trognon et Brassac, 1992), qui invite à une approche séquentielle et dialogique des communications, ainsi que des travaux en sciences du langage utiles pour caractériser des phénomènes langagiers.

Toutefois, il ne s'agit pas de former les étudiants à ces cadres, théories et méthodologies d'analyse, mais de guider leur réflexion sur l'activité *via* des questions qui, en y répondant, leur permettent d'investir les dimensions intentionnelle, actionnelle, opérationnelle et perlocutoire de l'activité. Plus précisément, leur faire investir la dimension intentionnelle revient à les questionner sur leur intention (visée, attente), sous-jacente à un énoncé qu'ils ont produit. Concernant la dimension actionnelle, il s'agit avec l'aide du référentiel de les conduire à identifier les comportements qui traduisent l'expression des compétences ciblées. Concernant la dimension opérationnelle, il s'agit de les conduire à décrire les moyens langagiers utilisés pour les accomplir. Enfin investir la dimension perlocutoire consiste en une lecture prospective des énoncés, visant à identifier l'impact d'une action sur les productions ultérieures.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

4 La mise en œuvre du dispositif de formation

La mise en œuvre de notre dispositif a consisté à placer le groupe réuni de trois étudiants, en situation de résoudre une tâche créative, de filmer leur activité, pour ensuite procéder à un débriefing collectif à froid, mobilisant une auto-confrontation collective (Mollo et Falzon, 2004) à des séquences issues de leur activité guidée par un référentiel de compétences et le cadrage émanant des SHS.

4.1 Les participants

Les étudiants sont volontaires. Ils ont été informés que le recueil de données s'inscrivait dans le cadre d'une étude[2]. Ils ont donné leur consentement quant à l'emploi de ces données à des fins de recherche.

Le groupe de trois membres comporte : deux étudiantes (dénommées J et S) et un étudiant (P) en 3ème année de médecine d'une même promotion, qui se connaissent par ailleurs – J et S étaient confinées ensemble, P est une connaissance de J et S en raison d'amis communs–. Un étudiant en médecine d'un niveau supérieur a été sollicité pour observer l'activité collective et vérifier que les connaissances médicales mobilisées par les étudiants étaient correctes. Cette formation rapportent les propos de V. conduisant l'autoconfrontation.

4.2 Les deux séances

La première séance est consacrée à la résolution collective de la tâche créative proposée. La seconde séance est consacrée à l'auto-confrontation collective aux trois séquences extraites de l'activité de résolution qui a été transcrite. Cette seconde séance débute par une présentation du référentiel de compétences associé aux activités collectives créatives. Suite à cette présentation, débute l'auto-confrontation collective autour des trois séquences préalablement retenues pour leur intérêt par le formateur. Pour chaque séquence, le contexte d'apparition est précisé, puis la séquence est présentée dans son format vidéo puis *via* sa transcription. Les étudiants sont alors invités à commenter les interventions composant la séquence transcrite. Généralement, la parole est d'abord donnée à la personne ayant produit la première intervention, puis les autres membres sont invités à leur tour à s'exprimer sur cette première intervention. Ils sont guidés à l'aide de relances de type : pourquoi faites-vous cette intervention à ce moment-là ? Quelle est votre intention ? Qu'attendez-vous des allocutaires (ceux qui écoutent et interprètent) ? Est-ce que leur réaction correspond ou non à vos attentes ? Pourquoi ? *etc.* La parole est ensuite donnée aux allocutaires, chacun est invité à mentionner comment il a interprété l'intervention, quelles intentions ont été attribuées au locuteur ? Quel enchaînement était possible pour chacun d'eux ? Lorsque la situation s'y prête, des connaissances académiques leur sont apportées qui visent à enrichir leur réflexion.

À des fins de recherche, les deux séances ont été, pour rappel, filmées et transcrites. Nous avons également, en complément, questionné la satisfaction des trois étudiants

[2]Cette étude a obtenu l'accord du Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm (avis n° 20-724) en date du 13 octobre 2020.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

vis-à-vis de la mise en pratique, ainsi que vis-à-vis du dispositif vécu dans son ensemble.

5 Conduite et résultats du débriefing à froid

Pour conduire cette séance, nous avons, pour rappel, préalablement sélectionné des séquences extraites de leur activité collective. La première vise à investiguer les compétences à l'empathie (écoute, montre qu'on écoute, comprendre, se faire comprendre) ; la deuxième vise à investir la compétence de contribution à un climat positif ; la troisième a été sélectionnée car elle présente des défauts de compétences (écoute, comprend, se fait comprendre, exerce son esprit critique).

5.1 Première séquence

La première séquence amorce l'activité de groupe, elle est initiée par une intervention de G (acteur présent pour observer cette activité de groupe en vue de son évaluation).

> 11-G1 : Est-ce que vous avez bien compris ce que l'on attend ? En fait, ce que vous devez faire ?
>
> 12-S4 : Donc là on doit en fait imaginer un scénario ?
>
> 13-G2 : Mmh
>
> 14-S5 : Donc c'est ça un patient qui vient nous voir parce qu'il a certains symptômes, il a certaines interrogations, et on doit imaginer ça. Ensuite on doit imaginer les questions qu'il faudra lui poser.
>
> 15-G3 : Mmh
>
> 16-S6 : Pour diagnostiquer sa maladie.
>
> 17-G4 : Oui
>
> 18-S7 : Et ensuite on… on… on expliquera pourquoi on a fait le choix de ces questions ? C'est ça ?
>
> 19-G5 : Ouais c'est ça ! En fait c'est comme si vous imaginiez que vous étiez en consultation ou aux urgences ou en tout cas que vous avez un rendez-vous avec un patient. Et en fait vous imaginez ce rendez-vous là.

Quand on demande à G de préciser à quelles réponses il s'attend suite à sa demande (11-G1), il nous dit qu'il s'attend à un « oui » évoquant le cas où les étudiants ont le sentiment d'avoir compris. Lorsque l'on soumet cette question (quoi répondre quand on estime avoir compris) à J, S et P, on note que pour J et S, une réponse par un « oui » suffit ; alors que pour P, même s'il y a sentiment de compréhension, il estime qu'il faut restituer sa compréhension de la consigne pour validation, voire complémentation, rectification.

Cette séquence a permis de leur montrer qu'une requête fermée (11G1) pouvait fonctionner comme une requête ouverte. On leur rappelle que les formations à l'empathie en santé préconisent les questions ouvertes lorsque l'enjeu est de s'assurer de la compréhension du soigné. Ici il s'agit littéralement d'une requête fermée qui a fonctionné

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

comme une question ouverte grâce à l'enchaînement de S. On peut considérer la requête fermée comme une pré-requête (Levinson, 1983) ; on leur explique ce qu'est une pré-requête et sa fonction – préserver la face l'autre (Goffman, 1974). Ces échanges ont permis aux étudiants de prendre conscience qu'un même énoncé (11G1), interprété de la même façon (s'assurer de la compréhension) par les allocutaires, peut néanmoins déboucher sur des enchaînements différents : répondre par « oui » ou restituer sa compréhension. Ces échanges permettent de les sensibiliser au caractère relativement imprévisible du discours.

Nous avons également mobilisé un épisode produit une petite dizaine de minutes plus tard dans cette séquence :

> 54-S22 : mmh oui oui de toute manière il faut regarder ses antécédents euh pulmonaires et cardiaques c'est sûr. Mais alors donc le scénario, le scénario en fait c'est vraiment genre imaginer un patient c'est ça ?
>
> 55-J15 Ouais je crois que c'est ça ouais et

Nous faisons observer sur la base de cette séquence que ce n'est pas parce que S a utilisé la notion de scénario pour répondre à la demande de G (cf.11-G1, ci-dessus), qu'elle a une représentation claire de ce à quoi renvoie un scénario. D'ailleurs J n'est pas non plus certaine de sa compréhension de « scénario », en témoigne l'emploi d'un modalisateur d'incertitude (« je crois »). Et de conclure que dans le discours, même si, à un moment donné, on a le sentiment de se comprendre, on doit s'attendre à ce que la suite puisse contredire notre sentiment d'intercompréhension. Cela permet de sensibiliser les étudiants à la notion de « compréhension par défaut » (Trognon et Brassac, 1992).

5.2 Deuxième séquence

La deuxième séquence a été sélectionnée pour traiter de la compétence : *contribuer à un climat positif*. Dans cette séquence, il s'agit de définir l'âge du patient.

> 69-S28 : soixante-quinze ans tu dis ?
>
> 70-J22 : Vas-y !
>
> 71-S29 : Ok alors monsieur tac tac tac soixante-quinze ans. Euh retraité et ancien minier de profession. <sourire>
>
> 72-J23 : <sourire> Lorrain, parce que la Lorraine est rouge et blanche.
>
> 73-S30,74-P7,75-J24 : <rires>

On leur dit que nous avons sélectionné la séquence en raison des phénomènes de « rire », et pour avoir des explications sur ce qui les a déclenchés, en l'occurrence l'intervention 72-J23. Pour vérifier que la blague était accessible, nous choisissons d'interroger en premier P, puis S sur la façon dont ils ont interprété l'intervention de S. En réponse, P nous mentionne la finalité de S :

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> « Ah ! Ah bah c'est euh, c'est histoire de rajouter un petit peu de fun dans la discussion pour détendre un peu l'atmosphère et que ça rajou… Enfin rajouter une certaine proximité peut-être dans le groupe, et que ça se passe relativement mieux quoi ! »

Puis S intervient pour mentionner que J a fait cette blague car elle savait que la blague serait accessible aux membres du groupe :

> « Alors euh bon, je pense que quand J a fait cette blague, elle l'a faite en sachant, enfin, déjà parce qu'elle nous connaissait et qu'elle savait qu'on était un peu dans, on était dans la même promo, on a un peu le même type d'humour. En tout cas en médecine on aime bien blaguer sur la Lorraine est rouge et blanche parce qu'il y a beaucoup de messins avec nous et il y a cette petite grenat et rouge et blanche. Voilà. »

La suite permettra de comprendre que rouge et blanc renvoie à la couleur des maillots des équipes de foot nancéiennes et grenat à celle des équipes messines.

Cet échange autour de cette séquence aura été l'occasion de leur mentionner qu'effectivement il est important de s'assurer qu'une blague sera accessible aux membres du collectif car si l'enjeu est la cohésion du groupe, une blague non accessible peut susciter un sentiment d'exclusion et ne pas remplir cette fonction.

5.3 Troisième séquence

La troisième séquence apparaît en milieu d'activité. Nous l'avons retenue car elle traduit un manque de compétences. Dans cette séquence, il manque une connaissance médicale (la durée des différents stades de la BPCO – bronchopneumopathie chronique obstructive –) pour donner une assise aux propos de S ou pour remettre ses paroles en question, et flécher les compétences ciblées (écoute, comprendre, se faire comprendre, esprit critique).

> 107-S45 : Enfin qui a été euh voilà et donc là c'est à l'âge de 75 ans qu'il développe un truc pareil. Euh…
>
> 108-J38 : Sauf que normalement la BPCO tu sais il y a différents stades donc on a qu'à dire que que… il a traîné. Parce que tu sais il y a de la BPCO qui peut être euh qui peut être soignée et la la le dernier stade c'est c'est c'est on ne peut plus soigner non ?
>
> 109-S46 : Mmmh ouais.
>
> 110-J39 : Il y avait faible modéré fort. Et on a qu'à dire qu'il a un peu traîné !
>
> 111-S47 : Oui oui bah c'est sûr là à 75 ans euh c'est qu'il a traîné. (silence : 5") Ok, euh…, Vous pensez que c'est un bon scénario ça ? <en esquissant un sourire>
>
> 112-J40 : Bah c'est le scénario type je pense. <en esquissant un sourire>
>
> 113-S48 : C'est le scénario type ! Euh.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Nous leur expliquons avoir retenu cette séquence, car elle présente des caractéristiques atypiques comparées au reste des échanges ; en l'occurrence on note un silence de cinq secondes, que J est moins réactive qu'habituellement et que P baisse la tête et semble s'exclure l'échange.

On débute par questionner S sur son intervention « c'est à l'âge-là qu'il développe un truc pareil », en lui demandant : « Pourquoi tu dis ça à ce moment-là ? Quelle est ton intention, qu'est-ce que tu souhaites que les autres fassent ? ». En réponse, S commence par mentionner des difficultés pour répondre à cette question :

> « Bon là il faudrait tout resituer parce que c'est vrai que quand-même ça fait deux semaines qu'on a, qu'on a, qu'on qu'on a discuté de ça. ».

Malgré ses réticences, S va avancer que sa visée est peut-être de recentrer l'activité du groupe et de clarifier :

> « Je pense qu'à ce moment-là, je voulais peut-être recentrer les gens sur la conversation, et clarifier un peu la chose. Peut-être ! Je pense que c'est ça que j'avais envie de faire. ».

Le contexte est alors rappelé (BPCO retenue, l'âge du patient déjà défini), ce qui conduira S à conclure : « Ouais ! Bah là je pense que c'est peut-être une remise à jour de ce qu'on a dit ». La parole est ensuite donnée à J qui, elle aussi, mentionne les difficultés à répondre à cette question : « Bah euh, moi ce que je voulais faire en disant ça, si je me souviens bien, parce que comme dit c'était il y a deux semaines » et n'enchaîne pas sur l'intervention de S à commenter, mais sur les interventions qu'elle a produites dans cette séquence. Notons que pour le traitement des deux séquences précédentes, aucune réticence n'avait été exprimée. J explique que son but est d'apporter un élément clinique (la BPCO présente plusieurs stades) pour préciser le cas (le stade de la maladie) :

> « Donc c'était pour amener un, peut-être un élément clinique, pour peut-être ramener un facteur en plus dans notre cas. Mais c'était euh, c'était pour étoffer le cas. », elle poursuit son intervention en minimisant l'intérêt du traitement de cette séquence : « ce n'était pas quelque chose de déterminant. »

La parole est ensuite donnée à P, qui répond par : « Non non moi c'est bon » ; une relance est alors produite et débouchera sur « bah, là après c'est de la mise en place donc c'est le début. Donc il y a, je ne vois pas forcément grand-chose à dire. »

N'étant pas vraiment satisfaite des réponses données, une 2ème tentative est amorcée pour les faire échanger, avec un focus sur l'intervention de S que nous jugeons problématique dans ce contexte :

> V– :« Parce que ce qui se passe, vous voyez quand il y a le silence, en général dans le corpus on n'en a pas. On n'a quasiment pas de silences.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> Il n'y a qu'à ce moment-là où il y a un silence. En fait le comportement discursif que vous avez est un peu différent des séquences habituelles. Vous voyez ? … Voilà ! C'est là où je me suis dit, ça nous a un peu interpellés, en disant il y a peut-être quelque chose à ce moment-là quoi. Parce que, … Quand, … Enfin voilà. Quand tu dis *« oui oui bah c'est sûr là soixante-quinze ans euh c'est qu'il a traîné »*, quelle est ton intention quand tu dis ça ? »

S va répondre :

> « Je pense que c'est euh… C'est de… C'est une forme de… Ça veut dire que je suis d'accord avec Juliette ! C'est sûr qu'à l'âge de, et donc rajouter, c'est sûr qu'à l'âge de soixante-quinze ans … euh… <en regardant J et en souriant> Il est très vieux ! »

À travers cet enchaînement, S communique que son intention est de manifester son accord avec la proposition de J. On observe qu'elle a cerné où se situe le problème puisqu'elle ne dit plus : « à 75 ans, c'est qu'il a trainé », mais « à 75 ans, il est vieux » avec un échange de sourire avec J. Quoi qu'il en soit, la rectification n'est pas mise en exergue explicitement.

Une 3ème tentative met davantage le focus sur les connaissances médicales et prend cette forme :

> « Moi quand S a montré qu'elle était étonnée qu'il développe une BPCO à cet âge, je me suis dit que la BPCO devait se développer habituellement quand on est jeune, mais cette connaissance n'a pas été communiquée, donc voilà ; ou encore, si je me réfère à d'autres séquences, quand il a été convenu qu'il était au stade terminal et qu'il n'y avait plus grand-chose à faire, je me suis demandée si c'était compatible après de penser à pleins d'examens, alors que finalement il était acté avant, que la personne était en phase terminale ».

Cette tentative a également été esquivée par S :

> « Je crois qu'on avait un peu abordé la question des examens, et on s'est très vite recentrés sur euh… sur euh… la consigne, et on a abandonné euh… on a abandonné… bah la question des examens. »

Pour clôturer cette auto-confrontation, nous leur expliquons pourquoi nous avons été si insistante :

> V– :« C'est compliqué de se remettre en question et c'est pour cela que généralement dans ce type de contexte, par exemple en Analyse de Pratiques Professionnelles, on peut faire signer une charte posant notamment

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> le respect d'autrui et que ce qui a été produit en séance ne devra pas sortir de cet espace. »

Il leur est expliqué que ces précautions n'ont pas pu être prises avec eux, puisque l'enjeu était d'utiliser leur activité dans le cadre d'un projet de recherche. Nous leur précisons que notre objectif lors du traitement de la dernière séquence était de leur montrer qu'il est important d'exprimer son esprit critique, et surtout de s'exprimer en collectif, quand on trouve que des choses dites sont peu convaincantes ou sont erronées, qu'il faut avoir à l'esprit que ce sont des propositions que l'on remet en question et pas les personnes qui les ont produites.

6 L'évaluation du dispositif et du cadre SHS par les étudiants

Globalement le groupe a apprécié cette formation basée sur la pratique et la réflexion sur la pratique. Ils ont surtout apprécié de travailler ensemble en phase pratique. Ils ont perçu qu'une résolution collective est plus efficace qu'une résolution individuelle. Elle permet, selon leurs propos :

a) une capitalisation des ressources/idées plus rapide :

> « Bah là c'est… C'est sûr qu'à trois, les idées fusaient plus, déjà plus rapidement et tout de suite plus de matière ! »

b) d'éviter les oublis :

> « Et euh et puis ça permettait, genre oui de, de ne pas oublier euh, enfin il y a toujours quelqu'un pour rappeler quelques, un détail que nous on n'avait pas qu'on n'avait pas mentionné quoi. »

c) d'éviter de se disperser :

> « Oui ça, ça permet de *de se recadrer quand des idées qui sont un peu, peut-être un peu hors sujet, ça permet vite de se recadrer aussi !* ».

Les étudiants mentionnent également l'intérêt d'avoir été soumis à une tâche qui nécessite des connaissances médicales. Ils verbalisent qu'ils estiment que cette activité permet :

a) de se préparer, de s'exercer aux réunions professionnelles en santé :

> « Parce que ça nous forme même à, à parler médecine avec d'autres gens plutôt qu'avec nous tout seuls face à nos bouquins. Là on a vraiment cette impression qu'on, qu'on participe à un truc euh bah scientifique ensemble quoi. Et c'est ce qu'on va être amenés à faire dans votre vie future. Du coup c'est cool ! Mh ! »

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

b) d'approfondir des contenus disciplinaires :

> « Moi je suis vraiment d'accord avec S je trouve que c'est bien de, de pouvoir parler médecine et de pouvoir résoudre des cas ou même enfin imaginer des cas c'est intéressant avec d'autres personnes. Parce que c'est vrai qu'en soi on voit des cas cliniques dans nos bouquins, mais on n'en parle pas plus que ça avec euh avec d'autres personnes quoi ! Donc on connaît à peu près chacun euh les différents cadres des pathologies. Mais c'est vrai qu'en parler et avoir les différents, les différentes façons d'approcher c'est… C'est intéressant. »

c) de consolider des apprentissages disciplinaires :

> « Euh bah les choses (connaissances médicales) on les savait déjà ! Puisque c'est ce qu'on a fait cette année. Mais par contre, ça nous a permis de nous mettre en situation. Et donc c'est une forme d'apprentissage parce que euh, des choses qu'on apprend que pour les partiels, ça peut partir vite alors que les rendre un peu concrètes, les visualiser dans votre tête, pouvoir mettre un patient sur ces cas-là, euh ça permet oui forcément de consolider les connaissances et d'apprendre en quelque sorte. Voilà ! »).

Concernant le dispositif de formation, les trois étudiants ont apprécié le référentiel et les séquences illustratives pour mieux comprendre comment les compétences ciblées prennent forme en situation. Concernant le cadre pour investir l'activité, est perçu l'intérêt d'investiguer la dimension comportementale de l'activité :

> « C'était très intéressant en tout cas, parce que c'est des choses qu'on, qui pour nous nous paraissent tellement anodines, parce que c'est des, c'est spontané quoi nos réactions ! Et au final il y a quand-même euh, tout s'explique quoi ! Et ça je trouve que c'est intéressant. »

7 Discussion autour du cadre SHS testé

Le cadre interprétatif que nous avons mobilisé pour l'auto-confrontation invite à approcher différentes dimensions de l'activité (intentionnel, actionnel, communicationnel), et à adopter une approche séquentielle et dialogique des communications. Cette approche est atypique pour les étudiants en santé : elle ne va pas de soi et a nécessité quelques explicitations au début de l'auto-confrontation. En l'occurrence, quand on demande à G, acteur observateur, de dire quelles sont ses attentes en réaction à son intervention, il demande une confirmation : s'il s'agit bien des réactions de la part des participants.

> 20-V8 : D'accord. Donc là, votre intention pour la suite ? En produisant ce type de comportement, à quoi vous vous attendez comme réactions à la suite ?

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

21-G8 : De la part des participants ?

22-V9 : Oui.

Lorsque la parole est donnée à S pour qu'elle mentionne comment, elle, elle a compris la question, en fait, elle pense qu'on lui demande comment elle a interprété la consigne de résolution – ambiguïté pragmatique qui a dû être levée.

24-V10 : Parfait ! S et J, enfin S déjà, comment t'as compris la question ?

25-S3 : Alors d'après euh, bon d'après les fichiers transmis, j'avais compris qu'il fallait qu'on invente tous ensemble un scénario avec un patient donc fictif, qui viendrait nous voir, et qui présenterait plusieurs symptômes et caractéristiques. Et qu'ensemble ou cible déjà les choses les plus importantes à, enfin qu'on échelonne en quelque sorte tous les arguments qui seraient les plus importants à regarder en premier. Et ensuite qu'on s'oriente ensemble vers un diagnostic commun. C'est ça.

26-V11 : D'accord, donc toi la question tu l'as comprise euh, comme …

27-S4 : Comme si on devait imaginer, …

28-V12 : Ah oui, oui, oui ! Mais.

27-S4 : … Comme si on devait imaginer quelque chose.

29-V13 : Mais euh comment, mmmmh.

30-G10 : Ma question à moi ?

31-V14 : c'est, euh comment, S, est-ce que face à cette question, tu t'es dit « j'ai besoin de restituer tout ce que j'ai compris, ou alors est-ce que je peux lui répondre uniquement oui ? ». Voilà, tu vois ?

32-S5 : Ah, désolée ! Face à G ?

33-V15 : Oui !

Hormis ces deux situations requérant de fixer l'intercompréhension, l'emploi du cadre SHS *via* les questions posées n'a pas posé de problème.

On notera que la séquence présentant un défaut de compétences a suscité de nombreuses esquives. Il semble essentiel de bien préciser en amont, que la tâche de réflexion autour de l'activité est complexe, exposante (mise à jour de lacunes), mais que ce travail de formation est important pour améliorer sa pratique.

8 Conclusion

Dans le cadre de cette étude exploratoire, il s'agissait de vérifier qu'un groupe restreint d'étudiants placé dans une situation d'auto-confrontation était en mesure de répondre à des questions, permettant d'investiguer l'activité sous différents angles. Nous observons que le guidage à travers des questions a permis d'approcher l'activité dans ses différentes dimensions. Le niveau du faire (ce que l'on fait dans un contexte d'interaction à un moment précis) ne pose pas de problème aux étudiants. Le niveau

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

intentionnel (les raisons, les intentions, les motifs) ne pose pas de problème non plus. Les étudiants sont davantage étonnés lorsqu'on les questionne sur leurs attentes (niveau perlocutoire), mais ils y parviennent. Le niveau de l'opération nécessite, quant à lui, outre un guidage, l'apport de connaissances académiques sur les communications interpersonnelles (notamment les notions de pré-requêtes, de processus de figuration, les connecteurs contre-argumentatifs, *etc.*).

Aussi, les étudiants en médecine n'étant pas habitués aux activités en groupe retreint (3 à 5), il s'agissait de recueillir leur degré de satisfaction quant à la mise en situation et l'auto-confrontation collective. On notera que la satisfaction des membres est très encourageante, et qu'elle incite au développement de ce type de formations. D'ailleurs, proposer cette formation en groupe restreint dès la L2 en médecine pourrait permettre d'agir sur un facteur de risque psychosocial, auquel les étudiants en médecine sont exposés, en l'occurrence l'isolement (Marra, 2018). Nous fournissons dans ce dispositif l'opportunité de créer du lien social.

Globalement, la formation testée vise le développement des compétences associées au « travailler ensemble ». Nous posons que ces compétences devraient conduire les futurs médecins à développer, en réunion collégiale, un leadership davantage démocratique qui devrait concourir à un climat social plus positif – climat dont il a été montré qu'il était propice à la réflexion (Amabile, 1996) –, qui devrait déboucher sur davantage de décisions prises en connaissance de cause.

Bibliographie

Amabile, Teresa (1993), "Motivational synergy : Toward new conceptualizations of intrinsic and extrinsic motivation in the workplace", *Human Resource Management Review*, vol. *3*, No 3, p. 185–201. doi : https://doi.org/10.1016/1053-4822(93)90012-S.

Amabile, Teresa, *Creativity in context,* Boulder, CO : Westview Press, 1996.

Aubé, Caroline ; Rousseau, Vanessa ; Savoie, André (2006), « Les interventions régulatrices groupales et le rendement des équipes de travail : Un modèle théorique », *Le travail humain*, vol. *69*, No 3, p. 269–294.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Delsart, Aline (2021), « Des discours authentiques singuliers aux scénarios de formation pour les médecins : quelle méthode d'exploitation pragmatique du corpus DECLICS2016 ? », *Corpus*, vol. 22,https ://doi.org/10.4000/corpus.5960.

Camargo, Nicole ; Gonçalves de Lima, Marcelo ; Brietzke, Elisa ; Mucci, Samantha ; De Góis, Aécio Flávio Teixeira (2019), "Teaching how to deliver bad news : A systematic review", p. 326–340.

Campbell, Donald (1988), "Task Complexity : A Review and Analysis" *The Academy of Management Review*, vol. *13*, p. 40–52. doi : https://doi.org/10.5465/AMR.1988.4306775.

Chan,Carmen Wing Han ; Ng, Nancy Hiu Yim ;Chan, Helen ; Wong, Martin ; Chow, Ka Ming (2019), "A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs", *BMC Health Services Research*, vol. *19, No* 1, doi : https://doi.org/10.1186/s12913-019-4192-0.

Del Piccolo, Lidia ; de Haes, Hanneke ; Heaven, Cathy ; Jansen, Jesse, Verheul, William ; Bensing, Jozien ; Bergvik, Svein ; Deveugele, Myriam ; Eide, Hilde ; Fletcher, Ian ; Goss, Claudia ; Humphris, Gerry ; Kim, Young-Mi ; Langewitz, Wolf ; Mazzi, Maria Angela ; Mjaaland, Trond ; Moretti, Francesca ; Nübling, Matthias ; Rimondini, Michela ; … Finset, Arnstein (2011), "Development of the Verona coding definitions of emotional sequences to code health providers' responses (VR-CoDES-P) to patient cues and concerns." *Patient Education and Counseling*, vol. 82, No 2, p. 149-155. doi : https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.024.

Del Piccolo, Lidia ; Finset, Arnstein ; Mellblom, Anneli ; Figueiredo-Braga, Margarida ; Korsvold, Live ; Zhou, Yuefang ; Zimmermann, Christa ; Humphris, Gerald (2017), "Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES) : Conceptual framework and future directions", *Patient Education and Counseling*, vol. *100* No 12, p. 2303-2311. doi : https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.026

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Flament, Claude, *Réseaux de communication et structures de groupe*, Préface de Paul Fraisse, Dunod France, 1965.

Flin, Rhona ; O'Connor, Paul ; Crichton, Margaret, *Safety at the Sharp End : A Guide to Non-Technical Skills.* Ashgate Publishing Company, 2008.

Goffman, Erving (1983), "The Interaction Order : American Sociological Association", *American Sociological Review*, Vol, *48, No* 1, p. 1–17. doi : https://doi.org/10.2307/2095141.

Kebir, Yasmina ; Saint-Dizier de Almeida, Valérie (2025), « Discours et paroles issus de trois enquêtes croisées sur l'usage des directives anticipées en oncologie, neurologie, secteur palliatif », in Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine (dir.) *Mourir : les mots pour le dire.* "Collection Sphère éducative", Presses Universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Kurtz, Suzanne ; Silverman, Jonathan (1996) "The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides : An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes", *Medical Education*, vol. *30, No.* 2, p. 83–89. doi : https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x.

Lamouille-Chevalier, Catherine ; Demarche, ; Rivasseau-Jonveaux, Thérèse ; Guyon, Gaëlle ; Zielinski, Agata Thilly ; Nathalie ; Claudot, Frederique (2021), « Les directives anticipées en situation palliative : Un outil pour l'autonomie ?" », *Éthique et Santé*, vol. *18, No.* 4, p. 202–208. doi : https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2021.09.003.

Léontiev, Alexis, *Le developpement du psychisme / problemes*, "Editions Sociales, Ouvertures", 1976.Levinson, Stephen, *Pragmatics.* "Cambridge University press", 1983.

Mark, Nicolas ; Rayner, Samuel ; Lee, Nelson ; Curtis, Randall (2015), "Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit : A systematic review", *Intensive Care Medicine*, vol. *41, No.* (9), p. 1572–1585 doi : https://doi.org/10.1007/s00134-015-3810-5.

Marra, Donata, *Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé,* Ministère de la Santé et ministère de l'Enseignement Supérieur, 2018.

Mollo, Vanina ; Falzon, Pierre (2004), "Auto-and Allo-Confrontation as Tools for Reflective Activities", *Applied Ergonomics*, vol. *35, No.* 6, p. 531–540, doi : https://doi.org/10.1016/j.apergo.2004.06.003.

Perrenoud, Philippe (1999), « Former les enseignants dans des contextes sociaux mouvants : Pratique réflexive et implication critique », *Revista Brasileira de Educação*, vol. *12*, p. 2-15.

Perrenoud, Philippe (2001), « Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Alternance et complexité en formation », in P. Lhez, D. Millet, et B. Séguier (dir.) *Alternance et complexité en formation, Éducation, Santé, Travail social*„ France, p. 10-27.

Perrenoud, Philippe (2004), « Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation", *Education permanente,* vol. 160, p. 35-60. Sagot, Virginie ; Bonin, Juliette (2019), « Apprendre à délibérer en soins palliatifs aujourd'hui », *Revue Education, Santé, Sociétés*, vol. _5, No._2, p. 149-164.

Saint-Dizier de Almeida, Valérie ; Kebir, Yasmina ; Maire, Hélène ; Specogna, Antonietta (2025), « Les directives anticipées écrites et leur traitement : ce qu'en pensent les soignants », *in* Dans Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine (dir.), *Mourir : les mots pour le dire.* coll. "Collection Sphère éducative", Presses Universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Saint-Dizier de Almeida, Valérie ; Kebir, Yasmina ; Arfaoui, Seïma ; de Almeida, James (2023), « L'intelligence collective créative : une conceptualisation et des indicateurs de diagnostic basés sur l'étude de l'activité », *Revue de Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 29, No.4, p. 231-247, doi : https://doi.org/10.1016/j.pto.2023.08.001.

Saint-Dizier de Almeida, Valérie ; Ilardo, Flora ; Serre, Isabelle ; Cachard, Olivier ; Deloffre, Guy (2019), « Un cadre interprétatif pour enrichir la réflexivité : Le cas d'une formation à la médiation civile et commerciale », *Activités*, vol. *16, No. 2*, doi : https://doi.org/10.4000/activites.4678.

Smirdec, Margot (2018), *Impact of advance directives on factors involved in the decision-making in ICU*, doi : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02127471/document.

Tardif, Jacques, *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*, Chenelière Éducation, France, 2006.

Trognon, Alain ; Brassac, Christian (1992), « L'enchaînement conversationnel », *Cahiers de Linguistique Française*, vol. *13*, p. 67-108.

Vergnaud, Gérard (2001), « Piaget visité par la didactique », *Intellectica*, vol. _33, No._2, p. 107-123. doi : https://doi.org/10.3406/intel.2001.1635.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Yule, Steven ; Flin, Rohna ; Maran, Nikki ; Youngson, George ; Mitchell, Andrew ; Rowley, David ; Paterson-Brown, Sarra (2008), "Debriefing surgical trainees on non-technical skills (NOTSS)", *Cognition, Technology et Work*, vol. *10, No*. 4, p. 265-274, doi : https://doi.org/10.1007/s10111-007-0085-9.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458