

Les métiers de l'interaction : leur développement et le développement de leurs analyses (les apports de la psychologie à l'étude de la consultation de médecine prédictive)

Alain TROGNON et Martine BATT
GRC/LPCC (EA 3946), Université Nancy2

La communication est devenue un registre incontournable de fonctionnement des sociétés modernes. De la diffusion massive des technologies de communication et de l'évolution parallèle des idéologies de l'information et de la communication émergent aujourd'hui de nouvelles formes de socialité et de pratiques sociales, voire des pratiques professionnelles inédites, que la puissance publique tente avec plus ou moins de bonheur de réglementer.

En tant que pratique sociale, la médecine est aujourd'hui dans ce cas. En effet, alors que des contraintes réglementaires nouvelles sont imposées aux pratiques sociales de soins (comme la loi n° 2002-303 sur les droits des malades et la qualité du système de santé publiée le 5 mars 2002 au J.O1., les lois dites de bioéthique du 29 juillet 1994 et les décrets de l'année 2002 qui ont suivi),

et que la demande publique évolue profondément (cf. la juridisation croissante des rapports médecin-malade), une « autre » médecine, dite médecine prédictive, apparaît bouleversant profondément le "dialogue singulier" que le médecin de la médecine «classique» de soins entretient traditionnellement avec le malade. Ces transformations profondes sont structurelles et s'exercent sur deux plans. Premièrement, le référent de l'intervention médicale n'est plus seulement une maladie déclarée dans un monde réel, c'est aussi une maladie possible dans un monde possible (diagnostic probabiliste en oncogénétique) ou une maladie certaine dans un monde à venir (diagnostic prédictif de maladies avant l'expression de leurs symptômes qui, le plus souvent, ne peut pas être suivi d'une proposition médicale à visée thérapeutique) : au « monde de la maladie », le monde réel *hinc et nunc*, typique de la médecine «classique» se substitue donc une pluralité de « mondes possibles » ; ce qui ne peut pas ne pas avoir des conséquences interactives, cognitives ou affectives majeures. Secondement, les pratiques dialogiques mises en oeuvre « en accompagnement du soin » se modifient également : à côté du jeu de langage habituel (relations médecin-patient de face à face focalisées, dialogues d'élicitation (Falzon, 1994))

en apparaissent d'autres [dialogues de formation expert-profane (Trognon & al., 2004, par exemple) qui ne sont pas formalisés et que les praticiens concernés « bricolent » empiriquement au sein de leur pratique.

Que la psychologie, en général, et la psychologie du travail en particulier soient à même d'étudier les structures émergentes de ces pratiques nouvelles et d'exposer rigoureusement les processus qui s'y déroulent, c'est ce que nous allons montrer au cours de cet exposé. L'enjeu de ces travaux n'est certes pas seulement académique : il en va de la qualité des prestations proprement médicales, de la félicité de la relation médecin-consultant et, finalement, de la transmission des compétences requises « par le métier » aux praticiens concernés.

Une brève définition empirique de la consultation de médecine prédictive

La loi prévoit l'encadrement de l'examen des caractéristiques génétiques (Art R. 145-15-5 du CSP et arrêté du 2 mai 2001). La consultation prédictive ne peut avoir lieu dans le cadre d'une consultation médicale individuelle, mais doit s'organiser autour d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des compétences cliniques et génétiques, cette équipe constituant un conseil génétique. Par

¹ Parmi les principales dispositions figurent le droit des usagers du système de santé à l'information et le droit à l'accès direct au dossier médical

² Le décret n°95-570 vise en particulier les informations à donner avant un test génétique lors d'une consultation médicale individuelle. Dans ce contexte, interviennent le règlement européen, en particulier par la signature de la convention du 4 avril 1997 du Conseil de l'Europe, ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé qui a émis des propositions de directive internationale en 1997

exemple, les demandes de test prédictif de maladie de Huntington (MH), maladie neurodégénérative à

début tardif qui se transmet sur le mode autosomique dominant, sont prises en charge au CHU de Nancy

selon protocole représenté sur le tableau 1 suivant :

Étape A				Étape B			Étape C		Étape D	
Demande de diagnostic génétique Période de réflexion avant la signature du consentement libre et éclairé				Prélèvement sanguin Signature du consentement libre et éclairé			Notification du statut génétique		Prise en charge de l'impact psychologique de la révélation	
A1	A2	A3						D1	Dn	
		1	2	3						
Entretien Cs-Génét.	Entretien Cs-neurol.	Entretiens Cs-Psy.			Entretien Cs-Génét.	Entretien Cs- Binôme : Génét. Psy.		Entretiens Cs-Psy.		

Tableau 1 : Organisation de la consultation prédictive de MH
(Cs = Consultant ; Génét. = Généticien ; Neurol. = Neurologue ; Psy. = Psychologue)

La consultation s'organise ainsi en plusieurs étapes et fait intervenir une équipe composée d'un généticien, d'un neurologue et d'un psychologue. En oncogénétique, toujours à Nancy, le même principe est appliqué, mais seuls le médecin oncogénéticien et le psychologue interviennent. Chaque demande peut nécessiter 1 à 10 entretiens.

La consultation prédictive est donc constituée d'une suite de dialogues (professionnels de santé et patient) et de polylogues (binômes constitués de professionnels de santé et patient). En conseil génétique, médecins et psychologue doivent informer le patient sur des notions souvent nouvelles et parfois difficiles à expliquer, analyser la demande de test prédictif, évaluer l'appropriation du discours médical indispensable à la signature d'un consentement éclairé, poser des hypothèses quant à l'impact psychologique en amont et en aval de la consultation de notification de statut génétique. Le demandeur de test prédictif détient, quant à lui, une dimension perceptive de la maladie qui s'entrecroise avec une perception

subjective du risque héréditaire. On observe ainsi l'effet de l'interaction médecin-malade sur les croyances a priori des malades, verbalisées explicitement ou implicites, croyances tout à la fois fragiles, logiques et non irrationnelles bien que souvent décalées par rapport à une réalité médicale. Ainsi, cette situation d'interaction communicative est complexe parce qu'elle construit un espace de parole où, tout à la fois, se transmettent des informations, où s'expriment des émotions, où se verbalise une anticipation, où s'énoncent des croyances et où s'annonce un savoir objectivé par l'analyse moléculaire.

Éléments de méthode

D'un point de vue formel, la consultation de médecine prédictive se présente comme une succession ordonnée de jeux de dialogues (Bromberg & Trognon, 2000, 2005).

Un jeu de dialogue se définit par la spécification du but discursif poursuivi par les joueurs entrant dans le jeu et par la spécification des

stratégies qui leur sont disponibles (Carlson, 1983). Walton et Krabbe (1995, p. 67) proposent une définition analogue : « un type de dialogue se définit par son but primaire et ses règles, lesquelles garantissent ou du moins facilitent l'atteinte du but du dialogue dans chaque cas particulier d'application. Ensemble, ces deux éléments constituent un modèle normatif du type de dialogue en question. C'est ce modèle qu'on appelle un jeu de dialogue ». De très nombreux jeux de dialogue existent et Wittgenstein, qui est à l'origine de cette notion de jeu de dialogue, doutait qu'ils soient en nombre fini. Nonobstant, pas mal de jeux de dialogue ont déjà été décrits, d'un point de vue normatif et d'un point de vue empirique et beaucoup restent certainement à décrire (Bromberg & Trognon, 2000, 2005). Par opposition aux jeux de dialogue plus ou moins naturels dont les interlocuteurs d'une langue naturelle ont une connaissance tacite (ce qui ne l'empêche pas d'être une variable développementale), le macro jeu de dialogue qu'est une consultation de médecine prédictive est un produit

empirique inventé dans la pratique, un « bricolage » plus ou moins harmonieux d'éléments de jeux de dialogue « naturels » et d'éléments de jeux de dialogue spécifiques à l'activité qu'il permet d'accomplir.

L'étude d'un tel jeu de dialogue suppose une approche empirique capable d'inférer à partir de son observation : (i) les éléments (opérations et systèmes d'opérations, représentations et domaines représentationnels) qui entrent dans sa composition ; (ii) les règles qui gouvernent sa progression ; et (iii) les résultats (sociaux, cognitifs, affectifs) qui y sont obtenus par les joueurs. Ce travail a été accompli grâce à la Logique Interlocutoire (Trognon, 1999, 2003 ; Trognon & Batt, à paraître). Faute de place, nous ne présenterons pas ici cette théorie. Disons simplement qu'elle consiste à décomposer une séquence analysée en énoncés, chaque énoncé étant représenté par une expressions F du système : <Mi, Mi-k, RD, Mi-k + Mi, DG>. À Mi correspondent les mouvements communicationnels écrits sous la forme « Esp » qui, s'ils sont mutuellement compris par l'émetteur s et l'auditeur a, sont des événements conversationnels qui ont valeur q de signe pour a et pour s. RD est l'ensemble des règles utilisées par les interlocuteurs. Ensemble, elles définissent les occurrences des types de jeu de dialogue DG qui ont été générées au cours de l'interaction. Mi-k est l'union de tous les mouvements qui précèdent les mouvements Mi auxquels ceux-ci enchaînent, le couple Mi-k + Mi exprimant ainsi un séquent de dialogue « DG » déterminé. Enfin DG est le jeu de dialogue que les interlocuteurs ont joué. RD comporte deux ensembles de règles : les règles gouvernant l'architecture du discours exprimé sous forme de matrice ; et les règles de la « logique naturelle » du discours. Il résulte du recours à ces deux espèces de règles que les formules F de la Logique Interlocutoire expriment à la fois la composition interne du mouvement et la position (formelle et architecturale) de ce mouvement dans le discours global qui

le contient. La Logique Interlocutoire se présente ainsi comme une théorie simultanément analytique et synthétique des séquences interlocutoires.

Deux consultations de neurogénétique et deux consultations d'oncogénétique ont donc été enregistrées puis intégralement transcrites afin de constituer un corpus prêt à être étudié. Ce corpus a ensuite été décomposé en à peu près 7000 énoncés selon la méthode décrite ci-dessus. Afin de rendre le corpus d'étude homogène, nous avons circonscrit notre analyse aux étapes A (A1, A2, A3), B et C qui précédaient la notification du résultat pour chacune des consultations. A l'étape où nous en sommes (car la recherche se poursuit encore actuellement dans le but de mettre en évidence les formats d'interaction mis en œuvre au cours des dialogues), les données obtenues à l'issue de la décomposition des quatre consultations ont été traitées par des méthodes statistiques classiques : analyses multidimensionnelles par analyse en composante principale (ACP) ; tests de Xhi-2 et tests non paramétriques (Friedman).

La consultation de médecine prédictive : une activité coopérative

L'organisation structurelle et fonctionnelle des entretiens mise à jour par les interrelations de variables révèle que la consultation prédictive est une activité conjointe, construite par les professionnels et les consultants ensemble, qui permet le développement des discours. On y retrouve les éléments typiques de deux genres de dialogue : (i) les dialogues qui progressent régulièrement et par étapes pour imposer inférentiellement des démonstrations au cours desquelles se produisent des apports de précisions, des comparaisons, des mises en opposition, des récapitulatifs, des déductions et des conclusions ; (ii) les dialogues qui ont pour but les réalisations collaboratives de construction d'objet ou de concept (Trognon, 1990). Ces deux types de dialogue sont constitués par des

discours provenant de chacun des interactants pour s'enrichir mutuellement. La coopération consultant-praticiens qui s'observe dans la consultation présymptomatique est une caractéristique originale essentielle de cette interaction. En effet, alors que les rôles et statuts de chacun sont bien déterminés et que les relations entre les professionnels et les consultants sont fondées sur la complémentarité, les productions discursives concordent grâce une organisation symétrique des interactions – au sens de l'approche communicationnelle de Palo-Alto – minimisant ainsi les différences institutionnellement définies. Contrairement à ce qui se passe dans les consultations médicales « ordinaires », dans les consultations de médecine prédictive, et indépendamment de leurs thèmes (oncogénétique vs neurogénétique), les rôles langagiers (Charaudeau, 1995) mis en œuvre par les interlocuteurs développant une activité symétrique et analogue sont égalitaires dans leur aspect élaboré.

Mais sur cette trame commune aux différents professionnels dans leur relation aux consultantes se dégage aussi nettement une bidisciplinarité de la consultation. D'une part, psychologue et médecins ne mettent pas en œuvre les mêmes genres de dialogue. D'autre part, les consultantes ne sont pas les mêmes interlocutrices selon qu'elles se trouvent face à un médecin ou face à la psychologue. L'effet du temps d'écoute supplémentaire qui leur est accordé s'observe à travers leur participation aux différentes interactions : avec la psychologue, elles s'expriment plus et elles contribuent davantage à un discours élaboré au développement complexe. De plus, bien que tous les entretiens de la consultation convergent vers des sujets de conversation identiques, certains parmi ces derniers semblent être plus spécifiques aux entretiens médicaux et d'autres réservés à l'entretien psychologique. Le double éclairage de certains phénomènes s'observe

également dans les contenus de **Avatars de l'élaboration interactive du désir de savoir**

L'un des buts principaux qui est assigné réglementairement à la consultation de médecine prédictive est d'aider le consultant à élaborer sa décision de demander le test génétique. A cet égard, l'équipe pluridisciplinaire ne peut pas faire l'économie d'une analyse approfondie avec le consultant du rapport qu'il entretient avec les différents facteurs (sociaux, familiaux, affectifs, représentationnels, etc.) qui ont contribué à la formation de son intention de se présenter à la consultation. Ce genre de travail sur des états mentaux (savoirs, croyances, convictions, désirs, etc.) et des affects opérant sur les différents registres (préconscient, inconscient) du fonctionnement psychique mobilise des processus cognitifs « de haut niveau ». Les processus de raisonnement que les interactants ont à « manipuler » dans les dialogues de consultation de médecine prédictive sont de ceux-là.

La psychologie, toutes branches confondues, mais tout particulièrement la psychologie expérimentale leur a consacré depuis les années 1960 une grande part de son activité. Elle s'est attaché notamment à circonscrire les « écarts à la norme » logique de l'activité humaine « normale » de pensée ainsi que leur rationalité ou leur fonctionnalité foncières. L'« écart à la norme », encore appelé « biais de raisonnement » dans la littérature spécialisée, avec lequel le couple consultant-neurologue, dont nous allons analyser une séquence d'interaction, va devoir se débrouiller est communément dénommé « biais de négation de l'antécédent ». Ce biais affecte le raisonnement conditionnel. Un raisonnement conditionnel peut se représenter au moyen de la table de vérité (tableau 2) de l'implication matérielle dont la formule est $p \rightarrow q$:

discours.

p	q	$p \rightarrow q$
vrai	vrai	vrai
vrai	faux	faux
faux	vrai	vrai
faux	faux	vrai

Tableau 2

Cette table établit la valeur de vérité de la proposition conditionnelle $p \rightarrow q$ en fonction de la valeur de vérité de ses propositions composantes. On y voit que le seul cas où l'implication est fautive est représenté à la 2^{ème} ligne, où l'antécédent p de l'implication est vrai et le conséquent q de l'implication est faux. Dans toutes les autres situations, l'implication est vraie. Voici une illustration : une mère dit à son garçon « si tu ramènes un 15 en dictée je te paie une place de cinéma ». Le seul cas où la mère aurait dit « n'importe quoi » en énonçant $p \rightarrow q$ serait celui où son garçon aurait obtenu une note supérieure ou égale à 15 en dictée et où sa mère ne lui aurait pas offert une place de cinéma. Dans les autres cas, l'énoncé de la mère ne serait en rien défectueux. La table de l'implication permet une forme de raisonnement qu'on appelle le *modus ponens* : [si (($p \rightarrow q$) et p) alors q] ; s'il est vrai (c'est la 3^{ème} colonne et la 2^{ème} ligne) que ($p \rightarrow q$) et s'il est vrai (1^{ère} colonne et 2^{ème} ligne) que p alors il est vrai (2^{ème} colonne et 2^{ème} ligne) que q. Comparé à *modus ponens* un raisonnement conduit comme [si (($p \rightarrow q$) et ?p) alors ?q] est erroné ainsi que le révèle une simple consultation du tableau, q pouvant être dans cette situation vrai (3^{ème} ligne) ou faux (4^{ème} ligne). Or ce que la psychologie du raisonnement a révélé de façon répétée depuis près de 50 ans est que les gens ont tendance à comprendre l'implication matérielle comme signifiant à la fois que [si (($p \rightarrow q$) et p) alors q] et que [si (($p \rightarrow q$) et ?p) alors ?q]. Un enfant qui entend sa mère lui dire « si tu ramènes un 15 en dictée je te paie une place de cinéma » comprend qu'en cas de 15 il aura une place de cinéma et qu'en cas d'une note inférieure à 15, sa mère ne lui fera pas ce cadeau. L'erreur de raisonnement consistant à

penser [si (($p \rightarrow q$) et ?p) alors ?q] lorsqu'on entend une implication a été dénommée par les psychologues le biais de la négation de l'antécédent. C'est exactement ce biais qu'accomplit M^{me} P dans l'extrait d'entretien ci-dessous :

P152 : et nous, mon frère Jules qui est mort de ça, ben ses trois fils sont atteints, et ses deux filles ne l'ont pas

N159 : mmmh

P153 : et sa fille a fait le test, dans la région parisienne, et elle a pas été le chercher.

N160 : ah bon !

P154 : oui. Ben oui, Docteur. Ses deux parents sont morts de ça Docteur, /.../. Elle est morte. Eh ben sa petite fille, elle s'est mariée, elle a voulu un bébé, donc elle a été faire le test, elle l'a pas.

2 secondes

N161 : elle n'a pas le ?

P155 : elle l'a pas.

N162 : elle l'a pas

P156 : elle l'a pas. Non. Et c'est le papa et la maman qui se sont mariés entre cousins germains

N163 : ah !

P157 : oui. Ils avaient la même maladie.

N164 : donc

P158 : c'est une catastrophe !

N165 : ah oui ! ah alors là, oui !

P159 : une catastrophe

N166 : mmh, alors là, c'est votre frère ?

P160 : mon frère. Et ma belle-sœur c'est, (*regardent ensemble l'arbre*) voilà

N167 : ah oui, là

P161 : ben oui, c'était sûr que

3 secondes

N168 : ah oui

P162 : mmh, cousine germaine

N169 : mmmh, et, et celle qui n'est pas allée chercher son résultat,
 P163 : oui, elle
 N170 : est l'une des enfants de
 P164 : voilà, oui, elle l'a fait. Oui, elle l'a fait. Elle a dit « je vais le faire quand même, hein, voilà » Elle l'a pas. Alors, alors sa maman l'avait pas, hein, puisque elle, elle l'a pas
 N171 : non, mais si elle l'a pas, elle peut pas savoir si elle l'a pas puisqu'elle n'est pas allée chercher son résultat
 P165 : non, la maman n'a pas été, non. Brigitte a une fille. Bon. Brigitte, elle a fait le truc, et au moment d'aller le chercher, elle a pas voulu aller le

chercher. Et sa fille, elle a rien dit à sa c'est la maman, elle a été le faire hein, et
 N172 : c'est ça, oui, mais la première là ?
 P166 : oui
 N173 : la première, elle, elle, elle va bien ?
 P167 : oui, oui
 N174 : elle l'a, elle l'a fait quand son test ?
 P168 : oh! alors là ? y'a ? après que son papa est mort, y'a 4, 5 ans qu'il est mort, après que sa maman et son papa soient morts, hein
 N175 : mmmh

□ = les garçons non atteints par la MH ;
 ● = les filles atteintes par la MH
 ■ = les garçons atteints par la MH
 P = M^{me} P ; j = Jules ; s = Denise ; r = Robert ; a = Anne ; b = Brigitte ; c = Corinne ; d = Dorothee ; g = Ghislain ; h = Hervé ; t = Thierry ; parmi ces personnes, certaines ne sont pas porteuses de la mutation génétique, c'est par exemple le cas de Dorothee, d'autres sont asymptomatiques, elles ne présentent pas de symptôme, mais on ne sait pas si elles portent la mutation, par exemple Brigitte.

○ = les filles non atteintes par la MH;

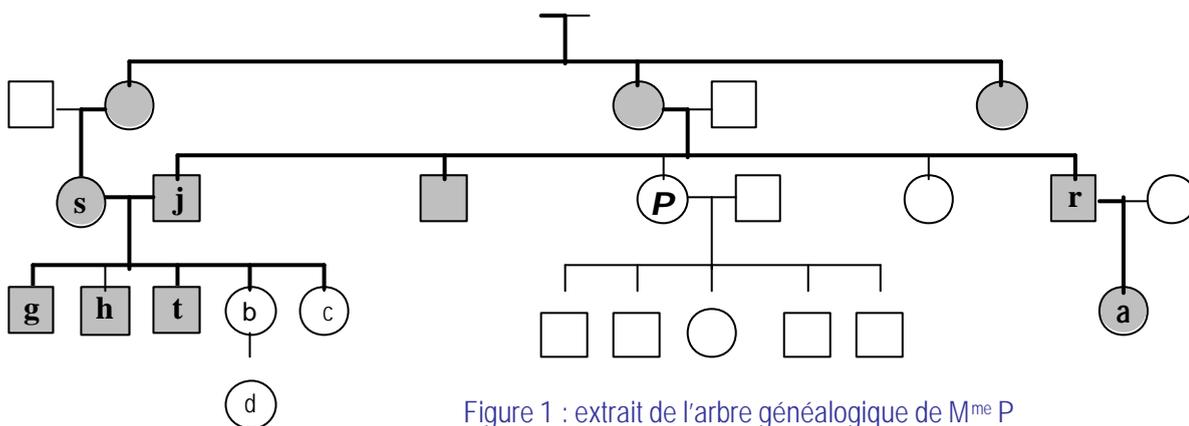


Figure 1 : extrait de l'arbre généalogique de M^{me} P

A la lecture de l'extrait apparaît clairement que M^{me} P croit que les deux filles de Jules, Brigitte et Corinne n'ont pas la MH (cf. P152 et P164). M^{me} P affirme cette thèse en P152. Elle explique ensuite le fondement de son affirmation en P154. « Alors, sa maman l'avait pas, hein, puisque elle, elle l'a pas »³, qui se formalise ? MHd ? ? MHb. Ainsi, M^{me} P exprime que

³ Alors introduit le conséquent. Puisque introduit l'antécédent et joue le rôle logique d'un *si* mais en « enrichissant » la valeur argumentative de la conditionnelle : il rappelle un argument intersubjectivement admis. L'imparfait, enfin, signale que la conditionnelle résout une conjecture qui a été posée dans le passé. Sur le rôle argumentatif de *puisque*, cf. Ducrot (1980).

Brigitte n'est pas porteuse de la mutation génétique responsable de la MH parce que le test de sa fille Dorothee (d) a montré que Dorothee qu'elle n'était pas porteuse de la maladie. Ce raisonnement de M^{me} P, où s'accomplit un biais de négation de l'antécédent, est incorrect, car Brigitte pourrait fort bien être porteuse et ne pas avoir transmis l'anomalie génétique à sa fille. Dans ce cas, le test de Dorothee serait favorable alors que Brigitte serait malade sans le savoir.

Alors qu'il a été dit au cours de cet entretien et de l'entretien précédent mené par le généticien⁴ i) que si un parent n'est pas porteur,

alors ses enfants ne peuvent pas l'être, ii) que si un parent est porteur alors il peut transmettre ou ne pas transmettre la mutation, iii) et que si un enfant est porteur, alors un des deux parents l'est nécessairement, iv) on n'a, jusque P152-P164, encore jamais abordé le cas où un enfant n'est pas porteur. Il faudrait détruire la conviction de M^{me} P. Il faudrait qu'elle comprenne que le résultat du test de Dorothee n'entraîne pas que sa mère est indemne. Il faudrait donc que le médecin contredise M^{me} P. Il pourrait, certes, engager un débat et en le gagnant ébranler M^{me} P. Et autrement que faire ?

N171 : non, mais si elle l'a pas, elle peut pas savoir si elle l'a pas

⁴ Cf. Batt, Trognon & Vernant, 2003

puisqu'elle n'est pas allée chercher son résultat

P165 : non, la maman n'a pas été, non. Brigitte a une fille.

Bon. Brigitte, elle a fait le truc, et au moment d'aller le chercher, elle a pas voulu aller le chercher. Et sa fille, elle a rien dit à sa c'est la maman, elle a été le faire hein, et

N172 : c'est ça, oui, mais la première là ?

P166 : oui

N173 : la première, elle, elle, elle va bien ?

P167 : oui, oui

N174 : elle l'a, elle l'a fait quand son test ?

P168 : oh ! alors là ? y'a ? après que son papa est mort, y'a 4, 5 ans qu'il est mort, après que sa maman et son papa soient morts, hein

N175 : mmmh

L'énoncé N171 rate sa cible. Brigitte ne peut évidemment pas savoir si elle est porteuse ou non porteuse. Certes, empiriquement, cela n'est pas contestable, car effectivement elle ne connaît pas le résultat du test. Mais surtout, cela n'est pas non plus contestable logiquement, en raison de la table de vérité de l'implication. Or le médecin s'appuie uniquement sur l'argument empirique que M^{me} P n'a bien entendu aucun mal à admettre. De sorte que N171 « porte à faux ». Une autre stratégie se présente, elle consisterait à proposer un modèle qui contredise l'affirmation de M^{me} P⁵. Elle échoue : Brigitte ne peut pas représenter un contre-exemple. Si la force d'une conviction augmentait au fur et à mesure de ses défenses victorieuses dans les débats dont elle est l'occasion, il ne fait aucun doute que la conviction entretenue par M^{me} P sortirait renforcée de l'interaction

⁵ La théorie des dialogues d'investigation et de recherche (Hintikka & Sandu, 1989) permet d'établir ce point.

qu'elle a entretenue avec le neurologue.

Conclusion

M^{me} P était convaincue que les femmes de sa famille étaient moins atteintes que les hommes. Elle croyait aussi qu'elle-même n'était pas porteuse du gène responsable de la chorée de Huntington. Et puis, elle désirait rassurer ses enfants. Aussi, « sourde » aux tentatives de mises en garde, cherchait-elle plus à confirmer sa conviction qu'à savoir « vraiment ». Malheureusement, il s'avéra qu'elle était porteuse de la mutation génétique et cette information entraîna une grave crise personnelle et familiale.

Les recherches menées en sémantique formelle sur la « théorie des mondes possibles » ont parfois été considérées comme des occupations frivoles de chercheurs en mal d'originalité. Et les expériences de psychologie du raisonnement sont souvent considérées comme une activité abstraite d'un intérêt purement académique. Mais voilà que le réel impose qu'on recourt pour sa compréhension à ces élucubrations gratuites décriées par les fanatiques de la réalité. « A quoi sert la psychologie ? » se demande-t-on à l'envie. Il nous semble que le cas que nous venons de rapporter pourrait utilement nourrir une réponse.

Bibliographie

Batt, M., Trognon, A., & Vernant, D. (2004). Quand l'argument effleure la conviction : Analyse interlocutoire d'une croyance dans un entretien de médecine prédictive. *Psychologie de l'interaction*, 17-18, 167-218.

Bromberg, M., & Trognon, A. (2003). *Psychologie Sociale de la Communication*. Paris : Dunod.

Bromberg, M., & Trognon, A. (2005). Communication et contrats de communication. In N. Dubois (ed.), *Psychologie sociale cognitive*. Paris : Dunod.

Carlson, L. (1983). *Dialogue games. An approach to discourse Analysis*. Dordrecht: Reidel.

Charaudeau, P. (1995). Rôles sociaux et rôles langagiers. In *Modèles de l'interaction verbale* (pp. 79 – 96). Aix-en-Provence: Publications de l'université de Provence.

Ducrot, O., & al. (1980). *Les mots du discours*. Paris : Minuit.

Falzon, P. (1994). Dialogues fonctionnels et activité collective. *Le travail humain*, 57/4, 299-312.

Hintikka, J., & Sandu, G. (1989). Informational Independence as a semantical phenomenon. In J. E. Fenstad & al. (Eds.), *Logic, Methodology and Philosophy of Science VII*, pp. 571-589. Amsterdam: Elsevier.

Trognon, A. (1990). Relations intersubjectives dans les débats. In A. Berrendonner & H. Parret (Eds.), *L'interaction communicative* (pp. 195-213). Berne : Peter Lang.

Trognon, A. (2003). La Logique Interlocutoire : Un programme pour l'étude empirique des jeux de dialogue. *Questions de communication*, 4, 411-425.

Trognon, A., & Batt, M. (2004). Logique Interlocutoire des jeux de dialogue : Un programme en Psychologie Sociale de l'usage du langage. In M. Bromberg & A. Trognon (Eds.), *Psychologie Sociale et*

Communication (pp. 135-156).
Paris : Dunod.

Trognon, A., & Batt, M. (2006, à paraître). Quelles méthodes logiques pour l'étude de l'interaction en psychologie, dans Chabrol (C.) et coll., *Les interactions communicatives*. Paris : Presses de la Sorbonne Nouvelle.

Trognon, A., Dessagne, L., Hoch, R., Dammerey, C., & Meyer, C. (2004). Groupes, collectifs et communications au travail. In E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail : Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 415-449). Nancy: Presses Universitaires de Nancy.

Walton, D. N., & Krabbe, E. C. W. (1995). *Commitment in dialogue: Basic concepts of interpersonal reasoning*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.