



HAL
open science

**House, M.D. et communication professionnelle :
stratégies pédago-didactiques pour l'annonce du
diagnostic,**
Anaïs Carnet

► **To cite this version:**

Anaïs Carnet. House, M.D. et communication professionnelle: stratégies pédago-didactiques pour l'annonce du diagnostic,. Les Langues Modernes, 2021. hal-03166381

HAL Id: hal-03166381

<https://u-bourgogne.hal.science/hal-03166381v1>

Submitted on 7 May 2024

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.

***House, M.D.* et communication professionnelle : stratégies pédago-didactiques pour l'annonce du diagnostic**

PAR CARNET ANAÏS, UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE FRANCHE COMTÉ

L'annonce du diagnostic est un point sensible de la relation patient/médecin, surtout lorsque ce dernier doit annoncer une mauvaise nouvelle. Le professionnel de santé doit alors maîtriser la compétence communicative globale, afin de gérer cette situation délicate.

Les étudiants de médecine doivent également apprendre à annoncer un diagnostic, et cet apprentissage peut se faire pendant les cours d'anglais. Les outils didactiques pour l'enseignement/apprentissage de cette tâche sont rares, et se tourner vers les séries télévisées peut s'avérer utile. *House, M.D.* reste une des séries les plus suivies par les étudiants de médecine ; ainsi, il convient de s'interroger sur la pertinence et l'efficacité de son utilisation en classe d'anglais.

Nous proposons dans cet article une réflexion sur l'intérêt de *House, M.D.* à des fins d'enseignement/apprentissage, en insistant sur le degré de réalisme de cette série, ainsi que sur l'intérêt des étudiants pour son utilisation pédagogique. Nous présenterons également la manière dont cet enseignement peut être construit en s'appuyant sur différentes approches pédago-didactiques telles que l'apprentissage social et le *peer-feedback*.

Mots-clés : enseignement/apprentissage ; séries télévisées ; compétence ; communication professionnelle ; relation médecin/patient ; diagnostic ; apprentissage social ; *peer-feedback*.

Announcing a diagnosis is a sensitive point in the patient/doctor relationship, especially when the latter has to announce bad news. The healthcare provider must then master the overall communicative competence to manage this delicate situation.

Medical students must also learn how to announce a diagnosis, and this can be done during English classes. Teaching tools for teaching/learning this task are scarce, and turning to television series can be helpful. *House, M.D.* is still one of the most popular television series among medical students, so the relevance and effectiveness of its use in English class should be questioned.

This article reflects on the relevance of *House, M.D.* for teaching/learning purposes, emphasizing the realism of the series, as well as students' interest in its pedagogical use. We will also present how this teaching can be constructed using different pedagogical approaches such as social learning and peer-feedback.

Keywords: teaching/learning; television series; competence; professional communication; doctor/patient relationship; diagnosis; social learning; peer-feedback.

Introduction

Pendant leur formation à la faculté, les étudiants de médecine français doivent assimiler des savoirs théoriques denses, et également effectuer des stages en milieu hospitalier afin d'acquérir des savoir-faire pratiques. L'apprentissage de la communication est totalement absent des programmes nationaux régissant les études médicales, bien que celle-ci soit un élément essentiel de la pratique médicale, notamment dans le cadre de la consultation. Il est judicieux de se demander qui serait le plus à même de dispenser cet enseignement. Les professionnels de santé sont les mieux placés pour enseigner les savoirs théoriques : ils maîtrisent le raisonnement clinique qui est l'essence même de la consultation, ils comprennent les symptômes et savent les analyser afin d'aboutir à un diagnostic permettant de soigner le patient. Cela

n'est malheureusement pas une garantie concernant leur capacité à communiquer correctement avec les patients. Être enseignant de langue dans une faculté de médecine peut justifier la prise en charge de l'enseignement de la communication pour la consultation. En effet, le rôle du professeur de langue dans le secteur LANSAD (Langues pour Spécialistes d'Autres Disciplines) est d'apprendre aux étudiants à communiquer dans une langue étrangère dans un domaine spécialisé. Il convient alors de s'interroger quant aux outils qui peuvent être mobilisés pour ce type d'enseignement/apprentissage, en particulier les séries télévisées à caractère médical. Celles-ci ne manquent pas et ont fait couler beaucoup d'encre, notamment *House, M.D.* et son personnage central, le Docteur Gregory House. Mais alors, cette série peut-elle être utilisée dans le but d'apprendre à communiquer avec un patient lors d'une consultation médicale ? Afin de proposer des éléments de réponse, notre choix d'utiliser cette série comme outil pédagogique sera présenté. La communication dans le cadre de la consultation médicale sera ensuite détaillée. Enfin, les stratégies pédagogique-didactiques mises en place lors de cet enseignement/apprentissage seront analysées.

1. *House, M.D.* : la fiction à la frontière de la réalité

Le Docteur Gregory House est un médecin réputé pour son ingéniosité, mais aussi pour son addiction à la Vicodine®. Pour lui, voir les patients est inutile puisqu'ils ne font que mentir, ce qui l'empêche de découvrir ce dont ils souffrent. Ce qui a rendu la série célèbre est pourtant ce personnage que l'on aime détester. Il ne s'agit là que d'une série télévisée, et pourtant, « les séries parviennent à proposer des mondes fictionnels en phase avec les réalités sociales actuelles » (Esquenazi, 2009, p.8). Sepulchre définit le réalisme d'une série comme étant « le degré d'exactitude de la représentation fictionnelle », et ajoute que cette représentation fictionnelle « est un miroir toujours plus ou moins déformant, d'autant qu'elle n'a pas comme le documentaire à satisfaire des exigences de vérités » (2011, p.215). Les producteurs de *House, M.D.* ont fait appel à des experts lors de l'écriture des épisodes comme le Dr Lisa Sanders de l'Université de Yale ou le Dr David Foster d'Harvard, qui sont ainsi devenu des « doctor-turned-novelist[s]¹ » (Charpy, 2010). Cela pourrait être un gage de sérieux et d'authenticité, mais pourtant, certains problèmes apparaissent. En effet, un premier problème se pose avec les cas cliniques, centraux à chaque épisode. On parle de *Medical Zebra* : ces cas cliniques représentent dans la réalité un cas sur un million, même si tous sont authentiques et peuvent être retrouvés dans les revues médicales comme le *British Journal of Medicine* ou encore le *Lancet* (Holtz, 2006). Le deuxième problème concerne les personnages : chaque médecin de l'équipe a sa propre spécialité médicale, mais malgré cela, tous se transforment en multi-spécialistes capables de tout faire à l'hôpital, de l'interrogatoire du patient à la chirurgie en passant par les analyses en laboratoire, ce qui ne reflète en rien la réalité. Il existe également des incohérences purement médicales qui, dans la réalité, pourraient mettre en danger la vie du patient, comme le fait de le mettre sous traitement lourd alors que le diagnostic n'a pas été posé. D'autres erreurs tirent plus vers le comique comme lorsqu'un médecin utilise son stéthoscope à l'envers. Ces décalages avec la réalité compromettent l'utilisation de cette série en cours de langue. Cependant, comment pouvons-nous croire que nous enseignons correctement la réflexion critique s'il n'y a aucun lien avec les milliers d'heures que la plupart des étudiants passent, avant et après les cours et le week-end, en contact avec les médias (Kubey, 2003, p.368).

Ceci est une réalité ; les étudiants de médecine passent des heures à regarder des séries, et même si *House, M.D.* s'est arrêté en 2012, 63% des étudiants de médecine sondés en octobre 2018 à Dijon² la suivent toujours de manière régulière (Carnet, 2020). Un des avantages des séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication concerne la langue qui y est présente : les séries télévisées proposent des exemples de langage oral, mettant en scène des

¹ médecin devenu auteur

² Sondage écrit effectué auprès des 470 étudiants de deuxième, troisième, quatrième et cinquième années de médecine de l'UFR Sciences de Santé de Dijon.

personnages dans des situations de vie qui peuvent renvoyer à des situations réelles. Outre le fait qu'une série soit un moyen fiable pour un locuteur non natif d'être confronté à la langue dans son milieu naturel (Mittmann, 2006), les dialogues entre les personnages emploient la langue telle qu'elle est supposée être utilisée dans la vie réelle (Quaglio, 2009, p.149). Les séries télévisées offrent ainsi une utilisation authentique de la langue permettant aux étudiants d'acquérir des compétences et des savoirs (Danping, 2012, p.340). Pourtant, l'utilisation d'une série télévisée telle que *House, M.D.* ne signifie pas qu'il faille se contenter d'un simple visionnage de scènes ou d'épisodes. Il s'agit plutôt de s'appuyer sur des théories didactiques qui envisagent le médium comme un outil permettant d'atteindre les objectifs fixés dans un contexte pédagogique, à savoir la maîtrise de la communication médecin-patient, dans le cadre d'une consultation médicale.

2. Annoncer un diagnostic : à la croisée des savoirs, savoir-faire et savoir-être

Kurtz, Silverman et Draper (2010) indiquent que la communication dans le contexte de consultation médicale requiert trois grandes compétences. Tout d'abord, celle liée au contenu même de la consultation avec les informations médicales que le médecin collecte et traite ; il s'agit là des compétences liées aux savoirs médicaux du professionnel de santé. Vient ensuite la compétence concernant la forme de l'entretien, qui reflète la manière de communiquer avec le patient : comment le professionnel procède-t-il pour recueillir les informations ou pour les transmettre, quels mots utilise-t-il ? Ceci renvoie au savoir-faire du professionnel. Mais il serait réducteur de dire que communiquer se limite à la parole. Stébé précise que « le comportement verbal et le comportement non verbal s'entrecroisent, et se renforcent mutuellement, pour former un ensemble communicatif total » (2007, p.27). La communication non-verbale, dans le cadre d'une consultation, passe par exemple par la gestuelle, la posture, la proximité avec le patient. La troisième grande compétence à maîtriser est donc le savoir-être. La maîtrise de ces trois compétences - savoirs, savoir-faire et savoir-être - semble essentielle pour garantir l'efficacité de la consultation.

Les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* (CCROG) ont servi de base de travail afin d'établir une liste des points essentiels à maîtriser pour assurer une bonne consultation (Kurtz & Silverman, 1996). Dans cette liste se retrouve l'ouverture de la consultation avec l'accueil du patient et l'identification du problème qui l'amène : les éléments clefs de cette phase de la consultation sont la capacité du médecin à poser des questions ouvertes et fermées, à savoir écouter, comprendre ou demander confirmation en cas de doute, à comprendre la chronologie d'un événement, à utiliser un vocabulaire simple et compréhensible par le patient et à s'assurer de la bonne compréhension de celui-ci. Les autres points mentionnés par les CCROG incluent le fait que les croyances du patient doivent être respectées, que le médecin doit faire preuve d'empathie, et qu'aucun jugement ne peut être émis. Tous ces éléments renvoient aux savoir-faire qui relèvent du langage et aux savoir-être, qui eux, relèvent de la posture.

Cependant, travailler la communication sur l'ensemble de la consultation est un travail chronophage, c'est pourquoi nous avons décidé de nous concentrer uniquement sur le point qui semble le plus délicat à maîtriser, à savoir l'annonce du diagnostic pour lequel les CCROG suggèrent également une liste détaillée de la marche à suivre. Tout d'abord, pour faire part de l'information, le médecin commence par évaluer ce que le patient sait déjà et le prépare au fait qu'une mauvaise nouvelle arrive. L'information est ensuite transmise de manière simple - mais honnête - et est ajustée au point de vue du patient. Le médecin ne doit pas aller trop vite, et il peut segmenter l'information. Les mots sont choisis avec soin, et font preuve de tact et de délicatesse, le médecin adapte son discours aux signaux non verbaux du patient. Le temps est laissé au patient de comprendre et de poser ses éventuelles questions. Le médecin doit également faire preuve d'empathie en montrant de l'intérêt pour les émotions du patient, et laisse le patient exprimer ses doutes ou son

incompréhension. Les CCROG insistent sur l'importance d'éviter le jargon médical lors de l'annonce d'un diagnostic, cela pouvant entraîner confusion ou mal-être chez le patient (Pawlikowska, 2007, p.210).

Cette réflexion sur la manière dont se construit la communication médecin-patient permet d'envisager l'enseignement/apprentissage sous un angle professionnalisant. Toutefois, la difficulté de la situation communicative visée peut engendrer un mal-être chez les étudiants, et l'utilisation de séries télévisées peut aider à la dédramatiser.

3. Stratégies pédaogo-didactiques pour l'enseignement/apprentissage de la communication médecin-patient

Notre objectif est d'aider les étudiants à apprendre à communiquer dans une situation délicate. Dans ce but, nous les avons fait réfléchir à des éléments qui pourraient constituer, non pas un protocole à suivre, mais plutôt une liste de recommandations pour les aider à surmonter ou à gérer la difficulté de cette situation. Pour ce faire, notre démarche s'appuie sur des théories et méthodologies didactiques dans le but de les tester en contexte pédagogique : l'apprentissage social, l'apprentissage par la tâche et le *peer feedback*.

Quatre groupes de 24 étudiants de 2ème, 3ème, 4ème et 5ème années de médecine de Dijon ont suivi deux heures de cours dédiées à la communication médecin-patient dans le cadre de l'annonce d'un diagnostic défavorable. Il leur a été demandé de lister ce qu'il convenait de faire, selon eux, dans cette situation. Il est intéressant de remarquer que les étudiants ont inclus des items qui correspondent à la fois à leur savoir-faire et à leur savoir-être. Les informations recueillies dans chaque cours ont ensuite été croisées afin de créer une liste qui inclut :

- la clarté du message : le diagnostic doit être clairement énoncé puis expliqué avec un vocabulaire facile à comprendre. Le médecin doit être honnête quant à l'issue pour le patient, mais il peut proposer des solutions lorsqu'elles existent. Enfin, tous pensent qu'il est nécessaire de vérifier la bonne compréhension du patient et lui permettre de poser des questions.

- Le comportement du médecin : l'ensemble des étudiants s'accorde à dire que le médecin doit faire preuve de respect et montrer de l'empathie en adoptant une posture appropriée.

Si nous comparons les informations collectées dans les CCROG et les idées des étudiants, de très nombreux points communs apparaissent. Ainsi, puisque les étudiants ont une idée réaliste de la façon dont un diagnostic défavorable doit être annoncé, nous sommes en droit de penser qu'il ne s'agit pas de quelque chose d'insurmontable à faire, et que les médecins et futurs médecins n'ont pas besoin d'apprendre à le faire. Pourtant, connaître la marche à suivre ne veut pas forcément dire savoir-faire, et un travail sur *House, M.D.* devrait leur permettre d'allier savoirs, savoir-faire et savoir-être pour devenir autonome dans ce genre de situation. Un travail sur deux scènes de *House, M.D.* a été proposé aux étudiants des quatre groupes. L'objectif était de les faire réagir à la manière de communiquer du médecin. En se servant de leur liste, et de leur propre ressenti, il leur était ensuite demandé de définir ce qu'ils jugeaient être positif et négatif dans chaque scène. La première scène, met en scène le Dr Cameron annonçant à son patient qu'il est en phase terminale d'un cancer du poumon.

Dr Cameron: George, it's me. Your tests were positive. You have a small cell lung carcinoma. It caused a paraneoplastic neurologic syndrome, which in turn caused your blindness and coma. The cancer's metastasized to your lymph nodes. It's inoperable, but there are radiation treatments available. They might give you a few more months.

Patient: I never smoked. *House, M.D.*, 3x6^{3 4}

Cet extrait a reçu un avis mitigé : la médecin utilise un vocabulaire spécialisé mais donne des informations compréhensibles, elle se positionne derrière le patient mais il est aveugle, elle annonce le diagnostic et l'issue pour le patient sans lui laisser le temps d'assimiler les informations, mais elle est honnête et ne lui cache rien.

Dans le deuxième extrait, le Dr House annonce à son patient qu'il ne lui reste que quelques heures à vivre.

Dr House : You're dying. In a few hours. There's nothing we can do except deal with the pain.

Patient : Well, I need to go home.

Dr House : You're not going home.

Patient : But my dog. What will happen to my dog? *House, M.D.*, 1x21⁵

Cette scène a reçu une critique très vive : le diagnostic est excessivement clair, le médecin ne laisse aucun espoir au patient. Cela étant, certains étudiants y voient des éléments positifs : le médecin semble montrer de l'empathie, il est honnête et même s'il ne laisse aucun espoir au patient, il lui propose des soins palliatifs.

Pour résumer, certains étudiants pensent que le premier extrait est une bonne manière d'appréhender la situation, tandis que d'autres pensent que le second extrait est préférable ; on observe, d'un côté, les étudiants sensibles qui osent laisser une place à leurs émotions, et d'un autre côté, ceux qui préfèrent être le plus honnête et direct possible. L'objectif fixé est clairement atteint : les étudiants réfléchissent à leur pratique professionnelle et à leur manière de communiquer, tout en décelant les éléments qui peuvent caractériser une bonne ou une mauvaise approche. Ils apprennent d'eux-mêmes et de leurs échanges avec les autres, ce qui renvoie au *peer feedback*⁶ ; ce travail collaboratif entre les étudiants vise à harmoniser l'état de leurs connaissances, tout en les sensibilisant aux enjeux sous-jacents. Ils travaillent ensemble avec un objectif commun, celui d'apprendre à mieux communiquer avec un patient (Liu & Carless, 2006, p.280). Les étudiants prennent conscience des enjeux en lien avec la situation travaillée, émettent des critiques fondées sur des critères de jugements personnels ou universels, ce qui impacte leurs propres conceptions des savoirs communicationnels en lien avec la situation travaillée (Nicol & MacFarlane-Dick, 2006).

La mise en pratique sous forme de jeux de rôle qui suit le travail sur les différentes scènes étudiées, amène les étudiants à imiter le comportement ou les expressions verbales des personnages qui fait suite à une brève analyse langagière des scènes. À l'instar des personnages, les étudiants emploient des structures courtes et directes (« You have », « It is », « It causes ») et facilement compréhensibles par le patient, c'est-à-dire évitant l'utilisation du jargon médical. Ces jeux de rôle, construits en adéquation avec l'apprentissage par la tâche (Nunan, 2009), sont systématiquement suivis d'une phase de *peer feedback* assurant un apprentissage réflexif de la communication professionnelle. Bandura avait pensé l'apprentissage social via le médium télévision dans les années 1970, en fondant sa théorie sur les modèles behavioristes de l'époque selon lesquels les enfants apprennent les gestes de la vie en observant les membres de leur famille les exécuter (Bandura, 1980). Winnykamen a approfondi cette théorie en explicitant les bienfaits de l'imitation sur l'apprentissage : « l'activité imitative consiste en l'utilisation intentionnelle des actions observées d'autrui, en tant que source d'information en vue d'atteindre son propre but » (1990, p.105). Il rajoute que « l'imitation, dans sa fonction

³ 3x6 renvoie à l'épisode 6 de la saison 3.

⁴ *Dr Cameron*: George, c'est moi. Vos examens sont positifs. Vous avez un carcinome pulmonaire à petites cellules. Il a provoqué un syndrome paranéoplasique, qui a provoqué à son tour le coma et la cécité. Le cancer présente des métastases dans les ganglions lymphatiques. C'est inopérable, mais il existe des traitements de radiothérapie. Ils pourront vous faire gagner quelques mois.

Patient: Je n'ai jamais fumé.

⁵ *Dr House* : Vous allez mourir. Dans quelques heures. On peut soulager la douleur, c'est la seule chose qu'on peut faire.

Patient : Faut que je rentre à la maison.

Dr House : C'est hors de question.

Patient : Et mon chien. Qui va s'occuper de mon chien?

⁶ Le terme anglophone est conservé puisqu'il s'agit d'une pratique largement décrite dans la littérature scientifique anglophone ; sa traduction pourrait être « l'évaluation par les pairs ».

cognitive d'acquisition, suppose une activité cognitive susceptible de conduire à l'émission d'une réponse élaborée grâce au traitement des informations prélevées sur l'activité du modèle » (*ibid.*, p.94). Le problème avec cette théorie et l'utilisation de *House, M.D.* se pose lorsque l'on pense au personnage même de Gregory House ; il a été décrit comme le médecin le plus anti-éthique qui soit (Wicclair, 2008). En plus de son piètre comportement, ses qualités en matière de communication sont restreintes : il invective les patients ou les ridiculise. L'utiliser comme exemple serait-il alors contre-productif ?

La dynamique spéculaire qui sous-tend la mise en fiction du milieu spécialisé éclaire de manière synthétique et saisissante les nombreuses contradictions et enjeux qui définissent l'environnement professionnel auquel ces pré-professionnels s'identifient (Isani, 2010, p.123)

Ainsi, si l'objectif est de faire réagir les étudiants et de les amener à réfléchir à la manière d'annoncer un diagnostic défavorable, le fait d'utiliser un contre-exemple peut être le parfait exemple.

Conclusion

Apprendre à communiquer une mauvaise nouvelle peut se faire par la réflexion et l'entraînement, et l'enseignant de langue peut aider les étudiants de médecine à réfléchir à leur pratique. L'étudiant, futur professionnel de santé, doit apprendre à communiquer dans le respect du patient. Dans le cadre de l'annonce d'un diagnostic, la communication fait intervenir diverses compétences : le savoir, c'est-à-dire le diagnostic à annoncer et les mécanismes liés à la pathologie, le savoir-faire ou quels mots ou niveau de langue utilisés pour transmettre le message, et enfin le savoir-être ou comment se comporter pour transmettre le message. L'utilisation de séries télévisées permet alors un travail axé sur la forme (par le biais de représentation et de confrontation avec la réalité), mais également sur le fond grâce à l'utilisation authentique de la langue qui y est employée.

Références bibliographiques

- BANDURA, Albert. *L'apprentissage social*. Bruxelles : P. Mardaga, 1980. 206 p.
- CARNET, Anaïs. *L'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale*. Thèse de Doctorat, 2020, Université de Lorraine.
- CHARPY, Jean Pierre. « FASP médicale et substrat professionnel : le miroir éclaté ». *ASp*, 2010, 57, p.49-65. DOI : <https://doi.org/10.4000/asp.955>
- DANPING, Wang. « Self-directed English language learning through watching English television drama in China ». *Changing English*, 2012, Vol. 19, N°3, p. 339-348. DOI : 10.1080/1358684X.2012.704584
- ESQUENAZI, Jean Pierre. « Télévision : la familiarité des publics avec leurs séries ». *Idées économiques et sociales*, 2009, N°155, p. 26-31.
- HOLTZ, Andrew. *The medical science of House, M.D.* New York, NY : Berkley Boulevard, 2006, 272 p.
- ISANI, Shaeda. « Dynamique spéculaire de la fiction à substrat professionnel et didactique des langues de spécialité ». *ASp*, 2010, N°58, p. 105-123. DOI : <https://doi.org/10.4000/asp.1843>
- KUBEY, Robert. « Why U.S. media education lags behind the rest of the English-speaking world ». *Television and New Media*, 2003, Vol. 4, N°4, p. 351-370. DOI : <https://doi.org/10.1177%2F1527476403255808>
- KURTZ, Suzanne et Jonathan SILVERMAN. « The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes ». *Medical Education*, 1996, Vol. 30, N°2, p. 83-89. DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>
- KURTZ, Suzanne et Jonathan SILVERMAN et Juliet DRAPER. *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Édition médecine et hygiène, 2010. 316 p.
- LIU, Ngar Fun et David CARLESS. « Peer feedback: the learning element of peer assessment ». *Teaching in Higher Education*, 2006, Vol. 11, N°3, p. 279-290. DOI : <https://doi.org/10.1080/13562510600680582>
- NICOL, David et Debra MACFARLANE-DICK. « Formative assessment and self-regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice ». *Studies in Higher Education*, 2006, Vol. 31, N°2, p. 199-218. DOI : 10.1080/03075070600572090
- NUNAN, David. *Task-based language teaching*. Cambridge : Cambridge University Press, 2009. 240 p.
- PAWLIKOWSKA, Teresa. « Consultation models ». In Charlton, R. (Dir.), *Learning to consult*. Oxford : Radcliffe Pub. 2007. p. 178-215.
- QUAGLIO, Paulo. *Television dialogue: the sitcom Friends vs. natural conversation*. *Studies in corpus linguistics*. Amsterdam : John Benjamins, 2009. 161 p.
- SEPULCHRE, Sarah. *Décoder les séries télévisées*. Bruxelles : Éditions De Boeck, Collection INFO & COM, 2011. 282 p.
- STEBE, Jean Marc. *Risques et enjeux de l'interaction sociale*. Éditions Tec & Doc, Collection Sciences du risque et danger, 2007. 106 p.
- WICCLAIR, Mark. « The pedagogical value of *House, M.D.* - can a fictional unethical physician be used to teach ethics? » *The American Journal of Bioethics*, 2008, Vol. 8, N°12, p.16-17. DOI : 10.1080/15265160802478503
- WINNYKAMEN, Fayda. *Apprendre en imitant?* Paris : Presses Universitaires de France, 1990. 364 p.