



**HAL**  
open science

## Peut-on "traduire" les mots des experts? Un dictionnaire pour les patients atteints de cancer

Valérie Delavigne

► **To cite this version:**

Valérie Delavigne. Peut-on "traduire" les mots des experts? Un dictionnaire pour les patients atteints de cancer. Michaela Heinz. Dictionnaires et traduction, Berlin, p. 233-266, 2012, 978-3865963727. hal-00920640

**HAL Id: hal-00920640**

**<https://hal.science/hal-00920640>**

Submitted on 18 Dec 2013

**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.

Peut-on « traduire » les mots des experts ?  
Un dictionnaire pour les patients atteints de cancer

Valérie Delavigne

Laboratoire DySoLa EA 4305 ; Institut national du Cancer,  
v.delavigne@yahoo.fr

**Résumé**

Le système de santé promeut aujourd'hui la participation active des patients aux prises de décision médicale. Pour ce faire, ceux-ci doivent acquérir les termes en lien avec leur maladie. Cependant, peut-on « traduire » les mots des experts ? Une plateforme d'informations sur les cancers propose un dictionnaire qui vise à offrir des définitions validées sur le plan médical tout en tenant compte des besoins d'information des patients et de leurs proches. L'objectif de cet article est de présenter ce dictionnaire actuellement en ligne sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), d'en montrer ses caractéristiques et de discuter de la nature des informations lexicographiques nécessaires aux usagers pour s'approprier les termes en lien avec leur maladie

**Mots-clés** : Terminologie médicale, lexicographie, appropriation terminologique, vulgarisation, traduction, cancer.

<b>1. UN DICTIONNAIRE AU CŒUR D'ENJEUX SOCIAUX.....</b>	<b>3</b>
VERS UN PARTAGE DU SAVOIR .....	3
LA LOI ET LE PATIENT.....	4
BESOINS DES PATIENTS ET INFORMATION .....	4
<b>2. UN DICTIONNAIRE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER ET LEURS PROCHES.....</b>	<b>6</b>
LE PROGRAMME CANCER INFO.....	6
POUR UNE APPROPRIATION TERMINOLOGIQUE.....	7
LES USAGERS .....	8
<b>3. UN DICTIONNAIRE D'USAGE .....</b>	<b>9</b>
LA NOMENCLATURE .....	9
LE CORPUS.....	10
LE TRAITEMENT DU CORPUS .....	11
<b>4. UN DICTIONNAIRE ADAPTE ET VALIDE .....</b>	<b>11</b>
DECRIRE POUR FAIRE SENS : DES FICHES DESCRIPTIVES .....	11
LES CONTENUS DEFINITOIRES.....	12
UNE DOUBLE VALIDATION .....	13
<b>5. UN DICTIONNAIRE DE TRADUCTION ?.....</b>	<b>14</b>
VULGARISATION ET TRADUCTION.....	14
DE LA NECESSITE D'UNE RECONTEXTUALISATION.....	16
DE LA DEFINITION AU SENS EN RESEAU .....	17
<b>6. PERSPECTIVES.....</b>	<b>18</b>
<b>7. REFERENCES.....</b>	<b>19</b>

Avec un souci d'efficacité et un impératif de prévention, les politiques de santé publique affirment aujourd'hui la nécessité de prendre en compte le point de vue des usagers. Elles s'orientent vers des mesures dont l'enjeu proclamé est la mise en correspondance de besoins et d'une offre adaptée, associée à un partage de l'information. Dans ce contexte, l'Institut national du cancer développe sur Cancer info, plateforme de référence en matière d'information médicale et sociale sur les cancers, un dictionnaire destiné aux personnes malades et à leur entourage.

Car devenir des acteurs du système de soins au sens plein et dialoguer avec les équipes médicales nécessitent de pouvoir s'approprier les principaux termes en lien avec la maladie afin de partager les mêmes mots et de s'entendre sur leur sens.

Pendant, une question centrale reste posée : peut-on « traduire » les mots des experts ? La vulgarisation trouve sa principale justification dans la levée de l'obstacle constitué par le « jargon » des spécialistes. Elle est souvent assimilée à une traduction en tant qu'activité de « réélaboration interprétative » (Canon-Roger, 2005) qui vise à une transmission. Or les énoncés de vulgarisation et particulièrement, les définitions de vulgarisation, gagnent à être envisagés non comme des traductions, mais comme des productions singulières, ce qui permet de mieux rendre compte de la logique propre. C'est particulièrement vrai des définitions de vulgarisation médicale dont les spécificités sont de répondre aux besoins des patients et d'aller au-delà d'une définition strictement linguistique.

L'objectif de cet article est de présenter le dictionnaire actuellement en ligne sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), d'en montrer ses caractéristiques et d'examiner la nature des informations lexicographiques nécessaires aux usagers. L'article s'organise en exposant tout d'abord le contexte et les enjeux qui ont présidé à l'élaboration du dictionnaire, puis, dans une deuxième partie, le programme et le public auquel il se destine. Les parties suivantes présentent le dictionnaire proprement dit et les principes méthodologiques qui gouvernent la production des définitions. Enfin, nous discuterons de la conception de la vulgarisation assimilée à une traduction pour envisager les outils lexicographiques qui peuvent être mis à disposition des patients pour une meilleure appropriation terminologique.

## **1. Un dictionnaire au cœur d'enjeux sociaux**

Le système de santé promeut aujourd'hui la participation active des patients à la prise de décision thérapeutique, s'engageant dans une démarche d'adaptation à leurs besoins et transformant progressivement la relation entre professionnels de santé et patients. Il prend acte ainsi de l'aspiration des personnes malades et de leurs proches à obtenir une information validée, compréhensible et actualisée, en correspondance avec leurs besoins.

### ***Vers un partage du savoir***

Depuis la fin des années cinquante, le modèle traditionnel de la relation médecin-patient s'est progressivement transformé. Sous l'influence nord-américaine, le poids des mouvements d'associations de malades et des actions de personnes atteintes de sida, on assiste à une évolution du modèle traditionnel de la relation médecin-patient, dit « paternaliste », et à un changement de paradigme, bouleversant des millénaires d'une relation jusqu'alors stable fondée sur la dépendance du patient au savoir du corps médical.

Les pratiques des pays occidentaux tendent aujourd'hui vers un nouveau modèle participatif de la prise de décision médicale, à l'origine du concept de « démocratie sanitaire » qui s'est développé en France dans les années 90 (Chabrol, 2000). Ce nouveau paradigme « autonomiste » consiste à considérer le malade comme un individu au-delà de sa maladie, acteur de sa santé. Le patient est censé devenir un « patient responsable » (« *patient empowerment* »), susceptible d'assimiler des informations sur son état de santé et sur les traitements. Il est désormais présumé être acteur des

soins, qui lui sont *proposés*, et non plus imposés. La médecine tend alors de se centrer non sur la maladie, mais sur la personne, reconnue autonome, responsable et émancipée.

De son côté, le médecin est pris dans des processus de soins pluridisciplinaires afin d'améliorer la prise en charge du patient et de discuter de ses choix thérapeutiques avec lui. Il perçoit le risque que la relation médecin-patient se transforme en simple prestation de service pour devenir une relation contractuelle entre service de santé et consommateurs de soins se substituant à la relation de confiance. Sa pratique lui demande en outre une forte capacité à s'adapter à chaque situation individuelle et temporelle : car face au cancer, la relation se renouvelle au fil du temps, temps nécessaire au patient pour s'adapter, intégrer des informations, accepter sa maladie. Et cette demande est parfois fort différente de celle des proches.

### **La loi et le patient**

Cette mutation de la relation médecin-patient s'est peu à peu inscrite dans la législation.

L'aspiration des patients à plus de clarté et d'informations de qualité a clairement émergé lors des premiers États généraux des malades du cancer organisés par la Ligue contre le cancer en 1998, point de départ de cette évolution du système de santé par la redéfinition de la relation soignant-soigné (Moumjid *et al.*, 2009).

Si l'amorce de cette mutation se trouve inscrite dans les textes officiels dès 1988 avec la loi Huriet-Sérusclat puis en 1995, dans le code de déontologie médicale et la Charte du patient hospitalisé, elle s'affirme par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Approfondie par des réflexions sur les relations entre science et démocratie (Latour, 1989 ; Stengers, 2002), ces dispositions placent les patients au centre du système de santé.

C'est dans ce contexte qu'a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004 l'Institut national du cancer (INCa), agence nationale sanitaire et scientifique dédiée à la cancérologie et placée sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche. L'agence a pour missions de coordonner les actions de lutte contre le cancer, développer des expertises scientifiques, définir des référentiels de pratique et d'organisation, et apporter une information adaptée au public et aux professionnels. L'un des objectifs de l'INCa est d'assurer le suivi des actions des plans cancer dont le premier, lancé en mars 2003, a impulsé une dynamique dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades. La plateforme d'information Cancer info proposée sur le site de l'INCa entre dans l'action 19.5 du deuxième plan cancer pour la période 2009-2013 :

Action 19.5 : rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

C'est cette notion de *référence* qui distingue Cancer info des sources d'informations multiples que tout un chacun peut trouver sur l'internet et légitime son positionnement comme source d'information médicale fiable sur les cancers.

### **Besoins des patients et information**

Le cancer, en tant que maladie emblématique, concentre les débats autour des questions de santé (Hoerni et Soubeyran, 2004). C'est l'une des maladies dont la représentation sociale est la plus liée au risque de mort (Sontag, 2005). Elle engendre, pour ceux qui en sont atteints, des bouleversements biographiques considérables. Pendant longtemps *innommable* - même les médias n'en faisaient guère état, lui préférant la litote de « longue maladie » -, sa fréquence - plus de 350 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2010<sup>1</sup> -, ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité, et aujourd'hui, sa chronicisation ont d'importantes répercussions sociétales.

Certes, les mécanismes de cancérisation et d'évolution cancéreuse sont mieux connus ; les traitements deviennent de plus en plus efficaces ; le cancer n'induit plus une forte mortalité à court terme : on en guérit désormais plus souvent, en dehors de quelques cancers spécifiques. Mais cela ne suffit pas. Car les bénéfices, parfois faibles, et le poids des effets secondaires des traitements, aussi bien en termes de toxicité immédiate qu'en termes d'effets indésirables handicapants à long terme,

---

<sup>1</sup> [http://www.invs.sante.fr/presse/2010/communiqués/cp\\_projection\\_cancer\\_040510/index.html](http://www.invs.sante.fr/presse/2010/communiqués/cp_projection_cancer_040510/index.html)

rendent parfois difficile la prise de décision clinique. En cancérologie, les schémas thérapeutiques sont lourds, complexes et provoquent des effets secondaires parfois très difficiles à vivre.

L'aspiration à accéder à des données en santé objectives et fiables est manifeste : l'information sur leur état de santé et les traitements constitue un besoin prioritaire pour près de 90 % des patients atteints de cancer (Camhi, 2004). Les patients souhaitent être informés sur la maladie, ses traitements et leurs conséquences (Blanchard *et al.*, 1988 ; Sutherland *et al.*, 1989 ; Meredith *et al.*, 1996). Or si on mesure le temps qu'un patient passe réellement avec un médecin, on compte en moyenne 30 minutes de consultation par mois, soit six heures par an. Autrement dit, « il est normal que le patient ait besoin d'aller chercher l'information ailleurs » (HAS, 2009 : 3). D'une enquête menée en 2004 (Le Corroller-Soriano, 2008) ressort que pour s'impliquer dans une décision thérapeutique, nécessaire pour accepter la difficulté des traitements, la qualité de la relation médecin-malade est certes primordiale, mais tout autant que l'information dont dispose le patient, ce qui souligne la nécessité d'améliorer les échanges et l'accessibilité des informations.

Si le concept de décision partagée est récent, les patients ont néanmoins toujours su manifester leurs préférences en matière de soins : en demandant un second avis, en choisissant des traitements alternatifs, en se pliant ou non au traitement prescrit, etc. (Haynes, 1979). Ces besoins d'informations varient d'une personne à l'autre et évoluent pour chaque individu au cours des différentes étapes de la maladie (Demma, 1999 ; Leydon, 2000 ; Loy, 2006). Les données présentées nécessitent donc d'être adaptées en fonction de chacun et du moment de son parcours de soins. Certaines réclament d'être éclaircies. Ainsi, si l'on prend l'exemple des statistiques, que signifie d'avoir 99 % de chances de survie si on est le 100<sup>ème</sup> ; et inversement, 1 % de survie si c'est de soi dont il s'agit ? Valables uniquement pour un ensemble d'individus, les statistiques ne présagent rien pour une personne en particulier. Ce type d'information n'est alors guère pertinent, voire générateur d'angoisses (Ménoret, 2007).

Cet appétit d'informations va au-delà des connaissances médicales : l'expérience tirée de la maladie, ses conséquences sur la vie professionnelle, sociale, familiale, sexuelle... intéressent tout autant, voire plus les patients (Moumjid *et al.*, 2009). Ils se préoccupent de la façon dont ils vont pouvoir vivre au jour au jour avec la maladie, comment ils vont pouvoir gérer les contraintes et les limitations au quotidien, des rapports avec leurs proches. Les interrogations se tournent également vers des questions sociales : le travail, qu'il faut parfois aménager, l'emprunt, rendu plus difficile, l'assurance, devenue plus compliquée, le soutien psychologique, qui permet d'améliorer la qualité de vie...

Pour y répondre, diverses sources d'information sur les cancers sont aisément accessibles via différents médias : les sites de santé et les forums fleurissent sur la toile. Mais si l'internet fournit incontestablement un grand nombre d'informations, cette dissémination n'est pas sans danger. Une étude conduite par les sociologues Sylvie Craipeau et Gérard Dubey (Picard *et al.*, 2011) souligne que si les sites et forums médicaux favorisent le développement des « connaissances profanes », les informations échangées par les utilisateurs sont fortement anxiogènes. Par ailleurs, l'accessibilité aux articles médicaux et scientifiques sur le web provoque incompréhensions et partant, génère souvent des interprétations inadéquates et des angoisses inutiles. En effet, associées à une terminologie difficile à appréhender, chargée de valeurs anxiogènes, de représentations, d'imaginaires et... d'une technicité scientifique redoutable, ces données disponibles à foison non seulement ne répondent pas aux besoins des patients et surtout, ne sont pas toujours en cohérence avec l'état des connaissances et des données actuelles de la science.

Il arrive que certains malades tentent de devenir experts de leur maladie, recueillant toutes les informations disponibles et s'appropriant le jargon médical - c'est là une façon de reprendre le contrôle, de passer d'un statut de « patient » passif à un sujet actif, lorsque que ce qu'ils vivent se heurte à la froideur des représentations médicales. Mais cette situation n'est pas la plus fréquente. Une étude récente distingue quatre profils de patients atteints de cancers « chercheurs d'informations médicales » selon la façon dont ils prospectent (ou non) et mobilisent les sources d'informations (Protière *et al.*, 2011). L'observation révèle des disparités d'accès aux informations liées à des facteurs d'ordre social, culturel et linguistique (Fainzang, 2006), à mettre en relation entre autres avec les différences d'accès aux outils numériques selon les capitaux économiques, sociaux, culturels et autres caractéristiques sociodémographiques et géographiques : la « fracture numérique » est une réalité. Et il faut noter que le patient ne souhaite pas toujours tout savoir et a tout autant le droit de ne pas être informé de son état.

Cette notion d' « information » est en elle-même à préciser et discuter dans la mesure où le terme, à l'assiette sémantique fort large, fait référence à des éléments de diverse nature : annonce d'une mauvaise nouvelle, rapport à la vérité, droit des malades à l'information... C'est dans cette dernière acception que le terme devra être entendu ici. Ce syntagme, devenu un « droit » comme il a été souligné plus haut, s'impose depuis la décennie 1990, mais est à problématiser. En effet, tout se passe comme s'il s'agissait seulement de transférer des connaissances d'un vase dans un autre, négligeant que s'effectuent des opérations d'interprétation, d'appropriation, de *re-création*.

Or envisager les questions d'appropriation de données expertes impose de prendre en compte les connaissances déjà-là et leur influence sur les autres formes d'expertises en construction, en se confrontant non seulement à l'hétérogénéité des types de savoirs construits et à leur caractère dynamique (Delavigne, 2001), mais aussi à la diversité des logiques, des rationalités, des représentations du corps et de la maladie et ... des envies de savoir ou de ne pas savoir. Il convient donc se demander comment s'exerce le partage du savoir. La difficulté cognitive est là, liée à la complexité de la prise en charge, et se double d'une distance sociale entre experts et patients, d'une « asymétrie des rôles et des savoirs » (Traverso, 2001) et d'enjeux spécifiques à chacun. Et l'on sait que le travail d'information n'est jamais fixé (Ménoret, 2007) et évolue tout au long des étapes du parcours de soins et de l'acceptation de la maladie (Demma *et al.* 1999 ; Razavi *et al.* 1998).

Dans cette affaire, le rôle du langage est bien évidemment crucial (Vergely *et al.*, 2010).

La demande d'information des patients nécessite donc la construction d'une information adaptée, précise et complète, fondée sur des preuves acceptées par la communauté scientifique et qui tienne compte de leurs besoins d'informations. Cet enjeu de santé publique passe par le développement d'outils diversifiés et adaptés.

## **2. Un dictionnaire pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches**

De ces constats a émergé un programme visant à mettre à disposition des personnes malades et de leurs proches une information médicale fiable sur les cancers. Le partage d'information, levier du processus de démocratie sanitaire, s'inscrit dans une démarche plus générale d'accompagnement des patients destinée à faciliter le dialogue entre les patients et les professionnels de santé qu'ils côtoient tout au long de leur parcours de soins.

Nous sommes dans un cadre « d'éducation du patient » ou « d'éducation thérapeutique ». Les deux syntagmes présupposent un patient à éduquer, ce qui ne laisse pas de surprendre en première approche... Née dans un contexte de maladie chronique (gestion du diabète et de l'asthme), l'éducation thérapeutique vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie, ses traitements, à coopérer avec les soignants et à adapter ses pratiques pour maintenir sa qualité de vie afin de se rendre *acteur* de son traitement et *partenaire* des équipes soignantes. Dans ce modèle participatif, le patient est censé s'emparer du savoir proposé.

Le dessein est affiché : il s'agit d'influer sur les comportements du patient qui doit devenir responsable, susciter l'observance des traitements, modifier les pratiques. Dès lors que l'on souhaite un patient « acteur » de ses traitements, il est nécessaire qu'il détienne le savoir nécessaire à cette implication dans les choix thérapeutiques. L'expertise doit donc circuler, reconfigurant les usages discursifs.

Au vu de cet enjeu pragmatique, l'information devient un instrument au service d'un dialogue à établir entre les patients, leurs proches et les professionnels de santé, un « outil », au sens de Leroi-Gourhan (1964) : l'information sous des formes diverses prolonge ici le geste discursif du professionnel de santé avec pour objectif une meilleure compréhension de la prise en charge et l'optimisation des échanges langagiers. Autrement dit, c'est une culture « périmédicale » en construction qu'il s'agit d'accompagner.

### **Le programme Cancer info**

L'Institut national du cancer développe ainsi un outil d'information, Cancer info, en partenariat avec des associations et des institutions impliquées dans l'information sur les cancers aux personnes

malades<sup>2</sup>. Cancer info est conçu comme un univers de référence au sein d'un environnement informationnel dense et souvent confus, pour rendre accessible une information validée au plan scientifique, médical et juridique, régulièrement actualisée et compréhensible car pensée pour et avec ses utilisateurs. Cet outil a été développé sur différents supports afin de multiplier les possibilités d'accès à l'information : téléphone, internet, papier. Il s'agit de produire des outils textuels : guides, fiches d'information, dictionnaire, etc., destinés à compléter et à renforcer l'information orale prodiguée par les équipes médicales, et dont l'élaboration suit des critères de qualités méthodologiques stricts clairement définis.

Les contenus proposés ont pour vocation à donner aux patients qui le souhaitent le moyen d'être acteurs de leur prise en charge grâce à une meilleure compréhension de la maladie en complétant ou éclairant les informations données par le médecin spécialiste du cancer et les équipes médicales qui accompagnent le patient.

C'est dans le cadre de ce programme qu'a été initié un projet spécifique : proposer aux patients, en complément des documents d'information, un dictionnaire en ligne sur le cancer, validé sur le plan médical et qui tient compte des besoins d'information et des préférences des personnes malades et de leurs proches.

### ***Pour une appropriation terminologique***

Améliorer la qualité de la prise en charge des patients passe par l'appropriation des savoirs en rapport avec la maladie et partant, des terminologies en circulation qui en sont le support (Delavigne 2001). Parler la même langue est la condition fondamentale du dialogue. Or l'écueil essentiel réside dans le « jargon » médical, jargon que nous assimilons aux termes et à la phraséologie propre à cette activité. De tout temps, les relations médecins-patients ont été entachées de termes spécifiques dont l'importance est notoire, mais qui reste abscons pour le commun des mortels. Molière le stigmatisait à sa façon. Les terminologies peuvent devenir un lieu d'affrontement des rôles sociaux médecin-malade ; posséder l'usage du jargon est alors une façon de dénouer une forme de pouvoir symbolique.

Cette notion « d'appropriation » des terminologies circulantes est centrale dès que l'on souhaite que le patient puisse devenir acteur du système de soins. Les terminologies sont parties prenantes des relations interindividuelles, intervenant tout à la fois dans l'interlocution avec les médecins et les équipes médicales, et dans les échanges autour de la maladie avec les proches et d'autres patients. Dans ce contexte comminatoire, il s'agit de faire en sorte non seulement que les patients puissent comprendre leur maladie, leurs examens, leurs traitements, mais également qu'ils puissent dialoguer avec les professionnels de santé, communauté discursive inhomogène. Autrement dit, les patients doivent s'approprier les formes langagières foisonnantes utilisées par la communauté médicale pour les décoder, mais également pour les encoder et les manipuler au mieux en fonction de leur désir de dialogue.

L'appropriation est une notion analytique utilisée notamment dans les études sur les technologies numériques. Comme Serge Proulx le signale (2005), elle renvoie à une dimension marxiste (« appropriation des moyens de production ») et s'inscrit dans le courant d'étude de l'autonomie sociale : l'appropriation est un procès à la fois individuel et social, qui permet de décrire le processus d'assimilation de compétences techniques et cognitives. Cette notion trouve sa pertinence dès lors que l'on envisage de questionner les problèmes de confrontation aux vocabulaires spécialisés.

Pour reprendre la dichotomie classique proposée par Benveniste (1966), pour qu'il y ait appropriation, les termes ne doivent pas rester de simples formes *sémiotiques*, identifiées comme appartenant à la terminologie médicale et véhiculant seulement des valeurs d'usage, mais en passant au niveau *sémantique*, doivent pouvoir être interprétés et compris. Le travail d'appropriation peut être considéré comme accompli dès lors que les termes sont incorporés au vocabulaire passif et au vocabulaire actif du patient, perdent leur caractère « exotique » et, en devenant plus familiers, ne procurent plus de « sentiment néologique » (Gardin *et al*, 1974). Le dialogue devient alors possible.

Le sémantisme des termes est souvent cognitivement compliqué et difficilement intégrable d'un coup par le patient. Leur assimilation nécessite un travail - il n'est pas sûr qu'un dictionnaire puisse seul y parvenir ! En outre, l'appropriation des terminologies médicales est à corrélérer au niveau

---

<sup>2</sup> [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info).

socioculturel des patients, parfois, à leur culture d'origine et, bien évidemment, à leur désir de savoir. Néanmoins, la multiplication des outils d'aide peut permettre à chacun de trouver des éléments facilitants.

### **Les usagers**

La conception d'un dictionnaire doit se centrer sur les besoins des usagers. Toute énonciation, lexicographique ou autre, prend en charge son co-énonciateur, quand bien même l'affaire est implicite. Dès lors que l'on souhaite élaborer un dictionnaire pour les patients, il convient donc de définir qui sont ces « patients ».

Or nous voici aux prises avec un public spécifique, aux attentes particulières, mais pour le moins varié. Les usagers sont par définition divers : n'importe qui peut être atteint d'un cancer et devenir « patient ». Dès lors, quel usager modèle construire ? Désigné alternativement par « patient », « malade », « usager du système de santé », « grand public », « public large », « non-spécialiste », « profane »..., ces catégorisations vagues masquent en fait une difficulté réelle : celle d'appréhender ce public dans son hétérogénéité.

Nous sommes en face d'une collection non structurée de membres individualisés. Un élément les rassemble : la maladie, qui les intègre malgré eux à une « communauté », un ensemble informel de locuteurs ayant un lien en commun, une préoccupation commune, au delà des variations individuelles.

Une modélisation des « usagers-types » réclame de se tourner du côté des sciences sociales, vers une sociologie de l'acteur malade : il s'avère indispensable de décloisonner nos ressources théoriques et d'interroger depuis notre position disciplinaire différents champs suivant une approche « modulaire » (Bonhomme, 2008). Dans le champ des sciences du langage est convoquée la socioterminologie comme point de départ disciplinaire (Gaudin, 1993). Mais au-delà de la linguistique, il est nécessaire de prendre en compte certains résultats de l'anthropologie, de la sociologie de la santé, de la sociologie des sciences, des sciences de l'information et de la communication qui nous livrent un portrait plus fin du « patient » (cf. Bataille, 2003 ; Fainzang, 2006 ; Ménoret, 1999...). Notre position de socioterminologue, qui ajoute aux apports de la sociolinguistique et de la sociologie de la communication les acquis de l'ethnométhodologie, de la sémantique et de l'analyse de discours, nous pousse à nous centrer sur la part langagière des locuteurs pour exprimer leurs besoins et appréhender les termes circulants. Ils deviennent alors des « informateurs » au sens de la dialectologie.

Dans cette optique, l'usager-type peut être approché par la constitution d'échantillons qui vont servir de cadres de référence. La construction de ces échantillons est à problématiser : il ne s'agit certes pas d'échafauder un échantillon illusoirement « représentatif » dont la pertinence pourrait en outre être douteuse. L'idée est plutôt de donner une place aux usagers au sein même de l'élaboration du dictionnaire. Une perspective ethnométhodologique (pour appréhender le contenu du dire) et socioterminologique (discursivement et « terminologiquement » centrée) qui passe par le recueil d'éléments langagiers nous met ainsi en situation de saisir au plus près ce que les patients et leurs proches disent et comment ils le disent, donc de recueillir tout à la fois leurs besoins explicités par rapport à une ressource lexicographique qui leur est destinée et de recueillir les termes qu'ils utilisent.

Le recrutement des patients s'effectue de plusieurs manières : les patients sont mobilisés par le biais du site de Cancer info ou d'associations de malades, recommandés par des médecins qui participent à l'élaboration des documents de Cancer info sur la base d'un entretien, ou par des réseaux informels. Il faut néanmoins rester conscient d'un biais dans la construction de cet échantillon : les patients qui participent à l'élaboration du dictionnaire sont ceux qui souhaitent s'impliquer, et de ce fait, ne sont sans doute pas complètement totalement représentatifs du public visé.

Néanmoins, les associer au projet permet de révéler leur horizon d'attente, d'esquisser une modélisation des utilisateurs potentiels et surtout, de faire émerger leurs besoins à différents niveaux : nomenclature, définitions, supports, format...

### 3. Un dictionnaire d'usage

La démarche d'analyse engagée procède donc de la socioterminologie en tant que champ englobant et privilégié, et vise à considérer les mécanismes d'usage et la dynamique du fonctionnement des termes, en tentant de prendre en compte la diversité des pratiques langagières situées, écrites comme orales. Cette posture influe sur le programme du dictionnaire et notamment, sur sa nomenclature, l'ensemble de ses entrées, et sa microstructure, son programme d'informations sur les entrées. Dans un premier temps, intéressons-nous à la nomenclature.

#### **La nomenclature**

Il s'agit d'aller au devant des connaissances et des méconnaissances des patients, pour *remédier* au discours médical et leur offrir les termes dont ils pourraient avoir besoin. Le langage est partie prenante dans la façon dont les connaissances médicales vont se structurer. C'est dire l'importance du choix des mots dits et des mots tus.

L'analyse socioterminologique des concurrences dénominatives a montré combien les terminologies varient selon les acteurs, les échanges, les supports, les lieux où elles circulent et les pratiques qui les motivent, en bref, leurs conditions de production, de circulation et de réception. Dans une visée informative, une description de cette variabilité des usages et des interprétations est un préalable indispensable à un choix motivé des termes qui vont intégrer la nomenclature du dictionnaire.

Ainsi, faut-il intégrer à la liste des entrées le mot *guérison* ? Quelle place faire au terme *castration*<sup>3</sup> ? Songeons également aux interprétations d'*examen négatif*, senti parfois comme l'indice d'un mauvais pronostic, à l'opposé même du sens exprimé par l'énonciateur. Les entrées *négatif* et *examen négatif* seront donc nécessaires. Sans attention prêtée à ce type de « malentendus » qui peuvent mener à une « surinterprétation » du discours médical (Fainzang, 2006), nous manquerions notre objectif. Ajoutons que le rôle glottopolitique que joue l'INCa influe sur la sélection ou le traitement des termes. Ainsi, doit-on préférer l'entrée *effet secondaire* ou *effet indésirable*, l'un ou l'autre n'activant pas les mêmes sèmes, et *effet indésirable* risquant d'introduire une confusion avec la notion « d'événements indésirables » utilisée en radiothérapie ? Il s'agit ici de tenir compte des choix collectifs liés à des enjeux spécifiques.

Une première étape passe donc par le repérage des termes en circulation avant d'en analyser le fonctionnement et leurs usages.

On peut circonscrire la communauté médicale autour d'acteurs identifiés : médecins, infirmières, chirurgiens, chimiothérapeutes, radiothérapeutes... Ils constituent une communauté composite aux terminologies propres, même si on peut identifier ce que l'on pourrait appeler à l'instar de Jean-Claude Beacco, des « communautés discursives nucléaires » (1995 : 138). On doit y intégrer des professionnels que l'on n'inclurait pas d'emblée dans le domaine de la cancérologie, mais présents auprès des patients : travailleurs sociaux, socio-esthéticiennes, bénévoles d'association... C'est cette communauté hétérogène qu'un patient est conduit à rencontrer et avec laquelle il va échanger sur sa maladie, mais aussi sur sa vie quotidienne, ses difficultés psychologiques, ses problèmes sociaux, son environnement professionnel. Le vocabulaire circulant dépasse alors le strict vocabulaire médical : le dictionnaire accueille ainsi les termes *curatelle* et *sauvegarde de justice*, réputés appartenir au domaine du droit ou du social, *déni* ou *addiction*, termes de psychologie, et des vocables comme *dispositif d'annonce* ou *programme personnalisé de soins*, issus de l'évolution de l'organisation des soins en cancérologie. Par ailleurs, les termes relatifs au cancer circulent bien au-delà de ces sphères spécialisées : si le patient parle aux équipes médicales, il parle aussi à d'autres patients, à ses proches, lit les médias, regarde la télévision, consulte l'internet... Son discours s'irrigue des interdiscours (Bakhtine, 1978).

C'est dire la multiplicité et la variété des discours auxquels il est confronté, et par là, faire le constat (banal) de la variation terminologique : variation diachronique (on voit s'affiner le sens de *consultation d'annonce* entre 2008 et 2011), diatopique (selon les établissements de santé ou les services, on va

---

<sup>3</sup> La castration est ici une intervention par chirurgie, radiothérapie ou à l'aide de médicaments, destinée à supprimer la production d'hormones sexuelles susceptibles de stimuler la croissance d'une tumeur.

parler d'*hématologue* ou d'*hématologiste*), diastratique (qui met le doigt sur les clivages langagiers d'une communauté hétérogène) et... idiosyncrasique (le patient évolue, apprend, se saisit des termes de l'autre, des autres, les reprend, se les approprie...).

Dès lors, quel terme doit intégrer la nomenclature et être constitué en unité lexicographique ? Retenir un terme ne préjuge pas de son appartenance à un domaine spécifique ou à un quelconque réseau conceptuel<sup>4</sup>. Interviennent ici des questions d'usage, de fréquence et de pertinence par rapport aux objectifs du dictionnaire ; il s'agit de repérer les unités utilisées au travers les discours où l'on peut cerner des « réglages de sens » en se centrant sur la notion d'usage et de pertinence.

La nomenclature de la base de données rassemble 1900 termes dont 1150 sont actuellement publiés (2011).

### **Le corpus**

Le corpus construit pour documenter le dictionnaire contient d'une part, l'ensemble des textes des guides publiés dans le cadre de Cancer Info qui constituent notre corpus de référence, d'autre part, des textes repérés comme « médicaux » : ouvrages et sites spécialisés, cours, articles, recommandations de pratique clinique, brochures pour les patients, revues ou sites de vulgarisation..., complétés de documents traitant d'aspects psychologiques, sociaux, relatifs au droit, etc., reflet de la pluridisciplinarité de la cancérologie. Une part de ce corpus se compose de ressources terminologiques, électroniques ou non : dictionnaires spécialisés et de vulgarisation, glossaires, mais aussi dictionnaires de langue où de nombreux termes médicaux sont décrits. Il est complété de ce qu'on peut désigner par des « corpus opportunistes », autrement dit une documentation rassemblée *ad hoc* pour les besoins de recherche autour d'un terme ou des énoncés oraux obtenus auprès d'informateurs, le protocole d'élaboration du dictionnaire permettant de construire des corpus oraux où la « mise en termes » laisse affleurer les interrogations des patients.

Le corpus est typifié par un ensemble de métadonnées :

- Auteur(s)
- Statut des auteurs
- Mode de publication
- Public cible
- Mode de financement
- Présence d'une bibliographie
- Présence d'un glossaire
- Mention d'un comité de lecture
- Mention d'un comité scientifique
- Rôle glottopolitique (normativité), relié à un indice de fiabilité scientifique
- Type de source
  - Dictionnaire spécialisé papier
  - Dictionnaire grand public papier
  - Dictionnaire spécialisé électronique
  - Dictionnaire grand public électronique
  - Dictionnaire de langue
  - Ouvrage spécialisé
  - Ouvrage semi-spécialisé
  - Ouvrage didactique
  - Ouvrage de vulgarisation
  - Revue spécialisée
  - Étude en sciences humaines et sociales
  - Revue grand public
  - Site web spécialisé
  - Site web semi-spécialisé

---

<sup>4</sup> Nous définirons le terme comme une unité lexicale dont la spécificité est à relier à son statut dans une communauté discursive donnée. Ce statut se manifeste dans le discours par des marques repérables (énoncés définitionnels, reformulations, connotations autonymiques, thématisations, etc.). Le terme ne devient tel que par décision du locuteur ou de l'analyste, qui le juge pertinent pour un savoir, un système de connaissances ou une pratique.

- Site web de vulgarisation
- Brochure patients
- Site web didactique
- Site web généraliste
- Encyclopédie papier
- Encyclopédie électronique
- Cours
- Conférence ou colloque
- Oral

Cette caractérisation éditologique permet de restituer pour chaque document, écrit ou oral, ses conditions matérielles de production, de circulation et de réception, de le mettre en relation avec son énonciateur, son destinataire, son lieu d'apparition, toute chose qui influe sur l'usage des termes et peuvent éclairer.

### ***Le traitement du corpus***

La démarche mobilisée pour le traitement du corpus de référence (les textes de la plateforme Cancer info) procède de l'analyse de discours à entrée lexicale à partir des « termes-pivots » repérés susceptibles d'intégrer le dictionnaire. Ce type d'analyse s'avère fécond pour repérer les différentes relations lexicales et prédicatives que les termes entretiennent avec les textes. L'observation et le recueil de données s'effectuent à deux niveaux. Dans un premier mouvement, on se saisit des discours d'énonciateurs pertinents et on examine la façon dont ils se laissent lire au fil du texte. Un second mouvement prend les textes comme un tout constitué : le corpus, et examine de façon transversale la façon dont la terminologie est prise en charge.

Conjuguer les deux types d'observation permet de voir comment un même objet de discours est désigné en examinant ses paradigmes au sein d'un texte donné (analyse intradiscursive) et dans l'ensemble du corpus (analyse transdiscursive). Le parcours d'analyse se centre donc sur les termes, pris comme pivots, point d'entrée adapté à une analyse descriptive et observatoire de choix pour pister les spécificités langagières, repérables notamment par des discours épi- et métalinguistiques et les négociations de sens. L'attention se porte sur :

- les discours qui utilisent préférentiellement le terme-pivot sélectionné ;
- la façon dont les énoncés l'introduisent ;
- le réseau paradigmatique dans lequel le terme s'inscrit ;
- la façon dont les énoncés en construisent le sens. .

L'analyse fait appel à l'aide du logiciel Nooj, développé par Max Silberztein, qui permet notamment d'explorer les différentes relations lexicales et prédicatives autour des termes-entrées et d'alimenter leur description.

## **4. Un dictionnaire adapté et validé**

L'analyse est investie ensuite dans l'élaboration d'une définition adaptée.

### ***Décrire pour faire sens : des fiches descriptives***

Le traitement lexicographique se mène à l'aide de fiches décrivant le fonctionnement sémantique et distributionnel de chaque terme. Cet outil de description a montré son opérativité à plusieurs reprises (Bouveret et Gaudin, 1996 ; Tran, 1999 ; Gaudin, Holzem et Wable, 1999 ; Delavigne 2001. Pour une évolution, Mortchev-Bouveret, 2007). Ces fiches ont un double objectif : outil descriptif des entrées, elles constituent une aide à la rédaction de la définition. Elles ont été adaptées et leurs rubriques complétées pour les besoins de la description

Les rubriques sont destinées à faire apparaître le « mode d'emploi » du terme : sa place dans le système de la langue, ses cooccurrents possibles en discours, sa combinatoire, ses référents habituels... Trois types de fiches ont été construits, les relations repérées n'étant pas identiques selon

les catégories syntaxiques. Les entrées y sont décrites dans leurs dimensions morphologique, syntaxique, sémantique et combinatoire en puisant dans le corpus, son analyse permettant d'extraire les relations et de compléter les rubriques correspondantes, sans préjuger de relations préexistantes. C'est à notre sens replacer l'usage réel au cœur de l'analyse. Le lecteur pourra en trouver une description détaillée dans Delavigne, 2009.

L'analyse de la structure ainsi obtenue permet de mettre en évidence les relations saillantes du terme en fonction des rubriques remplies à partir du corpus, et d'élaborer une définition adaptée.

### **Les contenus définitoires**

Un dictionnaire doit viser l'adéquation aux besoins de ses utilisateurs qui déterminent sa conception. Cependant, qu'est-ce qu'une définition adaptée à aux patients et à leurs proches ? Quelles formes doit-elle prendre ? Qu'est-ce qu'une « bonne » définition dans ce cas ?

S'agissant de constituer une ressource lexicographique pour les patients, les définitions visent principalement la description des choses désignées par les mots. Sans revenir à la(aux) définition(s) de la définition, ni s'attarder ici sur les différents procédés définitoires utilisés, nous voudrions seulement souligner un élément de forme. Le programme du dictionnaire mène à rédiger des articles qui s'arrogent parfois quelques transgressions au regard des recommandations des guides de bonnes pratiques terminologiques ou des préceptes lexicographiques de « bonne formation » des définitions (cf. OLF, 2009). Si la définition respecte une forme correspondant aux usages lexicographiques conventionnels, elle doit néanmoins trouver sa justification dans sa pertinence et être ramenée aux objectifs du dictionnaire.

Ainsi peut-on trouver une sous-définition enchâssée dans une première définition afin de mettre en évidence un lien morphologique de l'entrée avec un autre terme en circulation (et donc à signaler), mais qui n'est pas forcément plus clair :

**addictologie** : spécialité qui s'intéresse à la prise en charge des addictions, c'est-à-dire des dépendances physiologiques et psychologiques à une substance, comme l'alcool, le tabac ou les stupéfiants, ou à un comportement comme le jeu ou la boulimie.

Dans d'autres dictionnaires, l'exemple est un élément à part entière de la macrostructure dont le rôle est de présenter le mot-entrée et donc sorti de la définition. Ici, les exemples permettent de préciser les différents types d'addictions, tout en apportant une précision et une différenciation. Le rôle du lexicographe consiste à articuler deux types de savoirs : le savoir expert et le savoir commun<sup>5</sup>.

Robert Martin (1990), en étudiant les définitions naturelles, observait l'actualisation de traits référant à des normes sociales à l'œuvre dans les énoncés définitoires en situation, remarque que l'on peut étendre à nos corpus. La visée du dictionnaire et notre posture méthodologique et pragmatique (répondre à un besoin) nécessitent d'aller au-delà du modèle d'une définition strictement linguistique : le patient ne recherche pas des définitions de mots ; c'est la chose qui l'intéresse prioritairement et ses interrogations sur un terme sont diversifiées. Outre la recherche de la réponse à « Qu'est-ce que cela veut dire ? », d'autres questions affluent bien souvent, auxquelles il convient de répondre... dans la limite d'un énoncé définitoire.

Prenons l'exemple du terme *chimiothérapie*. Il s'agit non seulement de dire ce que signifie le terme, mais aussi d'en signaler les effets secondaires et de répondre à des interrogations des patients du type « Est-ce que ça fait mal ? », « Vais-je forcément perdre mes cheveux ? », « Puis-je continuer à vivre normalement ? », etc. Certes, la définition n'a pas vocation à répondre à l'ensemble de ces questions, mais elle peut ouvrir une fenêtre sur le terme et en livrer les éléments repérés dans le corpus comme redondants ou importants pour les patients.

chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses. Une chimiothérapie est un traitement général qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie, souvent associés entre eux pour augmenter l'efficacité du traitement. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés. Les

---

<sup>5</sup> L'opposition est à nuancer et il est préférable d'y voir un continuum, plus proche des observations (Delavigne, 2001). Mais conservons ici la dichotomie pour la commodité de la description.

médicaments de chimiothérapie touchent les cellules cancéreuses, mais aussi les cellules saines qui se divisent rapidement, ce qui peut provoquer des effets secondaires : nausées, vomissements, perte des cheveux, fatigue... Ces effets, variables selon les médicaments et la réaction de la personne, sont temporaires mais souvent difficiles à supporter. (Cancer info)

Dans cette définition, la chimiothérapie se trouve ainsi mise en relation avec son mode d'action et sa fonction - souvent très exploitée en vulgarisation, la relation prédicative « a pour fonction », en répondant à la question « à quoi ça sert ? », est souvent productive dans le corpus. Il faut souligner le rôle prépondérant des informateurs, responsables ici de la dernière partie de la dernière phrase, issue d'une demande explicite : « mais souvent difficiles à supporter ». Cette prise en compte du désir des patients permet d'élaborer une définition susceptible de répondre à leurs préoccupations. Un renvoi vers la fiche « Chimiothérapie » sur le site de Cancer info leur permet de rechercher des informations complémentaires s'ils le souhaitent.

La définition peut être assortie d'un message de santé publique :

ultraviolet : rayon lumineux invisible pour l'œil humain qui, dans le spectre solaire, se place au-delà du violet. Les principales sources d'exposition aux rayonnements ultraviolets sont le soleil et les lampes à bronzer. Une exposition trop souvent répétée aux ultraviolets peut être responsable de cancer de la peau. On parle aussi d'UV.

La phrase « Une exposition trop souvent répétée aux ultraviolets peut être responsable de cancer de la peau » est cette fois apportée par les experts. La définition propose ici des substituts possibles d'ultraviolets : *rayonnements ultraviolets*, *ultraviolets*, *UV*, destinés à montrer les variations et en permettre l'utilisation.

Une définition doit permettre à un utilisateur de saisir la signification du terme décrit (décodage) ; elle devrait aussi lui permettre de produire des énoncés (encodage), Pour ce faire, la signification seule ne suffit pas ; il lui faut percevoir le fonctionnement discursif du signe qui seul lui permet de l'utiliser. Tout ce qui relève de la phraséologie est donc indispensable. Aussi faut-il savoir qu'une hormone est *secrétée*, qu'on *lit* un test hémocult<sup>®</sup>, qu'on peut *fractionner* une irradiation ou *bénéficier* du tiers-payant.

Les définitions reprennent donc souvent le terme-entrée assorti d'un élément de type phraséologique destiné à montrer le fonctionnement syntagmatique le plus courant du terme ou à indiquer une construction grammaticale spécifique ou une combinaison discursive caractéristique.

drain : tuyau souple et fin, utilisé pour évacuer de l'air ou un liquide anormalement présent dans une région du corps. Après une opération, un drain est généralement posé dans la zone opérée pour évacuer le sang et les sécrétions résultant de l'intervention ; cela permet d'éviter le risque d'infection et la formation d'un hématome.

On le voit : les définitions obéissent à plusieurs types de contraintes.

- Une réponse aux besoins des patients, ce qui peut nécessiter de convoquer des relations de niveaux différents ;
- La lisibilité. Une définition peut donc être composée de plusieurs phrases, pour satisfaire aux critères de lisibilité posés par la rédactologie. Une définition trop longue nuit à la lecture sur écran ; une limite d'environ 500 signes a donc été posée ;
- La compréhensibilité.

Sur ce dernier point, nous ne pouvons que tendre à une « bonne compréhensibilité » en reconnaissant avec François Rastier que « la notion même de clarté est à éclaircir » et qu'elle « est une conquête et non une donnée » (2005). Le sens n'étant pas immanent, la clarté est étroitement liée à l'interprétant et à son interprétation à un temps T. Aussi, pour satisfaire à ces contraintes et tendre à les respecter, la définition doit-elle être soumise aux usagers.

### **Une double validation**

La dernière étape d'élaboration des définitions, fondamentale, est leur validation, processus engagé à l'issue de la rédaction des définitions. Cette validation est double et porte tant sur le contenu

médical que sur la lisibilité et l'accessibilité sémantique. Elle convoque divers collèges de locuteurs, experts et patients (Delavigne *et al.*, 2007).

La validité scientifique de la définition nécessite un « garant » (Rastier, 2008), une instance de validation posée comme norme sociale qui ici dépend de la définition à valider (médicale, juridique, sociale...). « Locuteur autorisé », le rôle de l'expert est d'être témoin de l'usage et de confirmer ou d'infirmer le choix de telle ou telle unité, de fournir une évaluation de la signification construite par la définition par des jugements argumentés, et d'émettre éventuellement des propositions. Il ne peut être question de ne recueillir le témoignage que d'un spécialiste, qui reflète seulement son propre usage (Depecker, 1997 ; Delavigne et Gaudin, 1996 et 1997 ; Baudouin *et al.*, 2003). La validation passe donc par le biais de *collèges* d'experts afin de bénéficier de la complémentarité des expertises, les différents collèges d'experts étant formés en fonction des termes et des définitions à valider en rapport avec leurs spécialités : médecins, oncologues de spécialités et d'établissements différents, autres professionnels.

La dernière validation se tourne vers un autre type d'expertise, les patients eux-mêmes en tant qu'utilisateurs finaux. Les patients sont détenteurs d'un savoir médical « non formel » (Jacobi, 2001) et de compétences linguistiques, méta- (de type définitoire) et épilinguistiques (jugements sur la langue<sup>6</sup>). Ils sont donc aptes à juger des termes proposés et de la qualité des définitions construites. Sont constitués des collèges de patients et d'anciens patients touchés par des cancers différents, ainsi que de proches et de personnes non-malades. Les définitions élaborées leur sont soumises afin que le processus de vulgarisation des définitions soit le plus abouti possible.

## 5. Un dictionnaire de traduction ?

Car le but est d'obtenir des définitions à la fois scientifiquement valides et compréhensibles par tous, autrement dit qui répondent à des critères de « bonne vulgarisation » conformément au programme du dictionnaire.

### ***Vulgarisation et traduction***

La vulgarisation est souvent assimilée à une traduction, les terminologies étant perçues comme le lexique d'une langue étrangère que le vulgarisateur se doit de « traduire » dans un vocabulaire courant. Cette vision de la vulgarisation-traduction, qui désigne à la fois le processus et son résultat, fait l'unanimité aussi bien chez les scientifiques, les analystes de la vulgarisation, linguistes ou sociologues, que chez les amateurs et les journalistes (Jeanneret, 1994).

C'est ainsi que les linguistes ont importé la problématique de la traduction pour l'appliquer aux textes de vulgarisation. L'analyse se focalise alors sur les divers procédés de « traduction » de ces terminologies absconses.

Leurs analyses se fondent sur le caractère « seconds » de ce type de discours, appréhendé comme « réénonciation paraphrastique », dans un registre non savant, du discours « primaire », original : définition qui revient à emprunter assez largement la problématique linguistique de la traduction pour l'appliquer à des « séries » de textes produits dans la même langue. (Mortureux, 1987 : 9)

Marie-Françoise Mortureux se consacre dans cet article à l'évaluation du transfert de cette problématique de la traduction aux discours de vulgarisation. Montrant les parentés de la vulgarisation et de la traduction, elle en saisit également les limites : dimension scriptovisuelle de la vulgarisation envisagée comme une reconstruction non linéaire d'un discours premier, exhibition du processus de reconstruction, dimension unilingue. Cependant, malgré ces limites, elle valide l'hypothèse de l'analogie traduction-vulgarisation. Un certain nombre de travaux s'emploient à en montrer précisément le jeu.

Pour que l'on puisse parler de traduction, il faut faire se rencontrer des langues différentes. Le modèle de la traduction assimile en fait les discours spécialisés à des langues étrangères, c'est-à-dire formule l'hypothèse d'une coupure effective entre deux langues, une *langue commune* et des *langues*

---

<sup>6</sup> Du type « c'est un mot qui fait peur » ou « il est vraiment très compliqué ».

*spécialisées*, dont nous ne pouvons que dire notre perplexité quant aux frontières de l'une et des autres. On touche là une des pierres d'achoppement du paradigme.

La métaphore est certes tentante : les jargons des scientifiques seraient des langues étrangères (étranges ?) que la vulgarisation adapterait. Les patients peuvent faire l'expérience de ce sentiment surprenant de « non-sens » que procurent certains discours des médecins.

Ce modèle de la traduction est linéaire et se rapproche d'un problème de traitement du signal : de même qu'un opérateur radio devait remplacer les signaux en morse par des lettres lisibles par tous, il faudrait remplacer les termes des spécialistes par des mots de tous les jours. (Cheveigné, 1997 : 17).

Ce propos formulé par une sociologue des sciences, bien qu'un peu abrupt, n'en présente pas moins une certaine justesse, sans doute accentuée par la force de l'image. L'idée est bien là : la scission entre les deux types de discours nécessite un travail métalinguistique afin de rétablir l'intercompréhension. Traduire un discours scientifique revient à transformer un énoncé pour le charger de sens. C'est ainsi que par un transfert de problématique, Jacqueline Authier parle de « bilinguisme » (1982b : 43) et évoque deux « systèmes distincts ».

Un des avantages incontestables du paradigme tient dans le fait que :

La vulgarisation comme traduction, c'est la conscience que le cognitif est avant tout du linguistique, que notre connaissance est structurée comme un langage. (Jeanneret, 1994 : 32)

Ce modèle met en évidence le *travail* linguistique effectué par le vulgarisateur. L'activité à l'œuvre dans l'élaboration de définitions recouvre plus précisément ce que Roman Jakobson regroupe sous la fonction *métalinguistique* mise en évidence et définie par comme celle qui prend la langue pour objet. Il posait la reformulation comme « traduction intralinguale » « *interprétation* des signes linguistiques au moyen d'autres signes de la même langue » (1963 : 79. C'est nous qui soulignons). Cette interprétation peut se faire au moyen de paraphrases, de synonymes, voire par le biais d'un changement de système de signes, passant alors à un autre type de traduction, la « traduction intersémiotique ».

Dans le cadre d'énoncés de vulgarisation, cette fonction métalinguistique a une visée sémantique : son but est d'élucider, d'*interpréter* le sens de mots supposés obscurs et donc nécessitant une explication, une précision, une information adaptée. Cette reformulation met en œuvre des pratiques discursives dont le but est de lever l'obstacle de terminologies opaques pour des non-spécialistes. Ces pratiques sont d'ailleurs constituées en outils d'analyse (Delavigne, 2001).

En ce sens, on doit convenir qu'un dictionnaire est un cas particulier de traduction interlinguale, voire de traduction intersémiotique dès lors que des illustrations viennent spécifier le défini<sup>7</sup>, susceptible – c'est son objectif - de rendre l'interprétation des termes-entrées possibles.

Néanmoins, dans le cas qui nous occupe, cette reformulation va au-delà d'une simple « traduction » de termes spécialisés. L'aménagement des définitions confère une portée supplémentaire au signe et guide la définition vers une interprétation spécifique. C'est là où la vision d'une vulgarisation-traduction trouve ses limites dans la mesure où cette perspective conduit à *majorer* l'activité reformulatrice aux dépens d'autres aspects à l'œuvre dans les énoncés définitoires. Y sont en effet convoqués les traits pertinents qui fondent la signification de l'unité lexicale issue de l'analyse sémique, mais aussi d'autres éléments comme l'exemplification à l'intérieur même de la définition ou autres relations lexicales ou prédicatives comme la localisation, la fonction, l'instrument, le bénéficiaire... On en trouve une illustration dans les exemples suivants :

**dénutrition** : état qui se caractérise par un manque d'éléments nutritifs. Certains cancers entraînent des besoins nutritifs importants ou des difficultés à s'alimenter. Une personne souffre de dénutrition lorsqu'elle ne mange pas en quantité suffisante pour couvrir ses besoins et à partir du moment où elle perd 5 % de son poids habituel en un mois ou 10 % en six mois (si une personne de 60 kilos perd 3 kg en un mois ou 6 kilos en six mois, par exemple). Une personne dénutrie voit fondre ses muscles ; elle se sent fatiguée et son organisme se défend moins bien contre les maladies. (Cancer info)

---

<sup>7</sup> A terme, certaines des entrées seront dotées d'illustrations sous formes diverses : dessins, schémas, photos..., appoints épisodiques qui peuvent venir soutenir la définition.

**drainage lymphatique** : massage à base de légères pressions exercées sur le trajet des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Le drainage lymphatique vise à aider la circulation de la lymphe dans le circuit lymphatique afin d'éviter, de limiter ou de remédier à une accumulation de lymphe dans une zone précise (lymphœdème). (Cancer info)

Ces définitions visent une transmission de la signification des termes-entrées en régulant les interprétations possibles. On remarquera la façon dont les deux premières phrases de ces deux définitions posent une sorte de « définition de base », puis instaurent sur ce socle les conditions qui rendent possible une référenciation<sup>8</sup> en actualisant une visée encyclopédique contextualisée proche des préoccupations et de l'expérience des patients.

Au-delà d'une simple traduction intralinguale qui poserait une équivalence terme-contenu définitoire, les définitions élaborées pour Cancer info offrent un élargissement encyclopédique. Cependant, on peut se demander si, dans une visée d'appropriation des termes, et donc, dans un objectif d'encodage, de production, cela est suffisant.

### **De la nécessité d'une recontextualisation**

Une définition est un artefact qui tente, dans une fenêtre restreinte, de reconstituer une compétence linguistique ; les définitions rendent compte des sens les plus normés ; les variations de sens liées au contexte y sont passées sous silence ; les conditions d'emploi sont peu explicitées. C'est sans doute plus vrai encore dans le cas d'un dictionnaire de vulgarisation, où les termes sont peu familiers pour l'utilisateur tout en visant une certaine efficacité didactique. Les lexicographes le savent bien : les signifiés sont par nature inaccessibles. Un dictionnaire est une situation linguistique artificielle dont les définitions n'offrent qu'un petit nombre de traits sémantiques virtuels, dégagés de toute actualisation.

Or le sens naît toujours en contexte. C'est la raison pour laquelle François Rastier, dégageant le mot du paradigme de la référence, inverse la hiérarchie sens/signification :

La signification est du sens appauvri car coupé de son contexte (Rastier *et al.*, 1994 : 35).

Le contexte étant le facteur primordial de l'émergence du sens, seules les occurrences permettent de l'appréhender directement<sup>9</sup>.

A l'autre bout de la chaîne, l'objectif de consultation d'une définition lui préexiste bien souvent et filtre les informations pertinentes : qu'est-ce qui m'intéresse ? Le patient, le proche, le simple curieux ou le médecin n'auront pas le même regard.

C'est là où l'on peut mesurer l'intérêt d'un autre mode d'accès au sens. Dans le cadre d'un développement futur du dictionnaire, nous nous proposons de doter la définition d'un ensemble de cotextes. La connaissance d'un mot ne s'effectuant qu'en passant de la langue au discours (Rey-Debove, 2005), offrir à l'utilisateur une collection d'extraits de discours réels est sans doute plus à même de faire en sorte qu'il s'approprie le signe qu'une définition qui fige les distinctions de sens et ne propose un accès qu'à un nombre limité de traits sémantiques.

Certes, un cotexte ne propose qu'une vision parcellaire du signe, orientée par un parcours de sens déterminé. Cette orientation du cotexte pourrait être considérée comme un obstacle dans la mesure où là aussi, seul un petit nombre de traits sémantiques sont actualisés. Mais si tout cotexte est orienté, il faut conserver à l'esprit que la définition ne l'est pas moins : le lexicographe a un point de vue qui investit la définition, inconsciemment ou non. Définir est une activité malaisée, toujours soumise à des visées didactiques et pragmatiques et des contraintes de production. La définition propose tout à la fois un « sens », une direction d'interprétation, mais aussi, de façon sous-jacente, exprime la « philosophie » du dictionnaire, sa « vision du monde » et... les valeurs des rédacteurs (cf. Sarfati, 1993 par exemple).

---

<sup>8</sup> La référence se coconstruit, ce qui nous pousse à parler plutôt de « référenciation », qui marque le procès discursif et met l'accent sur la construction conjointe et l'ajustement au fil du discours en fonction de l'expérience des locuteurs.

<sup>9</sup> Rappelons brièvement une distinction de terminologie linguistique : nous différencions la « signification » qui dérive du système de la langue, qui peut être illustrée par un énoncé-type, et le « sens » qui résulte de la mise en œuvre du système au cours d'une énonciation dans un énoncé-occurrence (Rastier *et al.*, 1994). Si la signification est stable, le sens se construit dans les discours, seuls observables.

Dès lors que l'on met l'accent sur la fonction d'encodage, de production, il est nécessaire de fournir les caractéristiques syntaxiques, collocationnelles et d'usage du terme (Dugardin, 2000). En mettant l'unité-entrée en action et en donnant accès aux différents « points de vue » sur le signe, une collection de cotextes réintroduit certaines de ces dimensions. Un mot se définissant par rapport à ses usages, multiplier les cotextes qui révèlent différents « réglages de sens », mettent en évidence ses propriétés les plus typiques et en montrent les relations paradigmatiques et syntagmatiques, donne accès aux sens et le rend ainsi plus aisément appréciable.

La vertu du cotexte tient au fait de montrer le signe avec des cooccurrents, ses modes de combinaison et la façon dont il est saisi par différents types de locuteurs. L'acte illocutoire à l'origine de leur énonciation offre un ensemble de traits précieux pour l'appropriation du terme. Le voisinage cotextuel actualise en effet autour de l'unité-entrée des « taxèmes » dans la terminologie de François Rastier, des classes sémantiques qui, au-delà de la valeur référentielle construite par la définition, en révèle sa *valeur* linguistique et active des sèmes afférents qu'une définition ne peut mettre en évidence.

Ces illustrations discursives - qui ne se réduisent pas à l'exemple (Ligas, 2008) - apportent des éléments d'information variables qui vont, bien souvent, au-delà de la définition (Martin, 1990). Contextualisées, elles font émerger des éléments pertinents à la compréhension du signe et mettent en évidence des faits discursifs pertinents au vu du programme du dictionnaire : certains contextes constituent une source d'information complémentaire appréciable.

Un petit nombre de cotextes soigneusement sélectionnés mettant l'unité-entrée en action doit ainsi venir compléter la définition. Ce n'est pas sans poser de problèmes de choix et de délimitation (Kleiber, 1997) : les cotextes seront à catégoriser et à hiérarchiser, tâche malaisée dans la mesure où chaque cotexte peut référer à des points de vue multiples. Le choix des cotextes doit se fonder non seulement sur leur aptitude à éclairer le sens du signe (cotextes définitoires et encyclopédiques), mais également sur leur capacité à montrer son fonctionnement en discours, afin d'en permettre l'appropriation. L'attention doit se porter sur la lisibilité : assommer l'utilisateur sous un flot d'autres unités senties comme terroristes irait assurément à l'encontre du but visé... En outre, l'édition d'extraits textuels est susceptible d'entraîner d'épineux problèmes de droits d'auteurs.

L'ensemble des cotextes sélectionnés doivent ensuite être validés sur le plan scientifique : un extrait d'une revue féminine peut être un très bon cotexte d'un point de vue de vulgarisation, mais sa fiabilité médicale réclame d'être soigneusement contrôlée. Un processus de validation des cotextes, similaires au circuit de validation des définitions sera donc à envisager.

Offrir ainsi un ensemble de cotextes choisi permettrait de restaurer le tissu relationnel des entrées, par définition isolées de tout contact. En montrant les conditions d'actualisation du terme, ils constituent une voie alternative d'accès à certains de ses emplois. Le dictionnaire pourrait devenir ainsi un meilleur outil d'encodage et faciliter l'appropriation lexicale.

### **De la définition au sens en réseau**

Afin de pallier l'insuffisance de la définition qui ne laisse pas toujours saisir toutes les dimensions du sens des termes, les cotextes sont indéniablement utiles. En parallèle, une autre voie de développement du dictionnaire est également envisageable.

Les termes sont pris dans des systèmes réticulaires de nature différente : réseaux terminologiques, réseaux dérivationnels, réseaux discursifs... Ce réseau est mis à nu par les fiches descriptives dans lesquelles les rubriques mettent en évidence les relations les plus fréquentes dans le corpus et jouent par là le rôle de définitions minimales de l'unité décrite.

La description porte à la fois sur le signe et son fonctionnement en discours, et sur son contenu comme moyen d'accès à un savoir. Si l'on suit l'adage de John Rupert Firth : « *you shall judge a word by the company it keeps* » (1957), l'usager doit pouvoir repérer les relations que le terme entretient avec les autres unités de la langue pour le mettre en discours. La fiche fournissant des informations d'ordre lexical et paradigmatique d'une part et d'autre part, des renseignements d'ordre syntagmatique, elle propose des éléments sur la combinatoire du signe et ses conditions d'emplois. Dès lors, en convoquant les deux axes et en exhibant les relations potentielles, elle offre une autre voie d'appropriation du terme et autorise ainsi l'encodage. La mettre à disposition des usagers peut

donc constituer un autre chemin d'accès au terme en équipant le locuteur d'éléments pour se l'approprier. C'est le projet poursuivi pour la base lexicale DiColInfo<sup>10</sup>, dirigée par Marie-Claude L'homme, qui fournit pour les termes de l'informatique et de l'internet une description de la structure lexicale et des rôles actanciels (2008).

Les fiches descriptives sont empreintes de métalangage et doivent donc être adaptées. D'une part, l'intitulé des rubriques doit être clarifié : nul doute en effet qu'à évoquer tel *hyperonyme*, tel *isonyme* ou telle *structure actancielle*, on effraie plus l'utilisateur qu'autre chose... Certains intitulés peuvent être symbolisés, transformés en phrases explicites, voire schématisés à l'instar du DiColInfo Visuel<sup>11</sup>. D'autre part, un principe de pertinence doit guider le contenu des rubriques présentées. Ainsi tel hyperonyme « technique » ne sera pas toujours éclairant pour un usager profane.

Pour chaque entrée, le dictionnaire devrait donc à terme fournir au patient un ensemble de propriétés sémantiques et discursives favorisant l'appropriation de terme, dans le cadre d'une certaine « ergonomie linguistique » (Delavigne, 2001).

## 6. Perspectives

Le parcours que nous venons de suivre décrit le dictionnaire Cancer Info, actuellement disponible sur le site de l'Institut national du cancer, s'est attaché à en montrer les principes méthodologiques, pour ensuite s'attarder sur les nouvelles formes de macro et microstructures qui peuvent désormais voir le jour au bénéfice des utilisateurs. Sans se confondre avec une version numérique de dictionnaires papier pour laquelle on aurait opéré un simple transfert de contenu (ce qui reste encore souvent le cas, cf. Béjoint, 2007), le projet à terme serait de développer une ressource informatique qui, en sus des aspects lexicographiques « traditionnels », puisse autoriser ou, à tout le moins, faciliter, un réel partage des connaissances.

Les dispositifs techniques numériques procurent une souplesse d'utilisation à différents niveaux : constitution et gestion de corpus, analyse, conception, consultation... (Kilgariff, 2005 ; Pruvost, 2006 ; Martin, 2008). Les évolutions des technologies et des usages de l'internet, au potentiel de développement vertigineux, ont modifié de façon importante les modèles de conception et d'utilisation des ressources lexicographiques. Les technologies numériques deviennent de plus en plus peu à peu familière à chacun (Proulx, 2005 ; Compiègne, 2011).

Au-delà d'un catalogue de définitions, la forme et le contenu des dictionnaires peuvent être revus à la lumière des nouvelles possibilités techniques (Béjoint, 2007) à des fins non plus seulement de compréhension mais aussi de production. Si la représentation du sens par le biais d'une définition semble nécessaire en tant qu'élément prototypique du dictionnaire, l'utilisateur peut retirer bien des avantages d'autres types de représentation du sens, que ce soit par l'accès à des cotextes choisis ou par les représentations multidimensionnelles des lexèmes qui proposent un portrait plus complet des propriétés sémantico-discursive. C'est aujourd'hui rendu possible par l'environnement numérique.

Cependant, il faut reconnaître les contraintes éditoriales fortes qui résultent de choix contingents et pèsent sur l'éditorialisation du dictionnaire. Le dispositif technique de système de gestion de contenu (SGC ou CMS en anglais, *Content Management System*) contraint l'interfaçage du dictionnaire actuellement en ligne<sup>12</sup>. Or les questions de navigation et de convivialité sont au cœur de l'utilisation des dictionnaires électroniques. Le numérique permettant de nouveaux modes de consultation et de visualisation, il convient d'élaborer un outil dynamique pour le confort et l'avantage des utilisateurs. L'éditorialisation, en organisant la matérialité même du dictionnaire, n'est pas à négliger car elle influe sur son contenu et sa perception. Ces aspects d'ergonomie sont à étudier attentivement dans la mesure où ils permettront, à terme, une meilleure appropriation des données lexicographiques offertes afin de faire du dictionnaire un réel outil pour les patients.

<sup>10</sup> <http://olst.ling.umontreal.ca/cgi-bin/dicoinfo/search.cgi>.

<sup>11</sup> <http://olst.ling.umontreal.ca/dicoinfo/visuel.php>

<sup>12</sup> Le site est actuellement édité avec le logiciel Joomla.

## 7. Références

- AUTHIER, JACQUELINE (1982) : « La mise en scène de la communication dans des discours de vulgarisation scientifique ». *Langue française* 53, pp. 34-47.
- BAKHTINE, MIKHAIL (1978) : *Esthétique et théorie du roman*. Paris : Gallimard (Bibliothèque des idées).
- BATAILLE, PHILIPPE (2003) : *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*. Paris : Balland (Collection Voix et regards).
- BAUDOUIN, NATHALIE *et al.* (2003) : « Modélisation des connaissances et construction d'un consensus : apport de la socioterminologie à une plateforme en traitement d'images ». *Actes des 5<sup>e</sup> Rencontres Terminologie et Intelligence artificielle (TIA 2003)*, Strasbourg : 31 mars-1er avril 2003, pp. 54-68. <http://tia.loria.fr/TIA/IMG/pdf/TIA2003.pdf>.
- BEACCO, JEAN-CLAUDE / MOIRAND, SOPHIE (1995) : *Les Enjeux des discours spécialisés*. Paris : Presses de la Sorbonne nouvelle.
- BÉJOINT, HENRI (2007) : « Nouvelle lexicographie et nouvelles terminologies : convergences et divergences ». In L'homme, Marie-Claude et Vandaele, Sylvie. *Lexicographie et terminologie : compatibilité des modèles et des méthodes*. Ottawa (Canada) : Presses de l'université d'Ottawa, pp. 29-78.
- BENVENISTE, EMILE (1966) : *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard (Bibliothèque des sciences humaines).
- BLANCHARD, C.-G. *et al.* (1988) : « Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients ». *Social Science and Medicine* 27(11), pp. 1139-1145.
- BONHOMME, MARC (2008) : « Pour une intégration modulaire de la stylistique dans une linguistique de l'écrit ». *Actes du Congrès Mondial de linguistique française CMLF'08*, Paris : 9-12 juillet 2008, pp. 1479-1483.
- BOUVERET, MYRIAM / GAUDIN, FRANÇOIS (1996) : « Pistes de description sémantique : le cas de Biolex, dictionnaire des bio-industries ». *Actes du colloque Lexicomatique et dictionnaires*, Lyon : 28-30 septembre 1995, pp. 349-357.
- CAMHI, BÉRÉNICE / MOUMJID, NORA / BRÉMOND, ALAIN (2004) : « Connaissances et préférences des patients sur le droit à l'information médicale : enquête auprès de 700 patients dans un centre régional de lutte contre le cancer ». *Bulletin du Cancer* 91(12), pp. 977-984.
- CANON-ROGER, FRANÇOISE (2006) : « La traduction ». *Texto!*, [http://www.revue-texto.net/Repres/Themes/Canon-Roger/Canon-Roger\\_Traduction.html](http://www.revue-texto.net/Repres/Themes/Canon-Roger/Canon-Roger_Traduction.html).
- CHABROL, RAYMOND (2000) : « La démocratie sanitaire ». *Revue française des affaires sociales* 2, pp. 103-110.
- COMPIÈGNE, ISABELLE (2011) : *La société numérique en question(s)*. Auxerre : Sciences Humaines Éditions
- DE CHEVEIGNÉ, SUZANNE (1997) : « La science médiatisée : le discours des publics ». *Hermès* 21, pp. 95-106
- DELAVIGNE, VALÉRIE (2001) : *Les mots du nucléaire. Contribution socioterminologique à une analyse des discours de vulgarisation*. Thèse de doctorat, Université de Rouen, 1186 p., 3 vol.
- (2009) : « Le terme et ses réseaux. Un outil pour l'appropriation terminologique ». *Actes des 8<sup>e</sup> Rencontres Terminologie et Intelligence artificielle (TIA 2009)*. Toulouse : 18-19 novembre 2009, <http://www.irit.fr/TIA09/Programme.html>
- DELAVIGNE, VALÉRIE *et al.* (2007) : « Comprendre les mots du cancer : LexOnco, dictionnaire d'oncologie pour les personnes malades et leurs proches. Aspects méthodologiques ». *Bulletin du Cancer* 94(4), pp. 405-410.
- DELAVIGNE, VALÉRIE / GAUDIN, FRANÇOIS (1996) : « A propos d'implantation terminologique. Questionner l'usage ou le sentiment linguistique ? ». *Actes du colloque Le questionnement social*, Rouen : 16-17 mars 1995, pp. 131-140.

- (1997) : « L'enquête en terminologie : point de la question et propositions ». *Terminologies nouvelles* 16, pp. 37-42.
- DEMMA, FLORENCE *et al.* (1999) : « Les besoins d'information et de communication des personnes atteintes de cancer ». *La Santé de l'homme* 341, pp. 245-275.
- DEPECKER, LOÏC / MAMAVI, GINA / CHANSOU, MICHEL (1997) : *La Mesure des mots : cinq études d'implantation terminologique*. Rouen : Publications de l'Université de Rouen
- DUGARDIN, KOEN (2000) : « La problématique des phrases-exemples dans les dictionnaires d'apprentissage ». <http://www.vlrom.be/pdf/001dico.pdf>,.
- FAINZANG, SYLVIE (2006) : *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses universitaires de France (Ethnologies).
- GARDIN, BERNARD *et al.* (1974) : *Langages. A propos du "sentiment néologique"*. Paris : Larousse.
- GAUDIN, FRANÇOIS (1993) : *Pour une socioterminologie : des problèmes sémantiques aux pratiques institutionnelles*. Rouen : PUR.
- HAYNES, R.B. / TAYLOR, D.W. / SACKETT, D.L. (1979) : *Compliance in Health Care*. Baltimore Johns Hopkins University Press
- Hœrni, BERNARD / SOUBEYRAN, PIERRE (2004) : « Histoire de l'information aux personnes atteintes de cancer ». *Sociologie Santé*, pp. 12-37.
- JACOBI, DANIEL (2001) : « Savoirs non formels ou apprentissages implicites ? » *Recherches en communication*, pp. 169-184.
- JAKOBSON, ROMAN (1963) : *Essais de linguistique générale*. Paris : Éditions de Minuit
- JEANNERET, YVES (1994) : *Écrire la science : formes et enjeux de la vulgarisation*. Paris : Presses Universitaires de France (Science, histoire et société).
- KILGARRIFF, ADAM (2005) : « Informatique et dictionnaire ». *Revue française de Linguistique appliquée* X(2), pp. 95-102.
- KLEIBER, GEORGES (1997) : « Quand le contexte va, tout va et... inversement ». In Guimier, Claude. *Contexte et calcul du sens*. Caen : Presses universitaires de Caen, pp. 11-29.
- LATOUR, BRUNO (1989) : *La science en action*. Paris : La Découverte.
- LE CORROLLER-SORIANO, ANNE GAËLLE / MALAVOLTI, LAËTITIA / MERMILLIOD, CATHERINE (2008) : *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. Paris : Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.
- LEROI-GOURHAN, ANDRÉ (1964) : *Le geste et la parole. Technique et langage*. Paris : Albin Michel
- LEYDON, G.M. *et al.* (2000) : "Cancer patients' information needs and information seeking behaviour : in depth interview study". *British Medical Journal* 320, pp. 909-913.
- L'HOMME, MARIE-CLAUDE (2008) : « Le DiColnfo. Méthodologie pour une nouvelle génération de dictionnaires spécialisés ». *Traduire* 217, pp. 78-103.
- (2009) : « Manuel DiColnfo, Dictionnaire fondamental de l'informatique et de l'Internet ». <http://olst.ling.umontreal.ca/dicolnfo/manuel-DiColnfo.pdf>.
- LIGAS, PIERLUIGI (2008) : « Définition et exemple : quelle complémentarité ? L'illustration du concept dans le "Dictionnaire alphabétique et analogique du français des activités physiques et sportives" ». *Actes du colloque Lexicographie et Informatique. Bilan et perspectives*, Nancy : 23-25 janvier 2008, pp. 37-46.
- LOY, J. (2006) : "Information needs of cancer patients are influenced by time since diagnosis, stage of cancer, patients' age and preferred role in treatment-related decision". *Evidence Based Library and Information Practice*, pp. 80-83.
- MARTIN, ROBERT (1990) : « La définition "naturelle" ». In Chaurand, Jacques et Mazière, Francine. *La définition*. Paris : Larousse, pp. 86-95.
- MÉNORET, MARIE (1999) : *Les temps du cancer*. Paris : CNRS Éditions
- (2007) : « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie ». *Science sociales et Santé*, pp. 33-54.
- MEREDITH, C. *et al.* (1996) : "Information needs of cancer patients in west Scotland : cross sectional survey of patients' views". *British Medical Journal* 313, pp. 724-64.

- MORTCHEV-BOUVERET, MYRIAM (2007) : « Modélisation des relations lexico-sémantique dans un dictionnaire spécialisé ». In L'homme, Marie-Claude et Vandaele, Sylvie. *Lexicographie et terminologie : compatibilité des modèles et des méthodes*. Ottawa (Canada) : Presses de l'université d'Ottawa, pp. 293-320.
- MORTUREUX, MARIE-FRANÇOISE (1987) : « Traduction et vulgarisation scientifique : un transfert de problématique ». *DISCOSS 3*, pp. 7-21.
- MOUMJID N., PROTIÈRE C., MORELLE M., BRÉMOND A., MIGNOTTE H., FAURE C., MEUNIER A. (2009) : « La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient : évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France ». *JEM*, pp. 134-145.
- PICARD, ROBERT *et al.* (2011) : *Les conditions de création de valeur des logiciels sociaux en santé et autonomie*. Paris : Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.
- PROTIÈRE, C *et al.* (2008) : « Les comportements de recherche d'information des patients ». In *La vie deux ans après le diagnostic de cancer, une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades*. Paris : La Documentation Française, pp. 137-139.
- PROULX, SERGE (2005) : « Penser les usages des technologies de l'information et de la communication aujourd'hui : enjeux – modèles – tendances ». In Vieira, Lise et Pinède, Nathalie *Enjeux et usages des TIC : aspects sociaux et culturels*. Bordeaux : Presses universitaires de Bordeaux, pp. 7-20.
- PRUVOST, JEAN (2006) : *Les dictionnaires français. Outils d'une langue et d'une culture*. Paris : Ophrys.
- RASTIER, FRANÇOIS (2005) : « Herméneutique et linguistique : dépasser la méconnaissance ». *Texto! [en ligne]*. [http://www.revue-texto.net/Dialogues/Debat\\_Hermeneutique/Rastier\\_Herm-et-ling.html](http://www.revue-texto.net/Dialogues/Debat_Hermeneutique/Rastier_Herm-et-ling.html)
- RASTIER, FRANÇOIS / CAVAZZA, MARC / ABEILLÉ, ANNE (1994) : *Sémantique pour l'analyse : de la linguistique à l'informatique*. Paris : Masson (Sciences cognitives).
- RAZAVI, DARIUS / FARVACQUES, CHRISTINE / DELVAUX, NICOLE (1988) : Les soignants face à l'information du patient cancéreux et de sa famille : une enquête. *Revue Médicale Suisse Romande* 108, pp. 127-134.
- REY-DEBOVE, JOSETTE (1997) : « Le métalangage : étude linguistique du discours sur le langage ». Paris : Armand Colin.
- (2005) : « Statut et fonction de l'exemple dans l'économie du dictionnaire ». *Actes des 1ères Journées allemandes des dictionnaires. Entre définition et citation : l'exemple*, Klingenberg am Main (Allemagne) : 25-27 juin 2004, pp. 15-20
- SARFATI, GEORGES-ÉLIA (1993) : « Dictionnaire et sens commun : pour un usage critique des supports didactiques ». *Les Carnets du Cediscor*, pp. 79-80.
- SONTAG, SUSAN (1979) : *La maladie comme métaphore*. Paris : Seuil
- STENGERS, ISABELLE (2002) : *Sciences et pouvoirs*. Paris La Découverte
- SUTHERLAND, H-J. *et al.* (1989) : "Cancer patients : their desire for information and participation in treatment decisions". *Journal of Royal Society of Medicine* 82(5).
- TRAN, D.T. (1999) : *La standardisation de la terminologie médicale vietnamienne. Une approche socioterminologique*. Thèse de doctorat. Université de Rouen, 562 p.
- TRAVERSO, VÉRONIQUE (2001) : « Analyse de consultations médicales en présence d'un intermédiaire linguistique non professionnel ». *Actes du VIIIe congrès de l'ARIC*, Université de Genève : 24-28 septembre 2001.
- VERGELY, PASCALE *et al.* (2010) : « Analyse linguistique des interactions Patient/Médecin ». *Actes du colloque international Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Nice : 4-5 juin 2009, <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=750>
- VÉZINA, ROBERT *et al.* (2009) : *La rédaction de définitions terminologiques*. Montréal : Office québécois de la langue française.