



HAL
open science

Le sens du partage. Construire le sens dans des brochures d'information pour les patients atteints de cancer

Valérie Delavigne

► **To cite this version:**

Valérie Delavigne. Le sens du partage. Construire le sens dans des brochures d'information pour les patients atteints de cancer. Interprétation et problématique du sens. ARCO'09. Colloque de l'Association pour la recherche cognitive, Nov 2009, Rouen, France. p. 7-17. hal-00920646

HAL Id: hal-00920646

<https://hal.science/hal-00920646>

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.

Le sens du partage. Construire le sens dans des brochures d'information pour les patients atteints de cancer.

Valérie DELAVIGNE*

RESUME. Face à l'évolution de la demande d'information des personnes malades et à leur rôle croissant dans la prise de décision médicale, l'accès à une information validée, compréhensible et systématiquement actualisée, correspondant à leurs besoins, est un enjeu majeur de Santé publique. Cet article traite du dispositif linguistique mis en place pour évaluer des documents produits pour les patients atteints de cancer et à leurs proches, et proposer des remédiations qui visent à faciliter l'interprétation et l'appropriation des terminologies médicales.

Mots clés : Vulgarisation, cancer, patient, construction du sens, terminologie

ABSTRACT. Due to the evolution of the information-seeking behaviour of patients and concerns from health professionals regarding cancer patient information, an information and education program dedicated to patients and relatives was introduced. This paper describes methodological aspects which take into account patients and experts' perspectives to produce guidelines for cancer patients and their relatives.

Key words : Popularization, cancer, patient, construction of meaning, terminology

I CONTEXTE ET ENJEUX

Le système de santé est engagé aujourd'hui dans une démarche d'adaptation aux besoins des patients en promouvant leur participation active aux soins. Depuis plusieurs années, la relation médecin-patient évolue, passant progressivement du modèle « paternaliste » traditionnel dans lequel le médecin décide du traitement, au paradigme - idéal - participatif d'une décision médicale partagée. Tout en étant aux prises avec les modèles antérieurs, les rôles se reconfigurent. Le patient - devenu *usager* - est désormais censé être acteur des soins qui lui sont proposés - et non plus imposés -, tandis que le médecin - supposé être un pédagogue - est tenu d'expliquer au patient de façon appropriée les traitements avant de les mettre en œuvre. Dès lors, le « patient-agent » est présumé détenir les éléments d'information nécessaires à son implication dans les choix thérapeutiques.

En cancérologie, l'incertitude du pronostic règne et l'impact des traitements, lourds et de longue durée, bouleverse la vie des patients et de leurs

* LiDiFra EA 4305 ; Litis EA 4108 ; Institut national du Cancer. v-delavigne@wanadoo.fr.

proches. Le patient est parfois amené à choisir entre plusieurs traitements, ce qui nécessite un véritable partenariat médecin-patient (Moumjid *et al.*, sous presse).

I.1 Une demande sociale identifiée

Porté par des mouvements de malades (cf. les États Généraux des patients contre le cancer), approfondi par des réflexions sur les relations entre science et démocratie (Latour, 1989 ; Stengers, 2002), le paradigme participatif de la prise de décision médicale a mis au jour les besoins des patients, confirmés par diverses enquêtes portant sur leurs préférences. Il s'avère qu'une information complète, technique, fiable et conforme aux données actuelles de la science sur la maladie et sa prise en charge, est un des besoins essentiels des patients atteints de cancer (Coulter *et al.*, 1998 ; Demma *et al.*, 1999 ; Moumjid-Ferdjaoui et Carrère, 2000 ; Jenkins *et al.* 2001 ; Camhi *et al.* 2004 ; Gribeauval, 2008). Non seulement l'information instaure une relation de confiance avec les soignants, mais elle favorise également l'observance des traitements et permet de mieux vivre la maladie.

L'information du patient constitue non seulement une demande, mais aussi un droit pour la personne malade : c'est devenu une obligation pour le médecin par le biais de contraintes réglementaires (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002). La reconnaissance de ce droit a contribué aux modifications des relations patients-soignants¹.

Or diverses études ont montré que les besoins d'information des patients (quand ils souhaitent être informés) n'étaient pas satisfaits et ce, pour des raisons variées : exigüité de la durée des consultations, poids traumatique de l'annonce, vulnérabilité du patient liée à sa maladie, représentations qu'il se fait du médecin, opacité de la terminologie médicale... Du côté des praticiens, ces derniers manquent de données sur les besoins réels des patients. Ils sous-estiment leur envie de savoir et leur capacité à comprendre et à s'adapter à l'information reçue. Déterminer la nature et la quantité d'information à transmettre est alors difficile (Strull *et al.*, 1984 ; Vennin *et al.* 1995 ; Rothenbacher *et al.*, 1997 ; Elwyn *et al.* 1999 ; Bruera *et al.* 2001 ; Keating *et al.*, 2002).

I.2 Un programme pour les patients

Pourtant, l'offre d'information existe, qu'elle émane d'acteurs institutionnels, d'associations de malades, d'établissements de santé, des médias, de laboratoires, etc. Cependant, bien qu'abondante, cette offre est incomplète : les résultats d'enquêtes auprès de patients comme les revendications d'associations de malades montrent que l'accès à l'information reste l'objet d'attentes non satisfaites.

De ces constats a émergé en 1998 un programme visant à mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée, fondée sur des recommandations destinées

¹ Pour une discussion, voir Moumjid (sous presse).

aux professionnels de santé². Il s'agit de produire des outils textuels : guides, fiches d'information, glossaires..., destinés à compléter et à renforcer l'information orale (sans s'y substituer).

Ces documents, élaborés par une équipe pluridisciplinaire, suivent une méthodologie stricte (Carretier *et al.*, 2004). Les informations médicales sont validées par un groupe de travail composé de professionnels de santé ; des patients, anciens patients et proches collaborent tout au long du processus d'élaboration. Les guides sont ensuite diffusés dans les établissements de santé concernés (centres de lutte contre le cancer, hôpitaux publics et privés) et auprès d'associations de patients.

I.3 L'information médicale : une information spécifique

Ces guides présentent des traits communs aux discours de vulgarisation, notamment par leurs traces de « didacticité »³. Un premier mouvement mène alors à faire entrer les documents destinés aux patients sous le chapeau des « discours de transmission des connaissances » (Beacco et Moirand, 1995), notion qui rassemble tous les temps de la vulgarisation scientifique, des moments où le spécialiste s'adresse à un public autre que ses pairs jusqu'aux discours médiatiques.

Néanmoins, leurs spécificités vont au-delà de la vulgarisation au sens classique du terme. Il ne s'agit pas d'une simple mise à disposition d'un savoir : les enjeux sont autres et le modèle doit être complexifié. Nous sommes en effet dans un cadre « d'éducation thérapeutique ». Le syntagme présuppose un patient à éduquer, ce qui ne laisse pas de surprendre en première approche... Le dessein est affiché : il s'agit d'influer sur les comportements d'un patient responsabilisé, de susciter son adhésion aux traitements, de modifier ses pratiques.

Dès lors que l'on souhaite un patient « acteur », il lui faut détenir le savoir nécessaire à son implication. L'expertise doit alors circuler. Au vu de cet enjeu pragmatique, les documents doivent devenir de réels outils⁴ au service d'un dialogue à établir entre les patients, leurs proches et les professionnels de santé. Autrement dit, c'est une culture « périmédicale » en construction que le document - présenté comme document de référence⁵ - doit accompagner.

² Fondées sur la « médecine validée par les preuves » (*evidence-based medicine*) (Gribeauval, 2008).

³ Le concept de « didacticité » est doté de trois dimensions : une situation dissymétrique, où l'un des locuteurs détient un savoir supérieur à l'autre ; une visée, c'est-à-dire une intention didactique ; une spécificité des procédés langagiers mis en œuvre (explication, définitions, exemplification, recours à la narrativité...). (Beacco et Moirand, 1995).

⁴ Les guides sont à considérer comme des « outils », au sens de Leroi-Gourhan (1964) : le document prolonge la parole des professionnels de santé et a pour objectifs une meilleure compréhension de la prise en charge et l'optimisation des échanges langagiers.

⁵ Des conseils pour la recherche d'informations de qualité, sur l'internet ou autre, y sont prodigués. Si le médecin reste la source d'information principale pour la grande majorité des patients, l'internet est devenu une source d'information importante (Chen, 2001).

Cette visée pèse bien évidemment sur la construction des textes⁶ et les formes discursives qu'ils convoquent.

II UNE LINGUISTIQUE QUI S'APPLIQUE

Cette évolution d'un partenariat souhaité modifie les usages langagiers. Les formes discursives qui circulent dans les communautés médicales, communautés inhomogènes, foisonnent, varient selon les échanges, les acteurs, les supports, les lieux où elles circulent et les pratiques qui les conviennent. Or parler la même langue est la condition fondamentale du dialogue.

II.1 Une réponse : entre description et prescription

Même s'il est peu dans leur nature de prescrire, il existe une demande sociale qui mène les linguistes à être sollicités comme « experts » afin d'évaluer les pratiques langagières de divers points de vue ou d'émettre des propositions (cf. notamment Bouveret et Gaudin, 1997 ; Depecker, 1997 ; Delavigne, 1999 ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Léglièse, 2000 ; Borzeix et Fraenkel, 2001 ; de Vecchi, 2004 ; Condamines, 2005...). Conjuguer une problématique de recherche à un cadre appliqué constitue une occasion singulière de tester modèles et concepts.

Amenée à répondre à une demande applicative et à intervenir dans le circuit de production des documents destinés aux patients atteints de cancer et à leurs proches, notre pratique, qui relève de ce que Labov dénommait la « linguistique séculière », s'articule entre description des discours circulants, activité de recherche sur le fonctionnement linguistique de cette vulgarisation spécifique, et propositions dans le but d'optimiser ces documents d'information.

II.2 Une évaluation textuelle ?

Dans les discours sur les besoins des patients, trois adjectifs attachés de façon régulière à *information* reviennent à la manière d'un syntagme figé : l'information se doit d'être *disponible* - c'est là affaire de diffusion -, *fiable* - qui met l'accent sur la nécessité de l'exactitude scientifique de l'information et de son actualisation - et *claire* - à associer à une exigence de lisibilité. L'information doit donc se conformer à une exigence de *qualité*.

Il s'avère que la problématique linguistique de la qualité des discours de vulgarisation aux patients est peu documentée (Mayar, 2007). L'évaluation se mène le plus souvent sans justification technique et sans modèle explicite. Les analystes de la vulgarisation⁷ ont examiné le fonctionnement discursif des discours de vulgarisation, mais leur projet n'était pas d'établir de quelconques critères de qualité.

Le préalable est sans doute de se demander de quel point de vue on peut juger de la qualité d'un discours... Qui peut y prétendre ? Selon quels critères ?

⁶ Dans cet article, nous entendons *texte* ou *document* au sens d'objet empirique. Cet objet devient un *énoncé* lorsqu'il est constitué en corpus d'observation et *discours* quand sont prises en compte ses conditions de production, de circulation et de réception.

⁷ Cf. les travaux d'Authier, Beacco, Gentilhomme, Jacobi, Loffler-Laurian, Moirand, Mortureux, Pétrouff, Peytard...

Pour quels objectifs ? Poser le problème d'une évaluation ne revient-il pas à poser une norme, autrement dit un idéal de production discursive ? Les phénomènes en jeu ne sont-ils pas de l'ordre du style ou de l'esthétique, autrement dit, de considérations non systématisables ?

II.3 Quels outils ?

Porter un jugement de type axiologique ne revient-il pas en dernier ressort aux destinataires des documents eux-mêmes ? Si l'on accepte ce postulat, on peut faire l'hypothèse que c'est de leur point de vue que peut se mener une évaluation⁸.

Dès lors, vers quels types de traces linguistiques ou discursives peut-on se tourner pour mener une évaluation des discours de vulgarisation ?

Dans la lignée du « *plain language* » développées aux USA, la rédactologie, discipline qui a vu le jour au Canada, propose quelques préceptes de « bonne pratique rédactionnelle ». Ces conseils, qui sont autant de règles dictées par le bon sens, se placent à des niveaux différents. On y trouve en vrac aussi bien des aspects de validation, certes essentiels en matière de santé, que des éléments linguistiques ou typographiques : « utilisez des mots courants et courts », « évitez les termes techniques », « faites des phrases courtes », « mettez une idée par paragraphe », « aérez votre texte », etc. La part faite aux problèmes linguistiques y est réduite à quelques recommandations lexicales et syntaxiques⁹. Ne dépassant pas une vision instrumentale de la communication, ces recettes empiriques souffrent de ne pas être problématisées et ne tiennent pas compte du contexte, des aspects phrastiques, des enchaînements, des questions d'appropriation des terminologies...

Le seul moyen de tenter une quelconque évaluation est sans doute à relier aux stratégies discursives d'une intercompréhension. Car il ne s'agit bien évidemment pas de stigmatiser un savoir vulgarisé, mesuré à l'aune de définitions savantes dans un rapport absolutiste à la connaissance, mais plutôt de s'interroger sur les moyens discursifs déployés par l'énonciateur et offerts à l'énonciataire pour co-construire le sens, et notamment celui des termes. La démarche consiste alors à examiner les traces qui autorisent l'émergence d'un sens *partageable et appropriable*.

III CONSTRUIRE UN SENS A PARTAGER

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. Nous partons de l'hypothèse que

⁸ L'évaluation peut être menée à partir d'autres places. Par exemple, des experts peuvent être conduits à juger du caractère simplificateur ou réducteur d'un texte par rapport aux connaissances véhiculées - ou au contraire, de sa justesse. Une évaluation peut être conduite également du point de vue de l'idéologie et des représentations portées par les textes.

⁹ Voir par exemple Beaudet, 1999 ; OC, 2002 ; Collette et al., 2002 ; HAS, 2005 ; Milliès-Lacroix, 2006.

l'écueil essentiel réside bien évidemment dans le « jargon » médical, jargon que nous assimilons aux termes¹⁰ et à la phraséologie propre à cette activité.

Cette notion d'*appropriation* des terminologies circulantes est centrale : il s'agit de faire en sorte non seulement que les patients puissent comprendre leur maladie, leurs examens, leurs traitements, mais aussi qu'ils puissent dialoguer avec les professionnels de santé, communauté discursive hétérogène¹¹. Autrement dit, les patients doivent s'appropriier les formes foisonnantes utilisées par la communauté langagière médicale pour les décoder, mais également pour les encoder et les manipuler au mieux en fonction de leur désir de dialogue avec les médecins et les équipes médicales, ou lors des échanges autour de la maladie avec leurs proches ou d'autres patients¹². Le travail d'appropriation est effectué dès lors que les termes sont incorporés au vocabulaire passif et actif du patient, perdent leur caractère « exotique » et, en devenant plus familiers, ne procurent plus de « sentiment néologique » (Gardin et al, 1974).

En tant que support possible à cette appropriation, nous devons porter une attention particulière aux constructions discursives autour des termes pour que les documents puissent devenir de réels instruments au service des patients, leurs proches et les professionnels de santé.

III.1 Une affaire de mots

Sans originalité, nous faisons l'hypothèse que la compréhension est fondée sur une interaction : à partir de ce que propose l'énonciateur et des outils qu'il met à disposition de l'énonciataire, celui-ci doit déterminer le commun pour créer du sens. Pour ce faire, il met en œuvre certaines stratégies, fait des calculs interprétatifs en activant de façon complexe diverses compétences. Il se fonde sur le culturellement commun, le linguistiquement commun. C'est là où la notion de « contre-parole » telle que l'entendait Bakhtine est utile : « *Comprendre, c'est opposer à la parole du locuteur une contre-parole.* » (Bakhtine, 1977 : 146). Or, pour que le lecteur construise une contre-parole, il faut qu'une place lui ait été ménagée, qu'on lui offre des éléments discursifs qui lui permettront de construire du sens.

L'activité discursive peut alors être considérée comme une démarche destinée à donner au lecteur des outils pour reformuler, redire, s'approprier : « *A chaque mot de l'énonciation à décoder nous faisons correspondre une série de mots à nous.* » (Bakhtine, 1977 : 146). C'est à cette fin que l'énonciateur doit « *tenir la main* » de son lecteur, pour reprendre l'heureuse expression de Pierre Laszlo (1993 : 70), en offrant les seuls outils qui sont à sa disposition : les

¹⁰ Les discours médicaux mettent en action un grand nombre de termes dont on peut trouver quelques éléments de description dans Zweigenbaum (2001) par exemple. 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.).

¹¹ Les terminologies peuvent être aussi un lieu d'affrontement des rôles sociaux médecin-malade. Posséder l'usage du jargon - et il est bien question d'usage car une terminologie maladroitement utilisée révèle les failles d'un savoir mal assis - est aussi une façon de dénouer une forme de pouvoir symbolique.

¹² Cette appropriation des terminologies médicales est à corrélérer au niveau social et culturel des patients, à des facteurs psychologiques et, bien évidemment, à leur désir de savoir.

mots, à penser comme ressources et non comme obstacles, et permettre une « négociation cognitive » (Gaudin, 1996 : 73). Les travaux de François Rastier en sémantique textuelle permettent, par sa théorie du parcours interprétatif, de se saisir des signes en discours et d'observer le sens en co-construction (Rastier, 1987 ; Rastier *et al.*, 1994).

III.2 Une analyse de discours à entrée lexicale

Afin d'analyser les traces de ces négociations cognitives dans les textes qui nous sont soumis, la méthode réinvestit les outils des analyses de discours à partir de termes constitués en pivots¹³. La démarche procède de la socioterminologie. Cette discipline vise à analyser les mécanismes d'usage et la dynamique du fonctionnement des termes en prenant compte la diversité des pratiques langagières situées (Gaudin, 1993, 1996). Nous fondant sur les analyses menées sur les discours de vulgarisation (Mortureux 1987 ; Mortureux et Petit, 1989 ; Jacobi et Schiele, 1988 ; Jacobi, 1999. Pour une discussion de ce modèle, voir Jeanneret, 1994 ; Delavigne, 2001), nous suivons l'hypothèse que c'est autour des termes que se focalisent des indices d'explication, de définition, de reformulation, en bref, des marqueurs cognitifs.

L'analyse vise à repérer les unités terminologiques et l'ensemble de leurs paradigmes désignationnels et définitionnels (Mortureux, 1993). Il s'agit d'identifier la façon dont les marqueurs se répondent, génèrent des isotopies (Rastier, 1987) donc, une interprétation susceptible de résoudre une éventuelle « insécurité discursive » et, par là, de rendre compte d'un processus possible d'appropriation. Autrement dit, il s'agit de pister autour des termes l'ensemble des procédés d'étayage qui sert cette visée pragmatique : reprises anaphoriques et cataphoriques qui rendent observables les relations lexicales (hyperonymes, méronymes, isonymes, synonymes, antonymes,...), reformulations, éléments autonymiques¹⁴, figures stylistiques, etc.

Le choix même des mots dits et des mots tus doit être analysé. Ainsi, dans ce contexte comminatoire où règne une menace létale, souvent éludée, qui complexifie toute l'affaire, faut-il parler de *récidive* ? Comment peut-être perçu le mot *castration*¹⁵ ?

La morphologie peut constituer un écueil pour l'appréhension d'un terme. Faut-il pour autant écarter systématiquement tous les signifiants « exotiques » ? Dans une perspective d'appropriation des termes, rien n'est moins sûr : on peut préférer *antivomitif*¹⁶ à *antiémétique*, mais c'est *antimémétique* que les patients vont entendre et qui doit donc être introduit.

Rassembler l'ensemble des occurrences des termes-pivots dans le corpus et leurs différents paradigmes constitue le premier temps de l'analyse. Celle-ci se

¹³ Cf. les travaux du Centre de Saint Cloud. L'analyse de discours s'est constituée en discipline critique, mettant son objet, le discours, en relation étroite avec le social qui le produit.

¹⁴ L'autonomie constitue une des voies d'appropriation des termes (Delavigne, 2002).

¹⁵ La castration est ici une intervention par chirurgie, radiothérapie ou à l'aide de médicaments, destinée à supprimer la production des hormones sexuelles susceptibles de stimuler la croissance d'une tumeur.

¹⁶ Désignatif d'*antiémétique*, non spécifiquement terminologique. Morphologiquement transparent, il est donc aisément décryptable.

poursuit en considérant les liens discursifs que le terme-pivot génère et les relations sémantiques qu'il actualise. Conjuguer les deux dimensions, paradigmatique et syntagmatique, permet ainsi d'examiner comment le sens des unités-pivots se sédimente et s'édifie au fil du discours.

III.3 Au-delà des termes

Il s'agit donc, selon la méthodologie évoquée, d'identifier des « événements discursifs » autour des termes et de localiser les dysfonctionnements qui pourraient affecter les parcours interprétatifs dans les textes ou, au contraire, les relations susceptibles de faciliter l'émergence du sens.

Le terme constitue une voie d'entrée dans les textes, mais l'analyse doit porter son regard au-delà.

Songez ainsi aux « surinterprétations » possibles des discours médicaux (Fainzang, 2006), liées à la coloration dysphorique du champ, comme le sens d'*examen* ou de *résultat négatif*, interprété parfois comme l'indice d'un mauvais pronostic, à l'opposé même du sens exprimé par les professionnels de santé. Parler des mots permet alors d'éviter ce type de « malentendus » (Delavigne, 2002) : « *Lorsque le résultat ne montre pas d'anomalie cancéreuse, on parle de résultat négatif* ».

Autre exemple, la polyphonie des textes constitue ici un gage de qualité, polyphonie rendue visible dans la matérialité discursive par « *d'anciens patients conseillent...* » ou « *les médecins disent...* », « *les études scientifiques disent...* ». Contribuant à leur légitimité, cette mise en scène du mode de construction des textes accentue leur effet pragmatique et contribue à l'émergence de « bonnes conditions » de réception.

Au-delà de l'analyse autour du terme-pivot, analyse qui, en quelque sorte, déconstruit le texte, il est donc nécessaire d'envisager les autres paliers textuels, jusqu'au discours dans sa globalité, voire jusqu'aux dispositifs d'éditorialisation du document qui en organisant la matérialité même du texte, influent sur son contenu et sa perception. Tous les niveaux qui instituent les conditions d'émergence du sens doivent être intégrés pour débusquer les chemins interprétatifs *possibles*.

IV EN CONCLUSION

Cet article s'est attardé à présenter les enjeux et la méthodologie autour des questions de construction de sens et d'appropriation des termes dans des documents pour les patients atteints de cancer et leurs proches.

L'interprétation est sous le contrôle de l'activité discursive que l'énonciateur déploie pour permettre à son co-énonciateur de construire du sens. Il est possible d'examiner les traces de cette coopération langagière grâce à la panoplie des outils linguistiques qui concourent à une meilleure compréhension et participent à un ajustement mutuel. Ces marques formelles constituent une entrée par laquelle une évaluation peut avoir lieu, en analysant des divers procédés qui facilitent la sémantisation et permettent l'interprétation des termes-obstacles en convoquant d'autres mots qui font passerelle.

L'ensemble de nos remarques se rejoignent sur un point : il s'agit, à chaque fois, d'examiner la façon dont l'énonciateur accueille l'autre dans le discours pour que chacun, dans une dialectique de l'altérité, puisse rejoindre la langue de l'autre. Ceci relève en somme d'une éthique de la production verbale.

Tout en sachant qu'il ne saurait y avoir *une* bonne information, mais seulement une multiplication des voies d'accès au sens : les conditions de réception font qu'aucun texte, quel qu'il soit, ne sera reçu « correctement » à tout coup. Un texte ne saurait en effet être une « suite d'instructions » (Rastier *et al.*, 1994) et les effets d'un discours constituent un objet éminemment fuyant. Comme le souligne l'anthropologue Michèle Petit : « *Aucune autorité ne peut contrôler totalement la façon dont un texte est lu, compris, interprété. Souvent le lecteur fait subir aux textes des traitements d'une désinvolture déconcertante, quand bien même il entretient avec l'objet-livre un rapport en apparence respectueux.* » (Petit, 2002 : 17). L'auteur propose, mais l'interprétant dispose. Si les procédés repérés peuvent aider à la réussite de l'interaction, cette réussite se rejoue sans cesse au gré des lectures.

V REFERENCES

- Bakhtine M. (1977). *Le marxisme et la philosophie du langage*, Paris : Minuit.
- Beacco J.-C. et Moirand S. (1995). Autour des discours de transmission de connaissances, *Langages* n°117, 32-53.
- Beaudet C. (1999). *Guide de rédaction en milieu communautaire*, Sherbrooke : Éditions GGC.
- Bouveret M. et Gaudin F. (1997). Du flou dans les catégorisations : le cas de la bioinformatique, *Terminologie et interdisciplinarité*, Louvain-la-Neuve : Peeters, 63-72.
- Borzeix A. et Fraenkel B. (Eds.) (2001). *Langage et Travail. Communication, cognition, action*, Paris : CNRS Éditions.
- Bruera E., Sweeney C., Calder K., Palmer L., Benisch-Tolley S. (2001). Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care, *Journal of clinical oncology*, 19(11), 2883-2885.
- Camhi B., Moumjid N., Brémond A. (2004). Connaissances et préférences des patients sur le droit à l'information médicale : enquête auprès de 700 patients d'un centre régional de lutte contre le cancer », *Bulletin du Cancer*, 91 (12), 977-84.
- Carretier J., Leichtnam-Dugarin L., Delavigne V., Brusco S., Philip T., Fervers B. (2004). Les SOR SAVOIR PATIENT, un programme d'information et d'éducation des patients atteints de cancer et de leurs proches, *Bulletin du Cancer*, 91(4), 351-361.
- Chen X., Siu L.-L. (2001). Impact of the Media and the Internet on Oncology : survey of Cancer Patients and Oncologists in Canada. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (23), 4291-4297.
- Collette K. *et al.* (2002). *Guide pratique de la rédaction administrative*, Ministère de la fonction publique, Délégation aux Usagers et aux Simplifications Administratives, <http://www.dusa.gouv.fr/cosla/>.
- Condamines A. (2005). Analyse linguistique de documents d'entreprises : demande appliquée et théorisation des phénomènes », dans D. Alamargot, P. Terrier et J.-M. Cellier (dir.), *Production, compréhension et usages des écrits techniques au travail* (pp. 17-30). Paris : Octares.

- Coulter A, Entwistle V, Gilbert D (1998). *Informing Patients : An Assessment of the Quality of Patient Information Materials*. Londres: King's Fund.
- Delavigne V. (2001). *Les mots du nucléaire. Contribution socioterminologique à une analyse des discours de vulgarisation*, thèse de doctorat, Université de Rouen, 3 vol.
- Delavigne V. (2002). Le double jeu de l'autonymie, *Actes du colloque international Le fait autonymique dans les langues et les discours*. Paris : 5-7 octobre 2000, <http://www.cavi.univ-paris3.fr/ilpga/autonymie/actes.htm>
- Demma F., Douiller A., Fervers B., Sandrin-Berthon B., Saltel P., Farsi F., Philip T. (1999). Les besoins d'information et de communication des personnes atteintes de cancer, *La santé de l'homme*, 341, 245-75.
- Depecker L. (dir.). (1997). *La mesure des mots : cinq études d'implantation terminologique*, Rouen : PUR.
- Elwyn G., Edwards A., Gwyn R., Grol R. (1999). Towards a feasible model for shared decision making : focus group study with general practice registrars. *British Medical Journal*, 319(7212), 753 – 756.
- Fainzang S. (2006). *La Relation médecins/malades : information et mensonge*, Paris : PUF.
- Gardin B. et alii (1974) A propos du « sentiment néologique », *Langages*, 36, 45-52.
- Gaudin F. (1993). *Pour une socioterminologie : des problèmes sémantiques aux pratiques institutionnelles*, Rouen : PUR.
- Gaudin F. (1996). *Une approche sociolinguistique de la terminologie. Mémoire pour l'habilitation à diriger les recherches*, Université de Rouen.
- Gribeauval J.-P. (2008). Force normative des recommandations : un concept à géométrie variable, *Prescrire*, 294, 295-299.
- Grosjean M. et Lacoste M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris : PUF.
- HAS (Haute Autorité de Santé) (2005). *Guide méthodologique. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé*.
http://www.option-consommateurs.org/documents/principal/fr/File/alpha_oc0211.pdf
- Jacobi D. (1999). *La communication scientifique. Discours, figures, modèles*, Grenoble : PUG.
- Jacobi D. et Schiele B. (dir.). (1988). *Vulgariser la science. Le procès de l'ignorance*, Seyssel : Champ Vallon.
- Jeanneret Y. (1994). *Écrire la science. Formes et enjeux de la vulgarisation*, Paris : PUF.
- Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. (2001). Information needs of patients with cancer : results from a large study in UK cancer centres, *British Medical Journal*, 84, 48-51.
- Keating N.L., Guadagnoli E., Landrum M.B., Barbas C., Weeks J.C. (2002). Treatment decision making in early-stage breast cancer : should surgeons match patients' desired level of involvement ? *Journal of clinical oncology*, 20(6), 1473-1479.
- Laszlo P. (1993). *La vulgarisation scientifique*, Paris : PUF.
- Latour B. (1989). *La Science en action*, Paris : La Découverte.

- Léglise I. (2000). Lorsque les linguistes interviennent : écueils et enjeux. *Revue Française de Linguistique Appliquée*, V(1), 5-14.
- Leroi-Gourhan A. (1964), *Le geste et la parole. Technique et langage*, Paris : Albin Michel.
- Mayar M.-P. (2007). Apport des méthodes terminologiques à la construction de brochures d'information santé. Étude d'un corpus (diabète, hypertension, obésité). *Journée "Terminologia e mediazione linguistica : approcci e metodi a confronto"*, Bologne : 8 juin 2007.
<http://www.realiter.net/spip.php?article911>
- Milliès-Lacroix (2006). *Le petit décodeur de la médecine*, Paris : Le Robert.
- Mortureux M.-F. (1987). Traduction et vulgarisation scientifique : un transfert de problématique, *DISCOSS*, 3, 7-21.
- Mortureux M.-F. (1993). Paradigmes désignationnels, *Semen*, 8, 123-141.
- Mortureux M.-F. et Petit G. (1989). Fonctionnement du vocabulaire dans la vulgarisation et problèmes de lexique, *DRLAV*, 40, 41-62.
- Moumjid-Ferdjaoui N., Carrère M.-O. (2000). La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *Revue française des affaires sociales*, 2, 73-88.
- Moumjid N., Protière C., Morelle M., Brémond A., Mignotte H., Faure C., Meunier A., (sous presse). La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient : évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France, *Journal d'Économie Médicale*.
- OC (Option consommateurs) (2002). *Écrivez clairement et simplement. Guide pour les rédacteurs en entreprise*. Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français
- Petit M. (2002). *Éloge de la lecture. La construction de soi*, Paris : Belin.
- Rastier F. (1987). *Sémantique interprétative*, Paris : PUF.
- Rastier F., Cavazza M. et Abeillé A. (1994). *Sémantique pour l'analyse*, Paris : Masson.
- Rothenbacher D., Lutz M.P., Porzolt F. (1997). Treatment decisions in palliative cancer care: patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it. *European Journal of Cancer*, 33(8), 1169-1170.
- Stengers I. (2002). *Sciences et pouvoirs*, Paris : La Découverte.
- Strull W.M., Lo B., Charles G. (1984). Do patients want to participate in medical decision making ?, *JAMA*, 252(21), 2990-2994.
- Vennin P., Hecquet B., Marcuzzi I., Demaille M.-C., (1995). Cancer du sein : l'information en question(s). Enquête auprès des patientes et des médecins d'un Centre de lutte contre le cancer, *Bulletin du Cancer*, 82, 698-704.
- Vecchi (de) Dardo (2004). La terminologie de la communication d'entreprise : bases d'une pragmatologie, *Cahiers du CIEL*, 71-83.
- Zweigenbaum P. (2001). Traitements automatiques de la terminologie médicale », *Revue française de linguistique appliquée*, VI(2), 47-62.