



HAL
open science

**Les mots des patients atteints de cancer.
Socioterminologie et pratique professionnelle en santé**
Valérie Delavigne

► **To cite this version:**

Valérie Delavigne. Les mots des patients atteints de cancer. Socioterminologie et pratique professionnelle en santé. Les langues de spécialité en question : perspectives d'étude et applications. 12ème journée scientifique de la CRL, Dardo de Vecchi; Claire Martinot, Nov 2007, Paris, France. pp.18-32. hal-00920651v1

HAL Id: hal-00920651

<https://hal.science/hal-00920651v1>

Submitted on 18 Dec 2013 (v1), last revised 30 Oct 2022 (v2)

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.

Valérie DELAVIGNE
Laboratoires LiDiFra
Laboratoire Litis EA 4108
FNCLCC - SOR SAVOIR PATIENT
59, rue du Forgeron
F-76190 Ecretteville les Baons
Tél : +33 (0)2 32 70 31 14
Mél. : v-delavigne@wanadoo.fr

Les mots des patients atteints de cancer.
Socioterminologie et pratique professionnelle en santé

Résumé

Face à une demande accrue d'information des usagers du système de santé et à leur rôle croissant dans la prise de décision médicale, l'accès à une information validée, compréhensible et systématiquement actualisée, en correspondance avec leurs besoins, est un enjeu majeur de santé publique. En rendant compte du programme SOR SAVOIR PATIENT « Standards, Options : Recommandations. Pour le Savoir des Patients », nous montrerons en quoi les linguistes peuvent répondre à une demande applicative, même si c'est au prix d'une adaptation nécessaire liée aux conditions contextuelles de cette pratique.

Notre propos vise à rendre compte d'une expérience au sein d'un programme d'information aux patients atteints de cancer : le programme SOR SAVOIR PATIENT. Enjamber le versant applicatif n'est guère commode et nécessite de savoir se situer par rapport aux discours scientifiques universitaires : dans quelle mesure s'en inspire-t-on ? Comment s'en démarque-t-on ? Comment s'adapte-t-on ? En soumettant les concepts à l'épreuve du terrain, le linguiste peut tenter de concilier problématiques appliquées et recherches théoriques. L'université ne forme guère à cet exercice périlleux, et il peut être difficile de tenir les deux bouts de la chaîne. Un des objectifs de cette intervention est de montrer que cela peut se faire sans rupture, voire être un vecteur d'ouverture.

Après avoir présenté le contexte du programme SOR SAVOIR PATIENT, nous situerons l'information médicale pour les patients atteints de cancer dans le cadre des discours de vulgarisation. Puis nous évoquerons quelques outils dont peuvent se saisir les rédacteurs d'information médicale, pour ensuite aborder le rôle d'un linguiste dans une équipe travaillant à élaborer des informations pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

1. CONTEXTE

Face à une demande accrue d'information des usagers du système de santé et à leur rôle croissant dans la prise de décision médicale, l'accès à une information validée, compréhensible et systématiquement actualisée, en correspondance avec leurs besoins,

est un enjeu majeur de santé publique. Dans ce cadre, le programme SOR SAVOIR PATIENT, « Standards, Options : Recommandations. Pour le Savoir des Patients », mené au sein de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, vise à mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée.

1.1 L'INFORMATION DU PATIENT : UNE DEMANDE SOCIALE

En tant que pratique sociale, la médecine est une sphère d'activité dont il faut souligner la forte évolution ces dernières années. Sous le joug de la demande sociale, la relation médecin-patient est en mutation : elle passe progressivement du modèle « paternaliste » traditionnel, dans lequel le médecin décide du traitement, au paradigme idéal participatif d'une décision médicale partagée. Née des mouvements de malades, approfondie par des réflexions sur les relations entre science et démocratie (Latour, 1989 ; Stengers, 2002), cette évolution a fait émerger les besoins des patients, confirmés par diverses enquêtes sur leurs préférences et les obstacles à leur information et à leur participation (Demma *et al.*, 1999 ; Moumjid-Ferdjaoui et Carrère, 2000 ; Jenkins *et al.*, 2001 ; Cahmi *et al.* 2004).

Ce modèle participatif dessine d'un côté un patient désormais censé être acteur des soins qui lui sont proposés, et non plus imposés, et de l'autre un médecin qui met en œuvre un traitement qu'il a, au préalable, expliqué au patient.

La prise en compte de cette demande sociale s'est accompagnée d'une juridicisation : l'information du patient constitue aujourd'hui non seulement une demande, mais aussi un droit pour la personne malade, et elle est devenue une obligation pour le médecin par le biais de contraintes réglementaires. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait ainsi acte de cette évolution. Elle souligne le droit du patient à l'information et à une prise en charge conforme aux données actuelles de la science.

Des études ont montré que les besoins d'informations des patients (quand ils souhaitent en obtenir) n'étaient pas satisfaits et ce, pour différentes raisons : l'exiguïté de la durée des consultations, le poids traumatique de l'annonce, la vulnérabilité du patient liée à sa maladie, les représentations qu'il se fait du médecin et, bien évidemment, l'opacité de la terminologie médicale. Du côté des praticiens, ces derniers manquent d'informations sur les désirs des patients. Ils sous-estiment leurs besoins et leur capacité à comprendre et à s'adapter à l'information reçue, et il leur est difficile de déterminer la nature et la quantité d'information à transmettre.

Cependant, dès lors que l'on souhaite un patient « acteur » de ses traitements, il faut qu'il puisse détenir le savoir nécessaire à cette implication dans les choix thérapeutiques. Cela suppose une information technique, précise, complète et fiable, et nécessite d'instaurer un réel dialogue entre le médecin et le patient. Dès lors, l'expertise doit circuler et le transfert de connaissances s'élargir, modifiant les usages langagiers.

1.2 LE PROGRAMME SOR SAVOIR PATIENT : ELABORATION DE DOCUMENTS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER ET LEURS PROCHES

En 1993, un programme national en cancérologie, dénommé SOR : « Standards, Options : Recommandations », a été initié par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC). Ce programme vise à améliorer la qualité des soins

pour les patients atteints de cancer en fournissant aux praticiens un résumé et une analyse critique des données scientifiques actuellement disponibles. Concrètement, ce programme débouche sur l'élaboration et la publication de « recommandations pour la pratique clinique » (« RPC ») en oncologie, destinées aux professionnels de santé, avec la coopération d'experts des secteurs public et privé, et de sociétés savantes.

Depuis 1998 s'adosse à ce programme un second, dénommé SOR SAVOIR PATIENT, « Standards, Options et Recommandations pour le SAVOIR des PATIENTS », qui vise à mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée, fondée sur ces recommandations destinées aux professionnels de santé (Carretier *et al.*, 2004). Ce programme met en œuvre une équipe pluridisciplinaire à laquelle nous appartenons.

L'élaboration des outils textuels produits par cette équipe : guides, fiches d'information, glossaires..., est fondée sur une méthodologie stricte. Les informations médicales sont issues des SOR ; elles sont validées par un groupe de travail composé de professionnels de santé spécifiques pour chaque thème abordé ; des patients, anciens patients et proches collaborent tout au long du processus d'élaboration, alimentant les documents en fonction de leurs besoins spécifiques, par le biais de groupes thématiques, d'entretiens individuels et de questionnaires. En bout de course sont édités des écrits destinés aux patients, à leur entourage et à toutes les personnes concernées par la maladie.

Ces documents sont publiés sous forme de guides ou de fiches, ou en accès libre sur l'internet (www.fnclcc.fr).

1.3 UNE AFFAIRE DE TERMINOLOGIE

Améliorer la qualité de la prise en charge des patients passe par l'appropriation des savoirs par rapport à la maladie, et donc des terminologies en circulation. Car l'écueil essentiel réside bien évidemment dans le « jargon » médical, jargon que nous assimilons aux termes¹ et à la phraséologie propre à cette activité.

L'inintelligibilité de vocabulaires et de leurs phraséologies hors d'une communauté donnée les transforme en jargon. Que les terminologies soient taxées de jargons, ce n'est guère par les professionnels de santé qui les mettent en œuvre², mais par ceux qui, confrontés à une incompréhension, en refusent le caractère opaque. La désignation *jargon* renvoie *ipso facto* à l'exclusion :

Le procès contre les jargonneurs est à la fois une plainte, un refus et une tentative de recours pour excès de pouvoir. (Rey-Debove, 1998 : 141)

Si c'est par l'usage des mêmes mots que l'on se reconnaît, c'est aussi par l'usage de ces mots que l'on se différencie, que se jouent les mécanismes identitaires, que l'on montre que l'on sait. En ce sens, le terme peut être un signe de « distinction » au sens de Bourdieu (1979).

¹ 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.).

² Si une prise de conscience se fait jour chez bon nombre de praticiens aujourd'hui, il n'en reste pas moins que c'est loin d'être le cas chez tous. Malgré une sensibilisation, se défaire de sa terminologie constitue une réelle difficulté : la bonne volonté ne suffit pas toujours.

Or parler la même langue est la condition fondamentale du dialogue. La notion d'appropriation des terminologies circulantes, support des connaissances, est donc centrale : il s'agit de faire en sorte non seulement que les patients puissent comprendre leur maladie, leurs examens, leurs traitements, mais puissent aussi *dialoguer* avec les professionnels de santé, communauté inhomogène (cf. *infra*). Les patients doivent donc s'approprier les formes foisonnantes³ utilisées par la communauté langagière médicale pour les comprendre et les manipuler au mieux en fonction de leur désir de dialogue. 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 dénier cette forme de pouvoir symbolique.

L'appropriation des terminologies médicales est à corréliser au niveau socioculturel des patients, à leur culture d'origine pour certains d'entre eux et, bien évidemment, à leur désir de savoir. Cependant, c'est seulement à cette condition que peuvent être réellement intégrées les données sur la maladie.

La terminologie peut être aussi le lieu d'affrontement des rôles sociaux dévolus au médecin et au malade. Dans un contexte d'évolution de la relation médicale dans lequel le patient est censé se prendre en charge, les rôles se reconfigurent, tout en étant dans le même temps aux prises avec les modèles antérieurs. Tirillés entre les anciennes et les nouvelles valeurs, ces rôles sont bousculés et rejouent les usages, les interprétations et l'appropriation des terminologies.

2. UNE VULGARISATION MEDICALE ?

Les faits de langue liés à l'élaboration des savoirs, à leur transmission, à leur appropriation passent par la mise en œuvre des terminologies. En effet, le point nodal réside en la façon dont les locuteurs utilisent les termes, la manière dont ils les exhibent ou au contraire choisissent de les ignorer, les moyens par lesquels ils mettent en œuvre les ressources que la langue met à leur disposition pour construire leurs discours. En cela, les brochures pour les patients semblent bien se rapprocher des discours de vulgarisation.

Cependant, les faire entrer dans ce paradigme permet-il réellement de les caractériser ? Peut-on assimiler les textes produits pour les patients aux discours de vulgarisation ?

2.1 LES TRAVAUX LINGUISTIQUES SUR LA VULGARISATION

En linguistique, le champ de la vulgarisation est bien balisé. Parmi les linguistes qui ont consacré le plus grand nombre de travaux aux discours de vulgarisation, on peut citer Marie-Françoise Mortureux et Daniel Jacobi, mais s'y sont intéressés également des chercheurs comme Jacqueline Authier, Jean-Claude Beacco, Yves Gentilhomme, Anne-Marie Loffler-Laurian, Sophie Morand, André-Jean Petroff ou Jean Peytard... Cependant, si les publications autour de ce champ constitué depuis les années 1980 sont nombreuses, les propos de Daniel Jacobi et Bernard Schiele restent d'actualité vingt après :

³ Les discours médicaux mettent en œuvre un grand nombre de termes. On peut en trouver quelques éléments de description dans Zweigenbaum (2001) par exemple.

Il n'existe pas de théorie de la vulgarisation au sens strict du terme, mais un ensemble de travaux convergents qui délimitent un champ. (1988 : 12-13)

Il règne néanmoins un certain consensus en linguistique autour de la définition de la vulgarisation. Ainsi peut-on lire par exemple sous la plume de Jacqueline Authier :

La vulgarisation scientifique (désormais V.S.) est classiquement considérée comme une activité de diffusion, vers l'extérieur, de connaissances scientifiques déjà produites et circulant à l'intérieur d'une communauté plus restreinte ; cette diffusion se fait hors de l'institution scolaire-universitaire et ne vise pas à former des spécialistes, c'est-à-dire à étendre la communauté d'origine. (1982 : 34)

Mais la vulgarisation est en elle-même protéiforme. Rejoignant Marie-Françoise Mortureux (1988), Jean-Claude Beacco met le doigt sur la multiplicité des configurations de la vulgarisation, qui devient « insaisissable comme écriture et comme genre discursif si l'on veut bien considérer la multiplicité de ses formes en présence » (2000 : 23).

La diversité des locuteurs, les relations qu'ils entretiennent avec leurs destinataires, la variation des positions des locuteurs, des situations de communication font de la vulgarisation un objet hétérogène que l'on peut rassembler sous une même visée : celle de la *diffusion de connaissances*. Les discours de vulgarisation sont alors caractérisés selon leur fonction, leur « action sociale » (Arrivé *et al.*, 1986). Ils prennent place au sein d'une notion constituée en objet d'étude par des chercheurs comme Jean-Claude Beacco et Sophie Moirand : les « discours de transmission de connaissances ». Ce terme permet d'intégrer des pratiques discursives éparpillées, « toutes les formes de divulgation des "discours-sources" : diffusion, vulgarisation, formation, enseignement » (Beacco et Moirand, 1995 : 32). Cristallisée autour de la problématique de la « didacticité », elle permet de réunir des pratiques variées.

D'un point de vue pratique, parler ainsi de *discours de transmission de connaissances* permet de ne pas recourir à une catégorisation trop stricte sans rester cantonner à ce qui est habituellement campé sous le vocable *vulgarisation*.

2.2 SORTIR DU JARGON

Le point commun à cette multiplicité, c'est le pari qui fonde toute vulgarisation : celui de la dissolution discursive du jargon. La vulgarisation trouve sa principale justification dans la levée de l'obstacle constitué par le jargon des spécialistes. Le problème est donc d'ordre linguistique et touche le fondement même de la problématique de l'analyse linguistique des discours de vulgarisation : l'existence de terminologies absconces motivant l'existence de la vulgarisation, l'analyse se focalise alors sur les divers procédés de « traduction » de ce jargon. C'est ainsi que les linguistes qui ont examiné les discours de vulgarisation ont importé la problématique de la traduction pour l'appliquer aux textes de vulgarisation. 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)

L'intuition du rôle spécifique des termes dans les discours de vulgarisation guide l'option retenue par les linguistes qui se sont intéressés à ce champ. Ces études se centrent en effet essentiellement sur le lexique : l'entrée dans ces discours est une entrée lexicale, exploitée par l'examen des « paradigmes désignationnels » et « définitionnels » (cf. Mortureux et Petit, 1989 ; Mortureux, 1993) de « termes-pivots » (Jacobi, 1987 ; 1999) qui deviennent des termes « obstacles » (Jacobi, 1999 : 136) à contourner.

Dans cette perspective, les terminologies sont en fait assimilées au lexique d'une langue étrangère que le vulgarisateur se doit de « traduire » dans un vocabulaire courant.

Le modèle qui considère la vulgarisation comme une opération de traduction est sous-jacent à une lecture de la vulgarisation comme renonciation. Cette vision de la vulgarisation comme traduction est si communément répandue qu'Yves Jeanneret n'hésite pas à qualifier son succès « d'immense » :

il est presque impossible de lire une étude sur la vulgarisation sans la trouver. Elle fait l'unanimité des scientifiques, des journalistes, les linguistes, des sociologues, des amateurs. (1994 : 31)

Dans cette optique, le vulgarisateur se fait donc traducteur. Les textes sont scrutés avec les problématiques conjointes du discours rapporté et de la traduction. Les analyses linguistiques s'attachent à repérer les stratégies discursives confirmant cette hypothèse d'une transformation d'un énoncé complexe en un autre, considéré plus abordable.

2.3 UN DISCOURS A CONSTRUIRE

Ce modèle communément admis par les analystes de la vulgarisation présente tout à la fois des attraits et des faiblesses que nous n'évoquerons que rapidement⁴.

Jean-Claude Beacco et Sophie Moirand mettent en œuvre le concept de « didacticité » autour de la notion de discours de transmission de connaissances. Défini comme les manifestations d'une intention d'apporter à l'autre des savoirs nouveaux (1995 : 33), le concept de didacticité se voit doté de trois dimensions : une situation dissymétrique, où l'un des locuteurs détient un savoir supérieur à l'autre, qu'il souhaite transmettre ; une visée, c'est-à-dire une *intention* didactique ; une spécificité des procédés langagiers mis en œuvre (qui se manifeste linguistiquement par des explications, des définitions, des exemplification, le recours à la narrativité...). Le concept apparaît alors très fécond pour notre problématique. Il permet notamment de mettre en évidence les traces du travail à l'œuvre autour des terminologies.

Cependant, de notre point de vue, la vulgarisation ne saurait être un discours second, « métamorphosé » (Reboul-Touré, 2004 : 198), une traduction d'un discours source qui serait premier. Elle est certes « altérée », autrement dit traversée par l'autre (Peytard, 1984), polyphonique : la voix des discours scientifiques s'y fait amplement entendre (cf. Petit, 2000, par exemple, sur les formes que prennent cette présence de l'autre dans les discours de vulgarisation contemporains)

⁴ Pour une discussion plus approfondie, cf. Delavigne, 2001.

Sans nier l'importance de l'aspect paraphrastique à l'œuvre dans les discours de vulgarisation, il ne faut pas pour autant négliger l'autonomie de ce type de discours, même alors que l'on est en présence d'un discours premier parfaitement identifié.

Ainsi, la comparaison d'une recommandation SOR, document destiné aux praticiens, et d'un guide SOR SAVOIR PATIENT, brochure pour les patients issue de ce SOR, mène rapidement au constat de l'affranchissement du guide par rapport au document source. Le guide possède sa propre cohérence, sa propre logique, son propre mode de fonctionnement. Il procède non d'une *reformulation*, mais d'une formulation autre, différente. Construction collective guidée par un certain nombre de principes directeurs (méthodologie d'élaboration en osmose avec des validations successives d'experts), il se construit avec les personnes concernées par l'outil final : les malades, et avec lesquels il instaure un nouvel univers de discours qui tente de construire du sens et de restaurer l'intercompréhension. Ses spécificités discursives sont à mettre en relation avec ce contexte spécifique de production, de diffusion et d'interprétation. Son efficacité est au prix de ce procès d'adaptation et d'aménagement énonciatif, qui témoigne d'un accueil de l'autre dans le discours.

2.4 SPECIFICITE DE L'INFORMATION MEDICALE

De façon générale, les propriétés linguistiques des brochures destinées aux patients ne sont guère caractérisées : force est de constater que les descriptions sont quasi inexistantes.

S'il est indéniable que ces textes présentent des traits communs aux discours de vulgarisation, notamment par ses traces de didacticité, leurs spécificités vont au-delà de la vulgarisation au sens classique du terme. La visée est plus large : il ne s'agit pas d'une simple mise à disposition d'un savoir. Les enjeux sont autres.

Nous sommes dans un cadre « d'éducation du patient ». Le syntagme présuppose un patient à éduquer, ce qui ne laisse pas de surprendre en première approche... L'éducation thérapeutique du patient, domaine en pleine expansion, vise à rendre le patient acteur de son traitement et partenaire des équipes soignantes. Pour ce faire, il doit développer des compétences afin de résoudre des problèmes provoqués par sa maladie. Née dans un contexte de maladie chronique (la gestion du diabète, 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.

Dans ce cadre, le patient est censé s'emparer du savoir proposé et s'approprier certains pans des terminologies circulantes. Le dessein est affiché : il s'agit d'influer sur les comportements des patients qui doivent devenir *responsables*, de susciter l'adhésion aux traitements, de modifier les pratiques. C'est donc une réelle *appropriation* qui est visée.

Au vu de cet objectif pragmatique, les documents doivent ainsi devenir un instrument de dialogue : les SOR SAVOIR PATIENT se sont dénommés un temps *Guides d'information et de dialogue*. La formulation était maladroite, mais l'objectif était net.

Parallèlement, à l'élaboration des guides, la construction d'une ressource terminologique a été mise en place pour favoriser cette appropriation : le projet Lexonco (LEXique d'ONCOlogie) vise à proposer aux patients un dictionnaire validé sur le plan

médical et qui tienne compte de leurs besoins d'information et de leurs préférences (cf. Delavigne, à paraître).

Autrement dit, c'est une *culture* en construction qu'il s'agit d'accompagner. C'est ainsi que les documents SOR SAVOIR PATIENT s'ancrent dans le genre « brochures pour les patients », distribuant ainsi des rôles spécifiques⁵. Mais ils se dénomment *guides*. C'est affirmer par là une volonté d'accompagnement du patient tout au long de son parcours de soin.

Cette visée pèse bien évidemment sur la construction des textes et les formes discursives qu'ils convoquent⁶.

3. ECRIRE POUR LES PATIENTS : QUELS OUTILS ?

L'écriture des brochures SOR SAVOIR PATIENT est menée par une équipe de rédacteurs chargée d'écrire les documents à partir des textes destinés aux praticiens (les SOR) et du recueil des besoins des patients. En tant que linguiste, notre rôle est de relire ces productions textuelles, d'en vérifier le niveau de vulgarisation et d'émettre des propositions pour l'améliorer si nécessaire. Le fait de ne pas participer en direct à l'écriture des guides permet de préserver une distance critique.

Cependant, en amont, quelles pistes peut-on proposer pour en guider la rédaction ?

Nous avons dit que la vulgarisation se dresse contre la fracture terminologique et se bat avec les termes pour faire sens. Pour cela, elle a des outils : les mots, ceux qui sont communs à la fois au locuteur et au récepteur, et des stratégies variées qu'il s'agit de répertorier et dont le rédacteur peut se saisir pour améliorer sa pratique rédactionnelle.

3.1 DES CONSEILS POUR ECRIRE ?

Le Canada a donné naissance à une discipline qui reste peu développée en France sur le plan universitaire : la rédactologie. Cette discipline s'inscrit dans la lignée des études sur le « *plain language* » développées aux USA, et vise à améliorer l'intelligibilité des textes utilitaires et leurs stratégies argumentatives. Un certain nombre de guides sur les pratiques d'écriture ont été publiés (Beudet, 1999 ; OC, 2002). En France, certaines publications ont vu le jour, comme le *Guide pratique de la rédaction administrative*, du Centre de linguistique appliquée de Besançon par exemple (Collette *et al.*, 2002), mais restent rares.

En ce qui concerne le domaine médical, la Haute Autorité en Santé (HAS, 2005) répertorie un certain nombre de guides pour l'élaboration de documents pour les patients. Cependant, ces guides sont en anglais (sauf la méthodologie issue du programme SOR SAVOIR PATIENT..., cf. 2005 : 12) et de ce fait, sont difficilement transposables.

A partir de cette revue de la littérature, le *Guide méthodologique* de l'HAS décrit les étapes d'élaboration de documents écrits d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Toutefois, il met l'accent sur la qualité de l'information plus que sur les pratiques rédactionnelles :

⁵ Cf. Charaudeau et Maingueneau, 2002.

⁶ Nous renvoyons le lecteur à un travail en cours sur la description de la palette des formes que prennent ces textes.

La qualité globale des documents écrits d'information repose sur la qualité de l'information scientifique de leur contenu, sur la qualité de leur conception et de leur présentation et sur leur acceptabilité par les personnes auxquelles ils sont destinés. (HAS, 2005 : 13)

Que l'on soit dans le domaine de la santé ou non, ces guides proposent des conseils pratiques pour écrire « simplement », du type :

- adressez-vous directement à votre lecteur
- utilisez des mots courants et courts
- évitez les termes techniques
- faites des phrases courtes
- utilisez la voix active
- placez le sujet près du verbe
- préférez les verbes aux noms
- mettez une idée par paragraphe
- construisez des énumérations verticales
- aérez votre texte
- testez ce que vous écrivez.

Les conseils offerts sont de niveaux très différents. Ils intègrent tout aussi bien des éléments linguistiques que typographiques, ainsi que des aspects de validation, essentiels en matière de santé.

Les rédacteurs sont à l'affût de ce type de règles qui leur semblent à coup sûr permettre de remplir leur contrat de communication.

Cependant, la part faite aux problèmes linguistiques y est réduite à quelques préceptes lexicaux et syntaxiques. Ces « recettes » empiriques ne sont pas problématisées et ne tiennent pas compte du contexte, des aspects phrastiques, des enchaînements et des questions d'appropriation des terminologies. Si l'on doit indéniablement accorder une importance à ces tactiques dans une écriture à visée vulgarisatrice, leur stricte application rend vite un texte passablement simpliste, voire ennuyeux⁷. Elles négligent le fait que le sens d'un texte n'est pas reconnu, mais *interprété* et ce, grâce à des compétences multiples : linguistiques, textuelles, référentielles, culturelles, encyclopédiques... et les motivations. Ces préceptes souffrent d'une carence majeure : l'oubli qu'un texte n'est jamais clair *en soi*, mais seulement en fonction d'une situation de communication et d'un destinataire donné.

3.2 ECRIRE POUR QUI ?

Toute énonciation prend en charge la question de son co-énonciateur, même si elle reste implicite. La notion de « public visé » est bien évidemment centrale.

Or le « patient » est un public pour le moins varié et hétérogène. Toute réception étant socialement située, nous voici *ipso facto* confrontés à la variabilité : nous sommes en présence d'un destinataire multiple et multiforme, de différents types d'utilisateurs, influencés par des valeurs sociales et culturelles différentes. Et qui, de surcroît, évoluent tout au long de leur parcours de soins...

⁷ Cf. Barthes, 1985.

Démunis, comment définir un lecteur modèle ? Quel est cet autre auquel on s'adresse ? Le public ne saurait être un donné : c'est un construit. Il convient donc de savoir quel *modèle* de lecteur on se donne.

Une approche de l'utilisateur nous est donnée par le biais de groupes de patients réunis sur des thèmes précis (cancer du sein, cancer du poumon, kinésithérapie, douleur...). En nous livrant l'horizon d'attente des patients et en les faisant participer tout au long du processus d'élaboration⁸, ces informateurs permettent d'esquisser une modélisation des lecteurs potentiels afin d'adapter au mieux les pratiques rédactionnelles.

4. UNE LINGUISTIQUE QUI S'APPLIQUE

A l'issue de ce parcours, force est de constater que la question linguistique de la production de textes destinés aux patients est peu documentée. Les préceptes cités plus haut sont autant de règles dictées par le bon sens, mais guère assises par une théorie, et ne dépassent pas une vision instrumentale de la communication. On ne peut que rejoindre le constat de Marie-Pierre Mayar (2007) qui, après analyse d'un ensemble de brochures d'origine et de thématiques différentes en santé, dresse une liste d'insuffisances qui mettent en évidence cette absence de théorisation de ce que nous pourrions appeler des « bonnes pratiques rédactionnelles ».

Ce constat établi se dresse un problème rarement soulevé d'un point de vue linguistique : celui de la *qualité* des textes de vulgarisation. Et si l'on parle de qualité, de quel point de vue ?

Il ne s'agit bien évidemment pas de stigmatiser un savoir défaillant, mesuré à l'aune de définitions savantes dans un rapport absolutiste à la connaissance. Il n'est d'ailleurs pas question d'évaluer le savoir convoqué, mais 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.

L'idée est de mener une analyse descriptive des textes cités autour des unités terminologiques en termes d'effets de lisibilité et d'accueil de l'autre dans le discours. Cependant, ce type de questionnement engage une réflexion préalable : de quels outils peut-on se doter pour mesurer l'efficacité pragmatique du propos et mener cette évaluation ?

Nous nous en tiendrons ici à ouvrir quelques pistes sur une question rarement abordée.

4.1 UNE DEMARCHE SOCIOTERMINOLOGIQUE A ADAPTER AU TERRAIN

Notre démarche procède de la socioterminologie. Le programme socioterminologique vise à analyser les mécanismes d'usage et la dynamique du fonctionnement des termes, en prenant compte la diversité des pratiques langagières situées, orales comme écrites. En s'intéressant à la circulation sociale des termes, sa problématique se montre très pertinente pour l'analyse de ce type de discours. S'appuyant sur les concepts de la sociolinguistique et intégrant la dimension sociale, la socioterminologie a pour vocation, par une description du terrain, notion fondamentale, de mettre en évidence les mouvements terminologiques.

⁸ Contribuant ainsi à élargir la polyphonie des textes.

La socioterminologie résulte donc, dans le champ de la terminologie, d'une position épistémologique critique : accent mis sur les pratiques langagières et non plus sur la seule « langue » réglée des experts et des normes ; refus de l'amalgame entre sciences et techniques au profit d'une approche plus fine et plus contrastive ; primat accordé à la description sur la prescription dans l'intervention des linguistes ; prise en compte de la dimension industrielle de la communication « scientifique et technique », etc. (Gaudin *et al.*, 1994 : 10).

Sans s'enfermer dans des études uniquement descriptives, la socioterminologie se soucie également d'utilité sociale. Dans une perspective « glottonomique », concept proposé par Louis Guespin et qu'il résume de la façon suivante :

La glottonomie propose, à la suite de l'analyse d'une situation langagière particulière, les modalités d'une intervention sur les pratiques langagières propres à cette situation. (1985 : 26)

la socioterminologie se dote d'une double vocation : « d'une part décrire, d'autre part informer » (Gaudin, 1990 : 178), convoquant des outils d'analyse issus de la linguistique de l'interaction, de l'énonciation, de l'analyse de discours, de la sémantique interprétative, de l'argumentation.

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 d'efficacité, cette variabilité des usages et des interprétations est un préalable indispensable à prendre en compte. Songeons par exemple à la variabilité de l'interprétation d'un *examen négatif*, parfois interprété comme signe d'un mauvais pronostic, alors qu'il signifie seulement que tout va bien. Sans attention prêtée à ce type de « malentendus » (Fainzang, 2006), l'usage des terminologies peut déboucher sur une « surinterprétation » du discours médical.

4.2 UN PREALABLE : DESCRIPTION TERMINOLOGIQUE

Nos présupposés théoriques ont pour conséquences méthodologiques de mettre au cœur de notre intervention une démarche descriptive fondée sur une méthode linguistique (et non sur des « concepts »). Une première étape passe donc par le repérage des termes en circulation dans les communautés en présence, l'analyse des usages et de leur fonctionnement. C'est seulement sur ces bases qu'un regard informé peut être apporté.

On peut circonscrire la communauté médicale autour de professionnels de santé identifiés : médecins, infirmières, chirurgiens, chimiothérapeutes, radiothérapeutes, manipulateurs de radiologie..., mais ils ne constituent pas pour autant une communauté homogène, même si on peut identifier ce que l'on pourrait appeler à l'instar de Jean-Claude Beacco, des « communautés discursives nucléaires »⁹ (1995 : 138). On doit y intégrer des professionnels, que l'on n'inclurait pas d'emblée au domaine médical à proprement parler, mais qui sont présents auprès des patients : travailleurs sociaux, socio-esthéticiennes... C'est cette communauté hétérogène qu'un patient est conduit à rencontrer et avec laquelle il va échanger des éléments sur sa maladie, mais aussi sur sa vie quotidienne, ses difficultés psychologiques, ses soucis sociaux. Le vocabulaire circulant dépasse alors le strict vocabulaire médical, faisait éclater la notion de domaine.

⁹ Ces communautés nucléaires sont importantes dès lors qu'il s'agit de connaître les normes qui y sont en usage.

C'est ainsi que l'on voit apparaître des termes comme *curatelle* ou *sauvegarde de justice*, réputés appartenir au domaine du droit ou du social¹⁰.

Tout cela concerne ce que nous pourrions appeler les « discours officiels ». Cantonner l'usage des termes aux seuls discours émis par les spécialistes serait faire fausse route : le patient est aussi en contact étroit avec des « discours officieux ». Car si les patients parlent aux équipes médicales, ils parlent aussi à leur proches, à d'autres patients, lisent les médias, regardent la télévision, consultent l'internet... Les termes relatifs au cancer circulent bien au-delà hors des sphères « autorisées »...

C'est dire la multiplicité et la variété des discours auxquels le patient est confronté, et par là, c'est faire le constat de la variation terminologique. Que le discours soit décrété spécialisé ou non spécialisé, c'est de l'ordre de la banalité de dire que les faits de langue déploient de la variation : variation diachronique (la *cancérologie* glisse peu à peu vers *l'oncologie*, diatopique (selon les établissements de soins ou les services), 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...). Mais voilà une banalité qui n'est pas sans poser problème dès lors qu'il ne s'agit plus de décrire, mais de *dire*. Comment s'y adapter ? Quels termes utiliser préférentiellement ? Selon quels critères ?

4.3 UNE LECTURE INFORMEE

Optimiser des documents écrits d'information nécessite de construire une méthodologie d'évaluation des textes que nous soumettent les rédacteurs.

Après d'autres, 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, l'énonciataire doit déterminer ce qui est commun pour créer du sens. Il met en œuvre certaines stratégies, fait des calculs interprétatifs en activant de façon complexe diverses compétences jusqu'à ce qu'il produise du sens. Pour ce faire, il se fonde sur le culturellement commun, le linguistiquement commun. C'est là où la notion de « contre-parole » telle que l'entendait Bakhtine peut être 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, pour qu'il puisse dialoguer avec l'auteur, il faut qu'une place lui ait été ménagée, qu'on lui offre les mots qui lui permettront de s'approprier le sens :

A chaque mot de l'énonciation à décoder nous faisons correspondre
une série de mots à nous (Bakhtine, 1977 : 146).

L'activité discursive peut alors être considérée comme une démarche destinée à donner au lecteur des outils pour reformuler, redire, s'approprier. C'est à cette fin que l'énonciateur doit lui « tenir la main », pour reprendre l'heureuse expression de Pierre Laszlo (1993 : 70), en offrant les seuls outils qui sont à sa disposition : les mots, à penser comme ressource et non comme obstacle, et permettre une « négociation cognitive » (Gaudin, 1996 : 73).

¹⁰ C'est d'ailleurs cette terminologie du social qui se révèle parfois plus difficile à vulgariser que le vocabulaire médical...

Afin d'analyser les traces de ces négociations cognitives dans les textes qui nous sont soumis, nous adoptons une méthode qui réinvestit les outils de l'analyse de discours à partir de termes constitués en pivots¹¹. Nous fondant sur les analyses menées sur les discours de vulgarisation, 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 alors à repérer les unités terminologiques et l'ensemble de leurs paradigmes désignationnels et définitionnels, puis à identifier la façon dont les marqueurs permettent un processus d'appropriation et peuvent résoudre une éventuelle « insécurité discursive ». Il s'agit de dépister l'ensemble des procédés d'étayage qui sert cette visée pragmatique, autrement dit la panoplie des moyens discursifs censés permettre l'interprétation des termes-obstacles. Ces procédés participent d'une « ergonomie linguistique » susceptible d'une évaluation en termes d'efficacité.

Pour les décrypter, nous nous ancrons sur les travaux de François Rastier en sémantique textuelle (Rastier, 1987 ; Rastier *et al.*, 1994). Cette théorie du parcours interprétatif permet de se saisir des signes en discours et de considérer le sens comme co-construction.

Il s'agit de notre point de vue de se placer de se placer du côté des *récepteurs* afin de procéder à une évaluation des moyens discursifs mis en œuvre dans les textes en prenant en compte différents niveaux d'analyse.

Le premier niveau est le niveau terminologique, considéré dans ses rapports paradigmatiques et syntagmatiques : quels sont les termes convoqués et les relations sémantiques qu'ils actualisent. Mais au-delà de l'analyse du terme-pivot qui, en quelque sorte, déconstruit le texte, c'est ensuite le niveau mésosémantique qui doit être pris en compte pour envisager les différents parcours interprétatifs possibles. Autre palier d'analyse : le texte dans sa globalité, dont la structure doit permettre aux patients de consulter le document à leur guise, en fonction de leurs besoins d'information à un temps t. Ce mode de lecture doit donc être intégré à la construction du document : lecture en chapitres à rendre aisée, soutenue par le péri-texte : table des matières détaillée, glossaire, index afin de faciliter la navigation dans le document. Intervient ensuite un autre niveau qui est affaire d'éditorialisation du texte. Doivent être pris en compte la typographie, le choix des couleurs, les autres éléments du paratexte (illustrations, photos, dessins, légendes...) - autant d'éléments qui ne sont pas superfétatoires.

Tous ces niveaux correspondent aux conditions d'émergence du sens et leur analyse doit permettre de débusquer les chemins interprétatifs. Notre intervention se situe avant la mise en page éditoriale. Il s'agit donc, selon la méthodologie évoquée, d'identifier les contraintes linguistiques et de localiser les dysfonctionnements qui peuvent affecter les parcours interprétatifs dans les textes. En considérant le niveau microsémantique ou mésosémantique, sont examinés les moyens lexicaux et discursifs mis en œuvre par les énonciateurs pour faire sens et accueillir l'autre dans le texte, en sachant qu'un texte n'est pas une « suite d'instructions » (Rastier, 1994) et qu'il ne saurait y avoir *une* bonne information, mais seulement une multiplication des voies d'accès au sens.

¹¹ La méthode des termes-pivots a été utilisée de façon minimale par Jean Dubois (1962). S'inscrivent dans cette optique de façon systématisée les thèses dirigées par Jean Dubois : celle de Jean-Baptiste Marcellesi (1971), de Denise Maldidier (1970), de Geneviève Chauveau-Provost (1970), puis les travaux de Jean-Jacques Courtine (1981) ou ceux du Centre de Saint Cloud

5. POUR CONCLURE

Il existe une demande sociale qui mène les linguistes à être sollicités comme « experts » afin d'évaluer les pratiques langagières de points de vue divers ou d'émettre des propositions (cf. par exemple Bouveret et Gaudin, 1997 ; Depecker, 1997 ; Delavigne, 1999 ; de Vecchi, 2004 ; Condamines, 2005...). Conjuguer une problématique de recherche à un cadre appliqué constitue une occasion singulière de tester concepts et modèles, même si c'est au prix d'un aménagement nécessaire. Les deux problématiques, appliquées et théoriques, non seulement se complètent, mais s'enrichissent. La situation applicative permet de tester « en direct » les concepts, d'estimer leur apport ou leur insuffisance et ainsi, de les faire évoluer, offrant un retour théorique fructueux.

Dans cet article, nous avons souhaité montrer la façon dont nous avons répondu à une demande applicative. Notre problématique s'articule entre application et recherche sur le fonctionnement linguistique de la vulgarisation dans le but d'optimiser des échanges langagiers spécifiques dans un cadre de santé.

L'appropriation des données médicales nécessaires au long d'un parcours de soins en cancérologie passe par l'appropriation des terminologies circulantes, support des connaissances. Pour viser une appropriation terminologique dans ce contexte spécifique, plusieurs ressources écrites peuvent être envisagées¹² : documents disponibles sous formes de fiches ou de brochures, bornes interactives, site internet, dictionnaire... Dans cet article, nous avons évoqué la question de la rédaction aménagée de documents dans un cadre coopératif qui associe rédacteurs, experts et utilisateurs finaux : les patients et leurs proches¹³. Elle nécessite de se doter d'outils théoriques et méthodologiques. Or un constat se dresse assez vite : si quelques « recettes » rédactionnelles sont disponibles, elles restent peu théorisées. Nous avons montré qu'une approche possible est d'emboîter le pas de la socioterminologie et d'exploiter ses postulats et ses outils, autrement dit de prendre en compte des paramètres langagiers et notamment terminologiques, associés aux conditions de production, de circulation et de réception. Cette approche passe par une prise en compte des usages terminologiques dans les communautés en présence pour, à partir des mots de l'autre, construire des outils textuels efficaces et utiles.

Il ne s'agit pas de rechercher une écriture idéale, synchrone à son objet : écrire pour les patients est avant tout une attitude qui prend en compte les spécificités de ce destinataire, et il faut se défaire d'une illusion : celle qui consiste à croire que l'interprétation est incluse dans les énoncés et qui oublie qu'elle résulte d'un travail. En sachant que la meilleure validation est celle que nous offrent les patients.

¹² L'interaction orale reste bien évidemment première.

¹³ Une autre ressource terminologique pour les patients est en cours d'élaboration : cf. Delavigne, à paraître, ou, sous une version vulgarisée, Delavigne *et al.*, 2007.

6. BIBLIOGRAPHIE

- ARRIVE M., GADET F. et GALMICHE M., 1986, *La grammaire d'aujourd'hui*, Flammarion, Paris.
- AUTHIER J., 1982, « La mise en scène de la communication dans des discours de vulgarisation scientifique », *La vulgarisation. Langue française* n°53, pp. 34-47.
- BEACCO J.-C., 1995, « A propos de la structuration des communautés discursives - beaux-arts et appréciatif », *Les Carnets du CEDISCOR* n°3, pp. 135-153.
- BEACCO J.-C., 2000, « Ecritures de la science dans les médias », *Les Carnets du Cediscor* n°6, pp. 15-24.
- BEACCO J.-C. et MOIRAND S., 1995, « Autour des discours de transmission de connaissances », *Les analyses de discours en France. Langages* n°117, pp. 32-53.
- BAKHTINE M., 1977, *Le marxisme et la philosophie du langage*, Minuit, Paris.
- BARTHES R., 1985, *L'aventure sémiologique*, Seuil, Paris.
- BEAUDET, C. (1999). *Guide de rédaction en milieu communautaire*, Éditions GGC, Sherbrooke.
- BOURDIEU P., 1979, *La distinction*, Minuit, Paris.
- BOUVERET M. et GAUDIN F., 1997, « Du flou dans les catégorisations : le cas de la bioinformatique », *Terminologie et interdisciplinarité*, Peeters, Louvain-la-Neuve, pp. 63-72.
- 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), pp. 977-84.
- CANDEL D., 1994, « Le discours définitoire : variation discursive chez les scientifiques », dans S. Moirand S. et al., *Parcours linguistiques de discours spécialisés*. Peter Lang, Paris, pp. 33-44.
- 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* vol. 91 n°4, pp. 351-361.
- CHARAUDEAU P. et MAINGUENEAU D. (dir.), 2002, *Dictionnaire d'analyse de discours*, Le Seuil, Paris,
- COLLETTE K., BENOÎT BARNET M.-P., LAPORTE D., POUËCH F. et RUI-SOUCHONB., 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*, Octares, Paris, pp.17-30.
- DELAVIGNE V., 1999, *Description des pratiques langagières dans quelques colloques scientifiques internationaux en France. Rapport final*, dactylographié, 104 p.
- 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., à paraître, « Construire un dictionnaire d'oncologie pour les patients : aspects méthodologiques », *Actes des Journées CRTT « Corpus et dictionnaires de langues de spécialité », Lyon2 : 28-29 septembre 2006*.
- DELAVIGNE V., CARRETIER J., BRUSCO S., DECHELETTE M., LEICHTNAM-DUGARIN L., PHILIP T., 2007, « Comprendre les mots du cancer : Lexonco, dictionnaire d'oncologie pour les personnes malades et leurs proches. Aspects méthodologiques », *Bulletin du cancer* vol. 94 n°4, pp. 405-410.
- DEMMA F., DOUILLER A., FERVERS B., SANDRIN-BERTHON B., SALTEL P., FARSI F., 1999, « Les besoins d'information et de communication de personnes atteintes de cancer », *La santé de l'homme* n°341, CFES, pp. 24-27.
- DEPECKER L. (dir.), 1997, *La mesure des mots : cinq études d'implantation terminologique*, PUR, Rouen.
- GAUDIN F., 1990, « La socioterminologie : un champ en voie de constitution », *Sociolinguistique, didactique du français langue étrangère. Cahiers de Linguistique Sociale*, pp. 173-183.
- GAUDIN F. et al. (dir.), 1994, *Aspects terminologiques des pratiques langagières au travail. Cahier n°7*, Réseau Langage et travail, Paris.
- GAUDIN F., 1996, *Une approche sociolinguistique de la terminologie. Mémoire pour l'habilitation à diriger les recherches*, URA CNRS 1164, Université de Rouen.

- GROSJEAN M. et LACOSTE M., 1999, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris.
- GUESPIN L., 1985, « Matériaux pour une glottopolitique », *Cahiers de Linguistique Sociale* n°7, pp. 13-32.
- 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*.
- JACOBI D., 1987, *Textes et images de la vulgarisation scientifique*, Peter Lang, Paris.
- JACOBI D., 1999, *La communication scientifique. Discours, figures, modèles*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.
- JACOBI D. et SCHIELE B. (dir.), 1988, *Vulgariser la science. Le procès de l'ignorance*, Champ Vallon, Seyssel.
- JEANNERET Y., 1994, *Ecrire la science. Formes et enjeux de la vulgarisation*, Presses Universitaires de France, Paris.
- JENKINS V, FALLOWFIELD L, SAUL J., 2001, « Information needs of patients with cancer : results from a large study in UK cancer centres », *Br J Cancer* 84, pp. 48-51.
- FAINZANG S., 2006, *La Relation médecins/malades : information et mensonge*, Presses universitaires de France, Paris.
- LASZLO P., 1993, *La vulgarisation scientifique*, Presses universitaires de France (Que sais-je ? n°2722), Paris.
- LATOURE B. (1989), *La Science en action*, La Découverte, Paris.
- MAYAR M.-P., 2007, « Apport des méthodes terminologiques à la construction de brochures d'information santé. Etude d'un corpus (diabète, hypertension, obésité) », *Journée "Terminologia e mediazione linguistica : approcci e metodi a confronto"*, Bologne : 8 juin 2007. http://dti1.unilat.org/realiter_spip/spip.php?article905
- MOIRAND S. et al. (dir.), 1994, *Parcours linguistiques de discours spécialisés. Actes du colloque, Université de la Sorbonne : 23-25 septembre 1992*, Peter Lang, Paris,.
- MOLEY-MASSOL I., 2007, *Relation médecin-malade. Enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques*. DaTAB Editions, Courbevoie.
- MORTUREUX Marie-Françoise, 1987, « Traduction et vulgarisation scientifique : un transfert de problématique », *Traduction et vulgarisation scientifique. DISCOSS* n°3, pp. 7-21.
- MORTUREUX M.-F., 1988, « La vulgarisation scientifique : parole médiane ou dédoublée », dans D. Jacobi et B. Schiele, *Vulgariser la science. Le procès de l'ignorance*, Champ Vallon, Seyssel, pp. 118-148.
- MORTUREUX M.-F., 1993, « Paradigmes désignationnels », *Semen* n°8, pp. 123-141.
- MORTUREUX M.-F. et PETIT G., 1989, « Fonctionnement du vocabulaire dans la vulgarisation et problèmes de lexique », *Signes et sens. DRLAV* n°40, pp. 41-62.
- MOUMJID-FERDJAOUI N., CARRERE 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, pp. 73-88.
- PETIT G., 2000, « Le statut d'expert dans la presse quotidienne », *Les Carnets du Cediscor* n°6, pp. 63-79.
- PEYTARD J., 1984, « Problématique de l'altération des discours : reformulation et transcodage », *Français technique et scientifique : reformulation, enseignement, Langue française* n°64, pp. 17-28.
- REBOUL-TOURÉ S., 2004, « Écrire la vulgarisation scientifique aujourd'hui », *Colloque Sciences, Médias et Société, 15-17 juin 2004*, Lyon, ENS-LSH, http://sciences-medias.ens-lsh.fr/article.php3?id_article=65
- RASTIER F., 1987, *Sémantique interprétative*, Presses Universitaires de France, Paris.
- RASTIER F., CAVAZZA M. et ABEILLE A., 1994, *Sémantique pour l'analyse*, Masson, Paris.
- REY-DEBOVE J., 1998, *La linguistique du signe. Une approche sémiotique du langage*, Armand Colin, Paris.
- STENGERS I., 2002, *Sciences et pouvoirs*, La Découverte, Paris.
- OC (Option consommateurs), Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français, 2002, *Écrivez clairement et simplement. Guide pour les rédacteurs en entreprise*, http://www.option-consommateurs.org/documents/principal/fr/File/alpha_oc0211.pdf
- (de) VECCHI Dardo, 2004, « La terminologie de la communication d'entreprise : bases d'une pragmatérminologie », *Cahier du C.I.E.L. Des fondements théoriques de la terminologie*, pp. 71-83.
- ZWEIGENBAUM, P., 2001, « Traitements automatiques de la terminologie médicale », *Revue française de linguistique appliquée* VI(2), pp. 47-62.