

L'écriture pour les patients : une écriture singulière ?

Writing for patients: a singular writing?

Valérie Delavigne



Éditeur
Centre de recherche sur les médiations
(CREM)

Édition électronique

URL : <http://pratiques.revues.org/3268>
DOI : 10.4000/pratiques.3268
ISSN : 2425-2042

Référence électronique

Valérie Delavigne, « L'écriture pour les patients : une écriture singulière ? », *Pratiques* [En ligne], 173-174 | 2017, mis en ligne le 10 mars 2016, consulté le 29 mars 2017. URL : <http://pratiques.revues.org/3268>

Ce document a été généré automatiquement le 29 mars 2017.

© Tous droits réservés

L'écriture pour les patients : une écriture singulière ?

Writing for patients: a singular writing?

Valérie Delavigne

- 1 Pendant plusieurs années, nous avons été amenée en tant que socioterminologue à intervenir dans la chaîne d'écriture de documents destinés à des patients atteints de cancer. Ces brochures sont des objets textuels particuliers qui visent à favoriser une meilleure compréhension de la maladie, de sa prise en charge et de ses conséquences. Il s'est donc agi de répondre à une demande sociale pour contribuer à une écriture « efficace » et « adaptée » en visant une optimisation des échanges langagiers dans le contexte dysphorique qu'est celui de la maladie cancéreuse (Delavigne, 2009).
- 2 Nous avons souligné ailleurs combien cette démarche interventionniste orientée vers la transformation de pratiques sociodiscursives est pour le linguiste une occasion à la fois difficile et privilégiée (Delavigne, 2015). Cette démarche, qui relève de ce que W. Labov dénommait la « linguistique séculière » (1989), présente en effet un grand intérêt : d'un point épistémologique, c'est une occasion singulière de porter son regard vers de nouveaux terrains, d'y tester modèles et concepts, d'en faire un usage critique et de faire émerger de ces terrains de nouvelles hypothèses de recherche. Du point de vue de la production des connaissances, c'est l'occasion de mettre sous la lunette de l'analyste des terrains peu explorés en adoptant une posture privilégiée – quoique parfois malaisée à tenir – par un double positionnement de chercheur et de prescripteur. L'expérience engage en outre un certain nombre de réflexions sur l'implication du chercheur. La démarche participative, bien que ne relevant pas du champ académique, permet des développements heuristiques tout en élaborant collectivement des réponses adaptées à une problématique émergeant du terrain. Cet aller-retour entre théorie et pratique, « boucle récursive entre recherche et action » (Bataille, 1986, p. 33), offre un retour fertile, voire foisonnant, grâce auquel remédiations et analyses linguistiques se nourrissent mutuellement.

- 3 Nous avons souhaité explorer l'élaboration de l'écriture née de cette production spécifique, entre vulgarisation médicale et rédaction technique. Notre projet est d'analyser de façon plus approfondie la façon dont ont été construits des documents diffusés dans l'espace public, production dans laquelle nous avons été actrice, en exploitant d'un point de vue génétique un corpus constitué des versions successives des textes¹. Cela devrait permettre de mieux caractériser ce « genre » spécifique, si tant est que la « brochure pour les patients » puisse constituer un genre à part entière, et de déterminer la spécificité de cette écriture.
- 4 La question de l'écriture se doit d'être inter/pluridisciplinaire. Il ne s'agit pas ici de plaider pour une pluridisciplinarité qui ne ferait que juxtaposer les disciplines (Charaudeau, 2010), mais de signaler le nécessaire décloisonnement autour de cet objet spécifique, nécessaire pour prolonger le regard disciplinaire. Les acquis de la psychologie cognitive, de la psycholinguistique et de la didactique, entre autres disciplines qui se penchent sur l'écriture, doivent être pris en compte. Notre positionnement est celui d'une analyste du discours qui s'intéresse à la circulation des connaissances ; nous cherchons à mettre en relation les formes successives des documents et les contraintes générées par leurs conditions de production, de circulation et d'interprétation. Toute activité langagière est régie par diverses contraintes qui jouent un rôle sur sa production et sa réception (Plane, Olive & Alamargot, 2010 ; Rastier, 2011). Ici, ce sont des contraintes de nature particulière qui viennent peser sur la production textuelle et s'imprimer dans la matérialité discursive, laissant autant de traces d'enjeux différents que nous souhaitons mettre au jour.
- 5 Dans un premier temps, nous présenterons le terrain qui a donné naissance à cette réflexion. Nous nous attacherons à décrire les « conditions de production », instances de normativité, en tentant de saisir quelques-unes des déterminations qui pèsent sur l'activité scripturale. Notre cheminement, centré sur le rédacteur, partira donc du global dont on connaît la détermination sur le local (Rastier, 2011) pour examiner comment le dispositif d'élaboration et les divers matériaux à disposition du scripteur façonnent à différents niveaux l'écriture des guides.

Les conditions d'émergence du texte

- 6 En 1998, la Ligue contre le cancer organise les premiers États généraux des personnes malades. Trois mille personnes, malades atteints de cancer, anciens malades, proches et soignants prennent pour la première fois la parole face aux professionnels de santé et au grand public (Compagnon et al., 1999). Nous évoquons cet évènement car il marque un tournant dans l'histoire de l'information médicale : le cancer est passé d'une sphère socialement invisible, souterraine, voire cachée, à un thème public et collectif. Les politiques de santé publique se sont orientées depuis vers des mesures dont l'enjeu proclamé est la mise en correspondance des besoins des usagers et une offre adaptée, y associant un impératif de prévention et un partage de l'information².
- 7 C'est ainsi que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a pris acte de la demande des patients d'une meilleure information concernant la maladie et sa prise en charge, et de leur souhait d'une plus grande implication dans le processus de décision thérapeutique³. Le cancer est devenu une priorité de santé publique et la loi encadre le développement d'un programme

d'information des patients atteints de cancer, qui s'est traduit notamment par la création d'une plateforme en ligne et la rédaction de guides pour les patients (Carretier, 2013 ; Carretier, Delavigne & Fervers, 2010 ; INCa, 2013)⁴.

Un impératif de « qualité »

- 8 Ces conditions d'élaboration des guides soumettent la production textuelle à un impératif de « qualité ». Sous ce terme revendiqué se dessine une méthodologie stricte, longuement affinée au fil des années. Les contenus doivent ainsi répondre à divers critères correspondant à ceux présentés dans le *Guide méthodologique HAS. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé* (HAS, 2008) dont la thèse de J. Carretier présente l'application (2013, p. 175).

Critères d'évaluation de la rigueur de l'élaboration d'un document écrit d'information :

- 1.a. Implication des patients ou des usagers à toutes les étapes de l'élaboration du document
- 2.a. Implication des experts de différentes disciplines
- 3.a. Hiérarchisation de l'information : identification d'un message principal et de points clés
- 4.a. Description précise du sujet abordé et de son importance : champs couverts (soins, investigation, thérapeutique, dépistage, etc.), ainsi que les limites du thème
- 5.a. Précision et clarté des objectifs du document
- 6.a. Description précise du public auquel le document est destiné
- 7.a. Lien explicite entre le document d'information et les recommandations professionnelles ou les synthèses bien construites sur le plan méthodologique ou sur une synthèse de la littérature réalisée au préalable
- 8.a. Description précise de la manière et du moment opportun d'utilisation du document dans une stratégie de participation du patient ou de l'utilisateur aux décisions qui le concernent
- 9.a. Choix d'un support pratique, facile à actualiser et peu encombrant
- 10.a. Définition précise d'une stratégie de diffusion comportant les canaux de diffusion les plus adaptés à la cible et les modalités de mise à disposition du document
- 11.a. Test de la lisibilité, de la compréhension du document, de sa présentation
- 12.a. Évaluation de l'utilisation du document et de la satisfaction des utilisateurs
- 13.a. Planification de l'actualisation du document

Critères d'évaluation du contenu d'un document écrit d'information :

- 1.b. Prise en compte des attentes et des questions posées par les patients ou les usagers
- 2.b. Précision et explicitation des données validées sur lesquelles se fondent les informations
- 3.b. Présentation objective de l'information (non biaisée et équilibrée en particulier sur les bénéfices et les risques, les conséquences des traitements)
- 4.b. Présentation des informations quantitatives sur la fréquence de la maladie ou des symptômes
- 5.b. Description des bénéfices/risques et des conséquences des traitements et des soins sur la vie quotidienne et tous les aspects de la qualité de vie
- 6.b. Description précise et concrète d'une conduite à tenir
- 7.b. Proposition d'une liste de questions que le patient ou l'utilisateur peut poser au professionnel de santé
- 8.b. Intégration d'une rubrique de sources d'information complémentaires
- 9.b. Application des conseils de rédaction et de présentation d'un document écrit : être concis, simple et compréhensible, utiliser un langage et un ton appropriés,

sans dramatisation ni optimisme excessif, choisir des illustrations pertinentes et adaptées

10.b. Mention claire des rédacteurs du document, des différents secteurs d'activité avec lesquels ils sont en lien, les sources d'informations et de financement

11.b. Mention de la date d'élaboration sur le document

- 9 On le voit, ces critères sont hétérogènes et de niveaux différents. Si nous prenons la peine de les citer un peu longuement, c'est pour montrer la faible attention prêtée aux processus d'écriture (cf. item 11.a pour les critères d'évaluation de la rigueur ; item 9.b pour les critères d'évaluation du contenu). N'y sont définies ni les notions de « lisibilité » (qui renvoie le plus souvent à des tests statistiques peu maniables et d'une pertinence incertaine), ni d'« intelligibilité », ni de « compréhensibilité », ni de « pertinence » (par exemple Henry, 1975 ; Labasse, 1999 ; Beaudet, 2001 ; Delavigne, 2001b). Or qu'est-ce qu'un « langage et un ton approprié » ? Comment « être concis, simple et compréhensible » ? Si ce type de consignes livrent assurément quelques pistes méthodologiques, cela dit bien peu de choses sur l'écriture, néglige les quelques préceptes préconisés par la rédactologie (Khédija, 2002 ; Labasse, 2006) et oublie qu'un texte n'est jamais clair « en soi » (cf. 4.1).

Un locuteur collectif

Autrefois, le malade était un objet de soins ; aujourd'hui, il est *partenaire* des soins.
(C'est nous qui soulignons)

- 10 Cette citation d'H. Pujol, médecin et ancien président de la Ligue contre le cancer, sous le patronage duquel J. Carretier place ses travaux (2013), reflète l'évolution sociologique de la relation médecin-patient, passée progressivement du modèle « paternaliste » traditionnel dans lequel le médecin expert décide du traitement, au paradigme – idéal – participatif d'une décision médicale partagée. Le patient, devenu *usager*, se doit d'être désormais acteur des soins qui lui sont proposés et non plus imposés (Moumjid et al., 2009 ; Carretier, Delavigne & Fervers, 2010). Cependant, si l'on souhaite un patient « acteur », il lui faut détenir le savoir nécessaire à son implication. L'expertise doit alors circuler.
- 11 Cette reconfiguration des rôles a des déterminations méthodologiques sur l'écriture de documents destinés aux patients. Une des principales conséquences est leur implication lors de l'élaboration de brochures qui leur sont destinées (cf. item 1.a des recommandations supra). Ils sont alors supposés devenir des locuteurs à part entière.
- 12 Loin d'être singulière, la voix du rédacteur est donc plurielle. La première de ses tâches lorsqu'il prend en charge l'élaboration d'un document sur un thème spécifique est de s'entourer d'un « groupe de travail » pluridisciplinaire composé de différents types de locuteurs :
- des « utilisateurs », constitués de patients, d'anciens patients, de proches et de membres d'associations partenaires impliquées dans la thématique,
 - des « spécialistes », experts médicaux désignés par les sociétés savantes ayant participé à l'élaboration des sources de référence, des médecins traitants, des personnels soignants,
 - et des « référents INCa », rédacteurs et autres membres de l'INCa (INCa, 2013).
- 13 Le rédacteur doit se faire le portefaix à la fois de la voix des experts et de celle des patients, sans que ce groupe de travail, formé ad hoc, ne constitue à proprement parler une communauté discursive, pas plus qu'une « communauté intellectuelle »⁵. Le texte définitif prend la forme d'un discours émanant d'un « locuteur collectif », au sens de

J. Dubois et al. (1994), défini comme un groupe « partageant un certain type de culture et produisant un discours qui apparaît comme celui de toute la communauté ». Dès lors, en dehors d'une approche génétique, il est difficile de démêler la parole des uns et des autres.

Se saisir des discours de l'autre

- 14 Cette vision participative soulève immédiatement divers types de questionnements : comment le rédacteur⁶ se saisit-il de la parole des uns et des autres ? Qu'est-ce qui relève de sa liberté de scripteur ? Comment mêle-t-il et articule-t-il ces voix ? Qu'en fait-il ?
- 15 Considérons les pôles d'énonciation : experts, patients, équipe de rédacteurs. D'un point de vue génétique, on a affaire à un texte source émanant d'experts, texte à « traduire » pour les patients, pour reprendre le verbe en usage chez les rédacteurs. Comme stipulé par le protocole d'élaboration des guides, les « recommandations » destinées aux professionnels de santé constituent le point de référence des documents pour les patients : ces textes techniques, qui synthétisent les études scientifiques médicales pour une localisation cancéreuse donnée, fondent l'architecture centrale du texte. En tant que texte source, ils constituent un « déjà-là » indispensable à prendre en compte dans l'analyse.
- 16 De l'autre côté pourrait-on dire, la parole des « patients »⁷ est censée venir en contrepoint. Leur présence s'est faite de plus en plus discrète au cours du temps, passant de l'organisation de « focus groups » destinés au recueil de leurs besoins et à des lectures accompagnées, à de simples commentaires sur le document. Sur le plan du contenu, la principale trace de leur présence tient aux données pratiques sur leurs besoins d'information estimés.
- 17 Les rédacteurs constituent un troisième type de voix qui intervient dans le texte et ce, sous des modalités différentes. D'une part, à l'instar des autres intervenants, par leur relecture sur le guide en construction ; d'autre part, par un document constitué de parties communes à l'ensemble des guides, mis en place au fil des documents publiés.
- 18 Il faut enfin signaler un autre type d'énonciateur : notre propre intervention sur le texte. Pour les rédacteurs, la linguiste est garante de la bonne formation textuelle et apporte une caution linguistique et ce, tout aussi bien auprès des patients que des experts médicaux. Il n'est pas rare d'entendre « La linguiste a dit... » ou « Que doit-on dire ? ». Cela n'est pas sans poser des questions de légitimité et de légitimation décrite par ailleurs (Delavigne, 2015), nous n'y reviendrons pas ici. Bien que cela réponde à la vocation glottonomique de la socioterminologie (Gaudin, 2003), le fait est assez singulier pour être signalé.
- 19 Un process fixé par un référentiel décrit l'ensemble des étapes méthodologiques de l'élaboration des guides. Le rédacteur qui prend la responsabilité d'une thématique rédige un texte à partir de documents sources, textes d'experts et autres informations médicales pour les patients. Ce texte est ensuite « validé » à différentes étapes par le groupe de travail, autres rédacteurs de l'équipe et différents professionnels de santé, parfois mandatés par des institutions, patients et proches, chacun apportant sa propre expertise (INCa, 2013 ; Delavigne, 2013b).
- 20 Le processus rédactionnel est ainsi rythmé par divers temps de relecture/intégration des suggestions et commentaires. Le travail du scripteur consiste ensuite à effectuer un

lissage de ces voix : il doit construire une cohérence (Chuy & Rondelli, 2010), gommer les dissonances, tout en répondant à des exigences variées, de natures différentes et parfois contradictoires. Les voix des uns et des autres ne résonnent pas au même titre dans le texte : toutes n'ont pas un poids égal. Ce qui nous intéresse, c'est précisément la manière dont le rédacteur réinvestit tout ce matériel langagier. Car celle-ci révèle des enjeux sous-jacents, explicites et implicites, qui influent sur la rédaction. S'y jouent en effet des questions identitaires et des positionnements : communicationnels, culturels, identitaires, qui affleurent à la surface du texte (Delavigne, 2013a).

- 21 Soulignons que cette polyphonie constitue un gage de qualité explicité. Rendue visible dans la matérialité discursive par « *d'anciens patients conseillent...* » ou « *les médecins disent ...* », « *les études scientifiques disent...* », cette mise en scène du mode de construction des textes contribue à leur légitimité.
- 22 Nous ne prendrons pas en compte les aspects macrotextuels comme la mise en forme matérielle des textes (ce qui appartient d'ordinaire au *document* et non au *texte*. Cf. Holzem & Labiche, 2005). Si ces aspects éditoriaux peuvent sembler contingents dans une première approche, signalons cependant que les négliger peut conduire à saper l'ensemble du travail d'élaboration des textes. Un simple exemple : une taille ou une police de caractères inadaptée pour un document prioritairement destiné à une population d'un certain âge peut constituer un frein tel à la lecture que le document manque son objet (Carretier, 2013).
- 23 C'est cette démarche polyphonique d'élaboration d'un objet spécifique que nous allons interroger sur notre corpus.

Corpus

- 24 Le corpus comporte l'ensemble des versions successives des guides destinés aux patients atteints de cancer et leurs proches, publiés par la Fédération nationale des Centres de Lutte contre le Cancer, puis par l'Institut national du Cancer⁸. Y sont colligés les tours d'écriture accompagnés des commentaires des scripteurs et des divers experts.
- 25 Les « avant-textes » (Fenoglio & Chanquoy, 2007), parties généralement cachées du « cycle de vie » du document (Holzem & Labiche, 2005), montrent ainsi toute la chaîne d'écriture qui transforme un écrit initial en une succession de versions jusqu'à une version ultime publiée. Nous ne distinguons pas la contribution des professionnels de santé de celle des patients ; chacun apporte en effet sa propre forme d'expertise (Delavigne, 2013b). La contribution des uns et des autres apparaît dans les versions successives des documents, écrites de 1998 à 2012, sous forme de commentaires et de modifications apparentes, saillances qui signalent des lieux sensibles du corpus et prennent un statut particulier. On voit le rédacteur ajuster au fil des versions les propositions de ses relecteurs et faire des choix qui sont la manifestation des enjeux en présence.
- 26 Les versions finales des documents publiées en 2012 comportaient 335 000 mots. L'ensemble du corpus, avant-textes et textes publiés, est exploité à l'aide d'un outil de traitement numérique, NooJ, développé par M. Silberstein⁹. Nous n'exposerons pas les différentes approches outillées disponibles pour analyser le matériau langagier. Disons simplement que le choix de NooJ se fonde sur le fait de pouvoir créer nos propres patrons de recherche sans l'effet de « boîte noire » de certains logiciels.

Les destinataires

- 27 Aucune écriture ne peut négliger la question de son lecteur. La cible est ici éminemment présente, désignée par le titre même de la collection, intitulée « collection Guides Patients ».

Les patients

- 28 Sur le plan énonciatif, l'usage du pronom personnel *vous* marque la présence des patients au cœur du tissu textuel. D'un point de vue diachronique, ce pronom s'est progressivement substitué aux formes impersonnelles « la patiente » ou « le patient », prédominants dans les tout premiers guides publiés en 2000. On a là un exemple de l'implication de personnes malades au sein même du texte. Ce choix énonciatif a été en effet instauré à la suite d'une réunion de travail avec des patientes atteintes de cancer du sein autour du premier guide qui leur était destiné¹⁰. Si l'écriture des guides s'était calquée spontanément sur les formes impersonnelles des textes scientifiques destinés aux médecins, la question s'est très vite posée de la façon dont il fallait dénommer les patients – *patient ? Malade ? Personne atteinte de cancer ?* – et de l'usage des pronoms personnels. Les désigner par la troisième personne, autrement dit, les réduire à la non-personne au sens de Benveniste (1966), les sort du texte ; à contrario, l'usage d'un déictique les y invite.
- 29 Cet aspect énonciatif ne résout cependant pas la question de l'identité de ce « public ». La dénomination *Guides Patients* institue une sorte de naturalité du public des brochures. Or le terme « public » couvre une pluralité de sens concurrents. L. Quéré pose la question de la nature du lien d'un collectif pour qu'il forme un « public » (2003). Cet auteur discute de la distinction effectuée par É. Durkheim entre une foule qui se construit autour d'une similitude ou une convergence de sentiment individuel, et un public, groupe social conscient de son identité collective. À partir des réflexions menées autour de la réception artistique, il expose quelques figures herméneutiques du public, de la simple collection d'individus, figure éclatée de personnes juxtaposées sans principe d'intégration, à d'autres formes d'associations nées d'un lien particulier par lequel les individus se reconnaissent entre eux. Dans ce panorama, nous reprendrons à notre compte la notion de « communauté d'aventure », définie en termes d'expérience partagée dont chacun sort modifié.
- 30 Nous ne sommes pas ici en face d'une pratique culturelle (télévisuelle, cinématographique, muséologique...) et nous n'avons pas affaire à une catégorie sociale identifiée. Le patient est une « forme » vide : ce peut être n'importe qui, Madame ou Monsieur Tout-le monde. Ce qui fait lien pour organiser cette communauté, c'est avant tout l'expérience commune, la chose vécue. Si l'histoire des uns ne ressemble certes pas à l'histoire des autres, si les trajectoires sont diverses (Ménoret, 1999) – individualité soulignée dans les guides : « chaque cancer est particulier », « chaque cancer est unique », « chaque patient et chaque cancer sont différents » – une *culture* commune se construit au fil de l'expérience endurée.
- 31 Ce lien noué par l'empirisme n'est certes pas intersubjectif : seuls quelques patients se rencontrent, dans le cadre de leurs traitements ou de groupes de paroles, ou virtuellement par le biais de forums ou autres espaces de discussion en ligne. Le principe

d'intégration de cette « communauté d'aventure » est ailleurs : les patients instituent une configuration de rôles. C'est avant un objet subsumé, une *place* tenue, une projection nécessaire pour que le scripteur puisse constituer un coénonciateur qui oriente l'acte scriptural et lui donne sens. Ce n'est certes pas nier la réalité du patient ; c'est simplement mettre en avant le fait qu'il se constitue avant tout en forme, aux contours variables selon le scripteur, une communauté imaginée, fantasmée que le rédacteur essaie d'approcher au plus près et qui constitue une réalité *intentionnelle*.

Les proches

- 32 Les patients ne sont pas seuls dans cette affaire. Des traces linguistiques d'autres destinataires apparaissent. Si les patients constituent le public explicite, cette place peut être tenue par les proches convoqués au fil du texte¹¹. Les premiers guides s'intitulaient d'ailleurs *Guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches*. Soulignons au passage l'accent mis dans ce titre sans doute maladroit sur l'enjeu pragmatique d'un patient « acteur » : au-delà de l'information, c'était le projet revendiqué de faire des guides de réels outils au service d'un dialogue à établir entre les patients, leurs proches et les professionnels de santé.

Les experts

- 33 Une troisième figure apparaît en filigrane, de façon non explicite : celle des experts. Montrons-le cette fois à l'aide d'un extrait issu de notre corpus :
- Ce guide peut permettre au patient et à son entourage de retenir plus facilement les explications du médecin et de l'équipe soignante. Il complète ou renforce l'information que le médecin est tenu de lui donner. C'est un outil d'information, consultable par les proches et utilisable dans une démarche d'éducation thérapeutique* du patient.
- 34 Assurément, nous ne sommes pas ici dans une intention du scripteur de faire en sorte que son lecteur s'approprie la terminologie médicale (cf. infra). Le terme *éducation thérapeutique* n'est pas expliqué dans le corps du texte, mais renvoyé au glossaire en fin de guide, signalé à l'aide l'astérisque, où il sera défini¹². Pourtant, le syntagme mériterait quelque explication : il présuppose un patient à éduquer, ce qui ne laisse pas de surprendre en première approche... Ce type d'indices discursifs laissent ainsi émerger la figure tutélaire de l'expert.

Le déploiement de l'activité scripturale : une écriture sous contraintes

- 35 Les visées des textes et leur méthodologie d'élaboration pèsent bien évidemment sur leur construction et les formes qu'ils convoquent. On voit l'activité scripturale se déployer dans plusieurs directions et on peut se demander dans quelle mesure les conditions d'élaboration que nous venons de décrire font de cette écriture une écriture singulière.
- 36 Qu'une écriture soit singulière, aucun linguiste n'en doute. Dans le même temps, cette singularité n'est pas à entendre comme production isolée et ce, à double titre : d'une part, de par son intertextualité inhérente à tout discours, d'autre part, de par son inscription dans une collection.

Singularité, inter et intratextualité

- 37 La démonstration n'est plus à faire : tout texte, comme tout discours, est issu d'autres textes, construit de la parole des autres, entre-tissé d'autres paroles qu'il reprend, modifie, transforme, avant d'être pris à son tour dans d'autres discours ; tout discours est – n'est que ? ☞ « palimpseste » (Genette, 1982). Bien au-delà du champ littéraire pour lequel ils ont été établis, les concepts complémentaires de « dialogisme » (il ne peut y avoir d'énoncés sans relation aux autres énoncés) et de « polyphonie » (un même énoncé est entrelacé de divers discours), issus des théories de M. Bakhtine, ont largement démontré leur intérêt opératoire. Cette hétérogénéité du discours, mis particulièrement en évidence par J. Authier (1982), cette présence dans un discours donné d'autres discours, multitude de voix qui se taisent ou s'exhibent, repérables ou non, lui est constitutive.
- 38 En outre, la psychologie cognitive le rappelle, le texte en construction lui-même issu de cette production en cours contribue à l'élaboration de son contenu (Alamargot, Chanquoy & Chuy, 2005). En cela, ce que nous pourrions désigner comme « l'intratextualité » est un « déjà-là » qui va influencer sur le texte en devenir. Et non seulement, la textualisation s'ancre toujours dans un texte préalable (Plane, Alamargot & Lebrave, 2010), mais elle s'inscrit dans un texte à venir, un devenir d'écriture.

Un canevas textuel

- 39 Ces dimensions dialogiques et polyphoniques sont d'autant plus prégnantes que ces textes s'inscrivent dans une collection, ce qui a un impact sur les différents niveaux textuels : le niveau macrotextuel (typographie, choix des couleurs, paratexte..., tout ce qui concerne la mise en page éditoriale qui ne nous occupera pas ici), le niveau mésotextuel (accroche, déroulement des informations, reformulations générales, longueur des paragraphes, densité des informations...) et le niveau microtextuel (choix du vocabulaire, choix des reformulants, choix stylistiques...) (Delavigne, 2001b). Cet impact est particulièrement net au niveau mésotextuel. En effet, quelle que soit la localisation cancéreuse, les guides proposent la même structure avec à chaque fois des chapitres identiques : « Qu'est-ce qu'un cancer ? », « Le choix de vos traitements », « Les professionnels et leur rôle », etc., fournissant au rédacteur un plan prédéterminé. Si nous ne sommes certes pas en présence d'un « formulaire »¹³, ce cahier des charges institue néanmoins un moule préétabli, une forme de figement général, que l'on peut repérer d'un point de vue génétique dès les premières versions des documents et qui se perpétue au fil des guides publiés.
- 40 On voit ainsi s'imposer au scripteur une forme codifiée « prête à remplir » à laquelle il ne peut déroger, un canevas textuel qu'il doit respecter pour satisfaire les critères d'entrée du guide dans la collection.

Un horizon d'attente

- 41 Si ce dispositif scriptural impose une trame sur laquelle va devoir s'élaborer le texte, on peut repérer une autre de ses incidences. Les contraintes de forme pèsent en effet non seulement sur la structure des guides, mais bien évidemment aussi sur l'écriture.

42 Entrer dans une collection impose de s'appuyer sur les guides antérieurs dont le fait d'avoir été publiés constitue en quelque sorte une validation, le gage d'une forme canonique. Ceux-ci deviennent alors une sorte d'« horizon d'attente ». Sur le plan microtextuel, on voit ainsi apparaître au fil des guides des « routines discursives » telles qu'É. Née, F. Sitri et M. Veniard (2014, p. 2119) les définissent¹⁴ :

Une routine discursive consiste en la mise en relation de séquences linguistiques récurrentes, partiellement figées [...] avec des déterminations discursives et des fonctions textuelles propres à un genre ou une sphère d'activité.

43 L'examen de la littérature montre un certain flou terminologique dans la dénomination de ces régularités, plus ou moins figées, qu'un certain nombre de recherches s'emploient aujourd'hui à mieux cerner. Nous conserverons ici le terme de « routine » qui présente l'avantage de présenter ces figements comme une sorte d'habitus scriptural.

44 Ces formes de routines sont productives sur notre corpus (cf. également infra). NooJ nous a permis de mettre en évidence un grand nombre de solidarités lexicales, de structures du type :

Il peut être utile que le patient...
Il est important que le patient...
Votre médecin peut¹⁵...

45 à des séquences plus ou moins longues que l'on retrouve peu remaniées au fil des guides.

46 É. Née, F. Sitri et M. Veniard (2014) postulent le caractère facilitateur de ces routines discursives qui apparaissent comme une aide à l'écriture. En tant que « prêt à écrire » qui s'impose au scripteur, il semble bien qu'on puisse aller dans le sens de cette hypothèse. Cependant, on peut se demander s'il ne faut pas y voir également une contrainte imposée par les conditions de production. En d'autres termes, on peut y lire une injonction de conformité à des usages lexico-syntaxiques peu à peu institués, dans lesquels le style personnel ou l'originalité du scripteur n'ont qu'une faible part. Le singulier ne cède-t-il pas la place au collectif, laissant somme toute peu de place à une identité auctoriale ?

47 Cette hypothèse est née d'un constat sur le statut de la métaphore sur le corpus. On connaît le rôle heuristique de la métaphore qui, tout comme la comparaison et l'analogie, sont d'ordinaire très présentes sur des corpus de discours de vulgarisation à des fins de didacticité (Jacobi, 1986, 1999). Or dans notre corpus, les quelques rares métaphores qui apparaissent sont très vite gommées des versions successives. Ainsi, un rédacteur propose :

Pour atteindre la zone traitée, il est nécessaire de choisir une porte d'entrée. Les portes d'entrée des faisceaux de rayons sont appelées champs d'irradiation*. Ces portes d'entrée doivent être bien repérées pour assurer de bonnes conditions de traitement.

48 Le caractère métaphorique du syntagme *porte d'entrée*, issu d'un échange oral entre le rédacteur et un expert médical, n'est pas jugé adéquat par l'équipe de relecteurs : il disparaîtra de la version finale. Autre exemple :

frottis : examen au microscope, par un spécialiste, de cellules du col de l'utérus et du vagin étalées sur une lame de verre. C'est un peu comme si, pour déterminer qu'un arbre est sain, on le secouait, on mettait quelques feuilles tombées dans un sac, pour enfin envoyer ce sac à une personne qui sait en examinant les feuilles, voir si l'arbre est souffrant.

49 On voit ici le rédacteur tenter d'élaborer une définition analogique. La définition sera récusee d'emblée lors de la relecture de l'équipe.

- 50 Dans l'éventail des variations individuelles, les conduites linguistiques des documents publiés varient peu : le style s'homogénéise, les « bonnes formulations » des autres rédacteurs sont intégrées, digérées. L'expérience langagière des scripteurs les engage vers un lissage de leurs propres formulations pour se conformer à ce qui devient implicitement une écriture de collection.
- 51 Il faut compter également avec l'image que le rédacteur a de l'écrit et de ses implicites de ce que doit être une « bonne » vulgarisation et un document pour les patients. Ces représentations sont certes variables selon les scripteurs, mais là encore, au fil de l'expérience, elles semblent s'uniformiser pour devenir un horizon commun. Se révèle ainsi l'emprise du genre discursif qui génère peu à peu une écriture normée.

La présence du texte source : une intertextualité prégnante

- 52 La dynamique du processus d'écriture se voit donc contrainte par des normes externes. Il faut ajouter un autre facteur : la production textuelle s'articule sur un substrat qui détermine en partie la génération du texte. Le point de départ des guides pour les patients est constitué en effet comme nous l'avons déjà signalé par un document particulier, « un référentiel de bonnes pratiques » destiné aux professionnels de santé. Ce principe d'élaboration était explicitement formulé dans les premiers guides :

Le guide *Comprendre le cancer de [...]* est une version adaptée du [...].

- 53 La transposition de documents médicaux en textes pour les patients a engagé au fil du temps une réflexion sur la méthodologie d'élaboration et les outils linguistiques à privilégier. Chaque rédacteur s'en saisit diversement, remodèle, réécrit, ravaude le texte pour élaborer au fil des versions une production propre dans laquelle les diverses exigences discursives et contextuelles évoquées supra sont travaillées et intégrées.
- 54 La constatation de S. Plane, D. Alamargot et J.-L. Lebrave selon laquelle « le texte tel qu'il peut être saisi à un moment donné s'ancre toujours dans un texte préalable » (2010, p. 18-19) prend ici une résonance particulière. Il y certes une liberté dans cette contrainte. Ainsi, d'un énoncé proposé par un expert :

Toute chirurgie urologique de la voie excrétrice peut se compliquer d'une fistule.

- 55 peut-on passer un texte reconfiguré, altéré, au sens de J. Peytard (1984), autrement dit, fait « autre » :

Des problèmes de cicatrisation au niveau de la stomie ou entre l'uretère et l'intestin peuvent provoquer une fistule, un canal anormal qui se forme au niveau de la suture¹⁶.

- 56 L'appropriation indispensable du texte source par le rédacteur fait apparaître dans l'acte d'écriture entre autres traces d'intertextualité bon nombre de séquences à la frontière de la citation, autres types de « prêt-à-écrire », indispensables sur le plan du contenu, mais dont il semble parfois bien difficile de se détacher. « Coller » au texte des référentiels rend difficile une écriture émancipée du « jargon » phraséologique médical ou scientifique, jargon que nous assimilons ici aux termes et à la phraséologie techniques. Cette désignation, péjorative ou revendiquée selon le point de vue, renvoie tout à la fois à l'inclusion, à l'identité, et à l'exclusion, à la différence (Delavigne, 2013a).
- 57 L'analyse montre la façon dont le texte est une forme composite, métissée de la parole scientifique. L'usage de certains chiffres en est un exemple tout particulièrement criant :

Pour 2 à 14 % des cancers de la vessie, l'origine est professionnelle. Vous pouvez rencontrer votre médecin du travail afin d'en discuter avec lui.

- 58 Se manifeste ici nettement le matériau linguistique de base sur lequel se fonde le rédacteur. Cet empan de « 2 à 14 % », en forme de citation non montrée, sans guillemetage, issue du référentiel expert, est assurément une donnée pertinente pour les médecins. Cependant, l'est-elle pour des patients ? C'est là une trace prégnante d'intertextualité, qui remet au premier plan la question de la multiplicité des destinataires : pour qui ce chiffre apparaît-il ? Celui-ci engage un rapport à la vérité, les chiffres se donnant comme preuve authentique. On a ici une trace d'autres enjeux qui prennent parfois le pas sur l'objectif initial de vulgarisation (Delavigne, 2013a). Ce type de marques linguistiques autorisent à formuler nettement l'hypothèse d'une écriture sous influence.

La phraséologie de la vulgarisation médicale : du prêt-à-écrire ?

- 59 Nous avons montré comment le dispositif d'élaboration et les matériaux à disposition du scripteur façonnent l'écriture des guides. Nous consacrerons notre dernière partie à un autre aspect de l'écriture, nous centrant autour des terminologies et de la façon dont les scripteurs organisent leur pratique vulgarisatrice. Nous faisons l'hypothèse que certaines récurrences de formes constituent une autre sorte de matrice discursive, un automatisme institué par le contexte situationnel.

Un texte efficace

- 60 L'objectif premier de l'écriture est clair et consensuel : il s'agit, par un réaménagement du sens et une « ergonomie discursive » de contribuer à des textes efficaces et adaptés en contournant le jargon médical et en brisant la gangue des discours de l'entresoi. Pour ce faire, la « simplicité » d'écriture est de mise.
- 61 Cette intention de simplicité a son pendant : le rédacteur doit parfois lutter contre une envie d'esthétisation de ses écrits ; avant de faire « beau », il s'agit de faire efficace afin de se conformer aux objectifs de vulgarisation. C'est tout le rapport des rédacteurs à l'écrit qui se trouve alors problématisé. On repère ainsi au fil des versions des traces de reformulations où mots et tournures choisis se voient délaissés au profit d'une écriture plus plate, soumise aux « bonnes pratiques rédactionnelles » établies.
- 62 L'efficacité visée de l'écriture se fonde en effet sur un certain nombre de préceptes de différents niveaux linguistiques, lexicaux ou syntaxiques, comme préférer les mots courts aux mots longs (cf. « loi de Baudot », 1992¹⁷), les verbes aux nominalisations, les formes actives, etc. Ces consignes sont laconiques et leur mise en œuvre est parfois bien délicate. Tout en tentant de les respecter, le travail d'écriture consiste à naviguer entre l'équipement terminologique des patients et l'évitement de termes abscons ou dysphoriques (Delavigne, 2013a).
- 63 Un exemple : les rédacteurs ont été invités à utiliser l'outil statistique de leur traitement de texte pour comptabiliser les mots des phrases supposées longues. L'objectif est de ne pas dépasser 25 mots par phrase et répondre ainsi à la préconisation « préférez les phrases courtes aux phrases longues ». Ce type d'outil n'est certes pas une panacée : on

sait qu'une phrase longue, mais composée de noyaux de sens peut être parfaitement intelligible. C'est surtout oublier qu'un texte n'est pas une « suite d'instructions » (Rastier, Cavazza & Abeillé, 1994) et n'est jamais clair en soi, mais seulement en fonction d'une situation de communication et d'un destinataire donné. Et quand bien même arrive-t-on à distinguer différents types de destinataires, différents « états » du colocuteur coexistent à l'intérieur d'une même catégorie (Boullier, 1994). L'anthropologue M. Petit nous le rappelle : les effets d'un discours sont éminemment fuyants.

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, p. 17)

- 64 Le rédacteur propose, mais l'interprétant dispose.
- 65 Sans nous y appesantir, disons que ce type de règles, issues de la rédactologie et pour la plupart dictées par le bon sens, peuvent faciliter la lecture et aider à la réussite de l'interaction. Cependant, cette réussite se rejoue sans cesse. Quoiqu'il en soit, ces préceptes offrent un cadre de référence sur lequel peuvent s'appuyer les rédacteurs et partant, les relecteurs amenés à effectuer une lecture critique des guides de leurs collègues.

Autour des termes

- 66 Nous avons vu que l'exploration du corpus laisse apparaître des « routines » d'écriture. Des routines d'une autre nature que celles que nous évoquons plus haut sont particulièrement visibles autour des unités terminologiques.
- 67 L'objectif vulgarisateur des scripteurs se traduit dans les textes par la convocation de formes récurrentes, de séquences linguistiques, figées ou semi-figées, autour des termes. Notre approche outillée permet de récupérer ces régularités formelles : on repère ainsi aux côtés des unités terminologiques des séquences du type « est un », « c'est-à-dire », « désigne » et autre procédé de reformulation, symptômes de la tentative de dissolution du jargon médical. Indices d'explication, marqueurs de reformulation, structures définitoires sont autant de manifestations de cette écriture en train d'expliquer et en train de se montrer en train de le faire.
- 68 Ces indicateurs métalinguistiques sont considérés comme fondant les conditions d'émergence de l'intelligibilité du texte en tant que marques formelles de « didacticité » (Moirand 1997). Ils font partie des traits quasi-définitoires des discours de vulgarisation (Jacobi, 1986, 1999 ; Mortureux, 1988 ; Reboul-Touré, 2004 par exemple) – même si la vulgarisation la meilleure est sans doute celle qui précisément les masque. Ce lexique de la reformulation peut être considéré de ce point de vue comme un lexique partagé¹⁸ qui fonde en quelque sorte « l'identité » vulgarisatrice du texte.
- 69 Ces mécanismes discursifs se retrouvent à tous les stades d'élaboration d'un document, parfois de façon redondante (soulignés infra)¹⁹ :
- Les douleurs les plus fréquentes correspondent à la réaction naturelle de l'organisme face à une anomalie. Elles apparaissent lorsque les récepteurs de la douleur, les nocicepteurs, repèrent un problème, d'où leur nom de douleurs nociceptives, appelées aussi douleurs par excès de nociception.
- 70 Ce paragraphe sera publié sous la forme :

Comme les nocicepteurs sont à l'origine de ces douleurs, on les appelle douleurs nociceptives ou douleurs par excès de nociception. Ce sont les douleurs les plus fréquentes, celles qui nous sont familières.

71 Ou encore :

Les douleurs dues à un mauvais fonctionnement du système nerveux sont très particulières. Elles sont appelées douleurs neuropathiques, ce qui signifie neuro : système nerveux et pathique, qui vient du grec « pathos » : souffrance

72 réécrit avec un déplacement autonomique direct sur le terme *neuropathique* :

Le terme neuropathique est composé de neuro « système nerveux » et pathique, qui vient du grec pathos : « la souffrance ». Ces douleurs surviennent sans raison apparente.

73 La première version montre la nette volonté du scripteur d'expliquer les adjectifs *nociceptif* et *neuropathique*, usant de force reformulants. Cette concentration de procédés sera modulée dans les versions ultérieures. Ces traces permettent de mettre l'accent sur le *travail* d'écriture de vulgarisation et montrent, s'il en était besoin, que la vulgarisation ne saurait être une simple « traduction ».

74 Ces schèmes procédant de la visée vulgarisatrice des textes ont une forte fréquence sur le corpus. Leur fonction est de faciliter la sémantisation des unités terminologiques et, en convoquant d'autres mots qui font passerelle, d'en permettre l'interprétation. Même s'ils ne sont pas spécifiques aux pratiques discursives vulgarisatrices, de nombreux travaux en ingénierie linguistique et en traitement automatique des langues se sont attachés à décrire ces dénivellements sémiotiques afin de tenter d'automatiser le repérage des terminologies (Aussenac-Gilles & Condamines, 2009 ; voir aussi Delavigne, 2001a ; Née, Sitri & Veniard, 2014).

75 Nous avons relevé le nombre d'occurrences de ces structures sur le corpus à l'aide de NooJ. Certaines routines vulgarisatrices sont bien plus fréquentes que d'autres, comme « parler [ADV] de » :

En effet, plus une douleur dure, plus elle risque de s'installer et de devenir permanente. On parle alors de douleur chronique.

On parle de laparotomie pour une ouverture de l'abdomen, de thoracotomie pour une ouverture du thorax.

76 On encore « [ADV] appeler » :

La laparoscopie, également appelée coelioscopie, concerne la cavité abdominale
L'affaissement d'un poumon (aussi appelé atélectasie)

77 Nous voyons dans cette surreprésentation de ces configurations lexicales et syntaxiques une manifestation massive de préfabriqué. Elles sont les traces visibles d'une *interface discursive* entre le discours médical et le texte destiné aux patients. Cette interface se manifeste diversement dans les discours de vulgarisation, quels qu'en soient les formes et les destinataires. Sa densité dans l'ensemble de notre corpus lui fait prendre une dimension particulière, à la limite du « tic » de langage, sorte d'automatisme rédactionnel, de prêt-à-écrire qui s'impose au rédacteur et lui permet de respecter le cahier des charges de la « bonne qualité » de la vulgarisation.

Conclusion

78 Toute activité d'écriture rencontre des contraintes linguistiques et situationnelles, et les visées des textes et leur mode d'élaboration pèsent bien évidemment sur leur

construction et les formes qu'ils convoquent. Nous nous sommes proposée de rendre compte de pratiques d'écriture d'une situation singulière, l'élaboration de guides pour les patients. Nous avons insisté sur les conditions qui ont contribué à l'émergence de ces discours et la dialectique qui s'instaure entre le dispositif d'élaboration et les pratiques scripturale, en lien avec le genre discursif auquel elles se rattachent. L'approche génétique de cette production textuelle permet de mettre en évidence l'économie rédactionnelle spécifique de ces discours plurilogaux : s'inscrivent dans le tissu discursif les traces de chacun, parfois en lien avec leur statut ou des enjeux qui dépassent l'objectif de vulgarisation. Destinés à s'inscrire dans des collections, des contraintes de formes pèsent sur l'écriture. Une démarche de linguistique outillée laisse apparaître diverses routines discursives, objets phraséologiques qui peuvent être considérés comme une injonction de conformité à un usage et posent la question de la part de créativité laissée aux scripteurs ou, au contraire, peuvent être vus comme un soutien à l'écriture, à la limite du réflexe rédactionnel. Nous avons posé quelques jalons : dans la lignée des travaux sur l'extension de la phraséologie (Legallois & Tutin, 2013), il conviendrait d'affiner la catégorisation de ces formes spécifiques et variées, notamment autour de la phraséologie de la vulgarisation médicale en exploitant des genres textuels thématiquement proches. On voit tout l'intérêt d'étudier le processus de production à partir de traces génétiques qui permettent de rendre compte de la dynamique de l'activité du rédacteur et de l'entrelacement des tensions entre une écriture personnelle, une écriture normée et une écriture sous influence.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARGOT, D., CHANQUOY, L. & CHUY, M. (2005). « L'élaboration du contenu du texte : de la mémoire à long terme à l'environnement de la tâche ». *Psychologie française* 50, 3, p. 287-304.
- AUSSENAC-GILLES, N. & CONDAMINES, A. (2009). « Variation syntaxique et contextuelle dans la mise au point de patrons de relations sémantiques ». In : Minel, J.-L. (dir.), *Filtrage sémantique*. Paris : Hermès/Lavoisier, p. 115-149.
- AUTHIER, J. (1982). « La mise en scène de la communication dans des discours de vulgarisation scientifique ». *Langue française* 53(1), p. 34-47. En ligne : <https://doi.org/10.3406/lfr.1982.5114>.
- AUTHIER-REVUZ, J. (1995). *ces mots qui ne vont pas de soi*. Paris : Larousse, 2 vol.
- BATAILLE, M. (1986). « Méthodologie de la complexité ». *Pour* 90, p. 33.
- BAUDOT, J. (1992). *Fréquences d'utilisation des mots en français écrit contemporain*. Montréal : Presses de l'université de Montréal.
- BEAUDET, C. (2001). « Clarté, lisibilité, intelligibilité des textes : un état de la question et une proposition pédagogique ». *Recherches en rédaction professionnelle* 1, 1.
- BENVENISTE, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*, vol. 1. Paris : Gallimard.

- BLANC-MERIGOT, M., DELAVIGNE, V., PEYRARD, C. & PEYRELONG, M.-F. (2004). « Trois regards disciplinaires sur le RMI et les documents ». In : Holzem, M. & Labiche, J. (dirs), *Actes du Forum Document et Organisation. Semaine du Document numérique. La Rochelle : 21-25 juin 2004*. Paris : Europia, p. 37-68.
- BOCH, F., GROSSMANN, F. & RINCK, F. (2007). « Conformément à nos attentes... : les marqueurs de convergence/divergence dans l'article de linguistique ». *Revue française de linguistique appliquée* 12, p. 109-122.
- BOULLIER, D. (1994). « Construire le téléspectateur : récepteur, consommateur ou citoyen ? ». In : Vitalis, A. (dir.), *Médias et nouvelles technologies. Pour une socio-politique des usages*. Rennes : Éditions Apogée, p. 63-74.
- CARRETIER, J. (2013). *Qualité de l'information des patients atteints de cancer et prise en compte du savoir profane : de la théorie à la pratique*. Thèse de doctorat en Santé publique, Université Claude Bernard-Lyon 1. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00945511/document>.
- CARRETIER, J. et al. (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), p. 351-361.
- CARRETIER, J., DELAVIGNE, V & FERVERS, B. (2010). « Du langage expert au langage patient : vers une prise en compte des préférences des patients dans la démarche informationnelle entre les professionnels de santé et les patients ». *Sciences-Croisées* 6. En ligne : <http://pagespersoorange.fr/sciences.croisees>.
- CHARAUDEAU, P. (2010). « Pour une interdisciplinarité "focalisée" dans les sciences humaines et sociales ». *Questions de Communication*. En ligne : <https://questionsdecommunication.revues.org/385>.
- CHUY, M. & RONDELLI, F. (2010). « Traitement des contraintes linguistiques et cognitives dans la construction de la cohérence textuelle ». *Langages* 177, p. 83-111.
- COMPAGNON, C., CUILLÈRE, J.-C., MAIGNIEN, M., TISSEYRE, P. & CARDIN, H. (1999). *Les malades prennent la parole. Le livre blanc des 1ers états généraux des malades du cancer*. Paris : Ramsay.
- DELAVIGNE, V. (2001a). « Repérage de termes dans un corpus de vulgarisation : aspects méthodologiques ». *Actes des quatrièmes rencontres « Terminologie et Intelligence artificielle », Nancy : 3-4 mai 2001*, p. 33-43.
- (2001b). *Les mots du nucléaire. Contribution socioterminologique à une analyse des discours de vulgarisation*. Thèse de doctorat en Sciences du langage, Université de Rouen.
- (2009). « Le sens du partage. Construire le sens dans des brochures d'information pour les patients atteints de cancer ». *Actes du 13^e colloque de l'ARCo, Association pour la Recherche Cognitive, Interprétation et problématique du sens, Rouen : 9-11 novembre 2009*, p. 7-17.
- (2013a). « Du vagabondage du jargon ». *Identités, langages et cultures d'entreprise. La cohésion dans la diversité ? 7^e colloque international du GEM&L, Marseille, 21-22 mars 2013*. En ligne : <http://geml.eu/wp-content/uploads/2014/10/GEML-2013-Delavigne1.pdf>.
- (2013b). « Quand le patient devient expert : usages des termes dans les forums médicaux ». *Actes des dixièmes rencontres « Terminologie et Intelligence artificielle, TIA 2013 », Paris, 28-30 octobre 2013*, p. 163-169.
- (2015). « Quand le linguiste devient acteur : vulgarisation médicale et prescription linguistique ». In : Carton F., Narcy-Combes, J.-P., Narcy-Combes M.-F. & Toffoli, D. (dirs), *Cultures de recherche en linguistique appliquée*. Paris : Riveneuve, p. 77-95.
- DUBOIS, J. et al. (1994). *Dictionnaire de linguistique et des sciences du langage*. Paris : Larousse.

FENOGLIO, I. & CHANQUOY, L. (2007). « Avant-propos. La notion “d’avant-texte” : point de rencontre pour une compréhension de l’écriture en acte ». *Langue française* 155, p. 3-7.

GAUDIN, F. (2003) *Socioterminologie. Une approche sociolinguistique de la terminologie*, Bruxelles : De Boeck-Duculot.

GENETTE, G. (1982). *Palimpsestes*. Paris : Éd. Le Seuil.

HAS, Haute autorité de santé (2008). *Guide méthodologique. Élaboration d’un document écrit d’information à l’intention des patients et des usagers du système de santé*. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf.

HENRY, G. (1975). *Comment mesurer la lisibilité*. Paris : Nathan.

HOLZEM, M. & LABICHE, J. (2005). *Rapport de l’action spécifique Document et organisation*. En ligne : http://rtp-doc.enssib.fr/IMG/pdf/AS-Doc_Org.pdf.

INCA, INSTITUT NATIONAL DU CANCER (2013). *Cancer info : méthodologie d’élaboration des contenus*. En ligne : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Cancer-Info>.

JACOBI, D. (1986). *Diffusion et vulgarisation. Itinéraires du texte scientifique*. Paris : Les Belles Lettres.
— (1999). *La communication scientifique. Discours, figures, modèles*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

KHÉDIJA, N. (2002). « La rédactologie : domaine, méthode et compétences ». *ASp* 37-38, p. 15-26. En ligne : <http://asp.revues.org/1428> ; DOI : 10.4000/asp.1428.

LABASSE, B. (2006). *La communication écrite. Une matière en quête de substance*. Lyon : Éditions Colbert.
— (1999). « La lisibilité rédactionnelle : fondements et perspectives ». *Communication et Langage* s 121, p. 86-103.

LABOV, W. (1989). « La théorie linguistique à l’épreuve de la justice ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 76, p. 104-114.

LEGALLOIS, D. & Tutin, A. (2013). « Présentation. Vers une extension du domaine de la phraséologie ». *Langages* 189, p. 3-25.

LONGRÉE, D. & MELLE, S. (2013). « Le motif : une unité phraséologique englobante ? Étendre le champ de la phraséologie de la langue au discours ». *Langages* 189, p. 65-79.

MÉNORET, M. (1999) [2007]. *Les temps du cancer*. Latresne : Éditions Le Bord de l’eau.

MOIRAND, S. (1997). « Formes discursives de la diffusion des savoirs dans les médias ». *Hermès, la revue* 21, p. 33-44.

MOUMJID, N. et al. (2009). « 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* 27, p. 134-145.

MORTUREUX, M.-F. (1988). « La vulgarisation scientifique : parole médiane ou dédoublée ». In : Jacobi, D. & Schiele, B. *Vulgariser la science. Le procès de l’ignorance*. Seyssel : Champ Vallon, p. 118-148.

NÉE, É., SITRI, F. & VENIARD M. (2014). « Pour une approche des routines discursives dans les écrits professionnels ». *SHS Web of Conferences* 8. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1051/shsconf/20140801195>.

PETIT, M. (2002). *Éloge de la lecture. La construction de soi*. Paris : Berlin.

- PEYTARD, J. (1984). « Problématique de l'altération des discours : reformulation et transcodage ». *Langue française* 64, p. 17-28.
- PLANE, S., ALAMARGOT, D. & LEBRAVE, J.-L. (2010). « Temporalité de l'écriture et rôle du texte produit dans l'activité rédactionnelle ». *Langages* 177, p. 7-28.
- PLANE, S., OLIVE, T. & ALAMARGOT, D. (2010). « Présentation : pour une approche pluridisciplinaire des contraintes de la production écrite ». *Langages* 177, p. 3-5.
- QUÉRÉ, L. (2003). « Le public comme forme et comme modalité d'expérience ». In : Cefaï, D. & Pasquier, D. (dirs), *Les Sens du public. Publics politiques, publics médiatiques*. Paris : Presses universitaires de France, p. 113-114.
- RASTIER, F. (2011). *La mesure et le grain. Sémantique de corpus*. Paris : H. Champion.
- RASTIER, F., CAVAZZA, M. & ABEILLÉ, A. (1994). *Sémantique pour l'analyse*. Paris : Masson.
- REBOUL-TOURÉ, S. (2004). « Écrire la vulgarisation scientifique aujourd'hui ». *Colloque Sciences, Médias et Société, Lyon, ENS-LSH, 15-17 juin 2004*. En ligne : http://sciences-medias.ens-lsh.fr/article.php?id_article=65.
- TUTIN, A. & GROSSMANN, F. (2002). « Collocations régulières et irrégulières : esquisse de typologie du phénomène collocatif ». *Revue française de linguistique appliquée* 7(1), p. 7-25.

NOTES

1. « Texte » est entendu ici comme production écrite, en voie de constitution ou achevée.
2. Loi Huriet du 20 décembre 1988, article 35 R.4127-35 du *Code de la santé publique, Charte du patient hospitalisé, Loi du 4 mars 2002, plans cancer successifs...*
3. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015>.
4. Créée par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État, chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer.
5. F. BOCH, F. GROSSMANN & F. RINCK définissent la notion de communauté intellectuelle à partir de trois éléments : « une composante épistémique, liée aux enjeux de connaissances, une composante discursive (voir la notion de communauté de discours chez Swales, 1990), enfin une composante institutionnelle (académique en l'occurrence) » (2007 : 112).
6. Pour des raisons de commodité, nous réserverons le terme de *rédacteur*, autodésignatif, au responsable de l'écriture du guide en tant que scripteur spécifique. Celui-ci a été un temps été désigné comme *méthodologiste*, terme emprunté à la recherche clinique et qui mettait l'accent sur les aspects méthodologiques de l'élaboration de documents pour les patients.
7. Le terme « patient » désigne ici à la fois les personnes malades, leurs proches, voire toute personne concernée par les informations délivrées par les guides.
8. Ces textes sont disponibles en ligne sur le site de l'INCa (www.e-cancer.fr).
9. Le logiciel NooJ est téléchargeable gratuitement sur le site : <http://www.nooj4nlp.net/>.
10. Cf. *Comprendre le cancer du sein non métastatique* (2000) FNCLCC.
11. Il existe un guide spécifique destiné aux proches : *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.
12. Le terme apparaît par ailleurs dans la documentation scientifique du programme. Cf. J. Carretier et al. (2004).
13. Quoiqu'on ait pu en mesurer ailleurs la complexité (Blanc-Merigot et al., 2004).
14. Voir aussi sur ce point Legallois & Tutin (2013) et Longrée & Mellet (2013).

15. L'importance de l'usage du verbe *pouvoir* a conduit l'équipe de rédacteurs à une réflexion sur la façon de le contourner, souhaitant répondre aux normes stylistiques du français d'évitement de la répétition. On voit apparaître de façon régulière des commentaires métalinguistiques du type : « Faire attention à l'utilisation excessive du verbe *pouvoir* ».
16. L'ensemble des termes présents dans cet extrait ont été expliqués au préalable.
17. « Loi » qui se traduit par la préconisation suivante : « Les mots les plus utilisés (donc les mieux compris) sont les plus courts. Il vaut donc mieux donc préférer les mots courts aux mots longs ».
18. Même si ces procédés dépassent le niveau lexical puisqu'on y trouve par exemple des signes de ponctuation comme les parenthèses ou les deux-points.
19. Si un terme jugé abscons n'est pas reformulé, il se voit très vite marqué des commentaires des autres rédacteurs, signe de la vigilance collective.

RÉSUMÉS

Pendant plusieurs années, nous avons été amenée en tant que socioterminologue à intervenir dans la chaîne d'écriture de documents destinés à des patients atteints de cancer. Ces brochures sont des objets textuels particuliers qui visent à favoriser une meilleure compréhension de la maladie, de sa prise en charge et de ses conséquences. Il s'est donc agi de répondre à une demande sociale pour contribuer à une écriture « efficace » et « adaptée » en visant une optimisation des échanges langagiers dans le contexte dysphorique qu'est celui de la maladie cancéreuse. Dans un premier temps, nous présenterons le terrain qui a donné naissance à cette réflexion. Nous nous attacherons à décrire les « conditions de production », instances de normativité, en tentant de saisir quelques-unes des déterminations qui pèsent sur l'activité scripturale. Notre cheminement, centré sur le rédacteur, partira donc d'une description globale pour examiner comment le dispositif d'élaboration et les divers matériaux à disposition du scripteur façonnent à différents niveaux l'écriture des guides.

For several years we have been led as socioterminologist to intervene in the writing of documents intended to patients with cancer. These booklets are special texts aiming to promote a better understanding of their illness, its management and its consequences. The objective was to meet a social demand to help writing an "effective" and "adapted" text and to optimize verbal exchanges in the anxiety-provoking context of cancer. We will first present the field from which way of thinking came about. Then we will try to describe the "conditions of production" while trying to grasp some elements which affect writing activity. Our journey centered on the writer will go from a global description to the development devices and the various materials available to the writer to shape different levels of writing guides.

INDEX

Mots-clés : écriture, vulgarisation médicale, reformulation, phraséologie, guides pour les patients atteints de cancer

Keywords : writing, patient information, reformulation, phraseology, booklets for patients

AUTEUR

VALÉRIE DELAVIGNE

Université Sorbonne Nouvelle – Paris 3, CLESTIA, EA 7345, F-75005, France