

DU VAGABONDAGE DU JARGON

Valérie DELAVIGNE

Laboratoire EA 1483 - Recherche sur le Français Contemporain (RFC)

valerie.delavigne@univ-paris3.fr

Résumé

Ce travail présente une partie d'une étude en cours sur les documents s'élaborant et circulant dans et hors des organisations. Que se passe-t-il lorsque des documents techniques, scientifiques ou médicaux doivent franchir les portes du service, du site, de l'entreprise, de l'organisation ? Quelles contraintes pèsent sur l'écriture ? Quels impératifs formels sont imposés pour qu'elle soit conforme à « l'image » souhaitée de l'organisation ? Quelles exigences discursives sont à l'œuvre ? Que deviennent les termes, symptômes du « jargon » métier et marqueurs identitaires, dans ces textes ? Notre présentation s'attache, dans une perspective monolingue, à explorer les façons dont des textes s'écrivent dès lors qu'ils sont amenés à circuler hors de leur sphère organisationnelle. Il s'agit de repérer d'un point de vue microtextuel les traces des anticipations, les indices du dialogisme du scripteur aux prises avec divers enjeux : culturels, identitaires, communicationnels... A partir de l'analyse d'un corpus centré sur la cancérologie, nous chercherons à rendre compte des objectifs d'écriture qui, pris entre des positions opposées, se révèlent parfois contradictoires et nous montrerons la façon dont les identités culturelles des acteurs s'impriment dans la matérialité discursive.

Communication

Ce travail présente une partie d'une étude en cours sur les documents s'élaborant et circulant dans et hors des organisations. Que se passe-t-il lorsque des documents techniques, scientifiques ou médicaux doivent franchir les portes du service, du site, de l'entreprise, de l'organisation ? Quelles contraintes pèsent sur l'écriture ? Quels impératifs formels sont imposés pour qu'elle soit conforme à « l'image » souhaitée de l'organisation ? Quelles exigences discursives sont à l'œuvre ? Quels « éléments de langage » sont convoqués, qu'ils soient ouvertement préconisés ou intériorisés ? Comment la « stratégie » de communication de l'organisation s'inscrit-elle dans les textes ?

Ce sont ces questions qui nous préoccupent en tant que socioterminologue et que nous nous proposons d'examiner. Des terrains que nous côtoyons émergent une demande sociale claire d'optimisation *des* communications. Insistons sur le pluriel : les formes sont multiples. Ce peut être mieux écrire, mieux faire connaître, mieux vulgariser ; c'est à chaque fois tenter de mieux atteindre sa ou ses « cibles » et d'améliorer sa capacité à communiquer. C'est en tout cas toujours la confrontation au « jargon » qui pose question et réclame des solutions discursives.

Notre présentation s'attache, dans une perspective monolingue, à explorer les façons dont des textes s'écrivent dès lors qu'ils sont amenés à circuler hors de leur sphère organisationnelle. Il

s'agit de repérer d'un point de vue microtextuel les traces des anticipations, les indices du dialogisme du scripteur aux prises avec divers enjeux : culturels, identitaires, communicationnels... Nous chercherons à rendre compte des objectifs d'écriture qui, pris entre des positions opposées, se révèlent parfois contradictoire.

Après avoir présenté notre positionnement théorique et la problématique afférente, nous décrirons les spécificités de notre corpus, centré pour cette contribution sur la cancérologie. Les aspects qui peuvent donner lieu à une investigation sont nombreux et les rhétoriques mises en œuvre variées. Dans les limites de cette présentation, nous nous focaliserons autour de quelques problèmes terminologiques repérés : que deviennent les termes, symptômes du « jargon métier », dans ces textes ? Comment ce « jargon » est-il saupoudré pour que la validité du texte ne puisse être remise en cause tout en le rendant accessible et en permettant l'« appropriation » (Bachimont, 2004, Delavigne, 2001) ? Entrer dans le corpus par les termes permet de mettre en relief la complexité des enjeux en présence.

1 UN CORPUS SPÉCIFIQUE

Pour cette contribution, nous partirons d'une étude de cas relative à la cancérologie. Notre corpus se compose de textes et d'« avant-textes » (Fenoglio et Chanquoy, 2007), issus d'un terrain fréquenté depuis une quinzaine d'années, destinés à des patients atteints de cancer et leurs proches.

1.1 Contexte

Le système de santé français est engagé aujourd'hui dans une démarche d'adaptation aux besoins des patients en promouvant leur participation active aux soins. L'évolution de la relation médecin-patient a évolué, passant progressivement du modèle « paternaliste » traditionnel dans lequel le médecin décide du traitement, au paradigme - idéal - participatif d'une décision médicale partagée. Tout en étant aux prises avec les modèles antérieurs, les rôles se reconfigurent, passant d'un patient - devenu usager - censé désormais acteur des soins qui lui sont proposés - et non plus imposés.

Diverses enquêtes portant sur la préférences des patients ont mis au jour leurs besoins en matière et moyens d'information (cf. Carretier *et al.*, 2010). Si l'information est une demande des patients, c'est également devenu une obligation pour le médecin par le biais de contraintes réglementaires (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002). Le paradigme participatif de décision médicale a ainsi contribué à une modification de la relation patients-soignants¹.

L'offre d'information existe, qu'elle émane d'acteurs institutionnels, d'associations de malades, d'établissements de santé, des médias, de laboratoires, etc. Cependant, bien qu'abondante, voire pléthorique, cette offre s'est avérée incomplète et souvent peu fiable. De ce constat a émergé un programme souhaitant mettre à la disposition des personnes atteintes de cancer une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée, fondée sur des « recommandations » destinées aux professionnels de santé. Ce programme vise à produire des outils textuels : guides, fiches d'information, dictionnaire..., destinés à compléter et à renforcer l'information orale. Les outils sont ensuite diffusés dans les établissements de santé concernés (centres de lutte contre le cancer, hôpitaux publics et privés) et auprès d'associations de patients. Ce programme est encore en cours aujourd'hui à l'Institut national du cancer, agence sanitaire et scientifique, sur la plateforme Cancer Info (www.ecancer.fr).

¹ Pour une discussion, voir Moumjid *et al.* (2009).

1.2 Caractérisation du corpus

Ce sont les avant-textes de ces guides pour les patients, élaborés par une équipe pluridisciplinaire en suivant une méthodologie stricte, qui constituent notre corpus (Carretier, 2004 ; INCa, 2011). Ces avant-textes, parties généralement cachées du « cycle de vie » du document (Holzem et Labiche, 2005), montrent la chaîne d'écriture qui transforme un écrit initial en une succession de versions. Y sont colligés les tours d'écriture accompagnés des commentaires des scripteurs et des experts.

Les guides trouvent leurs sources dans les « recommandations », textes techniques de synthèse des données scientifiques destinés aux professionnels de santé, complétées par des aspects pratiques sur les besoins estimés des patients.

Le texte est ensuite validé par un « groupe de travail » composé de professionnels de santé, de patients, d'anciens patients et de proches de personnes malades qui collaborent ainsi ensemble tout au long du processus d'élaboration. L'apport des uns et dans autres apparaissent dans les versions successives des documents, sous forme de commentaires et de modifications apparentes. Se laissent lire ainsi les transformations successives apportées par les uns et les autres.

1.3 Caractérisation des énonciateurs

Un rédacteur, n'appartenant pas au monde médical, est responsable de l'écriture d'un guide. Il soumet les versions successives aux autres rédacteurs de l'équipe, à un linguiste et aux différents « experts », professionnels de santé, parfois mandatés par des institutions, patients et proches, ces derniers apportant leur propre expertise. Tout le travail « d'intégration » du rédacteur² consiste ensuite à effectuer un lissage de ces voix : il se voit contraint de construire une cohérence et de gommer les dissonances, tout en répondant à des exigences variées, de nature différente et parfois contradictoires.

Destinés à s'inscrire dans des collections, des contraintes de formes pèsent en outre sur l'écriture du guide. Celle-ci laisse voir des scripteurs aux prises avec une intertextualité prégnante. S'inscrivent les traces des rôles de chacun, parfois en lien avec leur statut ou des enjeux qui dépassent l'objectif initial du propos et s'y jouent des questions identitaires et des positionnements qui impriment profondément ses marques dans ces discours plurilogaux.

1.4 Une voix particulière : l'institution

L'institution qui gère la production de ces guides³, en en contraignant l'énonciation, laisse également ses traces. Nous parlerons dans le cadre de ce corpus d' « institution » et non d'« organisation ». Les deux termes peuvent être envisagés comme une communauté linguistique réunie en un ensemble structuré d'acteurs, de dispositifs techniques, de systèmes d'action et de pratiques sociales en interaction aux prises avec des normes spécifiques (cf. par exemple Holzem et Labiche, 2005). Nous sommes ici en présence d'une structure sociale à caractère public, contrairement à d'autres énonciateurs de notre corpus issus d'entreprises privées. Cette structure contraint l'énonciation et laisse entendre sa voix : même si les documents produits n'apparaissent pas comme appartenant à la catégorie « communication

² Pour des raisons de commodité, nous réserverons le terme *rédacteur*, autodésignatif, au responsable de l'écriture du guide en tant que scripteur spécifique.

³ Deux institutions successives ont pris en charge le programme, la Fédération nationale contre le Cancer, actuellement Unicancer, puis l'Institut national du Cancer.

institutionnelle », il n'en reste pas moins que la présence de l'institution s'inscrit en filigrane tout au long du fil discursif.

Cet entrelacement de voix émergent des lieux de fractures, d'annotations du texte en cours d'élaboration. S'ils sont le plus souvent gommés ensuite, il arrive cependant que des traces restent visibles dans la version définitive du document.

2 POSITIONNEMENT THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE

Notre approche des faits terminologiques est sociolinguistique et s'inscrit dans le cadre des analyses du discours. La perspective socioterminologique vise à analyser les mécanismes d'usage et la dynamique du fonctionnement des termes, en tenant compte de la diversité des usages langagiers situés, oraux comme écrits (Gaudin, 1993). L'objectif est de mieux comprendre les pratiques discursives au sein desquelles les termes prennent naissance et circulent, pratiques dont l'importance sociale va croissant.

Aborder les problèmes de terminologie en sociolinguiste, c'est prendre en compte au moins deux types de faits, à savoir, les *conditions de production, de circulation et de réception* des discours dont on souhaite examiner le fonctionnement, et la *variation* au sein de cet ensemble de discours, les usages différenciés qui peuvent être faits de certains vocables, en l'occurrence ceux considérés comme des « termes » et de leurs différents paradigmes désignationnels (Mortureux, 1993). Le terme se voit défini comme une unité lexicale dont la spécificité est à relier à son *statut* dans une communauté discursive donnée ; ce statut se manifeste dans le discours par des marques repérables : énoncés définitionnels, reformulations, connotations autonymiques, thématisations, etc. Le terme ne devient tel que par décision du locuteur ou de l'analyste, qui le juge pertinent pour un savoir, un système de connaissances ou une pratique.

Les termes sont bien sûr à considérer non comme unités atomisées, mais au cœur de pratiques discursives variées et situées. Notre approche va vers un au-delà du terme - celui-ci étant un point d'entrée dans les discours - avec une visée discursivo-centrée.

S'intéresser ainsi aux discours spécialisés, pratiques sociales situées, permet d'en saisir les modes de (dys)fonctionnement. On pourrait croire que les terminologies jouent leur fonction et que les choses se passent bien tant que les termes restent cantonnés à leur sphère organisationnelle. Or la fréquentation de terrains divers montre une complexité qui ne se laisse pas saisir au premier abord. De surcroît, et c'est ce qui nous intéresse ici, les choses se troublent singulièrement dès lors que les terminologies doivent sortir des sphères organisationnelles et circuler hors des circuits pour lesquelles elles sont prévues.

2.1 Méthodologie d'analyse

Afin de repérer leurs traces dans la substance discursive, la méthode réinvestit les outils des analyses de discours. Notre analyse part de termes constitués en pivots, en pistant dans les commentaires et les modifications les procédés qui servent ces visées pragmatiques différentes : reformulations, éléments autonymiques, données épilinguistiques et métalinguistiques...

Pourquoi entrer par le terme ? Dans les successions discursives, les termes se voient repris, commentés, reformulés, modifiés, recatégorisés ; c'est autour de ces unités que se focalisent des indices d'explication, de définition, de reformulation, en bref, des marqueurs d'enjeux de nature diverse.

Notre démarche ne consiste donc pas à examiner un à un les commentaires ou les propositions de modifications des différents intervenants, mais à partir d'un terme cristallisant autour de lui

un certain nombre d'« événements discursifs », d'identifier les indices de prises de position. Ces événements discursifs sont divers : sur les documents papier, traces manuscrites comme les ratures, biffures, annotations du texte, pour les textes en version numérique, superposition de texte, barré et remplacé, remaniements et commentaires. La ponctuation n'est pas en reste : points d'exclamation, d'interrogation et autres points de suspension viennent émailler le discours, renvoyant à un décrochement énonciatif.

Toutes ces traces exhibent une énonciation en acte. Dans le cadre que nous décrivons, c'est surtout sur la levée du « jargon » sur laquelle nous allons nous focaliser, en nous attachant à examiner les lieux discursifs où il se dénoue.

2.2 La question du jargon

Mais de quoi parle-t-on lorsque l'on dit « jargon » ? Disons-le tout net : cette question reste à mieux théoriser. Le cadre de cette contribution ne nous permet guère de longs développements. Nous assimilons ici le « jargon » aux termes et à la phraséologie propre à une activité.

Les terminologies doivent sortir de leur sphère habituelle pour être qualifiées de « jargons ». Cette désignation est parfois le fait des locuteurs qui les mettent en œuvre, soit pour en revendiquer l'usage, soit pour s'en s'excuser ; c'est plus souvent celui de ceux qui, confrontés à une incompréhension, en refusent le caractère obscur. A chaque fois cependant, c'est émettre un jugement de valeur sur la langue pour en souligner l'opacité. Car seul l'en-dehors des communautés transforme les vocabulaires en jargon. C'est par l'usage des mêmes mots que l'on se reconnaît ; c'est par leur usage que l'on se différencie, que se jouent les mécanismes identitaires ; c'est par leur usage que l'on montre que l'on sait. La désignation renvoie à la fois à l'inclusion, à l'identité, et à l'exclusion, à la différence.

En cela, le terme peut être un signe de « distinction » au sens de Bourdieu (1979). Mais il peut être aussi un signe de simulation, de masquage ou de connivence (Marcellesi, 1971). Des communautés se constituent, se reconnaissent, communiquent ainsi par des phénomènes d'« individuation linguistique »⁴. Partant, l'usage des jargons peut être rapproché de l'argot qui servait au XVIII^e siècle aux bandits à se reconnaître entre eux. A l'entrée *argot*, le *Petit Robert* nous dit qu'il s'agit d'un « langage particulier à une profession, à un groupe de personnes, à un milieu fermé », renvoyant à propos des « argots de métier » à *jargon*. *Argot* semble s'être spécialisé pour connoter explicitement l'appartenance à une communauté donnée, essentiellement facteur de reconnaissance et de différenciation, ce qu'exprime la définition du *Dictionnaire de linguistique et des sciences du langage* :

L'argot est un dialecte social réduit au lexique, de caractère parasite (dans la mesure où il ne fait que doubler, avec des valeurs affectives différentes, un vocabulaire existant) employé dans une couche déterminée de la société qui se veut en opposition avec les autres ; il a pour but de n'être compris que des initiés et de marquer l'appartenance à un certain groupe. (Dubois *et alii*, 1994)

D'autres types d'argots ont ces mêmes fonctions sociolinguistiques. Ne parle-t-on pas « d'argot de métier » ? Songeons également aux argots de certaines grandes écoles. Fonction de connivence et volonté affichée de brouillage : l'argot double le vocabulaire usuel de termes intentionnellement opaques pour les membres extérieurs d'une communauté donnée, ce qui n'est bien évidemment pas le cas des discours professionnels (cf. de Vecchi, 2002).

⁴ « Par *individuation* on entendra l'ensemble des processus par lesquels un groupe social acquiert un certain nombre de particularités de discours qui peuvent permettre de reconnaître, sauf marquage ou simulation, un membre de ce groupe. » (Marcellesi et Gardin, 1981 : 231)

D'un point de vue diachronique, le jargon a été une forme d'argot qui participait de cette même volonté de brouillage (cf. le jargon des Précieuses). Mais l'usage l'a réservé depuis aux vocabulaires spécialisés, ce qui ressort de la définition qu'en offre Josette Rey-Debove :

On qualifie péjorativement de « jargon » l'ensemble lexical d'une langue commune liée à des domaines où la technique (d'application ou de recherche) est la plus spécialisée, lorsque cet ensemble ne relève pas de la compétence moyenne (1998 : 140-141).

Elle relie le jargon à un problème d'ordre lexical, le rattachant ailleurs à la problématique des niveaux de langue, qui traduisent l'usage d'un signe dans le temps, dans l'espace, dans les classes sociales ou dans les activités, le jargon relevant de cette dernière problématique. Dans ce cadre, le jargon est le cas marqué d'un vocabulaire particulier. En effet, dès lors que les pratiques ne sont plus partagées cesse l'intercompréhension :

Le jargon commence là où l'expérience commune fait défaut (Rey-Debove, 1998 : 142)

En ce sens, si le terme peut être un outil commun, ce peut être aussi une arme ; c'est l'envisager en termes de pouvoir et mettre au cœur du débat sa potentielle valeur polémique. Sans aller jusqu'à voir, à l'instar de Bakhtine, le terme comme « l'arène où se déroule la lutte des classes » (1977), il peut néanmoins se constituer en facteur d'intimidation. Notons que c'est contre cet effet d'hermétisme que s'élevaient Alan Sokal et Jean Bricmont dans leur ouvrage polémique *Impostures intellectuelles* (1997). Et c'est contre ce « côté obscur » du mot que se dressent les patients.

Car posséder l'usage du jargon, c'est entretenir une forme de pouvoir : on exhibe le fait que l'on sait à celui à qui l'on montre qu'il ne sait pas. C'est user du pouvoir symbolique des mots que l'autre ignore et ce, à des fins diverses. Par l'usage du jargon, on exclut ou on intègre l'autre. Ce peut être pour le conforter dans une image d'une technique, d'une science, d'une entreprise, ou pour lui signifier l'inaccessibilité du savoir dont on dispose, en bref, l'intimider, consciemment ou non.

2.3 Une affaire de frontières

En tant qu'objet d'étude à relier à une pratique discursive, le jargon peut être saisi de plusieurs manières. L'une d'entre elles est de l'observer précisément lorsqu'il sort de son enclave. Car c'est aux frontières que le jargon se fait sentir. Les choses se passent au jointif, dans l'entre-deux : sans voisin, il n'y a pas grand-chose à négocier.

Forme de clôture d'une culture, le jargon a affaire avec les frontières, avec l'intériorité et l'extériorité des communautés discursives, opposition qui permet de penser des questions de voisinage, de proximité, de contact. Il est avantageux de l'examiner là où il se dissout, se désagrège : à sa surface de séparation.

Si l'on se place du point de vue du technicien, du scientifique, du médecin, pour lui, nous le verrons, le « vrai » mot n'a pas d'équivalent : il est intraduisible sous peine de perdre ses caractéristiques. Partie intégrante de sa culture, il est envisagé comme le seul mot capable de dire le réel.

Pour le non-initié, les termes médicaux ou scientifiques – les termes « savants » - réclament une « traduction », un passage à la langue commune, aux mots de « tout le monde ». L'un comme l'autre ressentent la non-homogénéité de la langue et pensent en termes de traduction, sentie « soit comme impossible soit comme indispensable, selon la place qu'occupe le sujet » (Fuchs, 1982).

On peut comprendre cette traduction comme une activité de « réélaboration interprétative » (Canon-Roger, 2005) qui vise une transmission. Les linguistes ont filé la métaphore, tentante et récurrente : les jargons seraient des langues étrangères à d'adapter. Cette traduction est fondée sur le concept de « paraphrase », autrement dit une activité métalinguistique qui institue un « jugement d'identification sémantique » (Fuchs, 1982). Les analyses linguistiques posent le non-isomorphisme des systèmes terminologiques et du lexique courant, ce qui nécessite une reformulation. Cette fonction métalinguistique a une visée sémantique : son but est d'élucider, d'*interpréter* le sens de mots supposés obscurs et donc nécessitant une explication, une précision, une information adaptée.

Ce modèle permet de pointer un certain nombre de faits et met notamment en évidence le *travail* linguistique à l'œuvre dès lors qu'il s'agit de sortir du jargon ; cela insiste notamment sur ce que Roman Jakobson regroupe sous la fonction *métalinguistique*, la reformulation comme traduction intralinguale, « interprétation des signes linguistiques au moyen d'autres signes de la même langue » (1963). L'efficacité de ce travail est au prix d'un procès d'adaptation et d'un aménagement des signes pour accueillir l'autre et lutter ainsi contre le terrorisme du jargon.

2.4 Dissoudre le jargon ?

La vulgarisation se dresse contre la fracture que ceux qui envisagent le terme comme le seul mot capable de dire le réel croient irréductible, et se bat avec les termes pour faire sens. Pour cela, elle a ses propres outils : les mots, ceux qui sont communs à la fois au locuteur et au récepteur, et des stratégies variées dont nous tenterons de rendre compte. L'énonciation instaure ainsi un nouvel univers de discours qui construit le sens et restaure l'intercompréhension. Son efficacité est au prix d'un procès d'adaptation et d'un aménagement des signes pour accueillir l'autre et lutter ainsi contre le terrorisme des termes.

Cependant, il faut souligner que si le pari de la vulgarisation est celui de la dissolution discursive du jargon, paradoxalement, celui-ci reste nécessaire.

Un discours de V.S. [vulgarisation scientifique] qui prétendrait l'ignorer, en passant sous silence toute référence à la terminologie, paraîtrait sans doute peu « fiable ».
(Mortureux, 1988 : 145)

Il confère donc aux discours une certaine légitimité et sa dissolution ne saurait être complète. Les termes jouent un rôle significatif ; ils n'apparaissent pas n'importe comment, et les locuteurs les emploient comme signes spécifiques, comme marqueurs de scientificité, d'identité, de validité...

Le rôle de la frontière est de réguler et de filtrer ; lieux de passage, les frontières sont aussi ceux où se négocie le sens. C'est ce que nous souhaitons examiner ici. En effet, c'est là où cela ne fonctionne plus, ou moins bien, que se révèlent les enjeux.

3 LES MARQUES DE CONSTITUTION DU DISCOURS

Une préoccupation guide l'élaboration des guides pour les patients : leur proposer des informations médicales et pratiques validées et actualisées. En lien direct avec le paradigme du patient « acteur » qui doit s'approprier une expertise et le savoir nécessaire à son implication, les contenus sont « conçu[s] pour être un point de repère au sein d'un environnement informationnel dense ainsi qu'un outil relationnel entre le patient et l'équipe médicale » (INCa, 2011). Ils se doivent donc d'être présentés de façon « compréhensible ». Sans nous étendre ici sur les notions de « compréhensibilité », de « clarté » ou de « lisibilité » (nous renvoyons pour cela à Beudet 2001, par exemple), objet d'un autre pan de l'étude, ce

qui nous préoccupe ici est d'analyser la façon dont les enjeux communicationnels affirmés sont aux prises avec d'autres enjeux. Notre hypothèse est que ces enjeux sont à relier à des facteurs identitaires et culturels forts, qui prennent parfois le pas sur l'objectif initial de vulgarisation.

3.1 Les objets de discours

Toute énonciation prend en charge la question de son coénonciateur, même si elle reste implicite. Destinataire multiple et multiforme, aux valeurs sociales et culturelles différentes, aux histoires conversationnelles hétérogènes, le patient évolue tout au long de son parcours de soins... Cet autre auquel les documents d'information s'adressent se construit dans le texte et au fil des commentaires.

L'objectif d'« ergonomie linguistique » (Delavigne, 2001), d'aménagement du discours, guide la rédaction et vise au contournement du « jargon ». Cependant, loin d'être dans une tactique d'évitement terminologique à tout va, les termes convoqués dans les textes sont pensés en fonction des usages réels, des mots que les patients sont susceptibles d'entendre et d'utiliser pendant et après la prise en charge de leur cancer. Il s'agit d'anticiper les dysfonctionnements qui pourraient affecter les parcours interprétatifs dans les textes et de faciliter l'émergence du sens.

Une des écueils essentiels de la rédaction réside donc dans l'emploi du « jargon » médical, autrement dit, des termes et de la phraséologie propre à l'activité médicale. Il s'agit tout à la fois de doter le lecteur d'une certaine culture médicale tout en évitant de l'y perdre.

Les objets de discours sont dictés par le thème du guide : cancer du sein, de la prostate, du rectum, démarches sociales... Certaines négociations discursives portent néanmoins sur le « quoi dire », comme dans les commentaires suivants⁵ :

R0 Question aux experts : Faut-il citer les cystectomies⁶ partielles, puisqu'elles sont rares ?

E1 Non

E2 Oui

E3 Il ne semble pas utile de citer les cystectomies partielles, rarissimes. Cela pourrait laisser de faux espoirs de conservation à des patients

En cas de cancer de la vessie qui s'est étendu localement, il est généralement nécessaire d'ôter la vessie ; n'en enlever qu'une partie est possible dans de très rares cas. On saisit là l'enjeu du discours, pointé par « faux espoirs de conservation ». Dès lors, des choix discursifs doivent d'effectuer : que dire ou ne pas dire au patient ?

3.2 Le poids des mots

Au-delà de la problématique de l'information, la coloration dysphorique du champ du cancer vient complexifier l'élaboration de ces textes. Les stratégies d'utilisation des termes sont réfléchies également en fonction du contexte comminatoire. Ainsi, faut-il parler de *récidive* ? Doit-on utiliser le mot *castration*⁷ ? Doit-on préférer *effet secondaire* ou *effet indésirable*, l'un ou l'autre n'activant pas les mêmes traits sémantiques, un *effet secondaire* étant parfois tout sauf « secondaire » et *effet indésirable* risquant d'introduire une confusion avec la notion « d'événement indésirable grave », relatif aux événements survenus dans des centres de radiothérapie. C'est dire l'importance du choix des mots dits et des mots tus.

⁵ R = rédacteur, E = expert. Seul le rédacteur a accès à l'ensemble des commentaires.,

⁶ Une cystectomie est une opération qui consiste à enlever la vessie.

⁷ La castration est ici une intervention par chirurgie, radiothérapie ou à l'aide de médicaments, destinée à supprimer la production des hormones sexuelles susceptibles de stimuler la croissance d'une tumeur.

Regardons la phrase suivante, qui introduit et borne le thème du guide sur les cancers de vessie :

Ce guide présente la prise en charge des formes les plus fréquentes des cancers de la vessie : les tumeurs urothéliales. Les formes plus rares ne sont pas abordées.

Elle est commentée par un expert médical :

E1 très grande hétérogénéité de tumeurs de vessie (carcinome urothélial). Certaines avec très peu de chance de récurrence et de progression (LMP et PTA bas grade, elles sont communément appelées « polype »). Doit-on les appeler cancer ? et d'autres létales dans plus de 50% des cas (PT2 haut grade) (à proprement parlé K de la vessie). (C'est nous qui soulignons)

Le « Doit-on les appeler cancer ? » pose le problème de la désignation d'un référent qui, sans être bénin, se guérit aisément, en ayant parfaitement conscience de tout le poids de la désignation *cancer* susceptible de lui être attribuée : appeler un polype *cancer* active une charge dysphorique que la dénomination *polype* n'actualise pas par elle-même. La désignation des objets de discours se négocie là sur un plan bien particulier.

3.3 Le mot déferé

Divers procédés facilitent la sémantisation et, permettant l'interprétation des termes-obstacles, convoquent d'autres mots qui font passerelle. Cependant, les choix de ces mots-passerelles, n'est pas sans poser problème, montrant toute la difficulté du « comment dire ». Examinons les traces de cette coopération langagière et les marques formelles qui participent de cet ajustement.

Ainsi, cette discussion autour du terme *laparotomie* et *laparoscopie* :

Pour les tumeurs qui ont infiltré le muscle, l'opération est plus importante et nécessite d'enlever la vessie en passant par l'abdomen, soit par une incision (laparotomie*), soit par cœlioscopie* (qui, pour l'abdomen, s'appelle une laparoscopie*).

On remarque dans cet extrait les termes que le rédacteur a introduits entre parenthèses, les exhibant en tant que autres, écho d'une culture médicale. L'astérisque, qui renvoie à un glossaire situé à la fin du guide, accentue nettement cette identification comme unités terminologiques spécifiques. Une hésitation conduit cependant le rédacteur à la question suivante, à laquelle deux experts répondent :

R0 Question aux experts : ces deux termes, laparotomie et laparoscopie, sont-ils entendus par les patients ?

E1 oui, les termes laparotomie, cœlioscopie, laparoscopie... sont utilisés par les médecins, et les patients les connaissent

E2 Je pense que ces termes ne sont pas forcément compris par les patients. Il faudrait peut-être utiliser le terme de chirurgie ouverte à la place de laparotomie. Par ailleurs, la chirurgie ouverte reste la méthode de référence pour la cystectomie selon les dernières recommandations de l'AFU publiées en 2010. Peut-être pourrions-nous libeller cela de la façon suivante :

« Pour les tumeurs qui ont infiltré le muscle, l'opération est plus importante et nécessite d'enlever la vessie le plus souvent en effectuant une chirurgie ouverte avec une incision. Dans certains cas, une chirurgie laparoscopique (avec utilisation d'une caméra) pourra être proposée. »

L'utilisation des termes *laparotomie* et *laparoscopie* est ainsi « déferée » (Origi, 2004) aux spécialistes. Mais les deux experts s'opposent, des images des patients différentes se confrontant. On remarquera la divergence *connu vs compris*.

Cet extrait présente en outre l'intérêt de montrer comment E2 se heurte à des objectifs antagonistes : la nécessité de dire, la visée vulgarisatrice et l'équipement terminologique des patients. E2 a conscience que « ces termes ne sont pas forcément compris par les patients » et propose le terme *chirurgie ouverte*. Bien que morphologiquement plus simple, ce que nous avons désigné comme « mot passerelle » n'en est peut-être pas un ; destiné à jeter des ponts, il peut être au contraire l'objet de la part des patients d'un autre type de questionnement : est-ce à dire qu'il y a une chirurgie fermée ? C'est sans doute ce qui pousse E2 à redoubler le terme *chirurgie ouverte* par : « avec une incision ».

Convoquant un ailleurs discursif, « les dernières recommandations de l'AFU publiées en 2010 », E2 se voit donc devant la nécessité de dire. Il convoque ensuite « chirurgie laparoscopique », actualisant un sème méronymique de l'adjectif *laparoscopique* dans la parenthèse explicative « (avec l'utilisation d'une caméra) ». Mais celui-ci ne définit guère *laparoscopique* dans la mesure où « chirurgie laparoscopique (avec utilisation d'une caméra) » ne s'oppose pas nettement à « chirurgie ouverte ». Cet exemple met ainsi en évidence la façon dont l'institution à laquelle appartient l'expert influence sur les contours d'une proposition de réécriture.

Sans que nous sachions s'il faut y lire un symptôme du conflit, le rédacteur écartera les termes de la version finale.

3.4 Un double « je »

L'exemple précédent se voit doté d'un phraséologisme récurrent dans les propositions des experts, jaillissement spontané du jargon médical : « pourra être proposée ». E2 laisse ainsi sourdre à son insu les traces d'une culture médicale prégnante. On retrouve ce fonctionnement dans l'énoncé suivant, émanant d'un expert :

E3 Cette situation est la situation standard.

qui vient comme proposition pour remplacer :

Cette situation est la plus fréquente.

Nous sommes là dans une situation fréquemment repérée, signe manifeste d'une culture médicale dont l'expert a du mal à se défaire. Le terme *standard* peut sembler bien innocent ; c'est cependant une trace visible d'interdiscours. *Standard* reçoit en effet un emploi spécifique en cancérologie : c'est un examen ou un traitement de référence, systématiquement proposé dans une situation donnée. Le terme n'est pas là morphologiquement monstrueux, à l'instar de *cancer bronchique non à petites cellules*, *adénocarcinome lieberkühnien* ou *duodénopancreatectomie céphalique*. Ce types de termes cryptiques, pour reprendre la dénomination d'Ad Hermans⁸, sont facilement mis de côté par les experts eux-mêmes.

Mais ce n'est pas toujours le cas, et il est intéressant d'en chercher les raisons. Référons-nous à un commentaire dans un document sur le néphroblastome, un cancer du rein de l'enfant :

R1 Le néphroblastome est un cancer très différent du cancer du rein de l'adulte : les cellules impliquées ne sont pas les mêmes et les traitements sont donc différents.

⁸ Ad Hermans oppose dénomme termes « delphiques » et termes « cryptiques » (1997 par exemple). Les termes cryptiques sont des termes non directement compréhensibles : leur sens n'est accessible que si le signe est connu. A l'inverse, les termes delphiques ont une apparence familière, mais leur interprétation se démarque de l'interprétation qui en est faite habituellement : ils nécessitent un « augure » pour accéder au bon sens. Autrement dit, ce sont des homonymes de lexies plus courantes, des termes construits par « néologie sémantique », par opposition à la néologie formelle (dérivation ou composition).

E4 Ce n'est pas le terme exact du cancer du rein de l'adulte. Le terme exact est carcinome à cellules rénales

Cet énoncé renvoie à la problématique du « mot juste » (Delavigne 2001). La culture médicale de E4 prend ici le pas sur l'objectif de vulgarisation et ce n'est pas qu'affaire de lexicale. Certains énoncés ne semblent parfois guère utiles pour le patient. Ils dessinent en fait en filigrane une autre figure de l'interlocution : celle de l'évaluation par ses pairs, d'individuation linguistique. C'est l'institution médicale qui entre à nouveau en jeu, d'une autre manière cette fois.

L'expert est garant de la qualité des contenus médicaux des guides ; il ne peut être pris en défaut. Cependant, la distance sociale, difficilement réductible entre discours experts et le discours patients, peut entraîner un double adressage, patients et collègues/institutions, qui permet à ceux qui « expertisent » le document de conserver leur identité et conserver la face, au sens goffmanien du terme (Goffman, 1974 : 9).

Le rédacteur a parfois du mal à choisir son camp : supposé produire un document vulgarisé, il doit en même temps tenir compte de la diversité des voix. Cette polyphonie est rendue visible dans la matérialité discursive par « d'anciens patients conseillent... », « les médecins disent... », « les études scientifiques disent... ». Contribuant à leur légitimité, cette mise en scène du mode de construction des textes accentue leur effet pragmatique et concourt à l'émergence de « bonnes conditions » de réception, même si l'on sait que l'interprétation reste sous le contrôle de l'activité discursive que l'énonciateur déploie pour permettre à son coénonciateur de construire du sens (Petit, 2002).

4 CONCLUSION

Les documents pour les patients constituent un objet singulier dont sourdent tout à la fois une culture « périmédicale » dont ils peuvent se saisir et, sous le texte, des enjeux divers : institutionnels, identitaires, communicationnels... S'approcher de ces textes en se tournant vers leur genèse révèle quelques-uns des enjeux à l'œuvre dès lors qu'un texte se voit doté de scripteurs multiples.

Le corpus révèle la façon dont s'élaborent et se négocient ces documents collectifs et constitue une occasion de regarder finement la façon dont se composent, sont digérées, intégrées ou rejetées les propositions des différents colocuteurs. Son analyse permet de rendre compte de la façon dont les identités culturelles des acteurs s'impriment dans la matérialité discursive.

Pour reprendre les mots de l'intitulé du colloque, il s'agit de rendre une cohésion à partir de la diversité des points de vue. On voit que, bien que coopérative, l'élaboration des documents connaît une répartition des rôles : les voix s'entrelacent, mais les statuts diffèrent et les cultures s'entrechoquent. C'est à une réflexion globale sur la spécificité des situations qui mêlent intériorité et extériorité des communautés discursives que nous invitent nos observations.

Bibliographie

BACHIMONT B. & al. (2004) « Instrumentation numérique des documents : pour une séparation fonds/forme. *Revue I3 : Information-Interaction-Intelligence* vol. 4 n°1, pp. 95-103.

BAKHTINE M. (1977) *Le marxisme et la philosophie du langage*, Minuit, Paris.

BEAUDET C. (2001) « Clarté, lisibilité, intelligibilité des textes : un état de la question et une proposition pédagogique ». *Recherches en rédaction professionnelle* vol. 1 n°1.

BOURDIEU P. (1979) *La distinction*, Minuit, Paris.

- CANON-ROGER F. (2006) « La traduction ». *Texto!*, http://www.revue-texto.net/Repres/Themes/Canon-Roger/Canon-Roger_Traduction.html.
- 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), pp. 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* n°6, <http://pagesperso-orange.fr/sciences.croisees>
- CICUREL F., DOURY M. (2001) *Interactions et discours professionnels. Usages et transmission. Les carnets du Cediscor* n°7, Presses de la Sorbonne nouvelle, Paris.
- DELAVIGNE V. (2001) *Les mots du nucléaire. Contribution socioterminologique à une analyse des discours de vulgarisation*. Thèse de doctorat, Université de Rouen, 1186 p., 3 vol.
- DELAVIGNE V. (2009) « Le sens du partage. Construire le sens dans des brochures d'information pour les patients atteints de cancer », *Actes du 13e colloque de l'ARCo, Association pour la Recherche Cognitive, Interprétation et problématique du sens*, Rouen : 9-11 novembre 2009, pp. 7-17.
- DELAVIGNE v., GAUDIN F. (à paraître), *La vulgarisation. Histoire, problèmes, techniques*, Presses universitaires de Rouen et du Havre.
- FENOGLIO I. et CHANQUOY L. (2007) « Avant-propos. La notion d'avant-texte" : point de rencontre pour une compréhension de l'écriture en acte », *Langue française* n° 155, pp. 3-7.
- FUCHS C. (1982) *La paraphrase*, Presses Universitaires de France, Paris.
- GAUDIN F. (1993) *Pour une socioterminologie : des problèmes sémantiques aux pratiques institutionnelles*, Presses universitaires de Rouen.
- GUESPIN L. (1992) « "Langue technique" et "langue de l'utilisateur". Problèmes de terminologie », dans Boullier D. et Legrand M., *Les mots pour le faire*, Éditions Descartes, Paris, pp. 211-225.
- GOFFMAN E. (1974) *Les rites d'interaction*, Minuit, Paris.
- HERMANS A. (1997) « Mots et termes en sociologie », dans Boisson C. et Thoiron P., *Autour de la dénomination*, Presses universitaires de Lyon, pp. 269-278.
- HOLZEM M. ET LABICHE J. (2005) *Rapport de l'action spécifique Document et organisation*, http://rtp-doc.enssib.fr/IMG/pdf/AS-Doc_Org.pdf.
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER (2011) *Cancer info : méthodologie d'élaboration des contenus*, <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers>
- JAKOBSON R. (1963) *Essai de Linguistique générale*, Minuit, Paris.
- MARCELLESI J.-B. (1971) *Le congrès de Tours (Décembre 1920). Études sociolinguistiques*, Le pavillon-Roger Maria Editeur, Paris.
- MARCELLESI J.-B. et GARDIN B. (1981/1974) *Introduction à la sociolinguistique, la linguistique sociale*, Larousse, Paris.
- 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*, numéro spécial.
- MORTUREUX M.-F. (1988) « La vulgarisation scientifique : parole médiane ou dédoublée », dans Jacobi D. et Schiele B., *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.
- ORIGGI G. (2004) « Croyance, déférence et témoignage », dans Pacherie E. et Proust J., *La philosophie cognitive*, Ophrys, Paris, pp. 167-183.
- PETIT M. (2002) *Éloge de la lecture. La construction de soi*, Belin, Paris.
- REY-DEBOVE J. (1998) *La linguistique du signe. Une approche sémiotique du langage*, Armand Colin, Paris
- VECCHI (DE) D. (2002) *Vous avez-dit jargon...*, Eyrolles, Paris.