

Christian Balliu

ISTI - Haute Ecole de Bruxelles

ISIT - Paris



Synergies Tunisie n° 2 - 2010 pp. 65-73

**Résumé :** *Le texte médical est un texte spécialisé. Il se caractérise donc par une terminologie propre. Les termes ont tendance à masquer les véritables enjeux des textes médicaux qui vont au-delà de la simple recherche scientifique. Le traducteur médical devra, outre une initiation au domaine et à sa terminologie, être particulièrement attentif au discours latent, plus subjectif, qui concerne des enjeux financiers, de notoriété ou de carrière.*

**Mots-clés :** *Texte médical, termes, mots, objectivité, enjeux.*

**Abstract :** *A medical text is a specialized text. It is therefore characterized by a distinctive terminology. Terms tend to obscure the real issues of medical texts, which go beyond simple scientific research. Not only will the medical translator have to be well-versed in the field and its terminology, he will also have to pay careful attention to the more subjective subtext, in which money, reputation and career are at stake.*

**Keywords :** *Medical text, terms, words, objectivity, issues.*

## Introduction

La littérature traductologique est, à quelques exceptions près, contemporaine. Pendant des siècles, l'étude de la traduction n'a été le fait que de rares théoriciens, lesquels n'appartenaient pas au champ de la traduction proprement dite. Les réflexions théoriques furent en effet l'apanage de linguistes ou de gens de lettres qui, peu ou prou, furent confrontés dans leur travail à la problématique de la traduction.

Celle-ci était conçue comme un transfert interlinguistique, sans appréhension aucune d'une idiosyncrasie irréductible à d'autres domaines comme la linguistique ou la littérature. L'étude de la traduction s'abritait alors sous le couvert de syntagmes plus nobles, tels que la linguistique contrastive ou la littérature comparée.

Cette vérité, pour regrettable qu'elle soit, recouvre l'idée que la traduction ne peut être conçue en dehors d'impératifs linguistiques et d'une écriture en soi, une littérature. La traduction, c'est donc la langue à l'œuvre, et si bien à l'œuvre qu'elle en vient

à constituer des œuvres - littéraires, cela va sans dire. C'est ce que Berman (1982) appelait précisément la traduction des *Œuvres*. Ne seraient à ce titre justiciables d'un travail de traduction que les œuvres littéraires, philosophiques ou religieuses, celles donc où la langue joue un rôle *en soi*.

Quoi d'étonnant dès lors à ce que la traduction reste cantonnée à l'intérieur de la littérature ou de la linguistique, dont elle ne constituerait finalement qu'un exercice singulier. *A contrario*, cette réalité va tout à fait à contre-courant de la vérité historique, qui montre que l'homme a toujours traduit prioritairement les ouvrages dont il avait besoin. Autrement dit, la traduction utilitaire est plus présente au cours de l'histoire que la traduction littéraire, même si celle-ci a connu ses heures de gloire, notamment aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles français.

Cela explique en conséquence l'emprise, pour ne pas dire la toute-puissance, de la linguistique sur la réflexion traduisante et un souci de littéralisme dans la mesure où on traduirait une séquence syntagmatique imprimée sur le papier. Le signifiant deviendrait de la sorte le seul dépositaire du sens, sa seule voie d'accès.

S'ensuit la césure avec les textes pragmatiques - ou informatifs - dont la forme linguistique ne constituerait pas l'élément essentiel, comme si le signifié l'emportait sur le signifiant et en serait indépendant. La langue ne constituant plus l'*en-soi* du texte, celui-ci ne mériterait pas de réflexion théorique, car son écriture serait une simple transposition référentielle ou, si l'on veut, un support matériel<sup>1</sup>.

D'où la terminologisation des textes spécialisés, c'est-à-dire la transition vers une langue algébrique, formatée, qui exclurait toute question de style de ses préoccupations. Il y aurait donc deux langues. D'une part, la langue à l'œuvre, noble, dans tous ses états, celle qui crée le texte et lui donne vie et richesse, la langue littéraire. De l'autre, la langue figée, arithmétique et répétitive, peu encline à la création, véhicule neutre d'un contenu scientifique, technique, juridique ou autre. De la sorte, on aurait deux types de textes, les textes littéraires (incluant les textes philosophiques et religieux) et les textes pragmatiques.

Cette dichotomie peut apparaître logique, voire séduisante, même si l'on parle, à juste titre, de littérature médicale par exemple. C'est oublier que tout texte possède une esthétique propre, une dimension littéraire, même s'il s'agit de consigner des faits, d'évoquer des hypothèses, d'analyser des résultats...

L'objectif de cette contribution est de montrer que le texte scientifique n'est pas uniquement dénoté, caractérisé par un recours obsessionnel aux termes et par une quête inlassable d'objectivité. Le texte scientifique, c'est aussi la langue à l'œuvre, avec des enjeux autres que la stricte transmission d'un contenu désincarné.

### Les termes et les mots

A en croire la littérature consacrée aux langues de spécialité (Maillot 1970, Kocourek 1982), le texte spécialisé se caractériserait fondamentalement par le recours aux termes, dénotés par essence, reléguant l'usage des mots, connotés, à un rôle secondaire. L'importance accordée au terme signe l'entrée des terminologues dans le champ de la

traduction et renforce la croyance que le texte spécialisé utilise par essence des mots spécialisés, à savoir des termes.

La polysémie et la synonymie sont, en vertu de cette croyance, bannies du champ d'étude de la traduction spécialisée et, en leur compagnie, ce sont les littéraires qui sont définitivement exilés de ce type de préoccupations. En effet, si l'on entend souvent que les traducteurs littéraires opèrent une réécriture, qu'ils doivent aussi être des écrivains au sens plein du terme, on n'en dira pas autant des traducteurs spécialisés, qui auront recours par exemple aux mémoires de traduction, aux banques de données terminologiques, impensables dans le domaine de la création littéraire.

La traduction spécialisée serait, toujours dans cette perspective, une photocopie lexicale translinguistique, sans apport personnel du traducteur. Elle se résumerait à une recherche terminologique, alimentée par des glossaires et des banques de données qui, à coup sûr, fourniraient une traduction validée. En réalité, il ne s'agirait pas d'une traduction, mais d'une version au sens où elle serait unique, puisqu'adosée à la monoréférentialité qui doit être la marque de fabrique du terme.

On peut affirmer que la biunivocité du sens a été pendant de nombreuses années la quête des terminologues, même si récemment la terminologie a étendu son objet à la phraséologie, excluant par là même le découpage strictement paradigmatique au profit d'un horizon syntagmatique. Ce dernier ne pouvait que prendre en compte les couples obligés, de manière plus large la syntaxe, et ouvrir son champ de réflexion au mot, dont le lien direct avec le domaine de spécialité en question n'est pas toujours apparent.

Se pose alors la question de la pertinence de l'appellation « langues de spécialité » (Lerat 1995), comme si elles étaient distinctes de la langue dite générale, à l'intérieur ou en dehors de celle-ci. Il s'agit là de découpages théoriques commodes peu vérifiables sur le terrain des textes. Dans la langue (le langage, le discours ?) médicale, quelle différence y a-t-il entre la thrombocytopénie, la thrombopénie, l'hypoplaquettose ou le déficit de plaquettes ? Aucune bien entendu, la pathologie du patient est strictement identique. On pourrait objecter que « déficit de plaquettes » est moins marqué terminologiquement et plus transparent, mais cela dépend en fait de chaque récepteur.

C'est donc la réception qui fait la différence, mais cela n'influe pas sur le sens. Il y a synonymie parfaite entre les trois premiers termes et le dernier syntagme, dont on ne sait bien s'il est constitué de termes, de mots ou d'un hybride. On peut en déduire que les trois premiers termes seront utilisés par des spécialistes (des hématologues par exemple) qui s'adressent à d'autres spécialistes, alors que le dernier syntagme sera adressé à des patients sans parcours académique en médecine.

Le domaine de spécialité importe peu en l'occurrence (la médecine) ; par contre, c'est l'utilisation centripète ou centrifuge du concept qui maintient ou délaisse l'opacité du signifiant. Et ce, pas nécessairement comme on pourrait le croire.

En effet, on pourrait ingénument penser que si l'utilisation reste confinée entre locuteurs du domaine de spécialité, l'opacité du signifiant sera maintenue puisque la compétence des locuteurs éclaire le sens. On pourrait aussi penser que si le concept s'adresse à un locuteur extérieur au domaine, il s'accompagnera d'une détermination, à savoir

d'une transparence du signifiant. Le terme céderait de la sorte la place au mot. Il n'en est rien, comme on le découvrira dans les lignes qui suivent.

### L'élusion du sens, la fuite du diagnostic

Il arrive qu'au contraire, l'élusion d'un diagnostic douloureux, dont on veut éviter l'annonce brutale, conduise le praticien à conserver le terme au lieu du mot, préférant l'incompréhension du patient au poids redoutable des mots. Dans la bouche du praticien, la dysplasie cachera alors le cancer ou la tumeur, l'hypertriglycéridémie se substituera au cholestérol et l'athérome remplacera avantageusement le caillot sanguin.

Une simple recherche lexicale montrera que le terme et le mot ne sont pas équivalents en l'espèce, qu'ils recouvrent des réalités nosologiques différentes, mais qu'ils fonctionnent comme des synonymes parfaits.

On peut trouver des exemples inverses, où le mot est préféré au terme, parce que le mot est entré dans le langage courant - c'est le cas de le dire - et que le terme, par son caractère cryptique, peut déclencher une peur irréfléchie chez le malade. Plus un terme est hermétique, plus la réalité qu'il recouvre est perçue comme savante, peu banale, complexe, bref dangereuse. Le médecin dira au malade qu'il souffre d'anémie, alors qu'il s'agit en réalité d'érythrocytopénie. L'anémie sera perçue comme un état de faiblesse qu'il convient de corriger, tandis que l'érythrocytopénie sera reçue comme une maladie rare, grave, avec son cortège de peurs.

Si le terme *érythrocytopénie* signifie exactement un déficit en globules rouges, ce dont souffre effectivement le malade, le mot *anémie* signifie étymologiquement une absence totale de sang et le patient serait dans ce cas bien incapable de consulter. Le terme, rigoureux, précis, exact, s'efface lors du diagnostic devant le mot, qui recèle en fait un état beaucoup plus grave, dramatique, mais dont la banalisation transforme et atténue le sens. Une relation métonymique et synecdochique particulière qui indique aussi le rôle de la perception dans le choix du lexique par le praticien.

Enfin, dans certains cas, un mot peut en cacher un autre. Le cancer ou la tumeur s'abriteront avantageusement derrière le kyste ou le nodule, où le bénin se substitue au malin.

L'objectif est toujours le même : on épargne le patient, en mettant en avant ou en évitant une dénomination cryptique propre au domaine médical. Le jargon est en conséquence une arme qu'on dégaine ou rengaine selon les circonstances. La rigueur dénomminative passe ainsi au second plan et la terminologie utilisée devient un vrai jeu de mots.

L'enjeu est majeur, dans la mesure où le locuteur ne recherche plus la véracité scientifique du concept et où il la manipule en quête d'autres objectifs. La terminologie, en tant que discipline scientifique, ne peut que constater le décalage entre l'entrée du dictionnaire et son usage concret *in situ*, ce qui devrait la conduire à repenser en partie son objet. Quand on y réfléchit, ce décalage s'explique notamment par le fait que ce sont les linguistes qui analysent le fonctionnement terminologique alors qu'ils n'en sont généralement pas les usagers. Les domaines de spécialité sont étudiés par des chercheurs qui n'en font pas partie et qui confinent leur réflexion à l'axe linguistique. En filigrane, on devine que leur analyse porte sur la langue et non le discours, encore moins le sociolecte.

Le traducteur, lui, n'a affaire qu'au discours, aux textes et à ses rédacteurs, c'est-à-dire aux spécialistes du domaine. Ces derniers ne se soucient guère des recommandations linguistiques ni du coefficient de fiabilité des termes tel que mentionné dans une banque de données. Ce coefficient est d'ailleurs intimement lié au contexte d'utilisation. Il y a contradiction entre la dépersonnalisation du terme - dont le sens ne saurait varier d'un individu à l'autre - et son usage qui est directement lié à l'environnement relationnel. En conclusion, il n'existe pas de termes désincarnés, il n'y a que des mots en quête d'auteur.

C'est le sociolecte (le mot montre clairement qu'il convient de dépasser la seule approche linguistique au profit de l'environnement professionnel) qui devra capter toute l'attention du traducteur médical et lui faire prendre conscience des enjeux extérieurs à la simple scientificité du propos, dont, nous venons de le voir, la relation au patient. Se pose en creux la question épineuse de l'objectivité du texte médical, qui devrait en constituer un élément non négociable.

### Le poids de l'histoire, la vision diachronique

La médecine est une discipline ancienne, qui existe sur le plan scientifique depuis le 5<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, sous l'impulsion d'Hippocrate. Cette entrée de la médecine dans le projet civilisationnel de la Grèce antique la met en contact avec la philosophie, qui s'occupe de l'intellect et de l'âme, et confère à la dimension physiologique de celle-là l'envergure métaphysique de celle-ci. Déjà la préfiguration d'une vision holistique des troubles pathologiques qui peine encore à s'imposer en ce début du 21<sup>e</sup> siècle.

L'évolution réflexive de la médecine, qui s'érige de plus en plus en science avec les siècles, ses progrès techniques, certainement depuis la Seconde guerre mondiale, ont engendré une reconceptualisation de ses savoirs, une redéfinition de ses contenus, qui ont aussi favorisé un changement des dénominations. Toujours cette relation entre concept et dénomination : la notion de signe linguistique est décidément omniprésente.

Si le temps fait son œuvre, si les découvertes scientifiques assoient la discipline, les dénominations ne suivent pas toujours, *a fortiori* à partir des années 1950 où l'essor des nouvelles techniques exploratoires, diagnostiques et thérapeutiques devient exponentiel. A tel point qu'un spécialiste est aujourd'hui obligé de parcourir la littérature médicale au quotidien sous peine d'être rapidement dépassé, et donc disqualifié par ses confrères.

La transformation des savoirs, l'affinement de certaines notions ont un impact direct sur la terminologie du domaine, qui se traduit par la création de néologismes, l'abandon de certaines dénominations ou le maintien d'une dénomination avec une reconceptualisation sous-jacente. On peut citer l'exemple de la phtisie (dont l'étymologie grecque signifie « consommation »), maladie typique du 19<sup>e</sup> siècle, dont le nom désignait ce que nous connaissons aujourd'hui comme étant la tuberculose pulmonaire<sup>2</sup>. La phtisie a disparu aujourd'hui des dictionnaires médicaux au profit de la tuberculose, à laquelle les symptômes (fièvre, sudations nocturnes) sont apparentés. Ici aussi, la maladie est identique et la requalification est métonymique. Aucun pneumologue ne dira au patient qu'il est atteint de phtisie, il parlera de tuberculose, sans préciser par ailleurs qu'il s'agit de tuberculose pulmonaire (il existe aussi des tuberculoses extrapulmonaires et diffuses) puisque le commun des mortels ignore qu'il existe d'autres formes de cette maladie.

Pour prendre un exemple récent, il en va de même du SIDA. L'acronyme désigne le syndrome d'immunodéficience humaine acquise et fut créé au début des années 1980, lorsque la maladie se déclara dans le monde sans que l'on puisse dans un premier temps lui attribuer une étiologie. Robert Gallo et Luc Montagnier eurent la certitude en 1983 que l'affection était d'origine virale, d'où l'appellation VIH (virus de l'immunodéficience humaine) pour en désigner la cause.

Depuis 1983, il est devenu absurde de parler encore de SIDA, dans la mesure où il ne s'agit plus d'une constellation de symptômes sans cause apparente. En bonne logique scientifique et dans un souci de rigueur conceptuelle, il aurait fallu abandonner l'acronyme et le remplacer par un autre, VIDA (virus de l'immunodéficience humaine acquise) par exemple. Cela n'a été le cas dans aucun pays du monde, la notoriété de l'acronyme SIDA l'emportant sans conteste sur la réalité nosologique. Sans oublier que SIDA indique aujourd'hui le stade IV de la maladie et ne peut donc être confondu avec « séropositivité », ce qui est pourtant encore souvent le cas.

Une fois encore, c'est le critère de la réception qui l'emporte sur le signifié, et même le référent. En d'autres termes, le symbolique se substitue au réel.

### **La dépersonnalisation du patient, la soif de puissance du médecin**

Le texte médical, même le plus spécialisé, se caractérise parfois par ce que l'on pourrait appeler le « cannibalisme » du corps médical. Le patient se voit désinvesti de sa personnalité psycho-physiologique sur l'autel d'une entité impersonnelle, organique, dénuée de toute faculté de jugement. Le patient n'est plus un sujet, mais un objet d'étude, presque mécanique.

Dès lors, il ne participe pas à l'élaboration du diagnostic, ne donne pas d'avis sur le traitement, si ce n'est les réponses aux questions qui peuvent lui être posées par l'examineur. L'anamnèse en est une bonne illustration, elle est une espèce d'interrogatoire où l'intervention du malade se borne à fournir les informations sollicitées.

C'est une rançon de l'hyperspécialisation de la médecine qui se ventile désormais en sous-domaines (voire micro-domaines) de spécialité. On n'est plus gastroentérologue, mais hépatologue ou splénologue. On ne traite plus le patient, mais son foie ou sa rate. Le dialogue suivant, vécu personnellement lors d'une consultation chez un cardiologue, en témoigne :

Docteur, je voudrais vous dire que j'ai aussi des maux de tête et des insomnies.  
Nous verrons cela plus tard. Je m'occupe d'abord de votre hypertension.

L'organicité du propos médical, le perfectionnement constant de techniques de plus en plus pointues et de moins en moins invasives dénaturent la relation médecin-patient et la réduisent à l'intervention - parfois même à distance à l'aide d'un robot - d'un praticien sur un organe. La « mécanisation » de la médecine contemporaine transpire sur la littérature médicale où le malade n'est plus un acteur privilégié dans l'évolution de sa pathologie et la participation au traitement<sup>3</sup>.

Voici un extrait d'un texte espagnol (et sa traduction) sur le traitement du sarcome de Kaposi, l'une des maladies opportunistes les plus graves dans le contexte du SIDA :

Los intentos para incrementar la eficacia del IFN- $\alpha$  asociándolo a agentes citostáticos con reconocida actividad frente al SK, han conllevado tasas elevadas de toxicidad y no han resultado beneficiosos. No obstante, es precisamente en este punto, la combinación farmacológica, donde está centrado el reto terapéutico actual al respecto, que no es otro que la asociación del IFN- $\alpha$  con otros antirretrovíricos, y en concreto con la zidovudina (ZDV). Por una parte, el IFN- $\alpha$  ha demostrado suprimir la replicación del VIH y disminuir la antigenemia en pacientes con SK-SIDA, pero no ha logrado mejorar la respuesta inmune ni prolongar la supervivencia ; por el contrario, la ZDV (nucleósido inhibidor de la transcriptasa inversa vírica) ha mostrado mejorar varios parámetros inmunológicos, prolongar la supervivencia y retrasar la aparición de infecciones oportunistas.<sup>4</sup>

Les tentatives visant à augmenter l'efficacité de l'IFN- $\alpha$  en l'associant à des agents cytostatiques dont l'action anti-SK est reconnue, ont entraîné une toxicité élevée et n'ont pas donné de résultats bénéfiques. Cependant, le défi thérapeutique actuel concerne précisément la combinaison médicamenteuse et, en l'occurrence, l'association de l'IFN- $\alpha$  et d'autres antirétroviraux comme l'azidothymidine (AZT). Il est prouvé que l'IFN- $\alpha$  supprime la réplication du VIH et diminue l'antigénémie des patients atteints de SK-SIDA ; malheureusement, il n'améliore ni la réponse immunitaire ni l'espérance de vie. A l'opposé, l'AZT (nucléoside inhibiteur de la transcriptase inverse virale) a permis de redresser plusieurs paramètres immunitaires, de prolonger la survie et de différer l'apparition de maladies opportunistes.

On remarquera que le mot « patient » se limite à une seule occurrence dans ce texte, alors qu'il s'agit de traitement et de malades en fin de vie. On y trouve cependant, neutralisés, des mots ou syntagmes comme « toxicité », « défi thérapeutique », « espérance de vie » et « prolonger la survie ». On sent nettement l'effacement du malade au profit de la maladie, sur laquelle le médecin a un droit de préemption. Les éponymes médicaux (sarcome de Kaposi, bacille de Yersin, virus d'Epstein-Barr, maladie de Hodgkin...), extrêmement nombreux, en témoignent : les malades sont les grands oubliés de la littérature médicale et l'observance du secret professionnel n'en est pas l'unique explication.

### L'illusion de l'impersonnel, la force de la 3<sup>e</sup> personne

Le « je » est banni de la littérature médicale, cette dernière devant refléter une objectivité impersonnelle, dont l'ego du chercheur doit à tout prix disparaître. On peut y voir une des raisons de l'imposition tardive de la psychiatrie où le *moi* est une des trois instances fondamentales.

Dans cette dernière phrase, la problématique du titre est précisément illustrée. La tournure « on peut y voir... » veut dire plus prosaïquement que j'y vois, en ma qualité d'auteur de ces lignes, la raison invoquée dans la phrase.

Voici un autre exemple, tirée de la littérature espagnole sur le SIDA, où l'on remarque le recours à l'impersonnel. La langue espagnole utilise la 3<sup>e</sup> personne du pluriel, là où la traduction française utilisera la forme « on » :

Diferentes estudios han tratado de establecer la posible correlación del título de anticuerpos neutralizantes con la evolución clínica de la infección. Existen datos discrepantes respecto a la presencia de títulos más altos en los estadios iniciales de la enfermedad que en las fases avanzadas.<sup>5</sup>

Plusieurs études se sont attachées à mettre en évidence un lien possible entre le titre d'anticorps neutralisants et l'évolution clinique de l'infection. On ne s'accorde pas sur la présence de titres plus élevés aux premiers stades de la maladie.

Les syntagmes « plusieurs études » et « on ne s'accorde pas sur » ne renvoient à aucun antécédent tangible, et c'est volontaire ; ils marquent simplement une objectivité scientifique de bon aloi, codifiée, qui bannit du discours les tournures personnelles, qui laisseraient transparaître un parti-pris dans la démarche. Pourtant, ce sont des centres de recherche, des laboratoires, des chercheurs en chair et en os qui ont dressé les protocoles, mené les études et obtenu des résultats. Ce sont aussi des cliniciens, des spécialistes, des écoles de pensée peut-être, qui ne s'entendent pas sur l'importance du nombre d'anticorps au début de l'histoire naturelle de la maladie. Ces luttes intestines du corps médical existent bel et bien, alimentées par une soif de reconnaissance, voire de notoriété, une pression importante des bailleurs de fonds sur l'obtention de résultats et de brevets, ou encore la quête insatiable de crédits et de bourses, indispensables pour assurer la pérennité des centres de recherche et l'emploi de ses équipes.

Ce sont les publications qui alimentent - sur le plan financier - les recherches (au pluriel cette fois), ce qui explique leur importance tant stratégique que scientifique. Quoiqu'on en pense, le financement des laboratoires, des protocoles en milieu hospitalier, peut jouer un rôle dans la présentation et la publication d'une étude<sup>6</sup>.

La 3<sup>e</sup> personne est un cogito qui se dérobe, un leurre visant à cacher la personnalité de l'auteur du texte. Le style impersonnel recèle ainsi d'autres enjeux enfouis, très dangereux puisque latents dans l'écriture.

### **Le texte médical : un jeu de pistes**

Le texte médical ne se livre pas à la première lecture. Il infléchit son discours pour masquer ses véritables enjeux, qui vont au-delà de la simple information, prescription ou recommandation. Ces enjeux concernent la soif de notoriété, la proposition d'un plan thérapeutique, les bienfaits d'une nouvelle technique, la quête d'un financement, l'imposition d'une école de pensée, la mise sur le marché d'une molécule inédite, et la liste est loin d'être exhaustive.

Le texte médical se veut persuasif, sous une écriture qui semble se départir de toute implication personnelle de l'auteur. La persuasion est dès lors beaucoup plus dangereuse, car latente, se dérobant à une analyse strictement linguistique. Dans ce dispositif, les termes sont des miroirs aux alouettes, qui relèguent sciemment les mots au second plan et en font des faire-valoir, du moins en apparence. L'idée est très simple : plus l'allure du texte est scientifique (et les termes y concourent), plus il semble incontestable aux yeux du lecteur.

Le traducteur médical doit guetter les mots qui sont les moteurs du texte, les vrais véhicules du sens. Il doit débusquer en permanence derrière le vernis impersonnel un projet tout à fait personnel.

### **Bibliographie**

Balliu Chr., 2005, « La didactique de la traduction médicale, deux ou trois choses que je sais d'elle », n° spécial consacré à L'enseignement de la traduction dans le monde, *META*, Presses de l'Université de Montréal, vol. 50, n° 1, p. 67-77.

Balliu Chr., 2006, « Le langage de la médecine : les mots pour le dire », Actes des septièmes Journées scientifiques du réseau de chercheurs Lexicologie, terminologie, traduction, *Mots, termes*



*et contextes*, Éditions des Archives Contemporaines, Agence Universitaire de la Francophonie, AUF, Paris, p. 475-481.

Balliu Chr., 2006, *La traduction médicale* (dir.), Bruxelles, *Équivalences*, vol. 33/1-2.

Berman A., 1984, *L'Épreuve de l'étranger*, Paris, Gallimard, coll. Tel.

Kocourek R., 1982, *La langue française de la technique et de la science*, Paris, Brandstetter.

Lerat P., 1995, *Les langues spécialisées*, Paris, Presses Universitaires de France.

Maillot J., 1970, *La traduction scientifique et technique*, Paris, Eyrolles.

Rouleau M., 1994, *La traduction médicale, une approche méthodique*, Montréal, Linguattech.

## Notes

<sup>1</sup> Ainsi, les études consacrées à la traduction spécialisée, médicale notamment, se sont fait attendre, même si on trouve à partir des années 1990 des ouvrages très intéressants sur le sujet, comme celui de Rouleau (1994).

<sup>2</sup> Ironie de l'histoire, Laennec se spécialisa dans les maladies pulmonaires, dont la phtisie, et publia en 1819 son traité *De l'auscultation médiate* qui y est consacré. Il mourut précisément de phtisie en 1826.

<sup>3</sup> A cet égard, l'utilisation de l'anglicisme *compliance* est significative. On ne parle effectivement plus de l'observance par le patient des prescriptions thérapeutiques, pas seulement parce que la tournure est trop longue, mais surtout parce que le patient est dépersonnalisé dans l'esprit du thérapeute.

<sup>4</sup> I. Ocaña Rivera, Hospital General Vall d'Hebrón, Barcelona. Publicación oficial de la Sociedad Española interdisciplinaria de S.I.D.A., Madrid, IDEPSA, vol.2, n°3, mars 1991, pp. 111-112.

<sup>5</sup> A. García Sáiz, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Publicación oficial de la Sociedad Española interdisciplinaria de S.I.D.A., Madrid, IDEPSA, vol.2, n°3, mars 1991, p. 96.

<sup>6</sup> L'affaire du Mediator qui défraie la chronique en ce moment nous le rappelle tragiquement.