Document généré le 16 juil. 2025 19:49

Meta
Journal des traducteurs
Translators' Journal

META

L'objectivité dans les langues de spécialité -- cas particulier de la médecine de soins (étude comparée du français et de l'anglais)

Dorothy Nakos

Volume 40, numéro 4, décembre 1995

URI : https://id.erudit.org/iderudit/003692ar
DOI : https://doi.org/10.7202/003692ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0026-0452 (imprimé)
1492-1421 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Nakos, D. (1995). L'objectivité dans les langues de spécialité -- cas particulier de la médecine de soins (étude comparée du français et de l'anglais). *Meta, 40*(4), 701–707. https://doi.org/10.7202/003692ar

Résumé de l'article

L'étude commence par une analyse de la nature de l'objectivité scientifique qui permet d'identifier les éléments pour déterminer les facteurs d'objectivité en médecine de soins (cohérence, précision, justification, neutralité, prudence). On applique ensuite ces facteurs à des ouvrages médicaux fondamentaux écrits en français et en anglais.

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université de Montréal, 1995

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'OBJECTIVITÉ DANS LES LANGUES DE SPÉCIALITÉ — CAS PARTICULIER DE LA MÉDECINE DE SOINS (ÉTUDE COMPARÉE DU FRANÇAIS ET DE L'ANGLAIS)

Résumé

L'étude commence par une analyse de la nature de l'objectivité scientifique qui permet d'identifier les éléments pour déterminer les facteurs d'objectivité en médecine de soins (cohérence, précision, justification, neutralité, prudence). On applique ensuite ces facteurs à des ouvrages médicaux fondamentaux écrits en français et en anglais.

Abstract

The article begins with an analysis of the nature of scientific objectivity, which helps identify the elements for determining the factors of objectivity in medical care (coherence, precision, justification, neutrality and caution). These factors are then applied to fundamental medical writings in French and English.

INTRODUCTION

Notre étude vise à montrer les facteurs d'objectivité qui caractérisent des ouvrages médicaux fondamentaux français et anglais écrits au cours des cinquante dernières années soit par un seul auteur, soit par différents auteurs qui ont chacun rédigé une ou plusieurs parties d'un ouvrage de référence cherchant l'exhaustivité. Les ouvrages ont été choisis en raison de leur grande diffusion et de la notoriété de leurs auteurs ; ils servent à la formation et à la pratique médicales. Ils ne sont donc pas destinés à des personnes travaillant dans le secteur paramédical ni à un public curieux qui lit des textes de vulgarisation scientifique.

L'auteur et le destinataire ont une base cognitive commune (médecine), mais après lecture totale ou partielle de l'ouvrage, le destinataire aura acquis un complément d'information. Pour reprendre les propos de Kocourek (1982 : 19), «la divergence entre l'intention de l'émetteur (de l'auteur) et la compréhension du récepteur (du destinataire) est réduite au minimum». Les textes choisis portent plus précisément sur les maladies : sémiologie (ou signes), étiologie (ou cause), description et traitement.

NATURE DE L'OBJECTIVITÉ

Avant de déterminer l'objectivité des documents retenus, il nous faut analyser la nature même de l'objectivité. Selon certains linguistes comme Phal (1968 : 11), l'objectivité scientifique «consiste à évincer autant que possible l'expérimentateur (sujet humain) pour mettre en vedette l'expérience ou son résultat (objet ou sujet inanimé)». Il ajoute : «l'expérimentateur doit toujours être présent sans se montrer, un peu à la manière d'un bon reporter de télévision. On peut dire que dans les textes scientifiques, on ne voit pas l'homme agir».

Or, dans les textes médicaux didactiques analysés, on ne peut guère parler d'«expérimentateur» ni d'«expérience», notions propres aux sciences expérimentales dont la médecine expérimentale fondée par Claude Bernard. Ce dernier, après avoir *observé* un phénomène, procédait à une *contre-épreuve expérimentale*. Dans le cas qui nous intéresse, un médecin praticien observe des signes cliniques chez *un* patient donné, mais *ne les reproduit pas* pour arriver à une *preuve*. La démarche est donc différente : le médecin part de l'observation pour

procéder à l'établissement d'un diagnostic soit sur le champ, soit à l'aide de diverses radiographies ou de tests de laboratoire. L'auteur de textes médicaux pragmatiques observe, réfléchit, interprète et n'expérimente jamais.

La médecine de soins, contrairement à la recherche médicale expérimentale, sort donc du cadre de l'«objectivité» ou «objectivation» définie par des linguistes comme Phal que nous venons de mentionner ou Vigner et Martin qui ajoutent que l'objectivité vise à «faire disparaître tous les procédés servant à exprimer un sentiment ou une appréciation subjective» (1976 : 19). De fait, la pratique de la médecine demeure un *art* doublé d'une technique (plutôt qu'une science) visant à dispenser des soins à un patient dans le but de le guérir. L'objectivité ne peut se définir dans ce cas que par rapport à *l'objet d'étude*, c'est-à-dire la maladie et sa relation avec le patient qui est un humain (ce n'est pas le cas en sciences expérimentales) présentant des particularités liées au sexe, à l'âge, à la race, au passé génétique, aux maladies acquises, à l'exercice d'un métier ainsi qu'au contexte social et géographique.

Déterminer l'objectivité en médecine de soins, c'est donc tenir compte de caractéristiques propres tout en reconnaissant l'apport des découvertes scientifiques, sans lesquelles la compréhension de la maladie chez l'homme serait impossible. La communication en médecine de soins s'apparentant davantage, à nos yeux, à une communication technique axée sur l'application de connaissances spécifiques à un domaine, nous avons tenu pour acquis l'existence de certains aspects de la communication technique déjà décrits par Vigner et Martin (1976 : 14 et sqq.) et relevés dans nos textes. Par exemple : primauté du facteur référentiel, compréhension entre deux locuteurs situés sur le même plan, univocité du vocabulaire et explicité du langage. Toutefois, nous remettons en question d'autres traits, en particulier la fonction uniquement dénotative du texte et le fait que le discours est nécessairement impersonnel et non marqué.

CRITÈRES D'OBJECTIVITÉ

Nous avons identifié des éléments spécifiques servant à déterminer les facteurs d'objectivité en médecine de soins, en l'occurrence :

- cohérence,
- précision,
- justification,
- neutralité,
- prudence.

Chacun de ces critères sera appliqué aux quatre principaux ouvrages retenus : Mondor[1], *Diagnostics urgents — abdomen*, Pasteur Vallery-Radot[2], *Pathologie générale*, (dorénavant PVR dans notre étude), Penfield[3], *The Excitable Cortex in Conscious Man* et *Harrison's Principles of Internal Medicine*[4]. Mondor et Penfield étaient tous deux chirurgiens, l'un de l'abdomen, l'autre du cerveau. Le PVR et le Harrison[5] sont des ouvrages traitant de l'ensemble des maladies, écrits par divers collaborateurs selon leur spécialité. Les quatre ouvrages sont vendus en librairie[6].

Cohérence

La structure et l'organisation du texte ainsi que la démarche intellectuelle suivie concourent à rendre le discours médical cohérent. En outre, le savoir est plus aisément véhiculé lorsque le cadre est clairement délimité.

Les textes médicaux consultés sont tous structurés de façon rigoureuse : Mondor, PVR, Penfield, Harrison divisent et subdivisent leurs écrits, apportant tableaux, résumés, listes, dessins et photos à l'appui. Ils utilisent souvent des procédés de *mise en relief* (caractères gras, italiques, majuscules, soulignement). Mondor, toutefois, ajoute aux simples procédés typographiques, d'ailleurs fréquents dans la communication technique (exemple fictif : «appuyer sur ON, le voyant *rouge* s'allume, etc.»), le procédé linguistique consistant à rappeler systématiquement un point saillant à l'aide de *syntagmes de base*, par exemple «contracture de la paroi abdominale». Le style de Mondor accumulant énumérations et superlatifs — certainement jugés «personnels» par les linguistes — contribue aussi à la mise en relief. Par exemple (1965 : 5) :

> La contracture vraie de la paroi abdominale. [...] De tous les secours cliniques, il est un des meilleurs : il ne semble pas y avoir, dans toute la pathologie, un symptôme plus utile, plus décisif, plus indispensable, plus riche de sauvetages. On n'en saurait parler avec trop de confiance, de reconnaissance, de foi. C'est le super-signe de toutes les catastrophes abdominales [...]. Ce signe, c'est la contracture des muscles de la paroi abdominale avec ses degrés divers, à la fois d'étendue, de fermeté, de durée [...].

L'auteur poursuit en reprenant régulièrement le syntagme de base.

Mondor demeure l'auteur qui fournit sans doute une des descriptions les plus approfondies des signes de la maladie. Sa particularité est de présenter une image englobante, de revenir sur un signe essentiel, puis d'expliciter dans les moindres détails tous les aspects liés à la maladie décrite. Son texte est également organisé de façon logique, par exemple (1965 : 5) :

Contracture de la paroi abdominale

- signification physiologique ;
- conditions cliniques [avec photos à l'appui] ;
- risques d'erreurs.

De plus, il introduit des tableaux comparatifs permettant aux médecins d'établir un bon diagnostic ; il distingue sur deux colonnes «la lésion abdominale» et «la lésion thoracique» en indiquant chaque fois comment identifier les signes se rapportant aux deux étages de lésions (1965 : 37-38).

PVR adopte un modèle qui s'apparente à celui de Mondor dans la mesure où le texte s'inscrit dans le cadre général de la physiologie. Exemple (1963 : 233) :

Physiologie — sémiologie [1re partie]
Physiologie de la digestion [PVR en donne une définition courte et précise : «acte physiologique qui prépare les aliments en vue de leur absorption dans l'intestin grêle et de leur métabolisme».]
I. la cavité buccale
II. l'estomac [etc.]

Dans chaque section, on retrouve les sous-titres «phénomènes mécaniques», puis «phénomènes cliniques» s'il y a lieu.

Il semble bien que la démarche intellectuelle des deux auteurs français soit d'avoir toujours comme point de départ la *physiologie* ; par exemple, si nous reprenons l'exemple du PVR, la physiologie de la digestion traitant des mécanismes de la digestion allant de la bouche à l'anus ; viennent ensuite la *sémiologie* ou signes liés à la pathologie de l'appareil digestif dans l'exemple choisi, la *physiopathologie*, c'est-à-dire l'étude des modifications des grandes fonctions de l'organisme au cours des maladies, la *pathologie* et enfin le *traitement* une fois le diagnostic établi.

Pour ce qui est des ouvrages anglais, l'accès à l'information est *très directe*, sans suivre le raisonnement allant du général au particulier, fondé sur la physiologie, propre aux écrits français. Contrairement au cadre large des auteurs français, le cadre est ici *intentionnellement rétréci*. Le découpage le plus net se retrouve certainement dans l'œuvre de Penfield qui introduit en plus un plan au début de chaque chapitre. Par exemple (chapitre VII rédigé par Penfield dans Penfield et Roberts 1959) :

Mapping the Speech Area
A. Forbidden territory
B. Procedures in opering room
1. Stimulator and stimulatory electrode
2. Routine of cortical mapping
3. Activation and arrest
C. Exploration of Speech Territory
D. Case example

Par ailleurs, Penfield fait un plus grand usage de *dessins* que les autres, ce qui peut être perçu comme l'indice d'un esprit analytique, le dessin analysant beaucoup mieux que ne le fait la photo qui synthétise. Ses écrits sont aussi beaucoup plus *concis*.

Dans le Harrison, les éléments d'information sont juxtaposés ; par exemple, «Biological considerations», «Clinical considerations» si bien que le lecteur trouve facilement l'information selon la rubrique qui l'intéresse. L'information figurant dans le Harrison est «prédigérée» en quelque sorte car elle présente d'emblée une *vision synthétique* de la maladie. Mondor, PVR, Penfield *analysent la maladie avant d'en faire la synthèse*. Le Harrison est un *ouvrage synoptique* adapté à la pratique médicale de plus en plus façonnée sur le modèle américain, ce qui explique sans doute sa très grande diffusion et le fait qu'il a été traduit en sept langues. En outre, le Harrison met l'accent sur des maladies «vedettes» : maladies génétiques, cancer, déficience immunitaire.

On pourrait croire que les textes qui donnent l'accès le plus direct à l'information seraient les plus objectifs de tous ; d'ailleurs la communication «directe» de l'information serait un facteur caractéristique de toute communication technique selon Vigner et Martin (1976 : 17). Or le Harrison qui juxtapose des éléments d'information pour arriver à une synthèse «prédigérée» n'incite pas vraiment le lecteur à réfléchir en tirant ses propres conclusions sur la maladie. En ce sens, le textes du Harrison, ce qui semble paradoxal, seraient *moins objectifs* que ceux de Penfield, Mondor et PVR.

Précision

La précision du vocabulaire est un trait des langues de spécialité (lsp). Rappelons ici qu'une lsp est une langue permettant à des auteurs de même niveau de transmettre un savoir donné de la Connaissance ou les procédés d'application d'une connaissance à des fins pratiques. Le vocabulaire de la médecine est précis et en perpétuel renouveau en fonction des découvertes médicales (par exemple, le terme «empyème» est devenu désuet parce que la thérapeutique par les antibiotiques a supprimé la formation de collections purulentes dans les plèvres ; en outre, les nouvelles techniques de l'imagerie médicale ont donné lieu à la création de toute une série de termes). Une étude antérieure (Nakos 1989 : 352-359) nous a prouvé que la présence de syntagmes terminologiques complexes était encore plus marquée en médecine que dans d'autres lsp, le syntagme de base étant généralement augmenté au fur et à mesure que la médecine progresse. De plus, dans les ouvrages médicaux consultés, on ne retrouve pas de synonymes terminologiques ce qui, dans le cas des lsp, est indice de rigueur. Signalons, toutefois, la présence de termes latins, par exemple «fetor hepaticus» (odeur aromatique de l'haleine) (PVR 1963 : 484) et de termes anglais répandus que le français juge parfois utile d'ajouter, par exemple «flapping tremor» (PVR 1963 : 484).

Par ailleurs, l'utilisation d'un *vocabulaire imagé* concourt à rendre le texte précis, surtout pour *décrire* les signes en français, par exemple «groseilles écrasées», «teinte chocolat», «ventre de bois» pour la contracture abdominale. Nous ne tenons pas compte ici des images perdues, empruntées, comme «cirrhose» qui signifie «roux» en grec, le foie malade étant roux d'après l'observation que Laënnec en avait faite. Le vocabulaire concret du Harrison est particulièrement fertile : «apple-core lesion» (1991 II : 1221) «nutcracker oesophagus» (1981 II : 1225), «corkscrew oesophagus» (1991 II : 1225), «succussion splash» (1991 II : 1234), «leathery friction», «leather bottle appearance» (1991 II : 1249), «coffee grounds appearance» (1991 II : 261-262), «stools are tarry (sticky)» [...] «clay-colored» (1991 II : 268),

«cross-beta pattern, pleated sheet» (1991 II : 1418), «cobblestone arrangement of liver cells» (1991 II : 1337). Les métaphores utilisées s'appliquent à la clinique ou à la radiologie, mais non aux techniques de laboratoire. On voit que la précision peut être atteinte par l'emploi de métaphores ancrées dans l'usage médical, ce qui n'est pas évident pour l'ensemble des lsp.

Mondor, littéraire en plus d'être chirurgien, utilise aussi les images à des *fins stylistiques* pour rendre son récit vivant. On est loin de l'impersonnalité généralement souhaitée dans les lsp. Les collaborateurs de Mondor comme Henri Bénard employaient également des effets stylistiques de ce genre. Par exemple (1952 : 224) :

> On compare volontiers le foie à une vaste raffinerie des matières premières, doublé d'un entrepôt de produits nutritifs et d'un filtre à mailles étroites, branchée en dérivation sur le tube digestif.

Justification

Toute lsp comporte une justification des données sous forme de références, citations, chiffres, statistiques entre autres. Selon Kocourek (1982 : 19), la référence et la citation sont la base du «dialogue scientifique simulé» entre auteur et lecteur. Dans les textes médicaux retenus, la justification se situe à des niveaux différents. Les auteurs citent tous leurs sources quand il s'agit de *références immédiates*. Le Harrison s'en tient d'ailleurs uniquement à ce type de références. On y trouve une vision ponctuelle des faits. C'est également l'ouvrage qui présente le plus de données statistiques. Par exemple (1991 II : 1249) :

> It is estimated that the diagnosis was made in 10,100 Americans in 1989, leading to 9400 deaths [...]. [...] the disease [appears] [...] most frequently after 50 [...]. [...] 80 to 90 percent of [...] cases are believed attribuable to excess consumption of alcohol [...]. Approximately 15 percent of esophageal cancer occurs in the upper third of the esophagus [...], 50 percent in the middle third [...]. Less than 5 percent of patients are alive 5 years after the initial diagnosis [...]. Resection [...] is feasible in only 40 percent of cases [...]. Less than 20 percent of patients who survive [...] resection can be expected to be alive after 5 years. The therapeutic outcome following the administration of primary radiation [...] (55 to 60 Gy (5500 to 6000 Rad)) is not dissimilar to that of radical surgery.

De fait, le Harrison, comparativement aux autres ouvrages, accorde une importance démesurée aux statistiques et aux chiffres, soit pour déterminer un groupe cible de patients, comme dans l'extrait cité, soit pour déterminer le dosage de médicaments ; par exemple (1991 II : 477) : «prednisone (40 to 60 mg daily) is recommended».

Le recours systématique à des statistiques pourrait être considéré comme un élément déterminant de l'objectivité. Encore faudrait-il savoir comment elles sont établies et si l'interprétation qu'en fait l'auteur est nécessairement exacte.

Par ailleurs, Mondor, PVR et Penfield, grands «patrons» de la médecine, ne se sentent pas toujours obligés de citer leurs sources, du moins dans le cas de travaux antérieurs, éloignés dans le temps. Mondor, qui a de vastes connaissances de la médecine, passe rapidement sur les travaux connus de l'ensemble des médecins pour mettre en lumière les étapes marquantes d'une découverte. En cela, il se départit de la manière de faire des Américains qui placent sur le même plan toutes les données, toujours rapprochées dans le temps. Mondor remonte le fil des ans pour montrer de façon claire et vivante les faits saillants d'une découverte. Par exemple (1965 : 19) :

> [...] la première étude de quelque importance que j'ai trouvée est celle d'Ebstein qui, en Allemagne, en 1885 [etc.]

Il est volontairement vague quand il juge que la date ou les statistiques sont sans importance. Voici un exemple typique (1965 : 19) :

> Si les statistiques [il ne les donne pas] [...] sont devenues [...] à peu près inverses de celles, macabres, d'il y a trente à quarante ans [approximatif], il faut considérer avec Lecène, qui le disait à la Société de Chirurgie de Paris il y a peu de temps [on ne sait pas trop quand] [...] que tous les progrès [...] reposent [...] sur la contracture vraie de la paroi abdominale.

PVR et Penfield présentent, tout comme Mondor, des éléments historiques en établissant une hiérarchie entre les faits connus. Mondor, PVR et Penfield paraîtraient moins objectifs selon les normes des lsp, mais, de fait, *ils se fondent sur leur expérience plutôt que sur des données chiffrées ou une bibliographie exhaustive* qui ont surtout pour rôle de rassurer le lecteur (et l'auteur) quant au sérieux des travaux.

Neutralité

Les textes médicaux s'évaluent également en fonction 1° de la présence ou de l'effacement de l'auteur médecin et 2° de la perception du patient par le médecin.

Chez Mondor, le médecin occupe une place prépondérante. Le «je» sujet est omniprésent dans l'*interprétation des faits cliniques* toujours étoffée ; mais la *description des signes observés*, comme nous l'avons déjà constaté, demeure objective. Exemple (1965 : 78) :

> Une douleur atroce et vive diffusée avec traînée à gauche [...]. Peu de vomissements [...], une diarrhée fétide, choléiforme. Une température peu élevée : 38° [...] Mais un pouls à 140, faible,

> fuyant. Le faciès est plombé, tiré, gris, hébété, anxieux [...]

Il relate, en outre, bon nombre d'anecdotes personnelles prenant l'allure de romans policiers. Exemples (1969 : 79 et 83) :

> Un médecin me téléphone, une nuit [...]. C'est, dit-il, une appendicite. La croyez-vous urgente ? Pour gagner du temps, je fais transporter la [...] malade pendant la nuit [...] Je l'examine : 38°4, pouls à 120, contracture généralisée [...] Je l'opère enfin [...]
>
> J'ai vu la mort survenir [...] je vois l'enfant à 16 heures, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début. [...] j'opère à 18 heures.

Mondor prend aussi un ton dramatique quand il renforce les substantifs par des qualificatifs d'intensité : «terrible surprise !», «douleur atroce», «opposition malheureuse», «remarque amère». Il est également emphatique : «la Péritonite aiguë», avec un grand «P». Il pontifie et surtout, comme on l'a déjà mentionné au sujet des procédés de mise en relief, il insiste et revient régulièrement au signe principal, un peu à la manière d'un thème repris dans une symphonie. Son œuvre contient des envolées lyriques, et pourtant elle demeure pragmatique. Elle est complète : *la forme chez lui renforce le fond.*

Mondor présente aussi les erreurs d'interprétation de ses collègues qu'il appelle «fausses interprétations». Comme on peut le constater, on s'écarte considérablement du modèle soi-disant impersonnel des lsp. Kocourek est l'un des rares linguistes à avoir nuancé son propos au sujet de l'impersonnalité (1982 : 19) : «Contrairement à ce que l'on croit, il n'est pas impossible de montrer que l'*émotivité* (affectivité) participe à la communication de spécialité». Néanmoins, il ajoute que «la langue technique et scientifique vise l'impersonnalité».

L'écriture de PVR et de Penfield est dense et pondérée : les formules du genre «d'une part — d'autre part», «premièrement — deuxièmement» abondent. Contrairement à ce qu'avance Phal (1968 : 11 et sqq.), le passif typique des lsp est assez rare chez PVR qui privilégie les tournures actives : «les diverticules réalisent» (1963 : 431) ; «l'estomac retient les aliments [...], les malaxe [...], les dilue [...]» (1963 : 235). Le texte, élégant, évite également les charnières comme «en outre», «par ailleurs», «enfin», particulières à la démarche logique du français qui établit ainsi un lien entre les parties du discours.

En ce qui a trait au patient, comme on peut s'y attendre, Mondor le personnalise, il manifeste souvent de l'affection à son égard et sa joie quand il arrive à le guérir («le petit malade», «un petit garçon de huit ans», etc.). C'est le seul à montrer de l'émotion. Penfield particularise ses patients et les fait parler (1958 : 30, 29).

> The patient M.M. [...] was a good witness, self-critical, understanding and tolerant; she said, "No". Then she said "Yes", I suddenly cannot hear.

PVR, quant à lui, généralise : «chez la femme» «chez le nouveau-né» etc., ce qui est maintenant la norme des articles français. Le patient est perçu selon l'âge et le sexe. Il est de plus en plus anonyme. Le Harrison trace un portrait type, par exemple «American male, black, under 50, smokes, [etc.]». Le malade devient entité neutre.

Prudence

D'une façon générale, le ton est affirmatif quand le traitement est connu et utilisé par la plupart des médecins, ce qui semble aller de soi, et nuancé quand il n'existe qu'un traitement palliatif. Ainsi «should be (used, etc.)» accompagne le plus souvent les indications thérapeutiques alors que dans les autres cas, la prudence s'impose et se reflète dans le choix des verbes : «may be (viewed, initiated, recognized)», «may occur», «can be (expected, believed)», «suggesting», «it is possible», «appear to be». En outre, les adjectifs d'intensité approximatifs comme «substantial», «marked», «considerable», «moderate» ajoutent de la prudence au texte.

Le ton est aussi affirmatif quand il s'agit d'une intervention pratiquée sur un cadavre : le cadavre est fixé par formol et la dissection n'entraîne aucune complication qui aurait des effets juridiques. Par contre, dans le cas d'un être vivant, le ton devient beaucoup plus nuancé. En effet, l'intervention chirurgicale est difficile sur un tissu vivant et non fixé ; en outre, les médecins pourraient se tromper et subir des sanctions pénales. Cela dit, le Harrison demeure le plus prudent des ouvrages consultés. Selon nous, la prudence marquerait l'objectivité dans la mesure où elle expose une lacune dans le résultat de l'observation. Elle est indice d'honnêteté et partant, de vérité.

CONCLUSION

Les fondements de l'objectivité de toute lsp demeurent, selon nous, la référentialité et l'absence de déformation dans les faits rapportés par un auteur qui s'adresse à un lecteur de même niveau, ce qui se retrouve dans les textes médicaux retenus.

Cohérence, précision, justification, neutralité, prudence, telles que nous les avons déterminées, sont les éléments spécifiques de l'objectivité médicale, représentés de façons différentes dans les textes choisis. Le discours marqué, personnel, connoté, relevé particulièrement chez Mondor, sert à convaincre davantage le lecteur en retenant son attention. Le style riche, varié de Mondor et travaillé de PVR et Penfield ne sont pas indice de pauvreté intellectuelle ! Mondor et Penfield ont marqué leur époque ; leurs écrits continuent à circuler car ils ont produit de véritables «Bibles» médicales. La forme complète le fond pour produire un document limpide, structuré dans lequel les points

essentiels sont nettement dégagés. Le fil conducteur y est toujours présent.

Malheureusement, la liberté de l'expression médicale est sérieusement atteinte : des auteurs français comme Hamburger (1982 : 180) indiquent même aux médecins un modèle unique à suivre pour écrire des articles, en six étapes (1. Titre et liste des auteurs, 2. Introduction, 3. Matériel et méthodes, 4. Résultats, 5. Discussion, 6. Résumé) en précisant que les *mots-clés* doivent toujours figurer dans le titre afin de faciliter le classement documentaire et, sans doute maintenant, l'insertion dans les banques de données bibliographiques. Le modèle américain du Harrison s'étend et gruge les écrits médicaux. Le livre est au service de la profession. La simple juxtaposition des faits observés, sans réflexion, et le morcèlement de l'information qui s'ensuit, semble la norme. Elle a l'avantage, selon les experts, de faciliter l'automatisation des données.

Le médecin humaniste devient un technicien. L'efficacité, fondée sur la production et la diffusion, est désormais la règle d'or. Au nom de cette efficacité, on produit des textes français calqués sur l'américain sur le plan de la pensée et de la structure. D'ailleurs, on a de plus en plus tendance à emprunter l'anglais comme langue de communication dans les écrits médicaux français : depuis 1989, les trois revues spécialisées des *Annales de l'Institut Pasteur* (immunologie, virologie et microbiologie) sont devenues anglaises. Seuls les articles rédigés en anglais y sont acceptés. Il y a de quoi réfléchir ! Le français médical est en train de vendre son âme à l'américain.

Notes

1. Henri Mondor était à la fois chirurgien de l'abdomen et littéraire (a écrit sur Mallarmé, Valéry, Alain). Il est décédé en 1962. *Diagnostics urgents — abdomen*, toujours vendu, a été réédité pour la neuvième fois. Mondor était membre de l'Académie de médecine, de l'Académie française et de l'Académie des sciences.
2. Louis Pasteur Vallery-Radot était spécialiste des maladies des reins et des allergies. C'était le petit-fils de Louis Pasteur dont il publia les *Œuvres complètes* et la *correspondance*. Il a également écrit un livre sur Pasteur (*Pasteur, cet inconnu*). Il est décédé en 1970. *Pathologie générale* est l'œuvre de treize collaborateurs. Cet ouvrage a ensuite été divisé en fascicules. Le fascicule sur la gynécologie et la reproduction et celui sur la néphrologie (ou maladies des reins) et l'urologie, réédités pour la deuxième et la troisième fois respectivement (1975 et 1980) se trouvent sur le marché.
3. Wilder Penfield, neurologiste canadien décédé en 1976, est célèbre pour ses recherches sur le traitement chirurgical de l'épilepsie. Ses travaux demeurent d'actualité.
4. *Harrison's Principles of Internal Medicine* regroupe des chapitres rédigés par 317 collaborateurs soigneusement choisis. Cet ouvrage a été traduit en sept langues depuis 1988.
5. En particulier, les sections traitant des maladies liées à l'appareil digestif.
6. Mondor, Pasteur Vallery-Radot et Penfield figurent tous dans les dictionnaires de noms propres dont le *Le Petit Robert 2*.

RÉFÉRENCES

A. *Ouvrages linguistiques*

DESCAMPS, Jean-Luc et André PHAL (1968) : «La recherche linguistique au service de l'enseignement des langues de spécialité», *Le français dans le monde*, n° 61, décembre, 8e année, pp. 12-19.

DIRCKX, John H. (1976) : *The Language of Medicine. Its Evolution, Structure and Dynamics*, New York, Harper & Row, 171 p.

HAMBURGER, Jean (1982) : *Introduction au langage de la médecine*, Paris, Flammarion, Médecine / Sciences, 202 p.

KOCOUREK, Rostislav (1982) : *La langue française de la technique et de la science*, Paris, La documentation française, 259 p.

KOCOUREK, Rostislav (1991) : *La langue française de la technique et de la science*, Paris, La documentation française, 2e éd., 327 p.

NAKOS, Dorothy (1989) : «Étude comparée des modes de formation de lexies complexes dans deux domaines différents», *Meta*, vol. 34, n° 3, septembre, Actes du colloque des terminologies spécialisées : Approches quantitative et logico-sémantique, pp. 352-359.

PHAL, André (1968) : «De la langue quotidienne à la langue des sciences et des techniques», *Le français dans le monde*, n° 61, décembre, 8e année, pp. 7-12.

SAGER, Yvan et David DUNGWORTH (1980) : *English Special Languages. Principles and Practice in Science and Technology*, Wiesbaden, Oscar Brandstetter, 368 p.

VIGNER, Gérard et Alix MARTIN (1976) : *Le français technique*, Paris, Librairies Hachette et Larousse, coll. «Le français dans le monde», 111 p.

B. *Ouvrages médicaux*

Annales de l'Institut Pasteur / Actualités (1990) : vol. 1, n° 1-2-3-4, Paris, Éditions scientifiques Elsevier, Georges N. Cohen rédacteur en chef.

MONDOR, Henri (1965) : *Diagnostics urgents — abdomen*, Paris, Masson et Cie, 9e éd., 1119 p.

MONDOR, Henri, DEBRÉ, Robert et coll. (1952) : *Somme de médecine contemporaine*, Nice, Les éditions médicales La Diane Française, 444 p.

PASTEUR VALLERY-RADOT, Louis, HAMBURGER, Jean, LHERMITE, François, CONTE, Michel, RYCKEWAERT, Antoine et coll. (1963) : *Pathologie générale*, Paris, Édition médicale Flammarion, 5e éd. 1054 p. (vol. «reins, appareil digestif, maladies allergiques, os et articulations, muscles-avitaminose, maladies générales diverses»).

PENFIELD, Wilder (1958) : *The Excitable Cortex in Conscious Man*, Liverpool, University Press, coll. «The Sherrington Lectures», vol. 5, 42 p.

PENFIELD, Wilder et Lamor ROBERTS (1959) : *Speech and Brain Mechanisms*, New Jersey, Princeton University Press, 286 p.

SOURNIA, Jean-Charles (1991) : *Histoire de la médecine et des médecins*, Paris, Larousse, 585 p.

WILSON, Gene D. et Editors (1991) : *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Montréal, McGraw-Hill, 12e éd., 2 vol.

DOROTHY NAKOS
Université Laval, Québec, Canada