

## De la « transsubstantiation » discursive dans la traduction des textes médicaux

### On the Discursive “Transsubstantiation” in Medical Translation

Barbara Walkiewicz

Université A. Mickiewicz de Poznań

barwal@amu.edu.pl

#### Abstract

Every specialist text carries traces of the institutionalized context in which it is created. The context is based on the socially sanctioned communicative relationship, on the strength of which discourse partners enter into a so-called communicative contract. A text is then a verbal realization of contractual obligations, strictly standardized at the level of genre. Hence, information about the status of the discourse partners and the nature of their contractual (communicative) obligations is essential for accurate interpretation of a text. This, in turn, places double responsibility on the translator, who is obliged not only to transfer the discourse object into the target language, but also to “present” the sender of the original to the recipient of the translate in such a way as to render their status and discourse characteristics. Failing that, the translator will not succeed in reconstructing the original discourse contract, and hence attaining functional coherence of the translation. The aim of this article is to examine whether, and to what extent, translators have managed to present communicating subjects of Polish hospital discharge summary to the French recipient.

**Keywords:** translation, discourse, medical texts, proper name

« Parler de la communication humaine, c’est d’abord parler du problème de l’*identité* du sujet parlant, en tant qu’être communiquant, et donc de son *droit* à communiquer ».

P. Charaudeau, 1993

## 1. INTRODUCTION

Dans son livre intitulé *The conference of the tongues* (2007), Theo Hermans expose son idée de comparer la traduction à l'Eucharistie. Selon le chercheur, il y a un parallélisme entre la relation « la sainte Cène → l'Eucharistie » et « l'oeuvre originale → la traduction ». L'Eucharistie est un rituel sacré, répété toujours immuablement quant à l'idée, mais chaque fois individuellement quant à la modalité de réalisation (Hermans, 2007/2015, p. 114). En tant qu'acte de communication pérennisé en souvenir de l'évènement biblique qui avait lieu dans le Jardin des Oliviers, il est considéré par les membres de la communauté des catholiques (chrétiens) comme un acte réel à travers lequel le Christ renouvelle l'alliance avec ses fidèles. Pendant cet acte, c'est à travers la PAROLE que s'opère le miracle de la transsubstantiation, grâce auquel les fidèles entrent en contact réel avec le Christ, bien que le miracle originel, instaurateur de l'Eucharistie, ait eu lieu il y a plus de deux mille ans.

Ce parallèle permet de décortiquer l'idée même de la traduction : étant toujours un décalage (du moins temporel et linguistique) par rapport à l'acte primaire, pendant lequel l'émetteur instaure une alliance avec son destinataire, la traduction ne devient consubstantielle à l'original qu'au moment où elle fait renaître l'alliance de l'émetteur primaire avec un destinataire secondaire, tout comme les fidèles assemblés dans une église pendant la messe sont des destinataires secondaires par rapport aux apôtres qui avaient été destinataires primaires, participant à la Cène. Cette renaissance de l'alliance primaire ne saurait avoir lieu sans la transsubstantiation de l'instaurateur de l'alliance, c'est-à-dire l'émetteur primaire.

Le présent article se veut consacré à l'analyse des problèmes de la « transsubstantiation » discursive des émetteurs des textes médicaux dans leurs traductions françaises à la lumière de la théorie du discours formulée par P. Charaudeau.

## 2. DE LA TRANSSUBSTANTIATION AU DISCOURS

Revenons à la métaphore biblique. Il y a plus de deux mille ans, dans le Jardin des Oliviers, lors de la Cène, Jésus adressa aux Apôtres les paroles suivantes : « Prenez, mangez, ceci est mon corps ». En les prononçant, il opéra une action dont les conséquences avaient largement dépassé l'acte d'énonciation-même – il instaura l'alliance avec l'homme, fondatrice de l'Église (Hermans, 2007/2015, p. 114), c'est-à-dire la communauté des chrétiens qui, à travers les siècles, créa tout un système de communication, déposé et pérennisé dans l'ensemble de textes religieux. Cette alliance est renouvelée à chaque Eucharistie grâce à la transsubstantiation lors de laquelle l'hostie se transforme en corps du Christ réel. Les fidèles voient du pain azyme tout en croyant que, une fois avalé, celui-ci devient réellement Christ (Hermans, 2007/2015, p. 114). Cela revient à constater que grâce au miracle

de transsubstantiation, Jésus-Christ en tant qu'émetteur primaire des paroles en question est toujours présent malgré un décalage temporel bimillénaire, tandis que les destinataires secondaires ne cessent de changer. Il en découle certains points communs avec la traduction :

1. La transsubstantiation équivaut à la capacité à produire des post-textes<sup>1</sup> conçus non seulement comme des versions du même (Cène → Eucharistie pendant la messe), mais aussi comme des textes (oraux et écrits) postérieurs à une Eucharistie donnée. Telle une traduction réussie est à l'origine des textes qui la suivent, par exemple la traduction d'un diplôme de fin d'études de Ier cycle peut s'enchaîner avec un diplôme de fin d'études de IIe cycle, car elle permet à son titulaire de solliciter l'admission à un établissement d'enseignement supérieur à l'étranger. De même un compte rendu d'hospitalisation bien traduit peut aboutir à une continuation diagnostique ou curative dans le pays cible. En d'autres termes, la transsubstantiation se traduit par la reproductibilité discursive ainsi que par la capacité à prolonger les conséquences du texte primaire au-delà de son rayon d'action initial.
2. Dans la traduction<sup>2</sup> les destinataires secondaires ne voient pas l'émetteur primaire, tout en croyant que le sujet communicant présent dans le texte traduit est l'émetteur réel du texte primaire. Cette croyance dépend du traducteur : s'il l'exprime en utilisant la langue dont se servent les destinataires secondaires, ils seront enclins à le considérer comme membre de leur communauté de communication. Dans la traduction des textes de spécialité, y compris médicaux, la fiabilité de l'émetteur primaire en tant que sujet communicant de second ordre est directement proportionnelle à la fiabilité communicationnelle de la langue professionnelle avec laquelle il s'adresse au(x) sujet(s) interprétant(s) de second ordre (Kielar, 2003, p. 43 ; Karwacka, 2016, p. 25).
3. Une « transsubstantiation » discursive du sujet communicant dans la traduction, qui se solde par son acceptation par le destinataire secondaire comme membre d'une même communauté de communication, permet de faire renaître l'alliance instaurée entre l'émetteur et le destinataire primaires, c'est-à-dire de reconstruire le cadre tridimensionnel de l'acte de communication dans lequel peut s'épanouir le sens codé dans le texte secondaire.

Car la traduction est un texte indépendant qui fonctionne dans un polysystème cible à côté des textes qui ne sont pas des traductions (Lewicki, 2000, p. 11) et qui porte en lui l'original. Celui-ci se traduit par la teneur discursive primaire qui s'épanouit comme les feuilles de thé en infusion, une fois « trempées » dans l'interprétation. L'efficacité de celle-ci dépend de la qualité de la traduction et de la possibilité qu'elle offre de reconstruire le discours de départ dans une autre culture.

<sup>1</sup> J'emprunte ce terme à Kirsten Adamzik (2009).

<sup>2</sup> Il en est autrement dans le cas de l'interprétation où le discours de second ordre se produit (presque) en même temps que le discours de premier ordre.

### 3. DE LA « TRANSSUBSTANTIATION » DANS LA TRADUCTION EN TANT QUE DISCOURS

La traduction en tant que « processus de textualisation » embrasse le discours source sur le système de discours cible (Labocha, 2008, p. 79) qui devient le discours de second ordre (*higher-order act of communication* ; Gutt, 2004, p. 14), discours porte-parole de l'émetteur de l'original. À la lumière de ce constat, le traducteur est censé représenter son intérêt sur un autre marché communicationnel. Si l'on fait appel à la définition du discours présentée par P. Charaudeau (1995), on peut présenter l'embrayage traductionnel dans une tridimension discursive comme suit (fig. 1) :

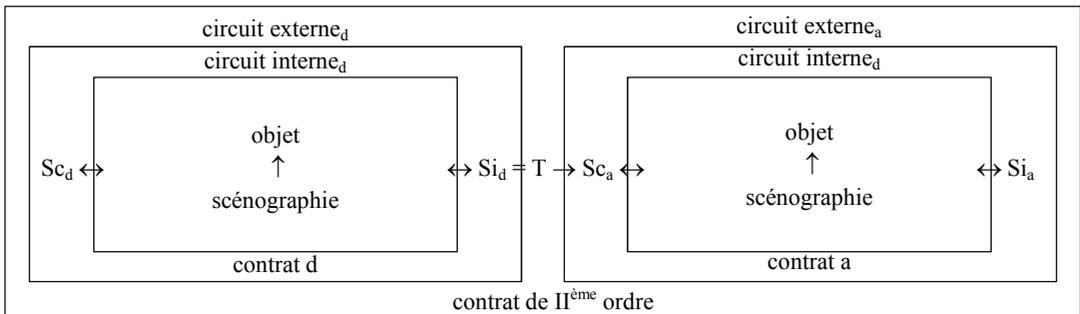


Figure 1. Traduction en tant que discours de second ordre (Walkiewicz, 2012, p. 74)

$Sc_d$  – sujet communicant de premier ordre (de départ),  $Sc_a$  – sujet communicant de second ordre (d'arrivée),  $Si_d$  – sujet interprétant de premier ordre,  $Si_a$  – sujet interprétant de second ordre.

Compte tenu de ce qui précède, le traducteur est un sujet discursif intermédiaire autorisé à élargir la portée du contrat conclu entre les partenaires du discours de premier ordre sur un sujet interprétant de second ordre, par la traduction du circuit interne de premier ordre dans la langue dont se sert le sujet interprétant de second ordre (Walkiewicz, 2012, p. 74).

Ce qui est directement soumis à la traduction, c'est le circuit interne de premier ordre qu'on a (trop) souvent tendance à associer à l'objet de discours. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'au niveau du circuit interne sont chiffrées des informations relatives à un circuit externe bien précis, enraciné dans la culture source, dont le décodage conditionne l'efficacité de communication. C'est pourquoi chaque traduction en tant que discours de second ordre est investie d'une fonction supplémentaire par rapport à son homologue original qui est de le représenter non seulement au niveau du dire (circuit interne), mais aussi au niveau du faire (circuit externe), c'est-à-dire de « l'agir communicationnel » (Filliettaz, 2004, p. 1) (fig. 2).

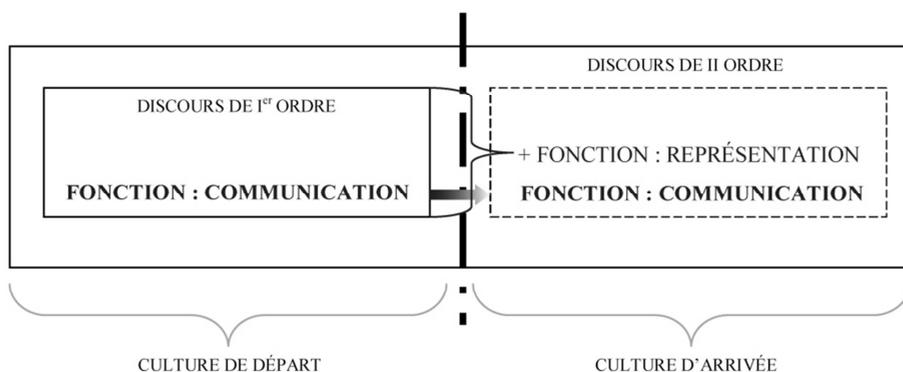


Figure 2. Fonctions des discours de 1er et 2nd ordre

Cette « suspension » entre le sujet communicant de premier ordre et le sujet interprétant de second ordre rend le choix des stratégies et techniques de traduction moins évident. D'un côté le traducteur a conscience que le circuit interne de second ordre ne rendra dans la culture réceptrice le potentiel illocutoire intenté par le sujet communicant de premier ordre qu'à condition d'atteindre un niveau d'acceptabilité satisfaisant, ce qui équivaut à la nécessité de se soumettre aux standards de communication cible. D'un autre côté c'est au traducteur qu'incombe la responsabilité de garder toute l'identité du sujet communicant de premier ordre qui, en vertu de la traduction, se charge de nouvelles obligations contractuelles envers le sujet interprétant de second ordre, ressortissant d'une autre culture.

Cela revient à dire qu'une bonne traduction devrait permettre à son destinataire de se retrouver dans le rôle discursif doublement codé : par la représentation de l'original et par l'assimilation aux normes communicationnelles d'arrivée, et de déchiffrer l'identité et rôle discursif attribué au sujet communicant de premier ordre. Ce n'est qu'à cette condition que la traduction aboutira à la reconstruction des trois espaces déterminant l'efficacité du discours de second ordre : « espace de locution, espace de relation, espace de thématization-problématisation » (Charaudeau, 1995<sup>3</sup>). Et ce n'est qu'alors que le destinataire du texte cible peut assumer son rôle discursif, entrant en relation communicationnelle avec l'émetteur du texte de départ qui, « transfiguré », descend dans le circuit externe cible, devenant sujet communicant de premier ordre tout comme le Christ réapparaît pendant chaque messe malgré la distance spatio-temporelle séparant les fidèles du dernier repas dans le Jardin des Oliviers.

<sup>3</sup> Accessible sur le site <http://www.patrick-charaudeau.com/Une-analyse-semiologique-du.html>. Dernière consultation le 3 mai 2018.

Mais pour que ce miracle de « transsubstantiation » discursive puisse se produire, le destinataire de la traduction doit y croire. Croire au point de prendre l'émetteur de l'original pour membre d'une même communauté. L'y faire croire revient à présenter le sujet communicant de manière terminologiquement fiable et à le faire parler la langue partagée par le sujet interprétant de second ordre.

#### 4. TRADUCTION DES TEXTES MÉDICAUX

Les textes médicaux englobent un large éventail de genres desservant communicationnellement le domaine de la médecine et de la santé. La diversité en reflète la complexité du domaine et des contextes de communication fondés sur différentes relations entre les partenaires de communication (Doroszewski, 2014). Il y a pourtant un dénominateur commun à tous les textes en question indépendamment de leur identité générique : au moins un des partenaires de communication est un professionnel en matière de médecine, de soin et d'assistance, de pharmacie ou de laboratoire d'analyses médicales. Les textes médicaux partagent encore un trait commun, propre à chaque texte de spécialité indépendamment du domaine : l'objet de discours objectif, mesurable et codifié terminologiquement à une échelle internationale (Kielar, 2003, p. 153 ; Lee-Jahnke, 2005 ; Berghammer, 2006 ; Górnicz, 2013 ; Karwacka, 2016 ; Walkiewicz, 2016). Par conséquent, au niveau de l'objet de discours (santé), la communication professionnelle en médecine est soumise à une stricte standardisation conceptuelle et terminologique que partagent les cultures concentrées sur la médecine conventionnelle (facteur unifiant) (Górnicz, 2013). D'un autre côté, les procédures diagnostiques et curatives universalisées se déroulent dans un cadre administratif réglé par la loi d'un pays donné, qui individualise les pratiques de communication professionnelle en médecine, ce qui a un impact non négligeable sur la traduction. En effet, c'est de la restitution correcte du contexte institutionnel de départ sur le canevas discursif cible que dépend l'activation chez le sujet interprétant de second ordre de « pré-construits psycho-sociaux » adéquats et, partant, « la capacité de ceux-ci à déterminer ou non le déroulement effectif et le sens des actions langagières » (Filliettaz, 2004, p. 4) visées dans le discours traduit.

Étant donné que la fonction dominante des textes médicaux – tout comme dans la plupart des cas de textes de spécialité – est informative, le traducteur vise tout naturellement à optimiser la compréhension de la teneur informationnelle par le destinataire du texte d'arrivée, par l'adaptation des moyens d'exprimer l'objet à l'horizon d'attentes de celui-ci conditionné par des « pré-construits psycho-sociaux » discursifs (Filliettaz, 2004 ; voir aussi : Kielar, 2003, p. 43 ; Karwacka, 2016, p. 90). Dans cette situation on risque de se concentrer sur l'objet de discours, sans trop se soucier des moyens d'introduire le sujet communicant de premier ordre de façon à permettre sa « transsubstantiation » discursive, d'autant plus que, malgré l'opinion très répandue, « les noms propres sont, comme toute autre unité linguistique, susceptib-

les de subir des modifications lors de leur passage d'un texte en langue-source à un texte en langue-cible » (Lecuit, Maurel & Vitas, 2011, p. 201). Toutefois il ne faut jamais oublier que la manière de verbaliser l'objet est en relation organique avec celui qui l'énonce et que l'information sur son statut discursif, codée verbalement, est aussi à prendre en considération lors de la traduction. Car ce qui distingue la traduction en tant que discours de second ordre, c'est la fonction représentative qu'il assume par rapport au discours de premier ordre aussi bien au niveau de son circuit interne (texte) qu'à celui du circuit externe (contexte discursif), où le sujet communicant occupe une place prépondérante.

## 5. LE SUJET COMMUNIQUANT

En tant que discours de second ordre, la traduction élargit le contrat de communication, conclu entre les partenaires du discours de premier ordre, en prolongeant ainsi l'action communicationnelle entreprise par le sujet communicant de premier degré sur le sujet interprétant de second ordre. Dans cette perspective, le traducteur est censé introduire le sujet communicant de premier ordre dans la culture réceptrice de façon à permettre à son nouveau partenaire contractuel de connaître son identité professionnelle déterminatrice du rôle discursif qu'il peut assumer. Cette présentation est importante surtout dans le cas d'éventuelles différences au niveau des systèmes de santé relatifs aux cultures mises en contact par la traduction.

Le sujet communicant dans les textes médicaux relevant du système de santé est présenté d'habitude nominalement, par le nom propre institutionnel ou personnel (valeur culturellement spécifique – culture nationale), et verbalement, par le biais de la langue professionnelle dont il se sert envers son partenaire discursif – spécialiste ou non spécialiste ou les deux à la fois (valeur fonctionnellement restituable – culture professionnelle).

Dans le cas des comptes-rendus d'hospitalisation, y compris d'hospitalisation ambulatoire, soumis à l'analyse dans les lignes qui suivent, le sujet communicant se manifeste doublement : en tant qu'établissement public de santé autorisé à fournir des prestations médicales dans le cadre d'une spécialité médicale donnée, et en tant que personne réelle – médecin de spécialité correspondant au profil de l'établissement ou de son unité d'organisation, assumant une fonction hospitalière.

Quant au sujet institutionnel – établissement de santé, le nom propre en comporte d'habitude plusieurs éléments dont chacun porte une information précise sur les aspects particuliers (voir : Łomzik, 2016, p. 87) :

- statut médical : centre hospitalier universitaire ou hôpital ordinaire ;
- statut juridique : public ou privé (dont à but lucratif ou à but non lucratif)<sup>4</sup> ;

---

<sup>4</sup> Accessible sur le site [http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous\\_module4/005\\_sys\\_hosp\\_francais.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf). Dernière consultation le 3 mai 2018.

- profil d’activité : général ou spécialisé (oncologique, orthopédique etc.) ;
- profil de patients : gériatrique, pédiatrique, militaire / des armées ;
- localisation et portée : local (*miejski* – ‘municipal’), régional ;
- portée fonctionnelle : hôpital d’instruction des armées (HIA)<sup>5</sup> ;
- patron.

Dans le cadre de la communication en milieu professionnel, le nom propre de l’établissement de santé assume deux fonctions tout aussi importantes : référentielle, permettant d’identifier le sujet communicant réel parmi d’autres fonctionnellement comparables, et informative (sémantique), qui le caractérise sous tous les aspects justifiant son rôle discursif de sujet communicant (voir : Łomzik, 2017, p. 87). Le nom propre de l’établissement de santé est d’habitude complété par le nom de l’unité d’organisation qui, constituant le pôle d’activité hospitalière concentré sur un groupe de pathologies bien délimité, précise le domaine des prestations médicales.

À part le sujet institutionnel, dans les textes analysés il y a aussi des sujets individuels – médecins pratiquant en milieu hospitalier et y assumant différentes fonctions. À côté de leurs noms et prénoms figurent aussi leur spécialité médicale, leur numéro d’autorisation d’exercer la médecine, ainsi que la fonction exercée dans l’établissement de santé dont le nom propre occupe l’en-tête.

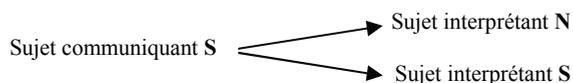
## 6. TRADUCTION DES NOMS DU SUJET COMMUNIQUANT

Dans la partie qui suit seront analysés les exemples puisés dans les traductions françaises des documents polonais : *karta informacyjna leczenia szpitalnego* (‘compte-rendu d’hospitalisation’ – CRH) et *karta informacyjna leczenia ambulatoryjnego* (‘compte-rendu d’hospitalisation ambulatoire’), effectuées par des traducteurs professionnels à destination de professionnels de santé pratiquant en France<sup>6</sup>. Les textes de départ réalisent une structure rédactionnelle canonique, ne s’écartant pas du canon générique, qui repose sur un nombre de composants relativement stable : en-tête avec les informations sur l’établissement de santé, informations sur le patient, diagnostic, examens laboratoires et / ou radiologiques, épiscrise, médicaments administrés, recommandations, noms, spécialités et fonctions des praticiens hospitaliers qui signent le document (voir : Górnicz, 2011, p. 63). La transparence de la structure du circuit interne reflète directement la clarté de la relation discursive qu’il matérialise verbalement : le sujet communicant – professionnel de santé – rend compte des procédures diagnostiques et curatives réalisées pendant l’hospita-

<sup>5</sup> Accessible sur le site <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-publics-de-sante>. Dernière consultation le 3 mai 2018.

<sup>6</sup> Le corpus soumis à l’analyse est constitué de dix traductions de quatre documents différents demandées dans quatre bureaux de traduction. Les traducteurs avaient été informés que les textes d’arrivée seraient consultés par des médecins exerçant en France (voir : Walkiewicz 2018).

lisation d'un patient. Le sujet interprétant est double : d'un côté c'est le patient même à qui le droit garantit l'accès à toutes les informations sur sa santé, mais d'un autre côté le document en question est aussi adressé à un autre professionnel de santé, le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) qui s'occupe du patient en dehors de la période d'hospitalisation<sup>7</sup>. Nous avons donc affaire à une relation discursive tripartite : un sujet communicant et deux sujets interprétants aux statuts discursifs différents (spécialiste – S et non spécialiste – N, voir : Walkiewicz, 2016, p. 128) :



Le sujet communicant s'articule doublement : en tant que sujet individuel, dont les nom, prénom et signature figurent à la fin du document, et en tant que sujet institutionnel, les deux émanant d'un même système de santé qui les conditionne mutuellement. Le sujet communicant individuel est un praticien hospitalier qui se charge de la rédaction du CRH, présenté sous l'angle de sa spécialité médicale et la fonction assumée au sein de l'établissement de santé où il travaille. Celui-ci correspond au sujet institutionnel dont le nom propre figure dans l'en-tête du document. Le sujet institutionnel de premier ordre n'est pas seulement un cadre physique du contexte situationnel, mais surtout l'institution autorisée à fournir des prestations médicales. Dans cette perspective il reflète le cadre administratif réglant la communication médicale dans la culture source, tout en étant un milieu de pratiques professionnelles organisé systématiquement, déterminé sous plusieurs aspects : fonctionnel, topographique, juridique etc. La traduction en tant que discours de second ordre charge le traducteur de la responsabilité de présenter le sujet communicant de premier ordre de façon indispensable pour permettre à son nouveau partenaire discursif – sujet interprétant de second ordre, de comprendre la nature de la relation discursive et les obligations contractuelles qu'elle impose aux deux parties contractantes.

### 6.1. Sujet institutionnel

Les noms propres des institutions épousent d'habitude une forme polylexicale (Humbley, 2006, p. 673), ce qui reflète leur caractéristique pluriaspectuelle. Les noms propres des établissements de santé n'y font pas exception – leur complexité lexicale est directement proportionnelle au nombre d'informations qui en con-

<sup>7</sup> Dans le texte français fonctionnellement analogue – *compte-rendu d'hospitalisation* – les destinataires spécialistes (médecins) figurent au début du texte.

struisent l'identité. En font partie les données précisant la localisation et la portée fonctionnelle, le profil d'activité (spécialisation), le statut juridique ainsi que le type d'établissement (équivalant à la place dans le système hospitalier en Pologne (voir aussi Łomzik, 2017, p. 87). Malgré l'importance des informations véhiculées dans les noms propres des institutions, y compris celles relatives au système de santé, il n'y a pas de source de traductions officiellement acceptées par les institutions concernées. Par conséquent, la pratique traductionnelle non standardisée foisonne en propositions très variées (Humbley, 2006, p. 674), souvent à la limite de l'acceptabilité, parfois même la dépassant, ce que nous allons observer plus loin. Étant donné le nombre toujours croissant de traductions de textes médicaux, il serait extrêmement utile de pouvoir fournir aux traducteurs des solutions tenant compte de l'asymétrie culturelle et « des réalités socio-linguistiques non partagées » (Fuentes, 2016, pp. 80-81) en vue « de contrecarrer la tendance naturelle de la profusion de différentes traductions émanant souvent de l'organisme donné » (Humbley, 2006, p. 674).

Tableau 1. Traductions des noms propres du sujet communicant institutionnel : A – localisation, B – spécialisation, C – statut systémique

PL	FR	Équivalence du statut contractuel		
		A	B	C
<i>Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie</i>	1. Centre d'Oncologie de Wielkopolska Maria Skłodowska-Curie (Wielkopolskie Centrum Onkologii)	-	+	+/-
	2. Ø	-	+/-	-
	3. Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie	-	+/-	+/-
<i>Szpital Wojewódzki w Poznaniu</i>	1. Szpital Wojewódzki w Poznaniu (Hôpital régional de Poznań)	+/-	+	+
	2. Hôpital de la Voïvodie de Posnanie	-	+	-
	3. Szpital Wojewódzki w Poznaniu (Hôpital de voïvodie de Poznań)	+	+	+
	4. Ø	-	-	-
<i>Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu</i>	1. Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Centre hospitalier universitaire orthopédique et de réhabilitation Wiktor Dega de l'Université médicale Karol Marcinkowski de Poznań)	+	+	+
	2. Ø	-	+/-	-
	3. Hôpital Clinique d'Orthopédie et de Rééducation „Wiktor Dega” auprès de l'Université de Médecine „Karol Marcinkowski” de Posnanie	+	+	-

C'est le cas des traductions des noms propres de trois établissements de santé figurant dans les textes de départ dans l'en-tête, en position classique de sujet communicant de premier ordre (tab. 1).

Au premier coup d'œil on peut voir tout un éventail de stratégies adoptées : du transfert direct du nom propre en version originale jusqu'à la traduction plus ou moins littérale, en passant par la traduction « cibliste » (conforme aux normes terminologiques en langue cible), doublée de la version originale. Cette variété indique la coexistence de plusieurs approches concernant la traduction des noms propres, ce que mentionnent Lecuit, Maurel et Vitas (2011, pp. 201-202) :

La plupart des grammaires présentent même la non-traductibilité des noms propres comme l'une des règles définitives de la catégorie des noms propres, au même titre que d'autres règles [...] d'ordre syntaxique, typographique ou autres. Les logiciens et linguistes ne sont non plus innocents à la propagation de cette idée reçue. [...] Récemment certaines études ont cependant ouvert de nouvelles perspectives concernant la traduction du nom propre. D'absolument intraduisible, le nom propre est d'abord devenu traduisible pour certaines exceptions [...], avant de devenir une unité de traduction à part entière [...].

La propagation de différentes traductions d'une même institution peut se solder par un problème de confusion que remarque, à juste titre, Humbley : « un étranger pourrait en conclure qu'il s'agit de deux établissements différents » (Humbley, 2006, p. 673).

La non-traduction des noms propres est certainement nécessaire pour assumer la fonction de représentation : en présentant un délégué étranger à son partenaire, on est censé prononcer son nom original, tout en expliquant sa fonction dans la langue du partenaire. Ainsi satisfait-on à la fonction de communication qui exige cependant de bien assortir la terminologie pour informer du nouveau en se servant du déjà connu. Il est donc fonctionnellement justifié de transférer la version originale accompagnée d'une version en langue cible, surtout dans le cas de documents qui, grâce à la traduction, peuvent produire des post-textes (la version originale du nom propre permet alors de retrouver le sujet communicant dans la culture source). La version originale du nom propre à elle seule ne rend pas le statut discursif du sujet communicant qui le porte, tout comme la traduction non accompagnée de la version originale.

Quant aux propositions de traduction des noms propres en français, elles témoignent des difficultés affrontées par leurs auteurs, liées à l'asymétrie des systèmes de santé en Pologne et en France, mais aussi au stéréotype de non-traductibilité mentionné ci-dessus (cela concerne en particulier les toponymes). Le premier nom propre (tab. 1) véhicule des informations sur les aspects suivants : localisation (Wielkopolska), position dans le système hospitalier en Pologne (centre), spécialisation (oncologie) et patron (Marie Skłodowska-Curie). À part le contenu sémantique propre à chaque composant du nom, il véhicule aussi une valeur sémantique ajoutée, résultant de la

co-occurrence de tous les lexèmes qui le forment : le ‘centre d’oncologie de Grande-Pologne’ signifie que c’est le plus grand établissement de santé spécialisé en oncologie dans la région, ce qui est synonyme des plus hauts standards diagnostics et thérapeutiques. Pour le sujet interprétant de second ordre c’est une information non négligeable, car elle a le mérite d’accréditer le diagnostic et les résultats des examens qui y sont pratiqués. Cependant, la valeur en question et, partant, le rang de l’établissement ont été profondément affaiblis par la non-traduction du toponyme « Wielkopolska » qui est pourtant lexicalisé et fonctionne dans les dictionnaires français depuis longtemps, tout comme l’anthroponyme ‘Marie Skłodowska-Curie’, dont l’assimilation dans la culture française a atteint le degré d’élimination du nom de famille polonais (Marie Curie<sup>8</sup>, voir : Walkiewicz 2018).

S’agissant du deuxième exemple – les auteurs des traductions 1 et 3 ont réussi à présenter adroitement le sujet communicant institutionnel en respectant toutes les informations chiffrées verbalement dans son nom propre : localisation et portée fonctionnelle, sans oublier la valeur ajoutée lisible pour les deux sujets interprétants de premier et de second ordre : hôpital à vocation régionale fournissant des prestations à un haut niveau de spécialisation. La transparence de cette valeur résulte d’une convergence ponctuelle des systèmes hospitaliers polonais et français. Les traducteurs ont ainsi accompli les deux fonctions du discours de second ordre : représentative (nom propre en version originale) et communicationnelle (nom propre traduit). Il est impossible de ne pas remarquer que la proposition 1 est plus naturalisatrice dans la mesure où elle associe le statut de l’hôpital d’origine à celui du centre hospitalier régional (CHR) en France qui a une portée fonctionnelle comparable. Le seul risque qu’encourt le sujet interprétant, c’est l’impression qu’il peut avoir du profil universitaire du sujet communicant institutionnel de premier ordre, car la plupart des CHR en France, jouissent du statut de CHU (centre hospitalier universitaire).

Le dernier exemple est le plus développé au niveau lexical et syntaxique, ce qui reflète la complexité structurelle de l’établissement de santé concerné : deux spécialisations (orthopédie et réhabilitation), affiliation universitaire, deux patrons et localisation. L’auteur de la traduction 1 a réussi à pleinement restituer le statut discursif du sujet institutionnel, tout en utilisant des structures sémantiquement et référentiellement équivalentes. Il serait toutefois préférable d’opter plutôt pour la structure ‘université de médecine’ plutôt que pour la structure adjectivale (université médicale) qui est plus fréquente dans le discours médical en France. En ce qui concerne les propositions consistant à citer le nom propre original explicitement ou implicitement ( $\emptyset$ ), elles ne respectent pas la fonction de communication, tout

---

<sup>8</sup> Accessible sur le site [https://fr.wikipedia.org/wiki/Marie\\_Curie](https://fr.wikipedia.org/wiki/Marie_Curie) ; <http://www.linternaute.com/biographie/marie-curie/> ; <https://www.futura-sciences.com/sciences/personnalites/chimie-marie-curie-222/> ; <http://www.lyc-curie-versailles.ac-versailles.fr/>. Dernière consultation le 7 mai 2018.

comme les traductions privées de versions originales n'assument pas la fonction de représentation. Par conséquent, le sujet communicant de premier ordre reste inconnu, donc peu fiable, ou connu mais sans identité confirmée. Les conséquences pour le sujet interprétant de second ordre restent les mêmes : qui conclut un contrat avec quelqu'un dont on ne sait rien ?

## 6.2. Sujet individuel

Le sujet communicant individuel se manifeste dans le discours de premier ordre sous plusieurs aspects : nominalement (nom, prénom, signature) et professionnellement. Sur le plan professionnel il se caractérise par la spécialité médicale pratiquée ainsi que par la fonction assumée au sein du sujet institutionnel. En raison du cadre limité du présent article, nous allons nous pencher sur la traduction des fonctions que le sujet individuel assume en milieu hospitalier dans le cadre de la relation discursive sous-tendant les documents en question.

Contrairement aux noms de spécialités médicales<sup>9</sup> qui font partie du dénominateur commun en matière conceptuelle et terminologique, partagé par tous les systèmes de santé fondés sur la médecine conventionnelle dite occidentale (Górnicz, 2013, pp. 70-71), les noms de fonctions assumées par les sujets médicaux individuels relèvent de la spécificité culturelle, administrative et organisationnelle du système de santé en Pologne (voir : Fuentes, 2016, p. 81). Cette disparité administrative justifie les dilemmes rencontrés dans la traduction des fonctions médicales hospitalières. La fonction de *lekarz wypisujący* surtout s'est avérée épineuse en raison de l'asymétrie des systèmes hospitaliers en Pologne et en France. La loi polonaise n'indique pas le praticien hospitalier responsable d'un patient donné comme le seul à être chargé de la rédaction de ses documents de sortie. Par conséquent, le document *karta informacyjna leczenia szpitalnego* peut être signé aussi par le médecin de garde le jour de sortie. Il en est autrement en France où la rédaction du compte-rendu d'hospitalisation (CRH) relève des obligations statutaires du médecin responsable du patient. C'est pourquoi dans les CRH figure l'expression 'fait par le docteur...', qui indique incontestablement le praticien hospitalier ayant la responsabilité du patient concerné par le document signé. L'asymétrie systémique se manifeste à travers les solutions proposées par les traductions 1 et 2. Aussi bien 'médecin délivrant le compte-rendu' que 'médecin préparant la sortie du patient' précisent la fonction assumée par le sujet communicant de premier ordre – celle de praticien hospitalier chargé de préparer la sortie du patient et, partant, de dresser et lui remettre

---

<sup>9</sup> Accessible sur le site <https://www.hopital.fr/Le-dico-medical/Les-specialites-medicales> ; [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zalaczniki14\\_rozpo\\_23052006.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalaczniki14_rozpo_23052006.pdf). Dernière consultation le 7 mai 2018.

un CRH, sans pour autant lui attribuer les obligations que son analogue remplit dans la culture cible (soins du patient). En revanche, la proposition 3 – ‘médecin traitant’ – charge le sujet communicant de fonctions supplémentaires, changeant sa qualification professionnelle de praticien hospitalier en médecin (généraliste ou spécialiste) désigné par le patient à l’Assurance maladie, donc n’exerçant pas en milieu hospitalier (voir : Walkiewicz 2018).

Tableau 2. Traductions des fonctions hospitalières du sujet communicant individuel

PL	FR	Équivalence du statut contractuel
<i>Lekarz wypisujący</i>	1. Médecin délivrant le compte-rendu	+
	2. Médecin préparant la sortie du patient	+
	3. Médecin traitant	-
<i>Kierownik kliniki</i>	1. Chef du service	+/-
	2. Chef de clinique	-
	3. Chef de l’unité	+
<i>Ordynator</i>	1. Chef du service	+

Non moins épineux s’est avéré le nom de la fonction *kierownik kliniki*, désignant le professionnel de santé qui dirige un pôle hospitalo-universitaire défini comme l’ensemble « de services et/ou d’unités médicales (ou d’unité médico-technique) fondé sur un projet médical partagé et faisant l’objet d’une allocation de ressources communes » (Caillet & Crie, 2004, cités par Lequet, 2005<sup>10</sup>, p. 8). Dans ce sens, le pôle hospitalo-universitaire (PHU), dit aussi médical, est une structure dépassant le service – unité d’organisation commune à tous les hôpitaux indépendamment de leur statut : il y a des hôpitaux où un PHU regroupe quelques services : p. ex. le PHU 5 dans le Centre hospitalier-universitaire à Nantes comporte les services de gynécologie-obstétrique, de chirurgie pédiatrique, d’urgences pédiatriques, de néonatalogie, de médecine et biologie de la reproduction<sup>11</sup>. C’est pourquoi les solutions proposées par les auteurs des traductions 1 et 2 ne rendent pas le statut du sujet communicant de premier ordre car il n’y a pas de signe d’équivalence entre le service (*oddział*) et le PHU (*klinika*). S’agissant de la troisième proposition – ‘chef de l’unité’ – elle remplit en tant qu’hypéronyme sa fonction d’autant mieux que les

<sup>10</sup> Accessible sur le site <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/edh/lequet.pdf>. Dernière consultation le 7 mai 2018.

<sup>11</sup> Accessible sur le site [https://www.chu-nantes.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichier?ID\\_FICHER=1369393354378](https://www.chu-nantes.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichier?ID_FICHER=1369393354378). Dernière consultation le 7 mai 2018.

informations sur le statut de l'unité en question sont précisées au niveau du sujet institutionnel (nom de l'unité d'organisation où l'hospitalisation du patient a eu lieu).

La dernière fonction – *ordynator* – n'a posé aucun problème : les traducteurs l'ont unanimement rendue par 'chef du service', introduisant ainsi dans la culture cible le sujet communicant tel qu'il fonctionne dans le discours de premier ordre.

## 7. CONCLUSION

Le présent article avait pour but de vérifier si et dans quelle mesure les sujets communicants institutionnels et individuels, présents dans les contrats discursifs sous-tendant les comptes-rendus d'hospitalisation polonais, ont été restitués dans la traduction en français. Autrement dit, si et dans quelle mesure les sujets communicants du discours de premier ordre ont subi une « transsubstantiation » discursive dans la culture cible pour que la traduction puisse devenir un discours de second ordre, fondé sur une relation contractuelle entre deux partenaires conscients de leurs statuts et obligations mutuelles.

D'après les analyses effectuées on peut constater que les traducteurs ont affronté plusieurs difficultés qui ont rendu difficile, parfois même impossible la présentation au sujet interprétant de second ordre du statut pluriaspectuel de son partenaire discursif venu d'une autre culture : absence d'une source normalisatrice de noms propres d'établissements de santé et de noms de fonctions hospitalières, pluralité de solutions fonctionnant sur Internet, reflétant différentes stratégies de traduction, persistance du mythe de la non-traduction des noms propres et asymétrie des systèmes de santé dans les cultures source et cible, mais avant tout d'importantes carences dans la compétence discursive des traducteurs inconscients de la tridimensionnalité de la traduction conçue en tant que discours.

L'inconscience du rôle du sujet communicant dans les discours de premier et second ordre revient à ne pas l'inviter à l'acte de signature du contrat de communication avec un partenaire venu d'une autre culture. Ou, pour paraphraser Charaudeau, n'ayant présenté ni confirmé l'identité discursive de l'émetteur de l'original, on refuse de lui accorder le statut de sujet communicant en langue cible, et donc de respecter « son droit à communiquer ».

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adamzik, K. (2009). « Głównie zagadnienia tekstologii kontrastywnej ». In Z. Bilut-Homplewicz, W. Czachur & M. Smykała (réd.), *Lingwistyka tekstu w Niemczech. Problemy, pojęcia, zagadnienia* (pp. 211-258). Wrocław : Atut.
- Berghammer, G. (2006). « Translation and the language(s) of medicine: Keys to producing a successful German-English Translation ». *The Write Stuff*, vol. 15, no. 2, 40-44.
- Charaudeau, P. (1995). « Une analyse sémiolinguistique du discours ». *Revue Langages*, 117, 96-111.
- Accessible sur le site <http://www.patrick-charaudeau.com/Une-analyse-semiolinguistique-du.html>. Dernière consultation le 8 mai 2018.
- Doroszewski, J. (2014). « Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej ». In J. Doroszewski, M. Kulus & A. Markowski (réd.), *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja* (pp. 15-22). Warszawa : Wolters Kluwer.
- Filliattaz, L. (2014). « Le virage actionnel des modèles du discours à l'épreuve des interactions de service ». *Language & société*, 2004-1, 31-54.
- Fuentes, S. (2016). « La traduction des noms de profession dans un système de dictionnaires électroniques coordonnés (ES-FR) ». *Verbum*, 7, 66-83. Accessible sur le site [www.journals.vu.lt/verbum/article/view/10287/8159](http://www.journals.vu.lt/verbum/article/view/10287/8159). Dernière consultation le 8 mai 2018.
- Górnicz, M. (2011). « Tłumaczenie kart informacyjnych leczenia szpitalnego na język angielski ». *Lingua Legis*, 19, 63-69.
- Górnicz, M. (2013). « Kulturowe uwarunkowania zapożyczeń terminologicznych (na przykładzie terminologii medycznej) ». In I. Kasperska & A. Żuchelkowska (réd.), *Przekład jako akt komunikacji międzykulturowej* (pp. 69-86). Poznań : Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Gutt, E.-A. (2004). *Dystans kulturowy a przekład*. Kraków : Universitas.
- Hermans, T. (2007/2015). *Narada języków*. Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Humbley, J. (2006). « La traduction des noms d'institutions ». *Meta*, 51 (4), 671-689. DOI : 10.7202/014334ar.
- Karwacka, W. (2016). *Przekład tekstów medycznych*. Gdańsk : Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kielar, B.Z. (2003). *Zarys translatoryki*. Wrocław : Zakład Graficzny Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Labocha, J. (2008). *Tekst, wypowiedź, dyskurs w procesie komunikacji językowej*. Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lecuit, E., Maurel, D. & Vitas, D. (2011). « La traduction des noms propres : une étude en corpus ». *Corpus*, 10, 201-218. Accessible sur le site <https://corpus.revues.org/2086>. Dernière consultation le 7 mai 2018.
- Lee-Jahnke, H. (2005). « Teaching medical translation: an easy job? ». *Panace@*, vol. VI, no. 20, 81-84.
- Lequet, Y. (2005). *L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la « nouvelle gouvernance » : expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique*. Accessible sur le site <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/edh/lequet.pdf>. Dernière consultation le 7 mai 2018.
- Lewicki, R. (2000). *Obcość w odbiorze przekładu*. Lublin : Wydawnictwo UMCS.
- Łomzik, M. (2016). « Wybrane problemy przekładu polskich i niemieckich nazw szpitali w tłumaczeniu poświadczonym na podstawie analizy składników ». In A. Fimiak-Chwiłkowska,

- B. Walkiewicz & J. Woroch (éd.), *Norma a uzus I. Z zagadnień przekładu specjalistycznego* (pp. 87-96). Poznań : Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Walkiewicz, B. (2012). « Traduction en tant que discours ». *Studia Romanica Posnaniensia*, XXXIX (2), 71-86.
- Walkiewicz, B. (2016). « Norma kontra uzus. Problemy z terminologią w przekładzie tekstów medycznych ». In A. Fimiak-Chwiłkowska, B. Walkiewicz & J. Woroch (éd.), *Norma a uzus I. Z zagadnień przekładu specjalistycznego* (pp. 123-136). Poznań : Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Walkiewicz, B. (2018). « Translation of medical texts from discourse perspective ». In W. Karwacka (éd.), *Toward Understanding Medical Translation and Interpreting*. Gdańsk : Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.