

**COMPTE-RENDUS MÉDICAUX EN FRANÇAIS ET EN
BULGARE : REPÈRES POUR UNE ANALYSE
INTERCULTURELLE**

Aneta Tosheva
Université médicale de Plovdiv

**FRENCH AND BULGARIAN DISCHARGE SUMMARIES : SOME
REFERENCE POINTS FOR AN INTERCULTURAL ANALYSIS**

Aneta Tosheva
Plovdiv Medical University

This article examines the hypothesis that differences between normative French and Bulgarian medical texts with similar initial parameters (communication situation, status of the communicators, shared intraprofessional context and terminology tools) can also be interpreted as intercultural differences, which should be taken into consideration in translation. A contrastive analysis of 36 French and 32 Bulgarian discharge summaries, belonging to the same textual subtype (‘sous-genre textuel’), reveals such differences regarding both the macrostructure and the specific discursive implementation of each of the compositional parts of the texts.

Key words: discharge summaries, commitment, translation

0. Introduction

Le Compte-rendu d’examen ou d’intervention médicale (désormais CR), connaît un traitement particulier parmi les autres genres textuels du discours médical: c’est un document de première importance en contexte hospitalier qui fait l’objet d’échanges intenses entre médecins pour des raisons différentes: reconsidération de l’évolution de la maladie, demande d’avis, prise en charge médicale, etc. Lorsque ces échanges se font entre professionnels parlant des langues différentes, le traducteur médical est appelé pour y intervenir en médiateur. Or, appréhender un CR s’avère une entreprise difficile pour un interprétant étranger à la pratique socio-langagière des médecins s’il ne prend pas en considération certaines disparités d’origine culturelle.

Cette contribution s'attache à justifier la plausibilité de l'hypothèse selon laquelle la confrontation de CR en français en et bulgare ferait ressortir certaines particularités interprétables en termes d'asymétries interculturelles.

1. Culturel, interculturel, transculturel

Dans son acception contemporaine, l'approche culturelle renvoie à l'interaction et au positionnement par rapport à une autre culture où la langue sert de vecteur culturel dans une situation de rencontre de deux modèles culturels. Nous rejoignons les auteurs qui voient dans l'interculturalité un terme désignant avant tout une situation de communication demandant des stratégies de choix spécifiques visant à l'ajustement des cultures. (Guerraoui, Troadec 2000 : 12 citant Bernaus). Pour nous, l'*interculturel* dans la langue, c'est le rapport qui s'établit entre les acteurs d'un espace communicatif appartenant cognitivement et axiologiquement à deux cultures; ce rapport s'établit soit au moment de contact, soit à un moment différé de la production du texte : c'est la réception d'un texte écrit par une instance réceptrice absente du cadre communicationnel. Par contre, *le transculturel* qui dans le domaine anthropologique renvoie plutôt au métissage culturel (ib.) s'il n'est pas utilisé comme synonyme d'*interculturel*¹, correspond ici à l'idée de transversalité, de partage : c'est avant tout le lexique « que la culture investit de toute part » (Von Münchow 2010, cit. d'Orecchioni). L'interculturel et le transculturel sont selon nous parmi les composantes de ce que Von Münchow appelle *culture discursive*. Celle-ci « inclut les représentations sociales inférées à partir de représentations discursives construites à l'intérieur d'une communauté et en rapport avec un tel genre discursif » (Von Münchow 2010). Cette culture discursive, distincte de la langue « au sens de *code* » (ib.) mais dépendante de la situation de communication, fait appel à des catégories langagières communes pour le langage humain, tandis que les marques linguistiques rattachables à chaque catégorie linguistique « varient d'une langue à l'autre » (ib.) Dans cette optique, les CR apparaissent comme des traces linguistiques de représentations discursives témoignant d'une culture discursive particulière.

Les termes de *symétrie* et d'*asymétrie*², termes opératoires de base dans la linguistique contrastive et les théories de la traduction (Melby 1993), seront employés ici comme des termes génériques pour tous les autres termes

¹ Par exemple, le modèle transculturel de Purnell, voir à ce sujet l'article de G. Coutou-Wakulczik sur <<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/72/34.pdf>>

² Equivalences (interlinguales), resp. dissymétries, décalages, divergences, différences, contrastes, suivant l'objet de la description contrastive en linguistique et les auteurs.

désignant des correspondances fonctionnelles isomorphes et allomorphes entre deux langues.

2. Méthodologie et données

Nous adoptons la démarche fondatrice et l'argumentation de Von Münchow pour légitimer notre méthodologie d'analyse :

[...] mettre en rapport non pas différentes langues, comme le fait traditionnellement la linguistique contrastive, mais les manifestations d'un même genre discursif dans au moins deux communautés ethnolinguistiques différentes, genre dont il s'agit alors de décrire et d'interpréter les régularités et les variabilités discursives (Von Münchow 2010)

Nous avons utilisé la méthode des corpus dits 'comparables', « constitués de textes originaux partageant une similitude de style et de contenus » (Maniez 2001 : 552) Nous avons analysé et procédé à la confrontation de 36 textes français et 32 textes bulgares, représentant des comptes-rendus d'imagerie médicale, d'explorations fonctionnelles et d'interventions. Il s'agit de textes authentiques qui nous ont été fournis et que nous avons explorés avec le consentement des bénéficiaires des documents :

– *pour le corpus français* : 4 CR d'échographie abdominale, 4 CR de biopsie hépatique, 4 CR de radiologie, 4 CR de tomodensitométrie, 4 CR opératoires, 4 CR d'imagerie par résonance magnétique, 4 CR de coloscopie, 4 CR de laparotomie exploratrices, 4 CR lettres.

– *pour le corpus bulgare* : 4 CR d'échographie abdominale, 4 CR de biopsie hépatique, 4 CR de radiologie, 4 CR de tomodensitométrie, 4 CR opératoires, 4 CR d'imagerie par résonance magnétique, 4 CR de coloscopie, 4 CR de laparotomie exploratrices.

3. Comment situer le CR par rapport aux typologies des discours et des textes?

Les études portant sur des genres spécifiques de textes médicaux en français ne sont pas nombreuses ni dans le cadre de l'analyse linguistique du texte ou du discours, ni dans celui des études ethnolinguistiques. La revue des traducteurs *Méta* a consacré deux numéros en 1974 et en 2001 aux questions plus générales de la terminologie et de la traduction médicale. Dans *Langages* 105/1992, B. Spillner établit une comparaison interlinguale et interculturelle d'articles médicaux français et allemands. C'est à l'interculturalité qu'il attribue des « contrastes » comme l'emploi de déictiques pronominaux, le style assertorique des textes médicaux allemands et le style faisant souvent appel à des questions des textes

français. (Spillner 1992 : 54-57). Dans un ouvrage collectif consacré à la traductique, une équipe du centre d'informatique de l'Hôpital cantonal de Genève a « traité le discours médical dans les lettres de sortie de la clinique de chirurgie digestive » par un analyseur élaboré pour le traitement de textes en français et en anglais (Rassinoux et al. 1993 : 454)

Nous retenons comme assise large de nos réflexions la définition de discours par S. Moirand :

[...] une représentation socio-cognitive intériorisée que l'on a de la composition et du déroulement d'une classe d'unités discursives, auxquelles on a été « exposé » dans la vie quotidienne, la vie professionnelle et les différents mondes que l'on a traversés, une sorte de patron permettant à chacun de construire, de planifier et d'interpréter les activités verbales ou non verbales à l'intérieur d'une situation de communication, d'un lieu, d'une communauté langagière, d'un monde social, d'une société[...] (Moirand 2003).

Le discours spécialisé présente entre autres les caractéristiques suivantes de la « langue spécialisée » comparées à celles de la langue générale (Spillner 1992 : 43 repris dans Balliu 2001 : 94): précision, univocité dénominate, économie, invariance situationnelle, rapport à la matière/à l'objet, niveau théorique, pour la langue scientifique et de spécialité ; indétermination, ambiguïté, redondance, multiplicité situationnelle, multiplicité thématique/évaluation, quotidienneté pour la langue commune (op. cit.)

Le cadre théorique adopté ici est celui de la typologie de J.-M. Adam où le discours médical est «un type de pratique socio-discursive » qui possède, sur le modèle du discours politique, littéraire, etc. ses « genres et sous-genres propres ». (Adam 2005). Selon Adam (2005), dans une perspective globale la typologie textuelle doit être remplacée par des *plans d'organisation séquentielle* articulant différents modes d'agencement des séquences, et ce sont « les genres qui déterminent les plans de textes fixes ». Il refute la typologie classique de textes et propose qu'on parle de *genres textuels* et non de types de textes (ib.)³.

Dans cette optique le CR correspond à une production discursive qui part des interactions et des formations sociales dans le cadre desquelles elle se déroule. Empiriquement, les CR apparaissent de type hétérogène : ils présentent une structuration séquentielle du contenu préétablie, des marques linguistiques et discursives spécifiques (vocabulaire dénominateur et discours

³ La typologie textuelle proposée par Adam (Adam 1999) établit cinq genres de textes : *narratif, descriptif, argumentatif, explicatif et dialogique*.

spécialisé) et sont segmentés en partie descriptive, argumentative, dans certains cas – dialogique. Ils montrent aussi les caractères d'un genre textuel bien déterminé vu les « plans de textes fixes » (Adam 2005 :6) : régularité compositionnelle, homogénéité sémantique (liée au domaine considéré) et micro-linguistique. Ils sont représentatifs pour un discours professionnel relevant d'une praxis sociale professionnelle (Galatanu 2002) et spécialisée (vocabulaire dénomiatif encadré par les taxinomies anatomiques et nosologiques) C'est la raison pour laquelle nous allons traiter les CR de *genres de textes spécialisés* (et non pas de textes de spécialité pour éviter toute confusion avec les textes associables à un domaine délimité des sciences médicales, communément dénomé *spécialité médicale*). Ce sont des textes qui sont à la fois des produits de discours et des générateurs de discours. Déterminer le statut de ce genre de texte spécialisé invite à considérer ses paramètres linguistiques et extralinguistiques.

4. Spécificités du genre textuel de CR

Partageant la théorie bakhtinienne sur le principe dialogique inhérent à toute production langagière, nous considérons le genre textuel du CR comme le résultat de l'activité communicante d'un énonciateur scripteur qui préconstruit le récepteur de son texte tout en imprimant des traits culturels à son écrit. Ce sont des textes dont la vocation est d'être lus et interprétés.

Dans le discours oral tenu entre les acteurs principaux de la communication médicale (soignant et patient), la rencontre interculturelle a lieu sous forme immédiate, les disparités culturelles sont « évidentes » (Traverso 2001 : 83) et l'approche linguistique aux situations discursives traitant des problèmes sensibles tels que les mauvais résultats des examens réalisés ou la révélation d'un diagnostic défavorable, demande de supports culturels « en temps réel » pour devenir une approche ethnolinguistique⁴. Ce n'est pas le cas pour ce qui concerne le discours écrit qui fonde une situation communicative asymétrique, potentialisante, face à un destinataire qui n'est

⁴ Parmi les thématiques sensibles aptes à créer un cadre interculturel conflictuel on peut évoquer les traumatismes à la suite d'une agression physique ou d'abus sexuels, l'interruption de la grossesse, le don d'organe, la reconstruction de l'hymen, l'euthanasie, etc. Par ailleurs, selon F. Mourlhon-Dallies « le médecin français a une pratique assez méthodique et poussée du questionnement du patient, demandant quand survient la douleur, quelle est sa fréquence, quelle est son intensité, etc. » le médecin égyptien est soucieux de rester discret quand il interroge sur les symptômes, alors que (Mourlhon-Dallies 2005 : 5)

pas présent au moment de la production discursive. Les préconstruits y compris les empreintes culturelles posées par le scripteur, ont un effet différé sur le destinataire où le médiateur – traducteur⁵.

Les textes étudiés sont des textes écrits représentatifs pour un *discours intraprofessionnel*⁶. Rédigés par des médecins, ils s'adressent à des médecins et bien qu'ils relèvent du discours formellement monologique, ils ont une finalité dialogale implicite⁷ (dans le sens bakhtinien) ou explicite dans le cas du sous-genre épistolaire. Le premier actant est *l'énonciateur-scripteur* prenant la responsabilité du dire/écrire, origine et initiateur des relations interpersonnelles. Par son activité scripturale, il se montre responsable des choix de sa manifestation explicite ou de son effacement de la trame discursive. Le second, c'est le *récepteur* visé dont la présence virtuelle est signifiée par le choix de l'appareil stratégique, argumentatif, neutre ou affectif du scripteur. L'absence physique du destinataire du texte et de l'espace communicatif définit le caractère asymétrique d'une situation communicative « non partagée » (Kerbrat-Orecchioni : 61).

Enfin, il ne s'agit pas de textes « endormis », passés dans les archives. Pour la plupart, ces textes s'adressent à plusieurs destinataires, et peuvent être remis au patient en vue d'une traduction ou d'une révision par un autre médecin.

5. Quelques repères de l'interculturel dans les CR examinés

5.1. Asymétries au niveau de la macrostructure textuelle

La structure macro-discursive des textes étudiés suit un plan compositionnel prototypique même dans les cas où celui-là n'est pas toujours articulé graphiquement. Un trait transculturel partagé des deux corpus, c'est la tendance à se conformer au modèle anglo-saxon de structuration fixe stipulant la plus grande rigueur et la brièveté.

⁵ Voici une consigne à propos du destinataire, reprise à la rubrique Comment doit être rédigé un compte-rendu ? : « Il n'y a pas de longueur standard. Elle (l'information) doit être adaptée à la pathologie et à la question posée. Attention néanmoins à ne pas faire des comptes-rendus trop longs qui risquent de ne pas être lus (éviter le zapping qui consiste à ne lire que la conclusion). <<http://www.santopta.fr/wp-content/uploads/2011/12/Les-informations-obligatoires-dun-compte-rendu-dimagerie.pdf>>

⁶ S. Moirand évoque des « discours fermés » entre professionnels experts et différentes formes de « discours ouverts » - adressés « à des professionnels un peu moins experts » ou à des non professionnels. (Moirand 2004)

⁷ Cette finalité est matérialisée dans un groupe particulier de bilans médicaux où ces bilans sont enchâssés dans une forme épistolaire.

1. *Présentation du contexte clinique (motifs de la prise en charge médicale, antécédents).*
2. *Descriptifs des méthodes d'examen et des prélèvements effectués.*
3. *Explicitation des résultats et des données obtenues à l'issue de l'observation.*
4. *Interprétation, commentaires et/ou hypothèse diagnostique, plan thérapeutique.*
5. *Conclusion et recommandations sur la conduite à tenir.*

L'identité compositionnelle correspond à l'identité des contextes de production et du but discursif de ces écrits ce qui autorise la confrontation des textes bulgares et français. Explicite ou implicite, cette organisation interne des contenus communiqués se retrouve dans les trois types structurels de textes que nous avons identifiés. En fonction de la correspondance des textes au modèle prototypique institué, on peut établir trois « sous-genres » regroupant des textes respectivement de type A, B et C :

Type A : textes à structure plus amorphe, non segmentée (représentés dans les corpus français et bulgare).

Type B : textes correspondant au standard institutionnel établi en prototype (représentés dans les corpus français et bulgare).

Type C : textes épistolaires enchâssant des textes de sous-genres A ou B. (corpus français)

Sous-genre de type A : phrases nominales, pas de délimitation en séquences dans le corpus textuel ; phrases lacunaires, avec déterminants substantivaux, prépositions effacées. L'apparente aggramaticalité n'entrave pas la bonne compréhension. Les fautes contre la syntaxe sont tolérées.

(T1) CR opératoire

Intervention

Sous AG intubé ventilé.

Ponction cathétérisme de la VJID sous échographie.

Cathétérisme facile de la VJDI.

Portographie par injection bloquée. [...]

Retrait matériel fil à peau pansement compressif

Hospitalisation en réanimation

Héparine selon bilan

Bilan hépatique d'écho Doppler chaque jour jusqu'à J5 puis 1/48 h jusqu'à sortie.

Sous-genre de type B : textes structurés, sectionnés en paragraphes. Une asymétrie accessible à l'observation immédiate se dessine entre les corpus français et bulgare : en général, les textes émanant d'auteurs français sont conformes au modèle préétabli par la demande

institutionnelle tandis que le scripteur bulgare ne se plie que rarement à ce modèle (seulement 12 occurrences sur 32)

**(T2) Compte-rendu d'examen
tomodensitométrie abdomino-pelvien**

INDICATION : Exploration d'une lésion utérine avec biopsie positive. Bilan avant intervention.

TECHNIQUE Repérage scannographique. Réalisation de coupes de 5 mm tous les 10mm à l'étage abdominal et de 5 mm tous les 7 mm à l'étage pelvien. Injection de produit de contraste intraveineux d'emblée.

RESULTATS Absence d'anomalie au niveau de l'étage sus-mésocolique. Le parenchyme hépatique est homogène, prenant bien le contraste sans zone d'hypodensité ni zone nodulaire anormales. Absence de dilatation des voies biliaires extra-hépatiques. La rate, le pancréas, les surrénales sont normaux. Absence de liquide d'ascite. Les deux reins sont normalement sécrétant sans syndrome obstructif. Les uretères ne sont pas dilatés. A l'étage pelvien : présence d'un volumineux utérus mesurant 85 mm dans son plus grand axe, présentant au niveau de sa partie cervico-isthmique une formation tissulaire arrondie de densité; 49UH, correspondant à la lésion de l'endomètre qui se continue vers le bas intéressant le col qui est épaissi. Présence d'une formation à centre hypodense au niveau du Douglas. Sur cette coupe, on note la présence d'une formation tissulaire droite para-utérine, située en arrière des vaisseaux et en avant de l'uretère, évoquant la présence d'adénopathies. Absence de liquide d'ascite pelvienne.

CONCLUSION : Lésion utérine essentiellement cervico-isthmique avec possible atteinte du Douglas et adénopathies droites ne comprimant pas le bas uretère.

**(T3) КТ на бял дроб и медиастиnum.
КТ на абдомен**

Бял дроб без видими паренхимни лезии и уголемени лимфни възли. В областта на карината се маркират единични лимфни възли с размери 10 мм. С костен прозорец отясно се установява мекотъканна формация, която деструира процесус костариус и дъгата на осми торакален прешлен с парциална дистракция и на задната част на тялото. Процесът на дистракция инфилтрира и париеталната плевра. Остана се с впечатление и за частично ангажиране на спиналния канал вдясно, като медула спиналис е избутана контралатерално. Черен дроб – наличие на няколко ретенционни кисти в него. Слезка, панкреас и бъбреци – без патологични промени. Прави впечатление задебелението на стомашните стени в антралната област по голямата кривина. Параортални и паракавални лимфни възли уголемени. Маркират се уголемени на горна граница на нормата лимфни възли вляво до артерия илиака.

Описаните промени най-вероятно свързваме с основното заболяване.

Sous-genre de type C : genre signalant d'une prise de position personnelle à côté de la présentation objective des faits et faisant émerger le destinataire. Le sous-genre de type C présente toutes les caractéristiques du genre épistolaire. Le scripteur énonciateur, «comme pour toute structure qui se veut dialogale, est nécessairement plus impliqué dans la même communauté que ses destinataires» (Maingueneau 2004). Notre corpus bulgare n'a aucun document représentant le genre épistolaire de CR médical: aucune contrainte institutionnelle ou personnelle n'oblige le praticien bulgare d'abandonner le cliché formel ou informel, formaté d'après les sous-corpus de type A et B.

(T4) Cher Confrère,
Votre patiente Madame XY a été hospitalisée dans le service pour réalisation d'une cholecystectomie.
La cholecystectomie par cœlioscopie s'est déroulée sans difficulté particulière.
Les suites ont été simples autorisant la sortie ce jour.
Sensible à votre confiance, je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.
Dr.....

5.2. Asymétries à portée interculturelle au niveau de la « langue spécialisée » (Spillner 1992)

Par rapport au bulgare, le français, langue analytique, fait preuve d'une tendance à privilégier l'analyse verbale, les constructions transitives directes, la structure hiérarchique de la phrase autour d'un sujet organisateur subordonnant les autres éléments phrastiques⁸. Le français médical montre une affinité à suivre la tradition du français académique avec son style recherché, des tournures et des figures de style empruntées à la langue des belles lettres. En bulgare, une langue à mi-chemin entre synthétisme et analytisme, le scripteur préfère l'agencement plutôt linéaire de la phrase et l'orientation circonstancielle débouchant sur l'emploi large d'adverbes.⁹

La phrase neutre française est plutôt hiérarchique: un sujet unique engage un seul procès, à l'opposé du bulgare où elle est linéaire.

⁸ D'après Van Hoof, le français est plus analytique, plus abstrait et plus statique comparé à l'anglais qui est plus synthétique, plus concret et plus dynamique, traits qu'il associe à « l'attitude foncière de deux peuples à l'égard du monde » (Van Hoof 1986 : 19)

⁹ Rappelons les constructions *tomber malade, suivre un traitement, prendre froid* qui se traduisent en bulgare par un seul verbe.

(1) L'hypothèse du diagnostic principal étant occlusion incomplète du grêle sur iléite inflammatoire, **la patiente** a bénéficié d'un traitement par corticothérapie IV avec mise au repos du tube digestif.

(2) **Il s'agit d'**une patiente de 22 ans présentant depuis 5 ans une pollakiurie essentiellement diurne et une dysurie avec nécessité de pousser pour obtenir une évacuation vésicale complète.

(3) **On commence** la résection cutanéoglandulaire par la partie interne, puis latérale et enfin inférieure en laissant en place les crêtes de Duret jusqu'à atteindre le niveau du grand pectoral et l'aponévrose du grand pectoral.

Tenant compte de ces divergences systémiques, au cours de la traduction on s'attendrait à obtenir un texte-cible français manifestement plus long que le texte-source bulgare ; des études statistiques citées par Van Hoof démontrent que « le passage de l'anglais au français entraîne un allongement moyen de 16 % (Van Hoof 1986 : 36). Or, les traductions effectuées des textes T1, T2, T3 et T4 ne nous permet pas d'émettre une telle hypothèse concernant le bulgare, ce qui nous amène à rechercher d'autres mécanismes compensatoires remédiant à la syntaxe analytique de la phrase française.

5.3. La prise en charge énonciative (PCE)

Le terme de *prise en charge énonciative* sera employé dans l'acception que lui donne R. Vion, à savoir : « la distance que le locuteur construit, dans son discours, entre lui et sa production langagière » (Vion 2011 : 75), à cette précision près qu'il s'agira non pas d'un locuteur mais d'un énonciateur-scripteur. La distanciation de l'énonciateur par rapport à son dire et la prise en charge de son énoncé sont 'inversement proportionnelles » (ib.)

Comparant les sous-genres A, B et C en français, on constate une augmentation progressive des manifestations linguistiques d'une PCE de la part de l'énonciateur-scripteur. Les traces de cette augmentation se retrouvent au niveau de la subjectivité (emploi de déictiques, de procédés modalisateurs, de personnalisation des acteurs à l'acte discursif, éviction des constructions impersonnelles, évasion du style 'télégraphique') et au niveau de la structure formelle (segmentation distincte du texte). Les CR qui ont été remis par des médecins français à des patients bulgares sont plus détaillés, avec très peu d'abréviations et assez souvent accompagnés de remarques traduisant la prise en compte du fait que le texte sera interprété par un spécialiste ne maîtrisant pas suffisamment ou pas du tout le français.

Concernant les bilans d'exams bulgares, on peut globalement affirmer que l'énonciateur s'efforce d'y rester distant et objectif au

maximum par rapport aux faits, ne laissant presque pas de signes évidents d'une prise en charge énonciative. Phrases nominales, constructions impersonnelles et passives, absence de modalisateurs, ce sont les traits caractérisant ce type de documents bulgares retenus dans le corpus, l'exemple représentatif en est le texte de type A. On dirait qu'une dé-prise en charge énonciative est systématiquement poursuivie, au profit d'une objectivation maximale du discours.

(4) Черен дроб – наличие на няколко ретенционни кисти в него.

5.3.1. Les textes français montrent cet effacement énonciatif dans les parties relatives à la **description du contexte clinique** dans le cadre duquel l'examen a été entrepris. Ces parties sont nécessairement objectivées car le plus souvent elles font état de la réalité précédant la situation communicative et n'ayant d'autre lien avec elle que son statut de prétexte (maladie manifestée ou suspectée). Dans la plupart des textes, cette partie représente tout simplement la désignation du diagnostic établi ou suspecté constituant le contexte préalable pour les actes médicaux envisagés.

(5) Diagnostic en Bulgarie en janvier 2009 d'une maladie de Hodgkin stade IIB, sus-diaphragmatique, traitée par BEACOPP, trois cures puis radiothérapie en mantelet puis trois autres cures jusqu'en septembre 2009.

Pourtant, le CR d'hospitalisation sous forme épistolaire représenté par le sous-genre de type C signale dès ce niveau, à côté de la présentation objective des faits, une prise de position de l'énonciateur-scripteur qui laisse supposer une prise en charge ultérieure :

(6) J'ai **bien** vu ce jour en consultation Monsieur X, chez qui j'avais réalisé une splénectomie.

5.3.2. Dans la partie relative à l'histoire de la maladie, le CR exige parfois la **reconstitution d'un cadre narratif** qui rapporte des données recueillies à partir du récit du patient. Dans ces cas précis, l'énonciateur adopte une stratégie de prise de distance par rapport aux propos du sujet et témoigne donc d'un certain refus de prise en charge de la vérité des faits, signifiée par des verbes relevant du discours indirect le patient *signale, rapporte, évoque, prétend, dit que, se dit, se déclare...* ou par des expressions modalisées ou appropriées comme *selon les propos du patient*.

(7) Histoire de la maladie : Elle est difficile à retracer dans la mesure où le patient ne parle pas français, mais **sa femme nous rapporte** un épisode d'altération de l'état général initié par un épisode de gastro-entérite aigu.

(8) **Съобщава**, че е получил внезапно подуване на корема, съпроводено с остри болки.

Le refus de prise en charge peut être doublé d'une nuance d'incertitude ou de doute dont l'explicitation relève d'une stratégie de refus de l'énonciateur de fournir une conclusion catégorique face à l'éventualité d'une erreur diagnostique. Les nuances dubitatives sont saisies par des marqueurs argumentatifs ou dubitatifs tels que probablement, selon toute probabilité, selon toute vraisemblance, et par les formes du mode non testimonial en bulgare, apte à traduire certaines valeurs du conditionnel français, notamment les valeurs dubitatives.

(9) La patiente **ne semble pas** avoir d'autres antécédents médicaux ni chirurgicaux.

(10) **Il est possible que** ce syndrome dépressif soit lié en partie à la reprise du travail récent.

(11) Une intervention chirurgicale **aurait été effectuée** pour un rétrécissement urétral en 2005 sans modification notable de la symptomatologie.

(12) Наскоро преди хоспитализацията **била загубила** 4 килограма за 2 дни.

O. Régent voit la modalisation dans ce type de texte « comme une façon de se prémunir contre les contradictions et les réfutations qui ne manqueront pas de venir » (Régent 1992 :71). Par ailleurs, cette stratégie de prise en charge incomplète ou refusée aurait pu être l'indice de politesse (cit. de G. Myers, ib) ou une sorte de convocation du destinataire à exprimer un avis différent ou d'apporter des arguments en faveur ou à l'encontre de la thèse de l'énonciateur-scripteur. En pleine expansion, ces procédés stratégiques s'observent dans les textes français du type C et de manière sporadique dans les textes de type B ; les exemples dans le corpus bulgare en sont rares.

5.3.3. Dans la partie relative à l'examen proprement dit l'énonciateur-scripteur commence à arborer un mouvement contraire au précédent : raccourcissement de la distance et prise de responsabilité personnelle par rapport au faits. La trace linguistique de cette prise en charge est l'émergence des déictiques *je* et *nous*. L'apparition de l'indéfini *on*, respectivement des verbes impersonnels ou passifs marque une fois de plus un geste de refus de PCE entière du fait du recul du sujet scripteur derrière la personne collective ou indéfinie.

(13) L'examen clinique est sans particularité et ne retrouve pas de signe d'hépatopathie sous-jacente. En revanche, **on retrouve** une hépatomégalie avec un bord inférieur tranchant.

(14) **Попадна се** на атипична находка с неясен произход.

Si les pronoms **on** et **nous** sont généralement admis comme des formules neutres d'impersonnalité due à la volonté de l'énonciateur de laisser parler les faits, leur combinaison dans une séquence avec un sujet inanimé s'appropriant la fonction d'agent évoque déjà un choix prémédité de s'effacer de la trame discursive, cf. :

(15) Cliniquement **on note** effectivement **une tumeur** qui est polaire inférieure, **qui se montre** tout à fait lisse, qui n'a pas de caractère cliniquement suspect et qui est indolore.

Par contre, dans les textes bulgares les verbes renvoyant à l'auteur sont exclusivement pronominaux et en construction impersonnelle et les pronoms personnels je et nous y sont rarement présents.

(16) С аспирация и коагулация **се постигна** субтотална екстирпация.

(17) Въз основа на направените изследвания **се прие** следната диагноза.

5.3.4. Dans la partie relative à l'**explicitation des résultats des examens**, ceux-là sont présentés suivant le choix de l'auteur du texte de privilégier la stratégie d'effacement signalant d'un refus de PCE ou d'adopter la stratégie de prise de responsabilité par rapport à l'observé. L'animisme dans cette partie apparaît comme un caractère privilégié du français tandis qu'en bulgare, dans ce genre de discours on préfère nettement les tournures circonstancielle et impersonnelles du type *На прегледа се видя...* ; *След направените изследвания се установи...*

(18) **Le bilan hépatique retrouve** une cytolysé importante à 10 N sur les TGO.

(19) **Интраоперативно** не се установи Ту формация до екскавацио ректо-везикалис.

La mise en place d'un sujet inanimé en début de phrase 'faisant fonction' d'un sujet-agent et introduisant un cadre situationnel, insiste sur le côté instrumental de l'examen. Les substantifs privilégiés pour cette position sont *observation, examen, inspection, exploration, analyse, ...graphie, ...scopie, scanner etc.* mais la distanciation de l'énonciateur apparaît davantage comme une stratégie d'effacement énonciatif dans le cas de reconversion des verbes ou de constructions verbales en noms : *absence, présence, manque, diminution, augmentation et leurs correspondants en bulgare.*

(20) **La cavoscopie a trouvé** une tumeur bourgeonnante.

(21) **Présence** d'une formation à centre hypodense au niveau du Douglas.

(22) **Налични** 2 метастази с големина около 1 см всяка в 5 и 6 сегменти.

5.3.5. La partie des bilans relative à **l'interprétation, aux commentaires et aux hypothèses diagnostiques** met en évidence une fois de plus la divergence des stratégies discursives dans les domaines français et bulgare. Dans un nombre de CR français, on note une PCE poussée à l'extrême, l'expression d'un engagement qu'on dirait émotionnel de l'énonciateur à l'égard du contenu de son écrit, à travers des expressions, des lexèmes marqués d'expressivité, etc. qui, appartenant aux autres registres du langage, tranchent sur l'environnement linguistique en co-texte et sont facilement perçus par l'intuition du récepteur. En tout premier lieu, ce sont des éléments nettement subjectifs¹⁰ tels que les adverbes à charge affective et des tournures à effet modalisateur:

(23) La croissance est **malheureusement** impossible à surveiller en raison du flexum des genoux et de l'équin des chevilles rendant impossible une mensuration précise.

(24) **Pour ma part, je pense que pour l'instant**, la situation est à peu près stable.

Cependant, sur les 36 textes français concernés par cet article, 27 font preuve d'une attitude rigoureuse et intransigeante d'un énonciateur qui observe une distance suffisante pour faire croire à une PCE complète. Or, nous n'avons pas noté d'éléments affectifs dans les CR bulgares analysés. Le seul modalisateur que nous y avons relevé était « най-вероятно » – le plus probablement.

(25) Описаните промени **най-вероятно** свързваме с основното заболяване.

En revanche, pour atténuer l'effet d'un mauvais pronostic ou d'un diagnostic défavorable, l'auteur bulgare profite du fait que le bulgare, langue slave, possède deux registres pour la plupart des termes : ainsi, les mots *hystérectomie*, *radiothérapie* ne sont pas transparents pour le patient bulgare ; les diagnostics défavorables figurent en abréviations (CA pour cancer, MM pour mélanome malin, etc.) Cette tendance à une euphémisation est liée à l'habitude culturelle des médecins bulgares de communiquer le mauvais diagnostic à l'entourage immédiat du patient plutôt qu'à lui-même.

¹⁰ Nous avons pu constater dans une étude précédente un taux élevé des incidences d'asymétrie interlinguale aux endroits où se laisse voir « une fluctuation des limites entre l'objectif et le subjectif. » (Tosheva 2006 : 497)

5.3.6. La partie conclusive du CR comprenant le diagnostic et la décision thérapeutique est entièrement dépendante des stratégies déjà mises en œuvre de PCE, de non-PCE ou de refus de PCE et affecte l'allure soit d'une assertion ferme, soit d'une affirmation plus ou moins incertaine, laissant le récepteur libre de vérifier les hypothèses avancées. A la différence des textes français, les textes bulgares là aussi ont le plus souvent des conclusions présentées par des phrases nominales signalant d'un effacement énonciatif.

(26) **Après discussion** avec Dr. XYZ, **on prévoit** une radiothérapie lombo-splénique à la dose de 30 Gy qui sera débutée le 05 novembre 2009.

(27) Une artériographie médullaire **pourrait être discutée** dans un bilan pré-opératoire.

(28) **Индикации** за оперативно лечение поради напредване на АоИ.

6. Conclusion

L'affirmation de J.-M. Adam que « les domaines du texte et du discours sont à la fois différents et complémentaires » et qu'il existe un « lien entre texte et discours par le biais des genres » (Adam 2005 : 11) nous autorise à supposer qu'une approche culturelle des textes médicaux concernés peut fournir des arguments plausibles pour l'impact de l'interculturalité dans le discours médical en général. Dans une optique traductologique, les repères que nous avons indiqués devraient être pris en compte aussi bien par les traducteurs médicaux que par les concepteurs de logiciels en traductique, en vue d'une approche très attentionnée non seulement des conventions stéréotypées du discours médical mais aussi, et peut-être avant tout, des cas particuliers à charge interculturelle.

RÉFÉRENCES

Actes 1998 : *La mémoire des mots. Actes des v^{èmes} Journées scientifiques du Réseau LTT à Tunis*. AUPELF-UREF, 1998.

Adam 1999 : Adam, J.-M. *Linguistique textuelle. Des genres de discours aux textes*. Paris : Nathan 1999.

Adam 2005 : Adam J.-M. La notion de typologie de textes en didactique du français. Une notion « dépassée ». // *Recherches* № 42, Lille : 2005, 11-23.

Adam 2006 : Adam J.-M. Texte, contexte et discours en question. // *Pratiques* № 129-130, 21-34.

Balliu 2001 : Baillou C. Les traducteurs : ces médecins légistes du texte. // *Meta : journal des traducteurs / Meta: translators' journal*, № 46/1, Montréal : PUM 2001, 92-102. <<http://id.erudit.org/iderudit/001961ar>>.

- Bouillon, Clas. (dir.) 1993** : Bouillon P., Clas. A. (dir.) *La traductique. Etudes de recherches de traduction par ordinateur*. Montréal : PUM, 1993.
- Galatanu 2002** : Galatanu O. Les discours spécialisés // *Les langues de spécialité*. Bucarest : Université de Bucarest, 1993, 144-152, <<http://ebooks.unibuc.ro/lls/paulmiclau-leslanguesdespecialite/index.htm>>.
- Guerraoui, Troadec 2000** : Gerraoui Z., Troadec B. *Psychologie interculturelle*. Paris : Collin, 2000.
- Kerbrat-Orecchioni 1999** : Kerbrat-Orecchioni C. *L'énonciation. De la subjectivité dans le langage*. Paris: A. Colin, 1999.
- Maingueneau 2004** : Maingueneau D. Typologie des genres institués. Version en ligne remaniée des pages 180-187 du *Discours littéraire* . Paris : A. Colin, 2004. <http://dominique.maingueneau.pagesperso-orange.fr/intro_topic.html>.
- Maniez 2001**: Maniez F. Extraction d'une phraséologie bilingue en langue de spécialité : corpus parallèles et corpus comparables. // *Meta : journal des traducteurs* vol. 46/3, Montréal : PUM 2001, 552-563. <<http://id.erudit.org/iderudit/003549ar>>.
- Melby 1993** : Melby A. La typologie des textes : son importance pour la traduction automatique. In Bouillon P. et A. Clas. (dir.): *La traductique. Etudes de recherches de traduction par ordinateur*. Montréal : PUM 1993, 35-40.
- Moirand 2003** : Moirand S. Quelles catégories descriptives pour la mise au jour des genres du discours ? Conférence donnée aux journées scientifiques sur *les genres de l'oral*. <http://gric.univ-lyon2.fr/equipe1/actes/journees_genre.htm>.
- Moirand 2004** : Moirand S. De la médiation à la médiatisation des faits scientifiques et techniques : où en est l'analyse du discours ? Colloque *Sciences, médias et société*, 15-17 juin 2004, Lyon : Ens-Lsh, <http://sciences-medias.ens-lsh.fr/article.php3?id_article=59>
- Mourlhon-Dallies 2005** : Mourlhon-Dallies F. L'interculturel, à tous les niveaux. // *Points communs* n°25, Chambre de commerce et d'industrie de Paris. Paris : 2005, 4-6.
- Rassinoux et al. 1993** : Rassinoux A.-M. et al. Analyse multilingue et représentation du contenu informationnel des textes médicaux, in Bouillon P. et A. Clas. (dir.) (1993) : *La traductique. Etudes de recherches de traduction par ordinateur*. Montréal : PUM, 1993.
- Régent 1992** : Régent O. Pratiques de communication en médecine : contextes anglais et français. // *Langages* 1992, N° 105, 66-75.

- Spillner 1992** : Spillner B. Textes médicaux français et allemands. Contribution à une comparaison interlinguale et interlinguistique. // *Langages* 1992, № 105, 42-65.
- Traverso 2002** : Traverso V. Rencontres interculturelles à l'hôpital: la consultation médicale avec interprète. // *Tranel* 2002, № 36, 81-100.
- Tosheva 2006** : Tosheva A. L'expression de la subjectivité à travers les verbes de perception visuelle dans les textes français relevant des examens cliniques et paracliniques. // *Mots, termes et contextes. Actes des 7es Journées scientifiques du Réseau LTT*. Paris : CPI, 2006, 497-507.
- Tosheva 2008** : Tosheva A. La modalisation subjective comme critère constitutif pour la typologie de textes médicaux relevant des études cliniques et paracliniques et dans une optique traductologique (domaines français et bulgare). // *Езикът, феномен без граници*. Варна: МУ, 2008.
- Van Hoof 1986** : Van Hoof H. *Précis pratique de traduction médicale (anglais – français)*. Paris : Maloine, 1986.
- Vion 2011** : Vion R. La modalisation. Un mode paradoxal de prise en charge. // *La prise en charge énonciative*. Bruxelles : De Boeck-Duculot, 75-92.
- Von Münchow 2010** : Von Münchow P. Langue, discours, culture : quelle articulation ? (1^{re} partie). *Signes, discours et sociétés* <<http://www.revue--signes.info/document.php?id=1439>>.