

## Les vocabulaires des spécialités médicales : pourquoi et comment les fabrique-t-on?

Amal Jammal

Volume 33, Number 4, décembre 1988

Symposium AILA 1987, Sydney

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/003248ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/003248ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

### ISSN

0026-0452 (print)

1492-1421 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Jammal, A. (1988). Les vocabulaires des spécialités médicales : pourquoi et comment les fabrique-t-on? *Meta*, 33(4), 535–541.

<https://doi.org/10.7202/003248ar>

# LES VOCABULAIRES DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES : POURQUOI ET COMMENT LES FABRIQUE-T-ON ?\*

AMAL JAMMAL

Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

En collaboration avec Robert Allard et Geneviève Loslier

D'abord le pourquoi.

Julien Green disait que la pensée vole et les mots vont à pied. Nous pourrions, par analogie, affirmer aussi que la science vole et la terminologie va à pied. Et d'un pas très lent, le pas de qui s'aventure sur un terrain peu connu. Car il est rare en effet que le terminologue se double d'un spécialiste du domaine scientifique dont il se propose d'étudier la langue. Il s'ensuit donc un écart temporel considérable entre les découvertes de la science médicale et la normalisation des mots chargés de les désigner. Un écart qui peut être source de nombreux problèmes. En effet, le temps que l'on essaie de normaliser l'expression par laquelle les scientifiques désignent une substance au rôle physiologique ou pathologique important, ou encore une technique nouvelle, et déjà l'on fait face à une pléthore de termes qui n'ont parfois en commun que la hâte de ceux qui les ont créés.

Nous donnerons comme exemple le cas d'une substance nouvellement identifiée, qui est sécrétée par l'oreille et qui semble jouer un rôle important dans l'hypertension artérielle. D'aucuns l'ont appelée *peptide natriurétique auriculaire* : « natriurétique » parce qu'elle provoque l'élimination urinaire du sodium et « auriculaire » parce qu'elle est sécrétée par l'oreille (la forme adjectivale d'oreille étant "auriculaire"). D'autres appellent cette même substance *facteur natriurétique atrial* : « facteur » parce qu'ils n'osent pas trop s'avancer sur la nature de la substance et « atrial » par emprunt à l'anglais pour qui oreille se dit *atrium*. D'autres encore l'ont appelée *peptide auriculaire natriurétique*, préférant nommer son origine avant son action, ou encore *facteur auriculaire natriurétique*... et ainsi de suite, toutes les combinaisons étant possibles.

Il en va de même des maladies ou des microorganismes. Plusieurs équipes de chercheurs travaillent actuellement sur le rétrovirus responsable du SIDA. On a découvert récemment que son matériel génétique — son génome — était variable. Nous pouvons parler, sans grand risque de nous tromper que, des deux côtés de l'Atlantique, naîtront des termes qui ne seront pas toujours concordants et qui donneront du fil à retordre aux terminologues, aux traducteurs et aux hommes de science eux-mêmes.

Comment d'ailleurs pourrait-il en être autrement ? Va-t-on exiger du chercheur d'attendre, pour désigner la « chose », que terminologues et spécialistes se rassemblent, analysent et tranchent ? De toute évidence, non ! Le chercheur tentera de communiquer les résultats de ses travaux en faisant appel aux ressources de son propre réservoir linguistique, qui ne sera pas nécessairement en tout point semblable à celui de son voisin. Et ainsi, les mots naissent, font leur chemin, sans se soucier de leur parenté, de leurs chevauchements, de leurs divergences et parfois de leur incongruité. Avec, comme résultat possible, l'ambiguïté, la redondance, la pseudo-synonymie, le faux-sens, voire le non-sens.

Oui, même le non-sens. Nous avons, pour notre part, entendu un épidémiologiste nous proposer sans sourciller, comme équivalent de l'expression anglaise *relative risk* (un terme de la langue épidémiologique), le mot *espérance* parce qu'il rejetait l'équivalent actuellement utilisé et qui est « risque relatif ». Rejet justifié d'ailleurs : l'expression, que ce soit l'anglaise ou la française, est fautive. En effet, qui dit risque, dit probabilité et, comme on le sait, une probabilité ne peut prendre que des valeurs allant de 0 à 1. Or, le soi-disant « risque relatif » peut être supérieur à 1 ; il ne s'agit donc pas d'un risque, qu'il soit relatif ou non. D'où la proposition d'adopter plutôt le mot *espérance*. Par malchance, il se trouve que le « risque relatif » mesure la possibilité de morbidité ou de mortalité dans une population donnée. Ce qui nous amènerait à dire, si l'on voulait mesurer le risque relatif du cancer dans une population par exemple, que « l'espérance de cancer » ou, mieux encore, que « l'espérance de mortalité par cancer », dans cette population est de tant. On pourrait prêter à notre épidémiologiste des intentions de génocide, ou croire qu'il a des actions dans une entreprise de pompes funèbres... Il n'en est rien ; il avait tout simplement construit son expression sur le modèle du syntagme « espérance de vie », donnant au mot *espérance* le sens qu'il a en mathématiques, c'est-à-dire celui de « valeur théorique la plus probable », et l'avait appliqué sans hésiter à la maladie et à la mort. La connotation ? Il n'en avait pas entendu parler et n'en avait cure.

Et le danger de ce genre d'improvisation est d'autant plus grand que la spécialité médicale est plus jeune et plus dynamique.

D'où la nécessité d'avoir, surtout pour les spécialités de constitution récente, des vocabulaires précis, signifiants, qui obéissent à la loi de la clarté, au respect de la langue et aussi, jusqu'à un certain point, à l'usage, afin de pas être « déconnectés » de la réalité. La conciliation de toutes ces exigences ressemble souvent à la quadrature du cercle. Car ces vocabulaires sont toujours produits pour ainsi dire « après le fait » et leurs auteurs se trouvent parfois dans l'obligation de combattre des termes inappropriés qui commencent déjà à prendre racine.

Or, il est extrêmement difficile, voire présomptueux aux dires de certains scientifiques, de vouloir déloger une expression qui s'est déjà implantée, quelque opaque ou bizarre qu'elle soit. Prenons l'exemple de l'expression anglaise *invasive technique* pour laquelle plusieurs équivalents ont vu le jour. Il s'agit de toute technique exploratoire ou curative dans laquelle on est obligé de rompre la continuité des tissus pour introduire dans l'organisme l'instrument d'exploration. Il est évident que « technique envahissante » ne convient pas ; « technique invasive » non plus, « invasif » n'existant pas en français. Alors, on a vu apparaître *technique sanglante*, descriptive mais éminemment laide, ou *technique traumatique* qui ne décrit pas exactement la notion, tout trauma n'étant pas forcément une rupture de la continuité des tissus. Certains ont proposé *technique effractive*, « effractif » étant dérivé d'effraction qui vient lui-même de *frangere* (briser, rompre). Qui tranchera ? Qui décidera s'il faut privilégier telle appellation au détriment de telle autre ? Peut-être le terminologue parce que son métier est de réfléchir sur ce type de problème, mais sa tâche ne sera pas aisée.

De plus, il peut arriver que les auteurs d'un vocabulaire médical soient obligés de tenir compte d'une certaine tendance, au risque d'être violemment critiqués par les tenants de la tendance adverse. Pour ne parler que de notre dernière expérience, celle du dictionnaire d'épidémiologie<sup>1</sup>, nous citerons l'existence de deux tendances : celle qui considère que l'épidémiologie ressortit avant tout à la statistique et qu'à la limite on n'a même pas besoin d'être médecin pour être épidémiologiste, et celle qui réfute cette allégation, en affirmant que l'objet de l'étude étant avant tout la naissance et la propagation des maladies, on ne peut s'y aventurer qu'après une formation médicale. D'où, selon que l'on privilégie l'une ou l'autre tendance, un choix orienté des termes à traiter.

Malgré toutes ces difficultés, il faut reconnaître que, contre la babélisation, une seule arme est possible : un vocabulaire raisonné et normalisé, dans lequel on exposerait les divergences existant entre les différents usages terminologiques, où l'on expliquerait les défauts des expressions à éviter et où l'on justifierait le choix du ou des termes à privilégier.

Mais comment fabrique-t-on ce type de vocabulaire, surtout si l'on n'est pas un spécialiste de la discipline que le vocabulaire est censé desservir ? Suffit-il à n'importe quel profane d'avoir fait de la terminologie et d'en connaître en gros les règles pour aborder un domaine où le signifié ne lui est pas familier ? Comment va-t-il nommer les notions ou les concepts s'il ne les connaît pas parfaitement ? La réponse est simple : tout seul, il n'y arrivera pas. La solution est donc la constitution d'une équipe formée au moins de deux terminologues familiarisés avec la langue médicale, et d'un spécialiste du domaine en cause. L'équipe ainsi formée devra en outre s'assurer la collaboration de spécialistes conseils, qui lui donneront, aux différentes étapes de son travail, leurs commentaires et les sons de cloche éventuels des différentes tendances.

Voici pour les artisans. Il reste à choisir les outils et les matériaux qui entreront dans l'élaboration du vocabulaire.

Il faut, en premier lieu, une **méthodologie rigoureuse**, soigneusement mise au point, qui éviterait aux auteurs du futur vocabulaire de commettre ou de perpétuer des erreurs pouvant nuire à la validité des définitions et des équivalents proposés. Une telle méthodologie pourrait comporter les étapes suivantes :

*L'étape de la conception de « l'arbre terminologique »* de la spécialité que le vocabulaire doit desservir. Il faudra en délimiter le tronc, les branches maîtresses et les ramifications secondaires.

Pour bon nombre de spécialités médicales, cette opération ne va pas de soi. Il existe en effet plus d'un champ d'étude où différentes spécialités se chevauchent et où les frontières sont mal définies. C'est ainsi que l'on ne peut songer de nos jours à étudier la rhumatologie sans faire une place importante à l'immunologie ; ou l'hématologie sans l'associer à la génétique ; ou encore l'endocrinologie en la dissociant de la neurologie. L'épidémiologie, pour sa part, touche à la fois à la microbiologie, à l'immunologie, à la démographie, à l'écologie, à la sociologie et, surtout, à l'omniprésente statistique. L'arbre terminologique, dans ce cas, risque d'être très touffu. Il n'en faudra pas moins l'illustrer avec toutes ces ramifications, quitte à l'élaguer par la suite si le manque de ressources impose des sacrifices.

En fait, il est presque certain que les auteurs du futur vocabulaire devront faire des sacrifices, car ils seront contraints de se soumettre à la loi fondamentale de l'économie, celle de la pénurie. Les ressources — de temps et d'argent — étant limitées, il leur faudra choisir. Choisir par exemple de s'en tenir uniquement à l'épidémiologie dans son sens le plus étroit ou d'inclure d'autres branches, comme la statistique, la démographie, la microbiologie ou même la sociologie qui est parfois nécessaire pour la compréhension de certains phénomènes morbides.

Vient ensuite *l'étape de la réunion du corpus* à partir duquel on constituera le futur vocabulaire. Ce corpus devra comprendre des ouvrages français ou anglais de bonne réputation, qui traitent du domaine à l'étude et qui sont de parution récente, afin que l'information qu'ils contiennent ne soit pas caduque. Cela pourrait être :

- ◆ les manuels d'enseignement les plus récents
- ◆ les revues spécialisées (toujours les numéros les plus récents)
- ◆ les comptes rendus de colloques qui traitent du sujet à l'étude

- ◆ certaines revues grand public offrant des articles de vulgarisation
- ◆ des ouvrages de référence (dictionnaires généraux et spécialisés), ne serait-ce que pour dépister les différences sémantiques qui se révèlent d'un auteur à l'autre.

Suit l'étape du *dépouillement de ce corpus*, pour le repérage et l'extraction de toutes les unités lexicales et de tous les syntagmes qui touchent de près ou de loin au domaine à l'étude. Il faudra les extraire avec ce que nous appellerions leur « gangue », c'est-à-dire leur contexte, qui aurait intérêt à être le plus large possible parce qu'il pourrait renfermer les descriptions nécessaires à la fabrication de la définition.

Ce travail de « ramassage » sera probablement long, il en résultera beaucoup de scories, mais il est indispensable si l'on veut s'assurer que l'on n'omet aucun trait sémantique important.

On se retrouve ainsi avec une liste de termes. Là encore, à cause du principe de la pénurie, il faudra probablement s'arrêter, compter ce que l'on a d'argent et de temps, pour évaluer le nombre de termes que l'on pourra traiter. Et ensuite faire un choix : faudra-t-il traiter uniquement les termes problèmes (appellations divergentes, faux synonymes, calques maladroits, emprunts injustifiés, etc.), ou les termes opaques, ceux qui ne semblent avoir aucun lien sémantique avec la notion qu'ils désignent, ou encore les termes les plus fréquemment utilisés ? Et qui fera le choix ? Le terminologue ? Pas tout seul en tout cas, parce qu'il n'aura pas toutes les données pertinentes en main. Il lui faudra donc dresser la liste de tous les termes qui lui semblent « techniques » et la soumettre en toute humilité au plus grand nombre possible de spécialistes — et en premier lieu au spécialiste membre de l'équipe —, en leur demandant d'accorder une cote à chaque terme, selon le critère de pondération qu'il leur aura indiqué (la difficulté, l'opacité ou la fréquence). Il pourrait y avoir ainsi des termes cotés A à traiter en premier, auxquels pourront s'ajouter, si l'argent et le temps le permettent, les termes cotés B, puis les termes cotés C et ainsi de suite. Inutile de préciser qu'il y aura beaucoup d'appelés et peu d'élus.

Une fois cette liste temporairement établie — temporairement parce qu'elle sera remaniée plus d'une fois en cours de route —, on rassemblera autour de chaque terme les contextes qui s'y rapportent et que l'on aura recueillis à l'étape du dépouillement. On aura ainsi, pour chaque terme, un certain nombre d'énoncés.

Commencera alors l'*étape de l'analyse*. Elle consiste à identifier dans tous les énoncés qui traitent d'un terme donné les descripteurs qui permettraient de rédiger une définition complète, claire, et surtout distinctive, de la notion ou du concept que le terme désigne, ainsi que toutes les données que nous appellerions « encyclopédiques » et qui pourraient contribuer à une meilleure compréhension de la notion.

Il est probable que, pour chaque terme, on se retrouvera face à des énoncés provenant d'auteurs différents, qui seront rédigés de manière différente et ne contiendront pas forcément la même information. S'impose alors une démarche double : analytique et comparative :

- ◆ analytique, parce qu'il faudra déterminer, dans un énoncé donné, quels sont les descripteurs pertinents, susceptibles de servir à la construction de la définition, et les ramener à leur expression la plus concise ;

- ◆ comparative, parce qu'il faudra comparer les descripteurs des différents énoncés, en les mettant en parallèle.

Peuvent alors se présenter plusieurs scénarios :

- ◆ Les descripteurs se recouvrent parfaitement : tous les auteurs disent la même chose.
- ◆ Les descripteurs sont complémentaires : ils serviront, si on les additionne, à rendre la définition plus complète.
- ◆ Les descripteurs divergent sur un ou plusieurs points : les auteurs du vocabulaire devront alors étudier ces divergences, les analyser, les mettre en évidence en un style clair, sous forme de remarques documentées et, le cas échéant, prendre parti en justifiant leur choix.
- ◆ Les descripteurs sont semblables mais s'appliquent à des notions différentes : là encore, analyse, explication des divergences, remarques et choix raisonné.

À titre d'exemple, pour la définition de la notion *promotion de la santé*, nous avons glané, dans divers ouvrages, un grand nombre d'énoncés, dont voici quelques-uns :

La promotion de la santé se définit comme étant le fait d'améliorer la capacité d'une personne à exercer une influence positive sur sa santé et sur son bien-être en général.

La promotion de la santé s'adresse à des individus sains et cherche à développer des mesures individuelles et communautaires pouvant les aider à développer des habitudes de vie susceptibles de maintenir et de rehausser leur état de bien-être.

La promotion de la santé consiste en un processus de revendication de la santé visant à établir comme norme sociale le fait que les individus et les organismes privés et publics contribuent à donner du support aux pratiques positives de la santé.

La promotion de la santé comprend des éléments de programmes et des services ainsi que le processus qui consiste à influencer le comportement humain et à affecter les environnements culturels et physiques.

La promotion de la santé se définit par l'effort orienté vers la réduction de comportements qui ne sont pas sains et vers l'amélioration de l'environnement physique et social.

Après analyse et comparaison, nous avons dégagé les descripteurs suivants :

— Démarche	(nature)	
— Maintenir la santé des individus		(objectif)
— Développer des habitudes de vies saines	mesures au niveau de l'individu	
— Combattre les comportements nuisibles à la santé		(moyens)
— Inciter la collectivité à soutenir les efforts des individus	mesure au niveau de la collectivité	

À ce stade, intervient l'*étape de la synthèse*. Les matériaux sont prêts pour la fabrication de ce qui sera une ébauche de définition. Il s'agit bien d'une « ébauche », car ici le conseil de Boileau « vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage » devient presque un impératif ; les définitions seront en fait remaniées à plusieurs reprises. Pour le moment, l'équipe a à sa disposition des éléments disparates dont elle devra faire la synthèse sous la forme d'une définition cohérente, concise mais néanmoins claire, ne donnant lieu à aucune ambiguïté.

Ainsi, pour reprendre l'exemple qui nous a servi à illustrer l'analyse, nous aurions, pour l'expression *promotion de la santé*, la définition suivante :

Démarche visant, par des mesures individuelles et collectives, à augmenter la capacité d'une personne saine à maintenir et à améliorer sa santé et son bien-être. Ces mesures doivent, d'une part, amener l'individu à développer des habitudes de vie saines et à combattre

les comportements qui peuvent être nuisibles à sa santé et, d'autre part, inciter la collectivité à assainir l'environnement physique et social de manière à soutenir les choix personnels favorables à la santé.

Idéalement, toutes les définitions devraient suivre un même « patron ». Par exemple, on pourrait s'efforcer, dans les définitions des maladies, de rédiger les descripteurs dans le même ordre : la cause de la maladie, son mécanisme pathologique, ses manifestations — signes et symptômes — et, éventuellement, son évolution. Ou encore, s'il s'agit de techniques ou de méthodes, décider de décrire d'abord la méthode, puis son objectif et enfin ses différentes applications. Encore une fois, il s'agit là d'une règle idéale, à laquelle on est souvent obligé de contrevenir, mais qui pourrait jouer le rôle de balises, évitant que la définition ne « fuie » dans tous les sens.

Dans le même esprit, pour éviter d'encombrer le corps de la définition et pour en rendre la lecture plus facile, on pourra être amené à créer une rubrique « remarques » qui viendrait à la suite de la définition mais qui s'en détacherait nettement. Sous cette rubrique, on pourrait énumérer tous les problèmes d'ordre linguistique (mauvais calques de l'anglais, emprunts injustifiés, entorses à l'intégrité syntaxique de la langue), ou d'ordre notionnel (confusion entre deux notions voisines mais non identiques, etc.) que l'on aura relevés dans les différents énoncés. Pourraient également y prendre place les données de nature « encyclopédiques » qui compléteraient l'information mais qui, si elles étaient incorporées dans la définition, la surchargeraient indûment. On peut ainsi mentionner les différentes nuances de la notion définie (exemple : sous *immunité*, mentionner que celle-ci peut être **passive** ou **active**, **individuelle** ou **collective**) ou encore indiquer la place qu'un élément occupe par rapport à d'autres éléments de même nature (exemple : pour *facteur déclenchant* d'un phénomène morbide, indiquer la place qu'il occupe dans la série chronologique des différents facteurs étiologiques qui aboutissent à la manifestation de la maladie).

À ce stade également pourra s'ébaucher, dans une série synonymique, le choix du terme vedette avec, comme premier critère par exemple, la fréquence de l'usage et, comme second critère, la transparence du signifiant. C'est aussi à cette étape qu'apparaîtront les faux synonymes, les appellations boîteuses, les vides terminologiques, etc., qui appelleront une mise en garde, et qui pourront figurer comme on l'a vu dans la rubrique « remarques ».

Vient ensuite *l'étape cruciale de la consultation*. Les ébauches de définitions qui déjà, cela va sans dire, auront été bâties avec le concours indispensable et l'aval du spécialiste membre de l'équipe, seront envoyées, par tranches, aux membres du groupe conseil. Ceux-ci les renverront enrichies de leurs observations et de leurs critiques.

Commence alors le travail d'intégration — ou de rejet — des commentaires, travail qui demande à la fois beaucoup d'humilité et beaucoup de doigté. Beaucoup d'humilité parce qu'il est toujours difficile de se détacher de ses convictions pour écouter et admettre celles des autres, et beaucoup de doigté parce qu'il faut rejeter sans brutalité, en s'en expliquant dans la rubrique « remarques », les propositions que l'on juge inappropriées. Car, à cette étape aussi, les possibilités sont multiples. Les observations peuvent être concordantes ; il faut alors les retenir, leur concordance même étant un gage de leur validité. Elles peuvent aussi s'ajouter et les auteurs du vocabulaire devront faire appel à leur jugement pour décider lesquelles seront retenues parce qu'elles sont pertinentes et lesquelles seront rejetées parce qu'elles leur semblent superfétatoires. Elles peuvent enfin se contredire (rarement, il faut l'avouer, mais cela s'est produit) et les auteurs devront décider qui a raison et qui a tort, le faire avec beaucoup de prudence sans toutefois mettre en danger la qualité du produit final.

Tout ce qui précède s'applique à la fabrication du vocabulaire unilingue. Dans le cas d'un vocabulaire bilingue, où les termes sont définis dans une langue, avec l'identification de leurs équivalents dans l'autre langue, les auteurs devront rechercher des ouvrages spécialisés, écrits dans la langue seconde et contenant des contextes définitoires, et procéder ensuite à la superposition des descripteurs pour établir les équivalences. Il leur faudra auparavant s'assurer de la fiabilité de ces ouvrages et s'informer de l'accueil qui leur a été réservé par les spécialistes du domaine. Même munis de cette garantie, les auteurs se retrouveront presque certainement devant d'autres genres de difficultés : celle du « vide terminologique » par exemple : à une appellation donnée ne correspond aucune appellation dans l'autre langue (exemple : *biotope*, terme français qui désigne un lieu déterminé dont les caractéristiques offrent à la population qui l'habite des conditions stables, propices à son existence ; ce terme n'a pas d'équivalent anglais) ; ils pourront alors proposer des ébauches de solution à condition qu'elles soient solidement documentées. Ou encore, deux termes distincts, désignant des notions différentes, ont un seul et même équivalent dans l'autre langue (exemple : *taux* et *vitesse*, termes qui, en anglais, n'ont qu'un seul équivalent : *rate*. On a ainsi *taux de mortalité* = *mortality rate* et *vitesse de sédimentation* = *sedimentation rate*). Ou enfin l'équivalent n'en est pas vraiment un ; c'est un faux ami parce qu'il ne désigne pas la même notion dans les deux langues (*a susceptible host* n'est pas, comme on le devine, un « hôte susceptible », celui dont l'amour-propre est facilement blessé, mais bien un *hôte réceptif*, celui qui est dépourvu de résistance devant un agent pathogène particulier), et ainsi de suite. Seul alors le recours aux auteurs des ouvrages de l'autre langue permettrait d'éclaircir les raisons de ces divergences et, avec beaucoup de chance, d'accorder les différents violons.

Car, en définitive, n'est-ce pas là l'objectif réel du vocabulaire : empêcher la cacophonie qui entrave la communication et ralentit le transfert de l'information ? Nous sommes justement à une époque où l'information peut contribuer à la solution de divers problèmes (que l'on pense seulement au SIDA), solution que le monde médical recherche parfois avec un sens de l'urgence de plus en plus aigu et de plus en plus dramatique.

#### Notes

\* Cet article est issu d'une recherche subventionnée par l'Office de la langue française et par le Comité d'attribution des fonds internes et de recherche de l'Université de Montréal. (Une version moins élaborée a été présentée au XI<sup>e</sup> Congrès mondial de la FIT, Maastricht, 20-27 août 1987).

1. A. Jammal, R. Allard et G. Loslier (1988) : *Dictionnaire d'épidémiologie, avec lexiques anglais-français et français-anglais*, Edisem (St-Hyacinthe) et Maloine (Paris).