

INTERPRETATION SIMULTANEE ET CONGRES MEDICAL: ATTENTES ET COMMENTAIRES.

BY

LIDIA MEAK

SSLM, UNIVERSITY OF TRIESTE

Introduction

Parmi les manifestations scientifiques de notre époque, le congrès médical est probablement l'une des plus fréquentes. Il n'y a désormais plus de ville, d'hôpital, de branche de la médecine, d'association de spécialistes, voire la Télévision, qui n'organise des rencontres scientifiques, et la présence de cliniciens étrangers devient un fait habituel dans toutes ces manifestations. Le recours à l'interprétation simultanée s'avère donc essentiel outre que fréquent.

Dans un mémoire de thèse sur l'interprétation simultanée des congrès de médecine (Galli, C., 1989) l'on soutient que l'interprétation simultanée dans les congrès de médecine comporte généralement moins de problèmes qu'une réunion non scientifique, pour des raisons d'ordre sémantique. Dans un domaine scientifique, en effet, le rapport entre signifiant et signifié ne comporterait pas toujours de problèmes. Les éléments anatomiques et physiologiques et les concepts de la science médicale présenteraient un certain alignement dans les différentes langues occidentales et ne devraient pas entraîner de graves problèmes de traduction. Le langage scientifique n'a pas de structures syntaxiques très complexes, et l'interprète peut en donner, la plupart du temps, une version presque littérale dans la langue d'arrivée. Mais n'oublions pas que l'évolution rapide et souvent bouleversante de la médecine moderne a entraîné une masse de nouveaux termes, le vieillissement d'autres, l'adoption ou l'adaptation de termes d'une langue étrangère, la création de "jargons" de plus en plus restreints à la spécialité à laquelle ils se réfèrent, et que, par conséquent, le congrès médical constitue, malgré tout, une épreuve que l'interprète ne sous-estime jamais.

Comment doit-il donc faire face à un auditoire très spécialisé et surtout très attentif? Beaucoup d'auteurs ont analysé les performances des interprètes, et en ont étudié le mécanisme mental

et linguistique afin d'établir les meilleures stratégies à adopter. Nous avons retenu qu'il fallait aussi définir quelle était l'information à transmettre aux auditeurs et avons décidé de renverser la démarche habituelle: d'interroger le destinataire du message, en l'occurrence le médecin qui participe à un congrès scientifique, pour savoir ce qu'il s'attendait d'une interprétation simultanée. A Trieste, d'ailleurs, on avait déjà considéré cet aspect, qui trop souvent échappe à une réflexion plus attentive: "...it is no longer sufficient just to think in terms of the source text passing through the interpreter to become the target text. After all, a target text must be targeted upon a specific audience and it is, therefore, necessary to involve, as a variable in the interpretation equation, the audience and the specific qualities of that audience. It is, therefore, the feedback from the "Rezipient" - which I wish to translate as "beneficiary" - which will affect the interpreter in his selection and discernment process. So, the formula is no longer simply "source text, interpreter, target text", it becomes "source text, interpreter, target text targeted upon a specific beneficiary", knowledge and awareness of whose specific requirements will, in turn, influence the interpreter in his choice of technique and, above all, in his choice of language." (Snelling, D., 1989, p.142).

Nous avons rédigé un questionnaire très simple que nous avons soumis à dix médecins italiens (indiqués par les lettres de A à L), spécialistes de différentes branches, ayant une bonne expérience de congrès internationaux.

Il s'agissait d'un psychiatre (A), un biochimiste (B), un médecin légiste (C), un cardiologue (D), un urologue (E), un pédiatre (F), un clinicien pathologiste (G), un pharmacologue (H), un chercheur biomédical (I), un biologiste (L).

Analysons leurs réponses, essayant d'en tirer des indications utiles pour une bonne interprétation.

Question N. 1

L'interprétation simultanée vous permet-elle de suivre un congrès médical dont vous ne connaissez pas les langues de travail?

Deux réponses (F et G) ont été franchement négatives, et la cause en a été attribuée à la qualité pas toujours bonne de l'interprétation simultanée (sensation que l'interprète ne comprenait pas toujours le sujet à fond; nécessité parfois de réélaborer ce qui a été traduit). Les autres réponses ont été en revanche nettement positives. Une réserve a été exprimée par (C), en cas de branches très spécialisées de la médecine (physiopathologie respiratoire, immunologie) qui présentent d'ailleurs des difficultés même pour les techniciens.

La question "un non-spécialiste peut-il communiquer à des spécialistes le savoir scientifique?" concerne directement les interprètes des congrès médicaux. Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur le "mystère" de la compréhension du discours technique chez l'interprète (Gile, D., 1986a). J.B. Quicheron, entre autres, observe: "Il est un paradoxe, les scientifiques ont besoin d'un non scientifique pour se comprendre (.....). L'interprète technique a besoin de connaissances techniques, mais elles ne sont pas celles du spécialiste. Récusons une idée largement répandue dans le monde scientifique selon laquelle seuls les spécialistes d'un domaine peuvent en assurer de façon satisfaisante l'interprétation". (Quicheron, J.B. 1986 p.16). Danica Seleskovitch précise: "...on peut comprendre les nécessités d'une anastomose sans savoir opérer ni même décrire l'opération, mais il faut un minimum de connaissances anatomiques pour comprendre ce qui en est dit...". (Seleskovitch, D. 1968 p.111). Des connaissances de base, donc, et une certaine compréhension du sujet traité seront indispensables pour que l'interprète puisse suivre le raisonnement du spécialiste, sans cependant en avoir la même préparation.

D'après les différentes réflexions enregistrées, nous pouvons conclure qu'une bonne interprétation simultanée représente une aide précieuse pour un congressiste qui ne connaît pas les langues de travail d'un congrès médical.

Question N. 2

Dans une interprétation simultanée, qu'est-ce qui vous dérange le plus:

- a) l'impropriété (mais pas l'erreur) des termes?
- b) le caractère incomplet des exemples ou leur omission?
- c) le caractère incomplet, l'omission ou l'erreur de chiffres ou de données?

Dites pourquoi et dans quelle mesure.

Les réponses à cette question ont été plus

complexes, probablement parce que les éléments de jugement étaient nécessairement divers. Par "termes impropres" nous n'entendons pas une erreur d'interprétation mais simplement l'emploi d'expressions peu scientifiques ou trop familières pour indiquer des pathologies ou des symptômes, ainsi que le recours de la part de l'interprète à des paraphrases banales ou maladroitement si le terme technique était momentanément insaisissable. Aucun des médecins interrogés n'a donné d'importance excessive à l'impropriété des termes, à laquelle ils seraient habitués dans leur pratique quotidienne avec les malades, et qui se limiterait à donner la mesure de la familiarité de l'interprète avec les sujets traités (F). Ils ont presque tous ajouté que si les imprécisions deviennent trop fréquentes elles causent déconcentration chez l'auditeur, trop souvent obligé de reconstruire le message transmis. Daniel Gile avait fait la même constatation: "L'observation et l'interrogation des délégués montrent que ces derniers rétablissent spontanément dans leur esprit le sens de certains de ces termes, parfois inconsciemment, mais dans d'autres cas, ces tactiques entraînent une perte d'information réelle." (Gile, D. 1986b).

Ces observations nous reconduisent à la préparation de l'interprète, et par là à ses différentes sources de documentation: glossaires et lexiques personnels, rédigés sur le terrain et tenant compte de l'usage des mots, des expressions typiques, des xénismes, des barbarismes, sans oublier la prononciation des mots latins, des sigles, des acronymes, des formules chimiques, etc.; documents de conférence, ouvrage de référence, dictionnaires spécifiques (Gile, D. 1985).

Qu'il nous soit consenti de reporter ici quelques phrases de la préface à l'édition italienne du "dictionnaire des termes techniques de médecine" (Garnier, M., Delamare, V. 1974), écrit par le prof. Giovanni Panzera. En parlant du but du dictionnaire, qui est celui de donner à ceux qui pratiquent la science médicale "quella penetrazione lessica in linguaggio per molti remoto e ostico", il affirme: "Questo intento si realizza comprendendo nel dizionario non solo quei vocaboli di stretta natura medica, ma allargando l'inclusione a tutti quei termini, appartenenti ad altre discipline, che proprio perchè utilizzati dalla Medicina che sempre più attinge dalle altre scienze per affinare e rendere efficaci metodiche diagnostiche e terapeutiche, entrano nella struttura del "frasario" medico". Il ajoute encore: "Questa concettualità ha permesso di includere nella edizione italiana alcuni termini appartenenti ad altre lingue e dalla nostra accettati nei congressi e nei simposi, ma

principalmente sanciti come universalmente non da un fatto accademico ma dal nostro parlare e scrivere quotidiano...". Le langage médical italien adopte volontiers et emploie couramment des termes étrangers, notamment anglo-saxons, dont certains se sont transformés en formes verbales, adjectifs ou substantifs (Galli, C. 1989 p.8). Un autre piège pour l'interprète est représenté par les noms propres. Il ne s'agit pas seulement des noms des orateurs, des Universités ou des Associations cités au cours de la conférence (Gile, D. 1984a), mais surtout des nombreux éponymes qui prolifèrent dans la littérature médicale et qui n'ont pas une forme nécessairement identique dans les différentes langues (Van Hoof, H. 1986). L'écoute attentive sera encore une fois la meilleure source d'information pour l'interprète. Il lui arrivera de ne pas se rappeler instantanément du terme exact mais d'avoir la sensation de le connaître, de l'avoir entendu et "archivé" quelque part dans son cerveau. Il sera possible, par un mécanisme de la mémoire, ou par association d'idées, que l'interprète retrouve le terme correct. C'est ce que Danica Seleskovitch appelle "la réactivation de la mémoire passive" (Seleskovitch, D. 1968, pp. 80-81).

Le point b) de la question concerne la traduction des exemples et semble avoir suscité moins d'intérêt. Les commentaires ont été même divergents et s'adressaient aux orateurs plutôt qu'aux interprètes... "Trop d'exemples à l'appui prouvent que l'exposé n'a pas été suffisamment clair"; "L'interprète peut se limiter à en traduire un ou deux au maximum"; mais "Si l'exemple cité est unique il peut être déterminant, il faut donc le traduire". Le pédiatre (F), par contre, a été le seul à attribuer une certaine importance aux exemples. Cela dépend probablement du fait que ses petits patients n'ont pas la possibilité de s'exprimer et qu'il doit donc faire appel à son expérience et à celle de ses confrères! Les exemples ou les anecdotes représentent toujours un élément perturbateur (Crevatin, F. 1989 pp. 21-22) car ils contiennent des notions qui ne font pas partie du contexte du congrès (description de la vie ou de la profession du patient, de circonstances matérielles, ou bien souvenirs personnels, rencontres, études, etc.), ils sont exprimés en un registre de langue totalement différent de celui d'un exposé scientifique (familier: "moi j'ai dit... il m'a répondu..."; ou alors très soutenu en cas de citations classiques ou de descriptions lyriques de lieux ou de sentiments) et causent en tout cas une rupture dans le rythme de l'énoncé et nécessairement de l'interprétation. Encore une fois, l'interprète doit décider, choisir, selon les circonstances et selon

l'auditoire. Ne pas priver d'une touche de couleur un exposé de par sa nature aride, s'adapter, sans exagérer, à ces bonds de style qui reflètent, qu'on le veuille ou pas, la personnalité de l'orateur...

Le point c), la troisième partie de la question N.2, a suscité des réactions très intéressantes. Tous les interviewés se sont montrés critiques à l'égard d'une interprétation imprécise et incomplète de chiffres et de données. Celles-ci représentent la partie la plus délicate d'un exposé scientifique et sont généralement suivies avec beaucoup d'attention. Si les imprécisions sont trop fréquentes, il y aura une perte d'information et la crédibilité de toute la traduction sera compromise. L'interprète qui perd la confiance de son auditoire aura beaucoup de peine à la reconquérir. Si l'interprète n'a pas de texte écrit afin de pouvoir repérer et reproduire rapidement les chiffres, il devra s'efforcer de suivre sans trop de retard l'énoncé de l'orateur. Il devra éviter de surcharger sa mémoire avec des notions non essentielles pour la concentrer sur les chiffres: éliminer donc toute redondance, tout commentaire évident, renvoyer les observations indispensables et plus facilement mémorisables après l'énoncé numérique, et réduire au minimum le décalage entre l'énoncé de l'orateur et le sien.

Question N. 3

Est-il important de connaître la fonction, le ou les titres de l'orateur, le centre hospitalier où il travaille ou il a travaillé, l'amitié qui le lie au modérateur, les réunions auxquelles il a déjà participé, l'Institution à laquelle il appartient? (Indiquer pourquoi et dans quelle mesure ou dans quelle circonstance).

Nous avons voulu poser cette question parce que les titres universitaires, les charges et les fonctions d'une personne, l'organisation sanitaire d'un pays n'ont pas toujours d'équivalents d'une langue à l'autre, et posent donc des difficultés de traduction. Difficultés qui ont été d'ailleurs reconnues par la plupart des interviewés, qui auraient même suggéré aux interprètes soit de préparer soigneusement la traduction à l'avance, soit de laisser la version originale, accessible aux plus informés.

Il est intéressant d'observer les différentes motivations qui sont à la base des réponses. Exceptions faites pour deux médecins, (E) qui n'a pas manifesté d'intérêt pour les titres de l'orateur, et (F) qui a affirmé qu'en général on les connaît déjà, tous les autres les ont considérées comme une information qui permet de mieux définir la personnalité de l'orateur, d'en apprécier la carrière, d'en qualifier le niveau. Pour les Italiens, par exemple, les fonctions remplies par un médecin représenteraient le résultat de ses

études et de sa carrière. Certes, l'énumération des titres flatte énormément l'intéressé, mais l'utilité de les traduire dépend de sa notoriété. Il sera probablement superflu d'égrener les titres et les mérites d'un...Christian Barnard devant un auditoire de spécialistes, alors qu'il peut être non seulement utile, mais parfois déterminant, dans un sens ou dans un autre, de savoir de qui a été l'élève ou dans quel courant de pensée s'est formé le jeune médecin inconnu qui va prendre la parole. Une observation nous a fait réfléchir qui peut être indicative pour l'interprète: (H) affirme qu'il est important surtout de savoir dans quel centre hospitalier l'orateur, travaille ou a travaillé, parce que du niveau scientifique et de l'approche méthodologique de cet établissement ont peut déduire la valeur des cas présentés et la fiabilité des données collectées.

Cette analyse nous fait comprendre qu'en plus d'un problème technique de traduction, l'interprète a un problème de choix de l'information à transmettre.

Question N. 4

Dans un tableau quelles sont les données qu'il est indispensable d'indiquer?

Les données statistiques, les tableaux, les graphiques constituent la partie prépondérante d'un congrès de médecine. Ils sont généralement projetés sur un écran et presque toujours lisibles. Les tableaux, bien entendu, parlent seuls et retiennent l'attention visuelle, mais ont besoin d'être accompagnés d'une explication. C'est sur le but du tableau, sur les unités de mesure, sur la signification de certaines définitions, sur l'enchaînement des commentaires que devra se concentrer l'interprétation. Presque toutes les réponses reçues le confirment. La dernière considération (L) nous apparaît particulièrement intéressante: si l'orateur entend attribuer une fonction didactique aux tableaux ou graphiques qu'il présente, il soulignera lui-même les données les plus significatives et insistera plus longtemps sur telle description ou tel autre résultat.

Question N. 5

Lorsqu'on commente un film (par exemple une intervention chirurgicale) ou une série de diapositives, qu'est-il indispensable de traduire? "Pour ce qui concerne un film, il est bien de souligner les temps, la succession des actes. Les anticiper, si possible. Les diapositives devraient contenir peu de données et des diagrammes très clairs." Cette première réponse résume un peu toutes les autres: "Il est indispensable de traduire tout ce que fait le médecin"; "Il est indispensable de traduire tout ce qui se passe sur l'écran"; "Il est indispensable de commenter les données techniques du film"; "Il est important que soient traduites les manoeuvres particulières (par

exemple, en cardiologie)"; et ainsi de suit... L'impression que nous avons eue, c'est que la partie descriptive, c'est-à-dire le commentaire est absolument importante. Pour certains, en effet, la connaissance des langues est bonne au niveau technique, mais plus faible quand il s'agit de suivre un commentaire ou un raisonnement. C'est dans ce sens que l'interprétation devient indispensable pour permettre d'établir les justes connexions entre les idées exposées par l'orateur ou le commentateur du film ou des diapositives. En cas de films très techniques (C) insiste sur la nécessité de tout traduire. Puisque le contrôle visuel est immédiat, l'interprète doit nécessairement posséder de très bonnes connaissances techniques. (H) recommande une traduction très concise, limitée aux données indispensables, pour éviter toute distraction et déconcentration. (L) propose que l'orateur et l'interprète se mettent préalablement d'accord sur les parties à souligner ou à omettre.

Nous pouvons donc conclure que l'interprétation de films est suivie toujours avec attention, que le raisonnement qui conduit à l'acte médical ou opératoire est extrêmement important, et que l'anticipation souhaitée (A) - impossible dans le cas de descriptions techniques, bien que réalisable dans des discours d'autre nature - signifie ici probablement le moins de décalage possible entre les images de l'écran et l'interprétation du commentaire.

Question N. 6

Y a-t-il des branches de la médecine qui nécessitent une précision particulière?

Presque toutes les réponses indiquent l'immunologie comme la branche qui demande une extrême précision, suivie par l'endocrinologie, la biochimie, la cardiologie, la neurochirurgie, et en général par toutes les branches où les résultats sont exprimés en unités de mesure très petites. L'immunologie, la génétique et le laboratoire présentent, en plus de cette difficulté, un jargon particulier souvent incompréhensible pour les non initiés. Une préparation préalable, spécialement approfondie, des textes à disposition, et si possible un "briefing" seront indispensables à l'interprète.

Une autre circonstance qui demande également la plus grande précision semble être le débat. Il représente pour tous les interviewés, le moment le plus intéressant et attendu du congrès, l'occasion de confronter des thèses diverses, de poser des questions, de manifester des doutes, des approbations, des avis contraires. Le dialogue qui s'instaure entre l'orateur et l'intervenant se fait par l'intermédiaire de l'interprète, qui devient lui-même partie de ce dialogue à trois voix. La preuve de sa clarté et de sa précision est

immédiate quand les interlocuteurs se comprennent.

L'importance qui a été attribuée au débat doit rendre l'interprète très conscient de sa responsabilité en ce moment délicat et difficile de la séance.

Question N. 7

La rapidité constitue-t-elle un facteur de dérangement, nuit-elle à la compréhension ou ne joue-t-elle aucun rôle?

Nous nous serions attendus à un tollé général contre les discours trop rapides qui représentent un véritable écueil pour tous les interprètes! Alors que la réaction n'a pas été unanime. Quatre médecins (B, E, F, G) ont répondu que la rapidité d'élocution n'avait aucune importance, qu'elle ne les dérangeait pas. Quatre autres (A, H, I, L) ont admis que la vitesse cause une perte de compréhension. Un autre (C) a suggéré de résumer plutôt que de laisser des phrases inachevées. Un seul médecin (D) a réagi avec véhémence à la question, en déclarant qu'on a du mal à suivre un discours non seulement quand il est trop rapide mais aussi quand il est trop lent.

Nous sommes donc devant des opinions très diverses, qui dépendent probablement de l'expérience de chacun, du type de congrès suivis, et de la capacité individuelle de concentration. Pour l'interprète la vitesse cause toujours des problèmes (Gile, D. 1984b p. 20), et à plus forte raison dans un contexte scientifique où non seulement les notions à saisir et à transmettre ne font pas partie de son contexte habituel, mais où les termes et les données sont difficilement mémorisables. N'oublions pas que l'interprète dépend du rythme de l'orateur sans en avoir la même forme mentale et sans partir des mêmes présupposés pour développer une information. Dans sa réponse, (C) suggère de résumer plutôt que de laisser des phrases inachevées. Dans les limites du possible, c'est la tactique à adopter (Galli, C., 1989, p. 110), tout en admettant que devant certaines rafales de paroles, même l'interprète le plus expérimenté reste impuissant.

Question N. 8

Les conclusions sont-elles facilement prévisibles ou sont-elles importantes?

Les conclusions sont toujours importantes, c'est l'avis presque unanime tiré de cette interview. Elles auraient moins d'importance, selon (G) dans le seul cas où elles s'avèreraient être une répétition de choses déjà dites, mais l'interprète pourrait s'en apercevoir uniquement pendant qu'il est en train de traduire. Il pourrait en être facilité, se permettre éventuellement de résumer, mais jamais de s'abstenir de traduire un énoncé dont il n'est pas responsable. Il a été observé (C) que parfois les conclusions ne sont

pas cohérentes avec le déroulement de l'énoncé (l'orateur a dû accélérer, sauter des passages, résumer), et qu'elles sont par conséquent écoutées avec beaucoup plus d'attention.

De toute façon, la phase conclusive d'un exposé représente le moment où l'attention générale, parfois distraite durant la présentation, se réveille. L'interprète peut être sûr qu'en ce moment tout l'auditoire est à l'écoute, car les considérations conclusives donnent la mesure de la qualité de l'exposé et constituent souvent le point de départ du débat successif.

Question N. 9

Les abréviations sont-elles compréhensibles ou exigent-elles absolument une traduction?

Il arrive rarement aujourd'hui d'entendre ou de lire un texte de sujet médical sans rencontrer de nombreux sigles qui remplacent des définitions et se rapportent à des substances chimiques, des maladies, des hormones, des enzymes, des examens de laboratoire, des médicaments, des appareils diagnostiques, etc. Quelques-unes de ces abréviations datent de très longtemps (TBC pour tuberculose ou RX pour Rayons X), mais la plupart appartiennent à notre génération (Farina, A. 1984). Notre question sur la traduction des abréviations et des sigles a donné lieu à des considérations diverses et parfois opposées. Trois des médecins interrogés (B, D, I) estiment que la traduction est nécessaire; quatre (A, C, G, H) jugent qu'il est préférable de répéter la version originale, puisque les spécialistes généralement la comprennent; deux (E et F) admettent que les abréviations anglo-saxonnes sont compréhensibles pour les Italiens, alors que sigles et abréviations françaises demandent la traduction; le dernier (L) propose qu'elles soient traduites au moins une première fois, au début. Retenons deux réflexions qui nous semblent significatives: "L'erreur est de toute façon justifiée (C)" et "L'interprète ne peut pas connaître tous les sigles (G)".

D'après ces réponses, nous constatons que l'auditeur italien a plus de mal à reconnaître les abréviations énoncées en langue française. Le langage médical italien, en effet, a tendance à conserver les sigles et abréviations anglo-saxonnes. En France, pour lutter contre l'influence de l'anglais dans le langage médical, il a été formé un "Comité d'Etude des Termes Médicaux Français" appelé "Clair-Dire" dont le but principal est de fournir des équivalents français aux anglicismes le plus fréquemment rencontrés dans la littérature médicale de langue française.

Considérations Conclusives

Le dernier point du questionnaire était réservé

à des commentaires, des suggestions ou autres observations, qui nous ont permis de compléter notre analyse et d'avancer des conclusions.

Le congrès médical a été reconnu sans aucun doute comme une manifestation très importante, à laquelle un médecin participe pour des raisons différentes (intérêt scientifique, mise à jour de ses connaissances, nécessité de carrière, occasion de rencontres utiles...). Ces motivations expliquent la diversité de réaction de chacun aux questions posées. La tâche de l'interprète a été jugée avec rigueur et compréhension à la fois. Quelqu'un a reconnu: "Les médecins ne se rendent pas compte des difficultés que peut avoir un interprète quand il traduit." Plusieurs ont admis que "l'interprète devrait avoir préalablement les textes à sa disposition, car on ne peut pas prétendre qu'il improvise une matière si difficile". Une "prise de conscience", pour employer une expression à la mode, que nous aurions suscité avec notre questionnaire?

Contrairement à l'idée que l'on pourrait se faire, presque tous les médecins ont montré une certaine indulgence à l'égard de l'interprète qui ne connaît pas exactement tous les termes techniques, se révélant plus exigeants quant à ses connaissances globales du sujet traité. Cela nous reconduit encore une fois à la préparation de l'interprète, dont nous voulons résumer les principes en reportant ce que Jean Herbert affirmait dans le premier livre publié sur l'interprétation de conférence, en 1952: "Sauf rarissimes exceptions, on ne peut bien interpréter que ce que l'on comprend intelligemment. Il est impossible de traduire un discours sur l'extraction du charbon sans savoir comment fonctionne une mine ou un débat technique sur les armes atomiques sans avoir quelques notions de physique nucléaire". (Herbert, J., 1952, p.34).

Les résultats de cette enquête n'ont aucune valeur statistique, étant donné le nombre limité des médecins consultés et le caractère général des questions posées. Ils représentent plutôt une tentative de sondage des réactions d'un auditoire spécialisé, motivé et avec des exigences spécifiques. Il appartient désormais à chacun de nous d'en tirer un enseignement, de transformer les observations reçues en indications utiles pour une meilleure interprétation, pour élaborer des tactiques peut-être différentes de celles normalement adoptées, pour changer éventuellement de stratégie devant certaines difficultés dont nous avons pu comprendre l'importance (ou la non importance).

Les considérations et les réponses des médecins interviewés se sont avérées tantôt prévisibles, tantôt surprenantes; elles étaient en

tous cas sincères et dépendaient de l'expérience personnelle de chacun. Elles nous ont servi de fil conducteur. En réfléchissant sur ces questions et ces réponses, des problèmes auxquels peut-être on n'aurait même pas songé, se sont présentés à notre attention.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CREVATIN, F. 1989 Directions in Research towards a Theory of Interpretation, in Gran & Dodds (eds), *The Theoretical and Practical Aspects of Teaching Interpretation*, Udine: Campanotto.
- FARINA, A. 1984 *Dizionario delle Sigle Mediche*, Raffaello Cortina Editore, Milan, Via Rossini 4.
- GALLI, C. 1989 *L'interpretazione simultanea nei congressi di medicina - Un contributo sperimentale*, Mémoire de Thèse (non publié), SSLM, Université de Trieste.
- GARNIER, M., DELAMARE, V. 1974 *Dizionario dei termini tecnici in medicina - 3a Edizione italiana a cura del prof. Giovanni Panzera*, Soc. Ed. DEMI - Rome.
- GILE, D. 1984a Les noms propres en interprétation simultanée - *Multilingua* 3-2 pp. 79-85.
- GILE, D. 1984b Des difficultés de la transmission informationnelle en interprétation simultanée, *Babel* 30-1 janvier.
- GILE, D. 1985 Les termes techniques en interprétation simultanée *Meta* 30-3 septembre, pp. 200-210.
- GILE, D. 1986a La compréhension des énoncés spécialisés chez le traducteur: quelques réflexions, *Meta* 31-4, pp.363-369.
- GILE, D. 1986b Le travail terminologique en interprétation de conférence, *Multilingua* 5-1, pp. 31-36.
- HERBERT, J. 1952 *Manuel de l'Interprète*, Georg S.A. - Genève.
- QUICHERON, J.B. 1986 L'interprète et les obstacles inhérents au multilinguisme, *Multilingua* 5-1, pp.15-19.
- SELESKOVITCH, D. 1968 *L'interprète dans les conférences internationales* - Paris, Minard - Lettres Modernes.
- SNELLING, D.C. 1989 A Typology of Interpretation for Teaching Purposes, in Gran & Dodds (eds) *The Theoretical and Practical Aspects of Teaching Interpretation*, pp. 141-142, Udine: Campanotto.
- VAN HOOFF, H. 1986 Les Eponymes médicaux: essai de classification, *Meta* 31-1 Mars.