

**Apport des méthodes terminologiques à la construction  
de brochures d'information santé.  
Etude d'un corpus (diabète, hypertension, obésité)**

Marie-Pierre Mayar

*Centre de Terminologie de Bruxelles (Institut Libre Marie Haps – Haute Ecole Léonard de Vinci)*

**A. INTRODUCTION**

Les maladies chroniques sont désormais la principale cause de mortalité et d'incapacités dans le monde et affectent de plus en plus les populations des pays en développement comme celles des pays développés.

Afin de combattre cet état de fait, de nombreuses tentatives d'information et d'éducation ont vu le jour. Un des aspects de ce combat consiste en la rédaction et la diffusion de brochures explicatives auprès des patients, en particulier, et du grand public, en général.

Or c'est de la clarté et de la pertinence du message délivré que dépendra essentiellement la qualité des résultats obtenus. Une telle communication doit faire l'objet de soins attentifs et disposer d'outils de rédaction performants.

Il nous a donc semblé utile d'aborder dans l'espace de la proche Francophonie (Communauté française, France, Suisse, Luxembourg) l'étude, terminologique et phraséologique, de brochures d'information et de prévention relatives à quatre de ces sujets : le diabète, l'obésité, l'hypertension et le tabagisme.

Les sujets abordés dans ces brochures, comme tout sujet médical d'ailleurs, touchent au corps et à l'image que le lecteur a de lui-même et de son avenir. Ils sont donc psychologiquement et sociologiquement complexes.

L'élaboration de ce type de texte constitue en fait une discipline particulière de la rédaction technique, soumise à des modalités et un contexte très spécifiques.

Bien que l'éducation à la santé soit un domaine en plein développement, on constate que ses assises linguistiques ne semblent pas encore avoir été théorisées, en français, de façon systématique<sup>1</sup>, même si des cours et des formations en information/vulgarisation médicale ont commencé à voir le jour ces dernières années.

Il est évident que la rédaction technique est une discipline qui a déjà un long passé derrière elle, tout comme la vulgarisation scientifique. Toutefois il ne s'agit pas dans le cas des brochures qui nous occupent de vulgarisation au sens traditionnel du terme. En effet, l'objectif n'est pas simplement de mettre des connaissances scientifiques à la portée du commun des mortels. Il ne suffit pas d'opter pour une

---

<sup>1</sup> Le livre *Communication et promotion de la santé* réédité par l'asbl Question Santé en 2005 ne fait, par exemple, qu'une toute petite part aux problèmes linguistiques.

réduction, une concision, qui passera sous silence les nuances réservées au spécialiste et qui livrera au particulier une généralisation basée principalement sur la traduction lexicale de termes spécialisés et sur la disparition formelle de données. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'influer sur un comportement, d'être à la base d'une démarche et, éventuellement, de créer un lien. La communication patient-médecin n'est pas de la simple vulgarisation, elle comporte aussi une dose d'empathie par rapport aux savoirs et aux craintes du patient... Elle ne peut pas plus s'assimiler aux méthodes de rédaction de modes d'emploi ou de documents administratifs<sup>2</sup>...

Ces brochures, souvent disponibles dans les salles d'attente, sont un instrument de dialogue avec le médecin et de responsabilisation du patient. Le temps n'est plus au malade ignorant face au médecin tout puissant. A côté du discours informatif, nous avons donc aussi un discours didactique, assorti de ce que nous pourrions appeler, suivant le vocable actuellement usité, un discours « citoyen ». Diverses études<sup>3</sup> montrent que l'écrit permet aux lecteurs d'assimiler l'information à leur propre rythme et de s'y référer plus tard, qu'il renforce les points discutés en consultation ou qu'il peut servir d'aide au médecin débutant quant aux différents contenus à envisager avec le patient.

La toute grande majorité des documents traitant, de façon non superficielle, des aspects purement linguistiques de la rédaction de documents d'information du type brochure sont rédigés en anglais et ne sont donc pas directement transposables à un univers francophone. C'est ce que démontre d'ailleurs le *Guide méthodologique*<sup>4</sup> publié en France par la Haute Autorité de Santé en mars 2005, qui a procédé à une identification des documents méthodologiques français et étrangers sur le sujet.

Les documents en français s'attachent le plus souvent aux aspects relatifs à la qualité scientifique de l'information fournie et à son acceptabilité par les personnes auxquelles elle est destinée.

D'autres types de documents, comme le signale la Haute Autorité de Santé, s'attachent à l'étude de l'impact du texte produit par rapport aux objectifs spécifiques de telle ou telle brochure d'information. Sont alors traités l'audience, la couverture médiatique, les relais de diffusion, la perception du ou des messages clés ou encore la satisfaction des utilisateurs, qu'ils soient patients ou soignants.

---

<sup>2</sup> Nous nous devons à cette occasion de souligner l'existence du Bureau de conseil en lisibilité de l'IFA (Institut de formation de l'administration fédérale) et de la brochure *Ecrire pour être lu. Comment rédiger des textes administratifs faciles à comprendre ?* co-éditée par le Ministère de la Communauté française de Belgique et le Ministère fédéral de la Fonction publique de Belgique en 2000

<sup>3</sup> Citons notamment : Communication Canada (2003), *Pour des communications réussies. Trousse d'outils. L'alphabétisme et vous* ainsi que : DOUMONT D., MEREMANS P. (2001), *Améliorer la participation aux dépistages par lettres personnalisées et brochures ?* (Série de dossiers documentaires), UCL-RESO Unité d'Education pour la Santé, Bruxelles

<sup>4</sup> Haute Autorité de Santé (2005), *Guide méthodologique. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé*, HAS, Service des recommandations professionnelles, Paris

Les aspects linguistiques se retrouvent le plus souvent réduits à une brève liste de « recettes ». Jamais, à notre connaissance, il n'est fait mention de la présence indispensable d'un linguiste dans l'équipe de rédaction<sup>5</sup>.

Il nous a donc semblé opportun, vu ce contexte (absence de documents en français traitant des aspects purement linguistiques de la rédaction santé<sup>6</sup> et importance au sein de la société des pathologies présentées), de réaliser une étude appliquant à un corpus thématique clairement circonscrit un modèle de lecture issu des méthodes propres à la terminologie, et plus particulièrement celles relatives à la rédaction de définitions.

Nous avons tenté de déterminer si la langue, la logique et la cohérence du discours (mots et images) apparaissent suffisamment maîtrisées dans ces documents, et ce en dehors de toute considération de validation de la compréhension par le destinataire du document.

Les critères de sélection qui ont présidé à la collecte des documents étaient :

- L'obtention du document via un site Internet (téléchargement ou commande)
- La gratuité d'obtention du document (téléchargement ou envoi gratuit)

Notre recherche documentaire nous ayant permis d'obtenir un nombre très élevé de brochures (près de 200), nous avons été obligés, à chaque fois, de sélectionner une sous-thématique au sein de la thématique principale afin de pouvoir travailler sur un nombre raisonnable de documents compatibles entre eux.

Nos quatre domaines d'enquête étaient donc porteurs de statuts et d'identités différents et n'étaient pas nécessairement envisagés sous le même angle au sein de notre corpus.

## B. ANALYSE PAR DOMAINES

### 1. Diabète

#### *a. Autorité de la définition*

Le premier phénomène remarquable réside dans le fait que seule une brochure assoit l'autorité de sa définition en indiquant une référence, en l'occurrence l'OMS. Le lecteur se trouve, en fait, face à une citation entre guillemets, mais n'en découvre l'auteur qu'à l'issue de sa lecture. Mais, comme n'apparaît nulle part l'indication de ce qu'est l'OMS, cette information n'est guère pertinente pour le lecteur moyen.

---

<sup>5</sup> Le seul document répertorié à faire exception à cette règle semble être le projet *SOR Savoir Patient* traitant du cancer auquel a collaboré une terminologue.

<sup>6</sup> Une initiative à relever, dans un espace géographique plus lointain (Canada), est le Service de révision en style clair et simple (SRSCS) destiné aux professionnels de la santé, qui a vu le jour en octobre 1997 ([www.pls.cpha.ca](http://www.pls.cpha.ca)). Toutefois, comme l'indique ce site, le style clair et simple est une expression relative plutôt qu'absolue puisqu'il est fonction du public cible.

### ***b. Ancrage de la définition***

La majorité des brochures est d'accord pour déclarer que le diabète est une maladie.

Les brochures restantes préfèrent plutôt se centrer sur le fait qu'il s'agit d'une « anomalie », d'un « trouble », d'un « dérèglement » ou « d'une perturbation grave » du fonctionnement de l'organisme. La notion de « métabolisme » est alors régulièrement présente dans la définition.

Un seul document parle d'« état », tandis qu'un autre encore nous annonce qu'il s'agit d'une « affection chronique » et insiste ainsi sur l'aspect de permanence de cet état.

### ***c. Structure de la définition***

Toutes les définitions suivent le modèle classique :  $x$  (le diabète) =  $y$ . Une seule brochure suit le schéma inverse,  $y = x$ , et explique d'abord le phénomène en débutant sa définition par « glucose » pour conclure finalement : « voilà ce qu'est le diabète ».

Remarquons également qu'une autre brochure table d'abord sur l'explication du fonctionnement normal de l'insuline et passe ensuite à la description des problèmes rencontrés dans les diabètes de Type 1 et 2. La définition  $y$  est donc en fait *a contrario* et « éclatée » : « Chez une personne qui n'est pas diabétique, la quantité d'insuline produite par le pancréas s'adapte au taux de glucose dans le sang (qu'on appelle glycémie). La glycémie reste donc toujours plus ou moins stable ».

Une autre brochure présente, elle, sa définition avec une introduction et un développement descriptifs avant de passer à l'explication proprement dite du phénomène et conclure. Ainsi, la première et la dernière phrase du paragraphe définitoire disent-elles en fait la même chose sauf que, venant après une explication des causes de la maladie, les termes utilisés en conclusion sont plus techniques que ceux avancés initialement :

« C'est une maladie qui se caractérise par une mauvaise utilisation du sucre entraînant une augmentation de sa concentration dans le sang »

« Chez la personne atteinte de diabète, l'insuline ne fonctionne pas bien ou n'est pas secrétée en quantité suffisante. Il en résulte un excès de glucose dans le sang, appelé hyperglycémie ».

Il y a donc volonté de guider pas à pas le lecteur vers un niveau de scientificité plus élevé de ces connaissances.

### ***d. Définition numérique***

On constate que les unités utilisées ne sont pas les mêmes en Suisse et en France. La brochure suisse nous parle de « glycémie supérieure à 120 mg/dl (6,7 mmol/l) à jeun ou à 180 mg/dl (10 mmol/l) après un repas » tandis que la française se contente

de la formulation « le taux de glycémie excède en permanence 1,10 g. de sucre par litre de sang ».

L'information française est donc plus simple et directement compréhensible par le lecteur que l'information suisse puisqu'elle fait référence à des unités bien connues de tous, le gramme et le litre. Le mélange d'informations de la brochure suisse opacifie en effet quelque peu son propos, d'autant plus qu'aucun élément d'explication ne permet de comprendre ce qu'est « mmol » et comment l'on passe de 180 mg à 10 mmol... La présence de ces unités plus « scientifiques » offre toutefois l'avantage d'aider le lecteur à déchiffrer plus aisément certains rapports d'analyse médicaux.

On regrettera au passage le manque de rigueur de la brochure suisse où les valeurs ne sont pas identiques entre le texte et le pavé. Nous y trouvons aussi d'un côté la mention de « avant les repas » et de l'autre de « à jeun ». Or, ces deux notions ne sont pas nécessairement équivalentes...

Si nous poursuivons plus avant la lecture de nos brochures, d'autres surprises nous attendent au niveau des chiffres. Nous constatons par exemple que, pour une brochure belge, « La glycémie varie entre 60 et 110 milligrammes/décilitre de sang à jeun et elle se situe en dessous de 140 mg/dl deux heures après un repas ». De nouvelles questions se posent alors à nous : « Le fait que les valeurs soient différentes de celles de la brochure suisse serait-il dû à une mauvaise formulation de la définition ? La valeur de 180 mg/dl correspond-elle au taux immédiatement après le repas et non deux heures après ? Que signifie donc exactement l'expression « après un repas » de la brochure suisse ? »

### ***e. Traits notionnels : glycémie/hyperglycémie***

Il est étonnant de constater qu'un certain nombre de brochures font l'impasse sur l'explication, et même la mention, de la glycémie et n'utilisent que le terme « hyperglycémie ». Le lecteur déduira-t-il de lui-même que ce qui n'est pas excessif doit être dénommé en retirant le formant « hyper » ? Cette démarche ne nous semble pas nécessairement aller de soi. Et comment comprend-il le passage « phonétique » entre « glucose » et « (hyper)glycémie » ? La logique pratique ne le pousserait-il pas à dire qu'il souffre d'« hyperglucosie » ? C'est là que ***l'explication étymologique***, loin d'être pédante, pourrait trouver tout son intérêt et démontrer que l'enseignement des formants gréco-latins trouve toujours pleinement son sens dans notre société.

On peut par ailleurs constater que certaines brochures semblent utiliser des formulations un peu étranges. La volonté de vulgarisation est bien souvent louable, mais que signifie exactement « une élévation du sucre dans le sang » ? Si les termes « concentration » ou « taux » pouvaient sembler trop compliqués au rédacteur, il lui restait malgré tout le terme « quantité » tout à la fois clair et correct.

### ***f. Examen des parallélisme : diabète de type 1 et de type 2***

La majorité des brochures présentent les éléments permettant de définir à quoi correspondent les diabètes de Type 1 et 2.

Cependant, là aussi les conceptions et les types d'approche diffèrent.

Une brochure présente en un tableau les différences entre les deux types et examine de façon strictement parallèle une série de points.

Dans une autre, la structure, bien qu'*a priori* parallèle, ne présente pas des informations qui se correspondent de façon tout à fait logique.

#### Type 1

- Plutôt chez les enfants et les jeunes adultes
- Le pancréas ne produit plus ou pas assez d'insuline
- Difficile d'agir préventivement

#### Type 2

- Souvent le résultat d'une alimentation trop riche
- L'insuline n'agit plus efficacement
- Alimentation équilibrée et activité physique régulière permettent de réduire les risques du diabète.

La lecture de ce tableau ne nous indique pas chez qui se produit le Type 2 ni avec quelle fréquence. Nous ne pouvons pas non plus en déduire si le mode de vie a ou non un impact sur le Type 1. Nous n'avons, à ce stade, aucune idée sur la gravité respective de ces deux types, ni sur la façon dont on les traite, contrairement à la brochure précédente.

De plus, certaines mentions sont fort imprécises. Qu'est exactement une « alimentation trop riche » ? Cela veut-il dire « trop sucrée », « trop grasse », les deux ou autre chose encore ? Que veut dire « difficile d'agir préventivement » ?

Nous trouvons une autre approche dans une brochure luxembourgeoise, où les éléments fonctionnent l'un par rapport à l'autre. Ainsi le diabète de Type 2 « s'installe plus lentement » que celui de Type 1 « dont les signes évoluent vite ». L'assertion « le Type 1 n'est pas lié à une alimentation trop riche en sucres » sous-entend que c'est le cas du Type 2 où l'on fait mention d'excès de poids et d'alimentation déséquilibrée.

Le Type 2 y est également présenté comme le résultat d'un « mode de vie inactif », ce qui est une formulation inhabituelle. Une recherche rapide sur Google nous montre en effet qu'il existe plus de 21.000 occurrences pour « mode de vie actif », mais seulement une septantaine pour « mode de vie inactif », avec une prédominance d'attestations issues de documents canadiens. Faudrait-il y voir une ***influence documentaire*** ? Ou cette expression serait-elle typiquement luxembourgeoise, suite à une éventuelle ***influence de l'allemand*** ?

Enfin, ce document nous dit que le Type 1 est une maladie auto-immune, tandis que le Type 2 relève en partie de la « prédisposition génétique ». Nous pensons qu'un complément d'information relatif à ces deux notions aurait été le bienvenu étant

donné, entre autres, que les maladies auto-immunes sont en fait d'origine génétique. Nous trouvons donc ici en opposition un terme générique et un terme spécifique... Une brochure belge en recourant à un vocabulaire beaucoup plus général met tout le monde d'accord en déclarant qu'il s'agit d'une « prédisposition familiale ».

## **2. Hypertension**

### **a. Autorité de la définition**

Seules trois brochures se réfèrent à des organismes dans leur définition de l'hypertension.

Dans la majorité des cas, le flou semble être la règle et l'expression est impersonnelle. Cette volonté de neutralité, d'objectivité s'exprime aussi dans le recours à la voix passive ou à l'utilisation du pronom « on » :

- « le diagnostic d'hypertension artérielle est posé lorsqu'on mesure »
- « est considéré comme hypertendu »
- « des valeurs sont considérées comme normales »
  
- « il y a une hypertension artérielle »
  
- « quand la pression est trop forte, on parle alors d'hypertension »
- « on parle d'hypertension »
- « on dit que »
- « on considère que »
- « on parle d'hypertension artérielle (HTA) »
  
- « nous parlons de tension artérielle idéale si... »
  
- « un patient est hypertendu lorsque sa tension... »

### **b. Définition numérique**

Toutes les brochures ne mentionnent, ou du moins ne rappellent pas dans la définition de l'hypertension, quelles sont les valeurs de base. D'autres ne font pas la distinction entre valeurs optimales et normales.

Certaines sont plus précises, même si elles ne présentent pas l'ensemble des valeurs dans un tableau : « Nous parlons de tension artérielle idéale si la systolique est inférieure à 120 mmHg et la diastolique inférieure à 80 mmHg. Des valeurs systoliques entre 120 et 130 mmHg et diastoliques de 80 à 89 mmHg sont considérées comme normales à normales hautes".

Une brochure réussit le tour de force de ne jamais donner les valeurs de l'hypertension. En effet, le rapport 14/9 y est présenté comme une illustration de la façon dont s'expriment les chiffres de la tension sans qu'il soit dit explicitement à

quelle catégorie correspond ce rapport : « Pour les médecins, les chiffres de la tension artérielle s'expriment en millimètres de mercure. Ainsi, 14 correspond à 140 millimètres de mercure, alors que 9 correspond à 90 millimètres de mercure ».

### **c. Expression des valeurs : mercure**

On constate que la référence au mercure est **différente selon les pays**. On ne trouve ainsi aucune trace d'explication des valeurs par rapport au mercure dans les brochures belges. On y parle toujours de mmHg, sans préciser aucunement la signification de cette unité dont le sens reste donc opaque.

En France, par contre, on trouve les expressions « centimètres » ou « millimètres de mercure », mais « mmHg » n'est généralement pas utilisé, sauf dans deux documents :

« En pratique, la pression artérielle doit être exprimée en millimètre de mercure (mmHg), c'est-à-dire dans cet exemple 140/90mmHg »

« Pour les médecins, les chiffres de la tension artérielle s'expriment en millimètres de mercure. Ainsi, 14 correspond à 140 millimètres de mercure, alors que 9 correspond à 90 millimètres de mercure ».

Les Suisses semblent être les seuls à s'être souciés de savoir pourquoi l'on parlait de mercure : « Ces valeurs sont exprimées en millimètres de mercure (mmHg), que l'on visualise par la hauteur du mercure dans une colonne verticale. » Une autre brochure suisse fait encore mieux en expliquant que « La tension artérielle est indiquée en mmHg (mm = millimètres, Hg = désignation de l'élément mercure, en latin hydrargyrum) parce que la valeur mesurée avec les tensiomètres conventionnels correspond à la hauteur de la colonne de mercure. »

### **d. Prise de la tension. Traits notionnels : fréquence**

Au fil des brochures, il est possible de relever un certain nombre de paramètres importants de la prise de la tension, notamment sa fréquence, les conditions de repos de la prise, la présence d'un référent médical et la question de l'automesure.

La lecture des différentes brochures permet de mettre en relief que la prise de tension se doit d'être répétée, si l'on veut parvenir à poser un diagnostic réel d'hypertension. Cependant la formulation de cette vérité scientifique est fort variée et bien souvent imprécise :

B7 : « Toutefois un diagnostic d'hypertension maladie ne sera posé par le médecin que si ces chiffres élevés sont retrouvés *au cours de plusieurs consultations*. (...) *Après plusieurs contrôles*, votre médecin pourra juger s'il s'agit malgré tout d'une tension à traiter ».

B5 : « Le diagnostic d'hypertension artérielle est posé lorsqu'on mesure, *à plusieurs reprises*, une pression artérielle supérieure à 140/90 mm Hg. »



B2 : « Est considéré comme hypertendu un sujet adulte dont la tension est à *plusieurs reprises* supérieure à 140/90 mmHg. »

B1 : « Lorsque les valeurs restent trop élevées *en permanence* : alors on parle d'hypertension artérielle. »

F2 : « On considère qu'il existe une hypertension artérielle lorsqu'à *plusieurs reprises*, les valeurs (...). »

F1 : « Elle est définie *lorsqu'à plusieurs mesures, et au moins trois consultations*, les valeurs (...). »

F4 : « On parle d'hypertension artérielle (HTA) quand, à *plusieurs reprises, à quelques semaines d'intervalle, au repos*, la pression (...). »

F12 : « Un patient est hypertendu lorsque sa tension au repos *est régulièrement supérieure à 14/9 (1)* »

(1) prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations cliniques et données économiques ANAES, Avril 2000 : 1-130.

S1 : « On parle d'hypertension artérielle lorsque la tension artérielle est égale ou supérieure à 140/90 mm Hg *de manière soutenue*. Toutefois, pour diagnostiquer l'hypertension, une seule mesure isolée ne suffit pas. On ne parle d'hypertension artérielle que quand on a pu mesurer au moins à trois reprises pendant quelques semaines consécutives une valeur... ».

Notons ici l'usage, sans doute propre à la Suisse, de « soutenu » qui semble incongru pour un lecteur belge, mais correspond parfaitement à la définition qu'en donne le *Petit Robert* : « qui se soutient, est constant, régulier » : travail, effort soutenu ».

S6 : « Les directives internationales définissent l'existence d'une hypertension artérielle par une tension (...) *lors de plusieurs mesures*. Une seule mesure n'a pas de valeur significative suffisante. C'est pourquoi le médecin prend la tension artérielle *deux à trois fois de suite au cabinet médical et répète éventuellement les mesures lors de nouvelles consultations à d'autres heures de la journée*. »

On constate donc que malgré une volonté assez générale de précision, rien n'est en fait précis. Car que veulent dire « au cours de plusieurs consultations », « à plusieurs reprises », « lors de plusieurs mesures » ? Quel est, en fait, l'espace de temps qui se déroule entre ces consultations ?

Certaines brochures croient avoir trouvé « la » solution en indiquant « au moins trois consultations ». Mais à quel intervalle de temps ? D'autres encore indiquent : « à quelques semaines d'intervalle ». Pourtant, la notion de distance temporelle entre ces semaines est par essence particulièrement subjective puisque « quelque » est un adjectif indéfini...

Une brochure suisse semble toucher au but en déclarant « C'est pourquoi le médecin prend la tension artérielle *deux à trois fois de suite au cabinet médical et répète*

*éventuellement les mesures lors de nouvelles consultations à d'autres heures de la journée.* » On a là l'indication qu'il faut effectuer les mesures à plusieurs reprises ainsi qu'à divers moments, mais la mention exacte du laps de temps dans lequel ces mesures doivent être obtenues est malheureusement toujours absente.

Quelques brochures choisissent une autre voie et parlent de leur côté de « tension régulièrement supérieure » ou de « manière soutenue », mais ne parviennent pas plus à définir cette régularité. Faut-il mesurer la tension chaque fois que l'on va chez le médecin (mais là aussi chaque individu a un comportement différent et rend des visites plus ou moins nombreuses à son médecin) ou est-ce une question de jours ou de semaines ?

On constate, par ailleurs, que quelques rares brochures ne font absolument pas état de cette nécessaire multiplication des mesures et ne s'embarrassent d'aucun détail : « quand la pression est trop forte, on parle d'hypertension » ou « lorsque les valeurs restent trop élevées en permanence » ou « lorsque la tension mesurée chez le médecin atteint ou dépasse 140/90, on parle d'hypertension artérielle ». La simplification à outrance confine ici à l'erreur, potentiellement dangereuse pour le patient.

Une brochure évacue tout simplement le problème en décrétant que « la mesure de la tension artérielle au cours d'une visite médicale est le meilleur moyen de dépister une hypertension artérielle. »

Nous tiendrons finalement comme explication la plus précise celle de la brochure suisse qui déclare que la mesure doit être faite « au moins à trois reprises pendant quelques semaines consécutives » étant donné qu'apparaît là, pour la seule et unique fois, la notion de semaines qui se suivent...

### **3. Obésité**

#### ***Définitions textuelles***

La façon qu'ont certaines brochures d'introduire le sujet est intéressante dans la mesure où d'une approche subjective, le lecteur va être guidé vers une approche plus objective et scientifique et vers un schéma catégoriel net :

« Il faut donc d'emblée distinguer entre obésité réelle et surcharge pondérale. » (L1)

« Il faut d'emblée distinguer obésité réelle et surpoids léger. » (F1)

Pourtant si l'on examine la définition suivante : « La surcharge pondérale se définit en effet comme un excédent de masse grasseuse », l'on ne peut qu'être perplexe et se demander où réside la différence entre « surcharge pondérale » et « obésité » quand on la compare aux textes suivants : « L'obésité est généralement définie comme une accumulation excessive ou anormale de graisse dans le corps » ou « L'obésité correspond à une accumulation excessive de graisses dans l'organisme. »

Nous remarquerons, au passage, que ces assertions sont extrêmement génériques au point de vue de la localisation de la graisse et laissent la porte ouverte à des interrogations telles que : « Qu'en est-il de la graisse dans le sang ? ». La définition d'une brochure belge, mentionnant par ailleurs « graisses » au pluriel, on peut également se demander de quelles types de graisse il s'agit.

On constate donc qu'il existerait un **flottement de l'usage**, sans doute en dehors des milieux scientifiques et peut-être dû à un désir de variation stylistique ou de rapprochement avec le vocabulaire plus couramment utilisé par les lecteurs, au niveau des termes « surpoids » et « obésité » qui ferait que « surpoids » serait, dans un certain nombre de documents, considéré comme générique de « obésité » : « 10% environ sont de véritables obèses », « L'Organisation mondiale de la santé estime, à l'heure actuelle, que plus d'un milliard de personnes dans le monde souffrent de surpoids, dont 300 millions au moins sont obèses ».

D'autres documents nous mènent à une approche plus satisfaisante des éléments en jeu. Ainsi, « L'organisation mondiale de la santé définit l'obésité comme un excès de tissus graisseux entraînant des conséquences néfastes pour la santé », ou « Une personne est trop grosse quand elle a plus de graisse corporelle que la normale. Si la masse graisseuse est excessive au point qu'elle peut nuire à la santé, on parle d'obésité ».

On constate visiblement que ces deux définitions s'inspirent de la même source, qui a été adaptée différemment. La seconde tend à compliquer le propos en parlant à la fois de « graisse corporelle » et de « masse graisseuse » qu'elle ne définit pas et dont elle ne précise pas si elle les utilise ou non de manière synonymique.

Grâce à ces deux brochures, les éléments indispensables à une définition correcte sont enfin disponibles : la localisation de la graisse et le caractère pathologique de cette présence graisseuse. On remarquera toutefois que l'approche suisse se veut plus personnelle et proche du lecteur (« une personne est trop grosse quand ») que la française qui assoit sa définition sous l'autorité de l'OMS.

Le texte suisse nous pose également la question de savoir ce qu'est « la normalité » et nous renvoie au problème de la définition de la norme en matière de surcharge pondérale, qui est éminemment variable suivant les époques et les cultures. Ce document se montre ainsi moins scientifique, car moins basé sur des données purement médicales, que celui de l'OMS uniquement axé sur les conséquences néfastes.

## C. CONCLUSIONS GENERALES

Au terme de cette étude, nous pouvons considérer que les brochures analysées sont, dans l'ensemble, d'assez bonne qualité. Celle-ci peut cependant varier en fonction des thématiques concernées, des pays producteurs ou du type d'émetteur sans que nous puissions néanmoins en tirer des tendances significatives.

Toutefois, nous sommes obligés de constater qu'à côté de brochures qui pourraient presque être qualifiées de « modèles », nous avons également rencontré des documents qui semblaient s'ingénier à cumuler différents travers.

Cette liste d'insuffisances pourrait être dressée comme suit :

- le foisonnement d'informations est un obstacle à la bonne compréhension du message qui gagnerait à être allégé
- le niveau de connaissance scientifique du lectorat paraît souvent surestimé
- certaines notions, même de base, ne sont pas définies ou le sont plusieurs fois différemment
- le traitement des définitions manque de clarté et de cohérence
- des affirmations apparaissent contradictoires par manque de rigueur dans les termes utilisés
- l'utilisation des parenthèses explicatives est souvent non systématisée et peu cohérente
- les explications étymologiques font défaut
- la norme (terminologique ou chiffrée) est peu appliquée
- l'ambiguïté syntaxique est fréquente
- la logique dans l'organisation des idées est parfois déficiente
- la synonymie et la polysémie restent omniprésentes, ce qui entretient un certain flou dans l'esprit du lecteur
- les approximations sont nombreuses
- des affirmations, ou des absences d'informations, peuvent être porteuses de conséquences préjudiciables
- des niveaux de vocabulaire différents sont mélangés
- les situations de l'adulte, de l'enfant, de l'homme ou de la femme ne sont pas distinguées clairement
- les procédés graphiques de mise en évidence, nombreux et variés (incluant même la couleur), ne sont pas toujours exploités au mieux
- un soin plus grand pourrait être apporté aux illustrations
- la mise en page est parfois brouillonne et surchargée

Malgré une évidente volonté de pratiquer une « bonne communication » de la part des différents émetteurs, comment pourrions-nous expliquer ces lacunes qui handicapent parfois nettement la communication, et qui ne sont pas toujours le fruit d'un manque de moyens financiers ?

Sans doute par l'intervention d'auteurs non (suffisamment) formés à la communication/rédaction technique/scientifique ou au défaut de collaboration entre spécialistes du sujet et rédacteurs techniques ? Si l'auteur est médecin ou proche du monde médical, peut-être risque-t-il de se perdre dans des détails très techniques, si par contre il est journaliste, peut-être sera-t-il tenté de vulgariser à outrance ? Certains rédacteurs non spécialistes veulent-ils parfois se donner un certificat de « fiabilité » sur le plan scientifique en ajoutant des informations inutiles pour le lecteur, informations qu'ils n'ont pas toujours eux-mêmes parfaitement assimilées ?

Nous pourrions donc, en tout premier lieu, conseiller aux auteurs des brochures « santé », le respect de quatre consignes terminologiques de base :

- ◆ Eviter la polysémie et la synonymie : un terme ne devra jamais désigner qu'une seule notion et une notion sera toujours dénommée par un seul et même terme.
- ◆ Construire des définitions reposant sur l'analyse notionnelle de l'objet à définir, en établissant la liste exhaustive de ses caractères, ou traits notionnels, parmi lesquels on sélectionnera avec soin les caractères pertinents pour le public-cible visé.
- ◆ Considérer la définition non seulement au niveau de sa microstructure, mais aussi de sa macrostructure et du contexte général qui l'encadre. L'ensemble du texte doit être « en phase » avec la définition.
- ◆ Systématiser la logique, la cohérence et le niveau linguistique des informations données.

Les auteurs de brochures, telles que celles que nous avons analysées, peuvent en effet avoir l'impression de rédiger des textes plus riches, plus lisibles ou plus agréables s'ils varient les expressions renvoyant à une notion donnée. Pourtant, cette pratique, héritée de la rédaction de textes généraux, journalistiques, voire littéraires, n'a pas sa place dans le cadre d'une communication scientifique, fût-elle de vulgarisation. Le lecteur a en effet le droit de recevoir une information claire, précise et surtout non ambiguë. Une analyse préalable des notions et de leurs caractères, intrinsèques ou non, s'avère dès lors indispensable avant la rédaction de définitions ou le choix des termes à employer. Les brochures rédigées selon les recommandations ci-dessus seront peut-être plus brèves, plus répétitives dans les termes utilisés, mais elles auront le mérite de ne pas induire le lecteur en erreur ou de le plonger dans l'interrogation, ce qui est le moins qu'on puisse en attendre.

---