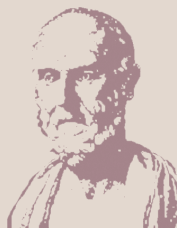


Juin 2018



Le Mensonge

J.P. Bounhoure
 Ch. Virenque
 T. Ginsbourger
 R. Tolédano-Attias
 Ch. Hebral
 L. Pietra
 E. Attias
 P. Léophonte
 D. Sicard
 J. Pouymayou



Manifestations cardio-vasculaires
 des substances récréatives

Kéraunopathologie et médecine
 kéraunique

Activité physique et Cancer

Site internet :
medecineetculture.com

Association Médecine et Culture :
 9, rue Alsace Lorraine
 31000 Toulouse
 Directeur de la publication :
 E. Attias

Sommaire

<i>Editorial</i>	4
<i>Jean-Paul Bounhoure</i> Manifestations cardio-vasculaires et substances récréatives	7
<i>Christian Virenque</i> Kéraunopathologie et médecine kéraunique	28
<i>Thomas Ginsbourger</i> Activité physique et cancer	45
<i>Réflexion collective sur la télésurveillance médicale d'aujourd'hui en France et visions pour demain</i>	69
<i>Ruth Tolédano-Attias</i> Le Mensonge : malaise et aliénation	85
<i>Laurent Pietra</i> Le mensonge comme action.....	102
<i>Charlotte Hebral</i> Mensonge littéraire. Une voie véritable	108
<i>Elie Attias</i> Mensonge et superstition	119
<i>Paul Léophonte</i> Huitième commandement et mensonge médical vertueux ou vérité annoncée	141
<i>Didier Sicard</i> L'étrange relation de la médecine et de la culture.....	155
<i>Jacques Pouymayou</i> Nouvelle : Le peintre et les architectes	163
<i>Les Livres</i>	171
<i>Nous remercions tous les intervenants</i>	181
<i>Sommaire de tous les articles de la revue</i>	185

EDITORIAL

Dr Elie ATTIAS

Nous sommes heureux de vous annoncer que nous disposons actuellement d'un site internet :

medecineetculture.com

Vous pouvez lire et télécharger tous les numéros de la revue Médecine et Culture depuis sa parution.

Quatre thèmes sont développés dans le *volet médical*. L'utilisation de substances psychoactives est associée à des risques divers, psychiatriques et neurologiques mais le risque de décès est dû particulièrement aux complications cardiovasculaires.

Par assimilation aux accidents électriques, on décrit des foudroyés, personnes qui sont décédées et des fulgurés, celles qui ont survécu à un coup de foudre. Pour traiter la pathologie qu'ils présentent, une pratique médicale se met en place : la médecine kéraunique.

La prévention d'un bon nombre de cancers, de leur survenue et de leur récurrence représente un véritable enjeu de santé publique où l'activité physique joue un rôle démontré par de multiples études scientifiques.

La télésurveillance médicale est un acte de télé-médecine qui « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires

au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à sa prise en charge.

Le *volet culturel* s'intéresse au *Mensonge*, une parole de mauvaise foi qui déforme la réalité et la remplace par une fiction, dans l'intention de tromper ou de produire une illusion provoquant le malaise dans les relations humaines. Mensonge et superstition font bon ménage. Selon la gravité du diagnostic ou la sévérité du pronostic, le mensonge par omission, participait de la dimension humaine de la médecine. Mais la loi relative aux droits des malades du 4 mars 2002 fait obligation de dire la vérité au patient : *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé*.

Bonnes vacances

Page de couverture : Pinocchio, une personnification du mensonge. Pinocchio by Enrico Mazzanti (1852-1910) – *the first illustrator (1883) of Le avventure di Pinocchio. Storia di un burattino* – colored by Daniel DONNA.

Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives

Pr Jean-Paul BOUNHOURE

Professeur à l'Université

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

A notre époque, les substances psychoactives sont l'objet d'une consommation croissante dans la population, de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte. Leur utilisation est associée à des risques divers, psychiatriques et neurologiques mais le risque de décès est dû particulièrement aux complications cardiovasculaires : troubles du rythme, troubles de la conduction, événements coronariens ou cérébraux, hypertension artérielle, choc et arrêt cardiaque. Les risques majeurs sont liés à certaines modalités de la consommation : consommation précoce, substances cardiotoxiques à doses croissantes, apparition d'une dépendance, cumul des drogues, association au tabagisme et à l'alcoolisme. La polyconsommation de drogues illicites entraîne des interactions particulièrement dangereuses.

L'addiction au cannabis

Le cannabis est la substance illicite la plus utilisée dans le monde et le nombre de consommateurs, occasionnels ou réguliers, est estimé à près de 200 millions d'individus. Nous référant aux chiffres communiqués par l'Observatoire Français des drogues et toxicomanies (OFDT) dans son rapport publié en 2013, il apparaît que 27% des sujets âgés de 15 à 70 ans consomment ou ont consommé du cannabis en le fumant (1). Ce sont

des consommateurs réguliers ce qui traduit la précocité des premiers usages. La consommation de substances psycho actives chez les jeunes est en constante augmentation et on estime à 1,2 millions le nombre de consommateurs réguliers dont près de 500.000 consommateurs quotidiens. Dans son dernier rapport annuel publié en Juin 2017, l'Observatoire européen des drogues a souligné la carence d'information en France dans les milieux scolaires, des risques d'addiction si la consommation est précoce. Il n'existe pas dans le cursus éducatif d'information sur les drogues dans les programmes officiels. Chez les jeunes Français les niveaux de consommation sont très élevés et nous avons le triste privilège d'être en tête des pays européens. Les consommations s'observent dès le collège entre la classe de cinquième et la seconde. L'usage régulier du cannabis touche 27% des adolescents âgés en moyenne de 17 ans particulièrement pour l'Ile de France, les régions du sud de la France, les banlieues des grandes métropoles. Dès 2006 l'Académie de médecine proposait de prodiguer des mises en garde pendant la scolarité en effet quand la consommation a débuté il est difficile d'obtenir son arrêt (2). En Février 2018, L'Académie décida de créer, vu l'acuité de cette difficulté un groupe de travail « drogues et adolescence ».

L'addiction au cannabis est un véritable problème de santé publique car cette addiction représente pour les jeunes une porte d'entrée à la consommation de drogues qui incitera à la prise d'autres toxiques plus dangereux. L'adolescence est une période révélatrice de vulnérabilité individuelle, de recherche de sensations nouvelles

pour affirmer sa personnalité et tourner la page de l'enfance. Adolescence et addiction sont donc fréquemment associées. L'addiction, terme d'origine latine très utilisé dans le monde anglo-saxon s'est substitué progressivement à celui de toxicomanie. L'*addictus*, le drogué a fait de son toxique son maître en une sujétion de type masochiste comporte la double idée de contrainte de corps et de dette. Actuellement vu la fréquence et la généralisation de son utilisation, le cannabis suscite de nombreux travaux permettant une meilleure connaissance du système endocannabinoïde de ses actions physiopathologiques très complexes (3). Les complications cardiovasculaires de cette addiction quoique peu nombreuses, compte tenu de la fréquence de l'utilisation du cannabis chez les adolescents et les sujets jeunes tels les adultes de moins de 40 ans doivent être connues.

Rappel sur le produit cannabis

Le chanvre indien ou *cannabis sativa* appartient à la famille des Cannabinaceae et se présente sous la forme d'un petit arbuste cultivé en Asie centrale, en Afrique, surtout au Maroc et en Amérique du sud.

Il est consommé sous trois formes :

- l'herbe ou marijuana qui inclut les feuilles, les fleurs, fumées soit seules soit mêlées au tabac. La teneur en principe psychoactif le delta 9-THC est variable dans le joint ou pétard ;
- la résine, séchée, agglomérée, compressée, le haschich, contenu dans des pâtisseries avec une teneur en THC supérieure ;

- l'huile, préparation plus riche en principe actif consommée au moyen d'une pipe qui peut contenir jusqu'à 70% de THC.

Le cannabis qui circule en France provient surtout du Maroc mais depuis quelques années un nombre croissant d'usagers et de revendeurs ont recours à l'autoculture. Cette pratique clandestine semble augmenter de façon continue en Europe et dans notre pays. En France se sont développés les « *grow shops* » permettant la culture en chambre, sous des lampes avec la possibilité d'acquérir facilement sur internet des semences de cannabis.

Jusqu'à ces dernières années le cannabis avait une faible teneur en THC (2 à 6%) mais depuis 10 ans, des sélections génétiques ont accru le taux de concentration moyenne en passant de 4 à 10% de tetrahydrocannabinol et dans la résine il peut atteindre 16%. Depuis 2008, déferlent sur le marché des spices, cannabinoïdes de synthèse, très puissants, dangereux, avec une teneur en 9THC pouvant dépasser 20%. Ces spices telles le K2 sont responsables d'accidents coronariens aigus et d'arythmies fortement chargés de 9-THC.

Le 9 THC, Tetrahydrocannabinol

C'est le principal produit psycho actif inscrit sur la liste des stupéfiants. Les effets de la drogue sont proportionnels à sa concentration qui a tendance à augmenter avec les nouveaux produits : la teneur moyenne en THC dans la résine est passée entre 2004 et 2012 de 4 à 10% avec la culture de graines sélectionnées dans des conditions optimales de lumière et de température. Après inhalation 20 à 50% du 9-THC présents dans la

fumée rejoignent la circulation générale. Les actions développées par le THC impliquent l'action des récepteurs spécifiques. Le système cannabinoïde comporte des substances exogènes responsables de l'effet psychoactif recherché par les consommateurs et un système endogène ou endocannabinoïde. Ce système régule la libération de plusieurs médiateurs, dont celle de la dopamine et module maintes fonctions physiologiques. Il implique des ligands, dérivés de l'acide arachidonique, en particulier trois molécules, l'anandamide, le 2-arachidonoyl-glycérol et l'arachidonyl glycerol ether, (noladine). Ce sont de véritables neurotransmetteurs, non stockés dans les vésicules présynaptiques mais élaborés à la demande dans les neurones et les astrocytes après stimulation des récepteurs. Leur action passe par deux types de récepteurs cannabinoïdes, ubiquitaires avec des localisations préférentielles selon le type de récepteurs :

- Les récepteurs CB1 prédominent au niveau cérébral, impliqués dans les effets psycho actifs. Leur localisation est importante au niveau du système limbique, amygdale, noyau accumbens, hippocampe, cervelet, cortex. Les récepteurs interviennent dans l'apprentissage, la mémoire, la récompense. En fait on en trouve aussi dans le cœur, les vaisseaux, les glandes endocrines, le foie

Ce récepteur joue un rôle dans les effets cardiovasculaires des substances cannabinoïdes. Les récepteurs CB2 présents en périphérie dans les cellules du système immunitaire, la rate, les monocytes les macrophages. Ce sont des récepteurs transmembranaires couplés aux protéines G inhibant la production d'adénylate cyclase intracellulaire. Le récepteur CB1 possède des actions

spécifiques, il module l'activité des canaux ioniques en augmentant la conductance des canaux potassiques et en diminuant celle des canaux calciques. Il active la voie de la protéine kinase augmentant la mitogénèse et l'apoptose. Des études récentes montrent que l'activation de ces récepteurs largement distribués dans le système cardiovasculaire modulent la fonction de divers éléments dans la paroi artérielle et peuvent contribuer à la pathogénie de l'athérosclérose... Ils sont impliqués dans la pathogénie des complications des maladies cardiométaboliques. Sur des modèles animaux ils inhibent la progression de l'athérome aortique en réduisant l'infiltration lipidique. En fait il ya un paradoxe du cannabis, dont l'inhalation peut déclencher des événements coronariens mais dont l'effet en dehors de l'inhalation pourrait être salutaire freinant l'athérogénèse (3).

Facteurs Psychologiques et sociaux

Chez les jeunes français, les niveaux de consommation sont actuellement très élevés. La consommation précoce favorise l'addiction et les troubles psychologiques. L'usage régulier du Cannabis est répandu parmi les jeunes en difficulté scolaire ou dans les groupes d'adolescents ou d'adultes se réunissant pour faire la fête, sous l'influence de pairs plus âgés qui initient à la drogue. En moyenne les premiers contacts avec le cannabis s'effectuent au niveau de la quinzième année, comme la première ivresse alcoolique. Si l'expérimentation est maximale chez les 15-25 ans elle décroît avec l'âge puisqu'elle ne concerne que 10% des plus de 40 ans.

Effets de l'intoxication aigue

Les effets psychoactifs sont bien connus. Dès 1845, dans sa thèse, le Dr Moreau de Tours les avait décrits : sensation de bien-être, exaltation non motivée, ivresse, perturbations intellectuelles avec stimulation psychique intense, excitation paradoxale, agressivité. Il y a des troubles de la lucidité, de l'expression orale, une altération de la vigilance. Un changement de vécu corporel, peut survenir avec une sensation de planer, d'être libéré de son corps. Quelquefois, des états psychotiques aigus surviennent avec désinhibition, logorrhée, tendance à s'engager dans des actions dangereuses.

La survenue de symptômes anxieux à type d'attaque de panique est la complication psychiatrique aigue la plus grave : apparition d'une anxiété très intense, de menace de danger vital imminent. La prise de cannabis est à l'origine de la prise de risque, d'imprudences et d'excès de vitesse. Elle fausse l'estimation des distances chez un conducteur ayant fumé du cannabis, induit une diminution des réflexes. En 2008, après des accidents corporels graves chez des sujets de moins de 35 ans, il y eut des contrôles positifs au cannabis avec des taux sanguins > 2 ng/ml dans plus de 25% des cas. Des concentrations de THC > 2ng/ml et 5ng/ml multiplient le risque d'accident par 2, 8 et 6,6.

Abus et dépendance au cannabis

La consommation régulière et prolongée (plusieurs prises par semaine au moins pendant deux ans ou plus) peut être associée à des troubles cognitifs sérieux, troubles de l'attention, de la mémoire des faits récents, appauvrissement intellectuel. Ces troubles sont liés à la précocité de la première prise, à la fréquence et la durée

de l'exposition et dépendent aussi de la concentration du cannabis en 9THC. Les produits actuels fortement dosés en 9THC et la prise conjointe d'autres toxiques (alcool, tabac, amphétamines) sont des facteurs de risque majeurs. Les études comportant une imagerie cérébrale ont mis en évidence chez des sujets soumis à une intoxication chronique une diminution de la substance grise au niveau de l'hippocampe, de l'amygdale et des régions frontales

Conséquences cardiovasculaires

La prise de cannabis a des effets sympathomimétiques et parasympatholytiques, la prise de la drogue déséquilibre la balance système sympathique-parasympathique. Le cannabis est chronotrope positif, inotrope et bathmotrope positif et possède donc un effet arythmogène. La stimulation sympathique entraîne une tachycardie sinusale avec une majoration de 20 à 30 battements cardiaques par minute, une élévation de la TA de 20 à 25 mmHg en fonction de la dose ingérée et de la concentration en 9THC. Ces effets s'observent 15 à 20 minutes après l'inhalation lors de la concentration maxima en THC. Il en résulte une augmentation de la consommation myocardique en oxygène et du travail cardiaque. Chez un patient atteint d'athérosclérose coronaire, on observe une réduction de la tolérance à l'effort. Le seuil ischémique chez les angineux est diminué après la prise de cannabis de 25 à 40%. Le cannabis a un effet prothrombotique, entraîne une hyperactivation plaquettaire, une élévation des taux de du facteur VII, une élévation du Tromboxane A2, une activation de l'inflammation. L'inhalation répétée augmente

les taux de l'inhibiteur de l'activation du plasminogène (5). Mittleman et *col.* dans une cohorte de 3882 patients hospitalisés pour un infarctus myocardique ont observé que le risque d'infarctus était multiplié par un facteur égal à 4,8 dans l'heure suivant l'inhalation d'une forte dose de cannabis (6). On évoque la survenue de spasmes coronariens sur des coronaires normales ou athéromateuses. Le réseau Français d'addicto vigilance fait état entre 2006 et 2010 de 35 complications cardiovasculaires en particulier d'évènements coronariens aigus, crises d'angor, 20 infarctus du myocarde, 2 troubles du rythmes majeurs 10 complications périphériques à type d'artériopathie juvénile et très exceptionnellement quelques morts subites surtout dues au fait de mélanges de toxiques et d'une prise en charge thérapeutique trop tardive (7).

Les accidents coronariens aigus peuvent survenir à l'occasion de spasmes artériels apparaissant soit sur des artères saines chez des individus de moins de 30 ans, soit chez des athéromateux plus âgés. De plus, le cannabis pourrait avoir des effets délétères sur la microcirculation myocardique. Il faut souligner que de nombreux cas isolés d'accidents coronariens ne sont pas signalés aux services d'addictovigilance. Les coronarographies réalisées à l'occasion de syndromes coronariens aigus ont détecté un ralentissement du flux coronaire, des spasmes coronariens souvent prolongés sur un ou plusieurs vaisseaux ; des thromboses aiguës sur des réseaux non athéroscléreux. Une activation plaquettaire est probable surtout si une intoxication tabagique est associée. Après un infarctus du myocarde la mortalité chez les sujets ayant une addiction au cannabis est plus élevée que chez les sujets n'ayant

jamais fumé. Dans une étude de près de 2000 adultes hospitalisés pour infarctus du myocarde, Mukamal et *al.* constatèrent que chez les intoxiqués au cannabis le risque de décès est multiplié par 4 par rapport aux non fumeurs (8). Plusieurs cas d'arythmies ventriculaires aiguës très graves ont été publiés. Bachs et *col.* Rapportèrent 6 cas de morts subites d'origine cardiaque chez des adultes dont l'âge varie de 17 à 43 ans, prenant de fortes doses de Cannabis, sans antécédent pathologique connu. Dans chaque cas, l'étude toxicologique révéla la présence de tetrahydro cannabinol dans le sang et l'urine en dehors de toute autre substance toxique (9). En synthèse, le cannabis peut être responsable d'accidents coronariens par plusieurs mécanismes quelquefois intriqués : l'augmentation du travail cardiaque avec augmentation de la consommation myocardique en oxygène, un vasospasme coronarien, l'activation plaquettaire et l'augmentation du facteur VII, l'activation aiguë de facteurs thrombogènes, la toxicité directe du 9THC sur l'endothélium coronaire.

Des accidents vasculaires cérébraux des hémiparésies transitoires ou définitives ont été rapportés chez des adultes jeunes non hypertendus et non athéromateux (10). L'accident neurologique survient pendant l'utilisation de cannabis ou dans l'heure qui suit. Le rôle du spasme artériel sur des artères saines ou athéromateuses est souvent en cause mais une activation plaquettaire thrombogène et une poussée hypertensive peuvent être responsables. Singh et *col.* rapportèrent 17 observations de patients présentant un AVC associé à une intoxication au cannabis chronique chez des consommateurs quotidiens. Après la récupération, chez

5 patients une récédive survint au cours d'une nouvelle utilisation de cannabis (11).

Le risque d'une artérite au cannabis à type de thromboangéite oblitérante au cours des addictions prolongées est connu, la marijuana étant prise isolément ou fumée avec du tabac qui amplifie son rôle nocif. Les premières observations ont été publiées dans les années 60 avec un début brutal de la symptomatologie (claudication intermittente plantaire), possibilité d'une atteinte proximale, rapidement des douleurs au repos et des troubles trophiques hyperalgiques (12). Si à faible dose, en position couchée, le cannabis entraîne une hypertension, à fortes doses, il entraîne une hypotension orthostatique quelquefois syncopale (13).

La consommation de cannabis a été banalisée ces dernières années, en particulier chez les jeunes notamment en raison d'une réputation de drogue douce peu dangereuse pour la santé. De nombreuses études récentes ont montré qu'en réalité ce n'est pas une drogue douce mais une drogue à cinétique lente. Les concentrations croissantes en THC dans les produits actuels facilitent l'apparition des complications cardiovasculaires peu fréquentes mais qui ne sont pas exceptionnelles. Une toxicité cérébrale à long terme marquée par des effets cognitifs, des troubles des fonctions exécutives, des troubles de l'attention et de la mémoire favorisant l'échec scolaire et universitaire est bien documentée (14). Les cannabinoïdes exogènes interfèrent avec le processus de maturation cérébrale à l'adolescence ce qui les rend particulièrement dangereux. Au plan cardiovasculaire, les nouvelles drogues trouvées sur le marché peuvent induire des arythmies graves non

seulement chez des sujets à risque mais aussi chez des jeunes sans facteur de risque cardiovasculaire. Il faut informer et éduquer sur les risques de la dangereuse banalisation dont cette drogue fait encore trop souvent l'objet.

Cœur et Cocaïne

En France, la Cocaïne est une des drogues les plus utilisées après le Cannabis et notre pays n'échappe pas à la hausse globale de la consommation des drogues illicites observée dans l'Union Européenne. Cette addiction concerne les adultes jeunes : 2,6% de la population âgée de 15 à 65 ans avoue avoir expérimenté la cocaïne, surtout entre 26 et 45 ans, à titre récréatif. Les effets cardiovasculaires font la gravité de cette addiction.

En moyenne, les hommes sont trois fois plus consommateurs que les femmes. Cette augmentation de l'addiction est favorisée par la baisse du prix, la plus grande facilité d'accès à la drogue vendue dans l'environnement des grandes villes. Toutefois, la consommation en France est à un niveau inférieur de celui de l'Espagne, du Royaume-Uni, de l'Italie et de la Hollande. L'addiction à la cocaïne est fréquemment associée à celle du cannabis, à l'intoxication alcoolique et à une consommation tabagique intense.

Le chlorhydrate de cocaïne est fabriqué à partir des feuilles de Coca issues de l'Erythroxylum. La coca est cultivée depuis des millénaires dans la Cordillère des Andes et sa culture est principalement développée en Colombie, en Argentine, au Pérou et au Chili. La cocaïne se présente sous différentes formes une poudre

qui se consomme par voie intranasale (sniff) ou par voie intraveineuse, (*shoot*) ou par inhalation de la vapeur de cocaïne obtenue après chauffage de cailloux ou de galettes de cocaïne. Les effets débutent 3 minutes après prise intranasale ou injection intraveineuse et se prolongent pendant 45 à 60 minutes., Il apparaît une augmentation transitoire de l'énergie, une sensation fugace de bien être, une grande euphorie, de l'agitation, des idées de grandeur, une logorhée, une excitation sexuelle. (Rush) Rapidement apparaît une envie frénétique de nouvelle consommation. Les troubles liés à l'usage de la cocaïne varient en fonction du degré d'intoxication, des doses consommées, sont plus fréquents chez les sujets dépendants (15).

Effets cardiovasculaires

La cocaïne entraîne une stimulation des alpha et bêta récepteurs secondaire à augmentation des taux sanguins des catécholamines. Elle bloque la reprise postsynaptique de la Noradrénaline augmentant sa concentration au niveau du récepteur post synaptique dans le système nerveux central et périphérique. Au niveau des vaisseaux, il ya une stimulation des alpha récepteurs post synaptiques, une élévation du flux calciques et une vasoconstriction particulièrement marquée sur les coronaires normales ou pathologiques et les artères cérébrales. La cocaïne stimule les bêtarécepteurs intramyocardiques, augmente la fréquence cardiaque, la contractilité, la post charge et la consommation en oxygène myocardique. De plus, on observe une sécrétion d'endothéline qui diminue les taux d'oxyde nitrique, un puissant vasodilatateur. La consommation d'alcool et le tabagisme exacerbent cet effet vasoconstricteur.

La cocaïne active l'agrégation plaquettaire et les facteurs de coagulation, c'est un facteur de thrombose aigüe vasculaire. Elle augmente les taux de thromboxane A2 et les concentrations de l'inhibiteur d'activation du plasminogène. L'intoxication chronique est associée à une athérogénèse accélérée, une hyperplasie intimale, une dysfonction endothéliale (16).

Globalement, la vasoconstriction coronaire, l'augmentation de la consommation d'oxygène myocardique et la réduction du flux coronaire rendent compte du risque coronarien même chez des sujets très jeunes non athéroscléreux.

Au niveau myocytaire par ses effets anesthésiques locaux elle bloque le canal sodique rapide, ralentissant la vitesse de conduction, prolongeant l'espace PR, la durée du QRS et l'intervalle QT. La cocaïne peut induire des élévations du segment ST ressemblant aux signes électriques de l'infarctus antérieur.

L'altération des mouvements calciques participe à la détérioration de la fonction ventriculaire gauche, systolique et diastolique (17).

Au plan clinique, la Cocaïne est responsable peu après son inhalation ou son injection d'oppression, de douleurs thoraciques soit des douleurs précordiales latérales atypiques soit des douleurs angineuses. Elles ont été observées soit chez des sujets atteints d'athérosclérose coronaire soit chez des patients jeunes ayant des artères coronaires normales. L'association à une intoxication tabagique et à la prise de cannabis favorise l'apparition des douleurs angineuses le plus souvent dans l'heure suivant la consommation. C'est en 1982 que l'on rapporte les premières observations d'infarctus du myocarde.

Celui-ci peut survenir immédiatement ou après un temps de latence de quelques heures. Les altérations électriques à type de surélévation du segment ST sont souvent trompeuses et pour faire le diagnostic de nécrose myocardique les signes enzymatiques et le dosage des troponines sont des éléments plus fiables. Quelquefois, sur le tracé électrique on ne constate qu'une inversion profonde de l'onde T évoquant une ischémie aigue. A la coronarographie le plus souvent les artères sont normales, la douleur angineuse ou l'infarctus étant dus à des spasmes des vaisseaux plutôt qu'à un thrombus. La prévalence de l'infarctus est très variable, de l'ordre de 6% dans une étude de cohorte, mais il est estimé que ce cardiotoxique est la cause de 25% des infarctus chez des sujets ayant un réseau coronarien normal entre 18 et 40 ans. Ces infarctus dans l'ensemble traités rapidement évoluent favorablement et le pourcentage de leurs complications est relativement bas, 5 à 7% d'insuffisance cardiaque, 4 à 17% d'arythmie ventriculaire (18).

Les troubles du rythme immédiats, après prise de cocaïne sont fréquents, allant de la tachycardie sinusale à des crises de tachycardie atriale ou des accès de fibrillation auriculaire. Plus rarement, peuvent survenir des tachycardies ventriculaires, des torsades de pointe ou des accès de fibrillation ventriculaire qui peuvent être la cause des morts subites. Ces complications gravissimes sont le plus souvent secondaires à des prises d'overdoses. L'usage de la cocaïne peut être responsable d'allongement de l'espace QT, d'un syndrome de Brugada.

La survenue de troubles du rythme est la conséquence de plusieurs facteurs déclenchants intriqués, une intense

stimulation sympathique, une altération de l'automatisme et à une ischémie myocardique aiguë. Quelquefois, la prise de cocaïne est associée à l'ingestion de fortes doses d'alcool ou à la prise de cannabis ou d'amphétamines ce qui accentue les effets arythmogènes

Les effets toxiques de la cocaïne sur le myocarde expliquent les cardiomyopathies dilatées que l'on n'observe que chez des patients soumis à une intoxication chronique et la répétition de prises de fortes doses. Mais en dehors des cardiomyopathies dilatées avec fibrose myocardique et altération majeure de la fonction systolique, les échocardiographies répétées, faites chez des intoxiqués ont décelé des hypertrophies ventriculaires gauches altérant le remplissage et la fonction diastolique dues à la stimulation répétée du système sympathique.

Chez des patients décédés au cours d'une intoxication chronique à la cocaïne, les examens anatomiques ont permis de mettre en évidence dans 20 à 30% des cas une destruction myofibrillaire, une infiltration cellulaire et une fibrose myocardique.

Rappelons que les injections de cocaïne par voie veineuse faites dans des conditions d'asepsie insuffisantes augmentent particulièrement le risque d'endocardite infectieuse sur la valve tricuspide mais aussi sur le cœur gauche. On a rapporté des altérations valvulaires mitrales et aortiques à l'échocardiographie de mécanisme mal précisé dues, soit à l'hypertension artérielle, soit à un effet immunosuppresseur du cardiotoxique.

L'Héroïne

L'héroïne (Di acetyl morphine) est un analogue semi synthétique de la morphine obtenu par di-cétylation. Elle est dix fois plus active que la morphine. L'héroïne comme la cocaïne peut être utilisée par voie nasale, fumée ou injectée par voie intraveineuse. Elle subit dans l'organisme un métabolisme hépatique la transformant en morphine qui est éliminée par voie urinaire, détectable à l'examen toxicologique au moins pendant 48 heures.

Ce cardiotoxique stimule le système parasymphathique, diminue l'activité sympathique et libère l'histamine des mastocytes.

Les conséquences cardiovasculaires peuvent survenir peu après la prise du toxique. L'héroïne exerce un effet bathmotrope positif arythmogène, favorisant surtout quand il y a des overdoses, l'apparition de foyers ectopiques myocardiques auriculaires et ventriculaires. Les arythmies les plus fréquentes sont la fibrillation auriculaire, des tachycardies atriales de types divers, des rythmes idioventriculaires, des salves d'extrasystoles ventriculaires, des accès de tachycardie ventriculaire ou une fibrillation ventriculaire qui peut être terminale. On a publié des oedèmes pulmonaires aigus dus soit aux arythmies soit à une atteinte myocardique directe lors de la prise d'overdoses. Des oedèmes pulmonaires non cardiogéniques, surtout dans le sexe masculin, peuvent aussi survenir. Leur pathogénie est complexe et un rôle veinoconstricteur de l'histamine libérée par l'héroïne a été évoqué. La survenue de ces oedèmes pulmonaires peut être tardive quelquefois 24 heures après l'injection. La prise simultanée de cocaïne, d'alcool ou

d'amphétamines dans des « *rave parties* » est souvent en cause ; Les patients hospitalisés pour une overdose d'héroïne doivent être hospitalisés et surveillés au moins pendant 24 heures vu les récurrences d'arythmie.

L'usage de l'héroïne par voie intraveineuse est associé à un risque majeur d'endocardite infectieuse, plus particulièrement tricuspide. Mais, outre les atteintes infectieuses du cœur droit, les plus fréquentes, on a publié des remaniements valvulaires mitraux et aortiques détectés par l'échocardiographie, de pathogénie méconnue.

L'Ectasy et amphétamines

L'utilisation de l'ectasy comme substance toxique psychostimulante et récréative a débuté dans les années 80 lors des soirées festives « rave ». L'ectasy se présente sous la forme de comprimés colorés contenant 50 à 150 mg de MDMA (3-4 Methylène dioxy métamphétamine). La bonne absorption digestive de l'ectasy lui permet d'atteindre son pic entre 1 et 5 heures après l'ingestion.

Les effets psychostimulants recherchés sont une excitation sexuelle, une grande euphorie, une hyperactivité intellectuelle et motrice, un état d'excitation proche d'une transe. La drogue permet de rester en éveil sans sensation de fatigue. Il y a quelquefois des manifestations plus graves, hallucinations, attaques de panique, délires avec agitation.

Au plan cardiaque, les effets majeurs sont ceux d'une intense stimulation sympathique : les troubles du rythme sont la principale cause de décès : fibrillation auriculaire rapide, extrasystoles polymorphes, tachycardies

ventriculaires voire fibrillation ventriculaire brutale. On constate des poussées hypertensives très importantes et une hyperthermie.

L'augmentation des doses et la répétition des prises de toxique peuvent conduire au décès soit à cause des arythmies soit à cause d'accidents vasculaires cérébraux, d'hémorragies, de convulsions et d'hyperthermie.

Les effets peuvent être majorés par des polyintoxications : alcoolisme aigu, cannabis, cocaïne ou héroïne. Ces effets toxiques peuvent entraîner un décès dans un tableau de défaillance multiviscérale, avec une hyperthermie sévère (19).

Les autres amphétamines appelées aussi *Speed*, sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, utilisés durant la seconde guerre mondiale par l'armée américaine. Selon l'OMS, ces amphétamines dont la fabrication est peu coûteuse sont les drogues illicites les plus répandues dans le monde après le cannabis et la cocaïne. Produits de synthèse, hautement toxiques, très addictives elles se présentent sous la forme de comprimés, de cristaux fumables et utilisables soit sous la forme de poudre à sniffer soit sous la forme de comprimés ingérables. Quelquefois, ces amphétamines sont injectées par voie intraveineuse. Dans la demi-heure qui suit une prise orale ou les 5 minutes qui suivent l'injection on constate une forte tachycardie, une poussée hypertensive, une hyperventilation. Le décès peut survenir soit à l'occasion de troubles du rythme cardiaque, de spasmes vasculaires, d'hémorragies cérébrales.

En conclusion, adolescents et adultes, à la recherche de sensations nouvelles, dans un but d'évasion ou d'oubli,

ou simplement dans un but festif, ont à leur disposition un large éventail de substances illicites. La cocaïne, l'héroïne et l'ectasy sont les drogues les plus dangereuses. Leurs complications psychiatriques et neurologiques sont les premiers motifs de consultation et d'hospitalisation en urgence. Toutes les substances récréatives et cardiotoxiques, utilisées isolément ou en association, réalisant une polytoxicomanie, peuvent entraîner des complications cardiovasculaires qui sont la principale cause des décès publiés.

Références

- 1 - Costentin J., Cannabis Situation en France, Bull Acad Natl Med 2014, 198, 517-26.
- 2 - Costentin J., Halte au cannabis : ED ; Odile Jacob, 2008.
- 3 - Singla S., Cannabinoids and atherosclerotic coronary heart disease, Clin Cardiol 2012, 35, 329-35.
- 4 - Goulle J.P., Guerbet M., Les grands traits de la cinétique du delta – tetrahydrocannabinol, Bull Acad Ntle Med 2014 ; 198 541-557.
- 5 - Honton B., Elbaz M., Cannabis et système cardiocirculatoire, Correspondances en Risque Cardiovasc, 2007-5 82-85.
- 6 - Mittleman M.A., Lewis W., Triggering myocardial infarction by Marijuana Circulation, 2001, 103, 2805-9.
- 7 - Jouanjus E., Cannabis Use, signal of increasing Risk of serious cardiovascular disorder, J Am Heart Assoc 2014 ; 3 : e 000638.
- 8 - Mukamal K.J., Maclure M., Muller J.E., An explorative prospective study of marijuana use and mortality, following acute myocardial infarction, Am Heart J 2008, 155, 465-70.
- 9 - Bachs L., Marland H., Acute cardiovascular fatalities following cannabis use, Forensic Science Int 2001, 124, 200-3.
- 10 - Rampazzo S., Le cannabis et ses complications cardiovasculaires chez des sujets jeunes, Science Pharmaceutique 2016 ; dumas 01393945.
- 11 - Singh A., Complications of marijuana and related substances, Cardiol Therapy 2017, Dec 7 ; LoI 10 0007 1 SQ.
- 12 - Michon Pasturel, Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives, Sang Thrombose et Vaisseaux 2013, 25, 382-8.

- 13 - Castelain V., Lavigne T., Jaeger A., Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives, Réanimation 2005, 14, 186-195.
- 14 - Ranganathan M., The acute effects of on memory in humans: a review Psychopharmacology 2006, 188, 425-444.
- 15 - Karila L., Phan O., Reynaud M., Cocaïne in Addictologie clinique, Quadriges manuels PUF, Paris, 2015.
- 16 - Kloner R., Hale S., The effects of acute and chronic cocaïne on the heart Circulation, 1992, 85, 407-12.
- 17 - Lapostolle F., Haouache H., Adnet F., Cardiotoxicité des drogues illicites. Urgences Cardiovasculaires chez l'adulte jeune, 2009, 411-424.
- 18 - Isner J.M., Cholski I., Cardiovascular complications of cocaïne, Curr Probl Cardio 1999, 93 121-4.
- 19 - Kenna M.C., Ecstasy is low in league table of major cause of death, BMJ 2002 325, 296-8.

Kéraunopathologie et médecine kéraunique

Christian VIRENQUE

Professeur émérite Université Paul Sabatier

Le coup de foudre qui crée une pathologie particulière, initialement appelée fulguration, terme aujourd'hui récupéré par les cardiologues pour leur technique d'extinction des foyers ectopiques arythmogènes, est à présent, connu sous le vocable de foudroiement. Il s'agit en fait d'une variété d'accident électrique mettant en jeu l'électricité atmosphérique naturelle.

Par assimilation aux accidents électriques domestiques et industriels où l'on distingue les victimes décédées dites électrocutés, des victimes électrisées, victimes survivant à un contact électrique, on décrit des foudroyés, personnes qui sont décédées et des fulgurés, celles qui ont survécu à un coup de foudre.

Pour traiter la pathologie qu'ils présentent, une pratique médicale se met en place : la médecine kéraunique (1).

Un peu d'histoire

Phénomène météorologique aussi vieux que le monde, la foudre a été longtemps assimilée à la colère des dieux et à leur pouvoir de châtiment. En 1752, sa nature électrique a été établie par Benjamin Franklin. Mais ce n'est que depuis une vingtaine d'années, qu'en France, les médecins ont trouvé un intérêt dans l'étude des fulgurés. Une des premières thèses consacrées à ce type d'accident est celle de Jacky Laguerre soutenue à Toulouse en 1975 (8). Par la suite, le docteur Élisabeth Gourbière, médecin à l'EDF, acquiert une compétence

mondiale dans ce domaine et développe, pour ce type de pathologie l'intérêt de ses collègues cliniciens internistes et urgentistes à l'Hôpital Saint Antoine, ainsi qu'au SAMU 31 et 38 (5).

Par la suite c'est le congrès Foudre et Montagne, tenu à Chamonix en 1995, qui marque le début officiel de la Kéraunopathologie (6). Une enquête médiatique est alors lancée et nous enregistrons 140 réponses, dont 104 sont exploitables. L'enquête débouche sur une seconde thèse toulousaine (4) qui établit un premier profil type du fulguré.

En fait, toutes ces réponses, outre le témoignage qu'elles apportent, montrent que, même s'il y a survie à cet accident, de nombreuses complications et séquelles existent constituant une véritable maladie. Nous décidons en 1997 la création d'une première consultation spécialisée pour accueillir les sujets en souffrance. Mais le décès d'Élisabeth Gourbière marque une pause dans l'étude des victimes de la foudre. Ce n'est qu'en 2012 que nous relançons la consultation spécialisée au CHU de Toulouse (14).

Qu'est-ce que le coup de foudre ?

De manière simplifiée, ce phénomène naturel qui survient 100 fois par seconde sur notre planète est une décharge électrique entre un nuage et le sol, quelquefois entre des nuages, voire à l'intérieur d'un même nuage. Les charges électrostatiques accumulées dans le cumulonimbus, nuage spécifique de l'orage et donc de la foudre, s'écoulent en un courant électromagnétique qui se manifeste par la production d'éclairs accompagnés par le tonnerre (4).

100 millions de volts, 20 mille ampères, 30 000° centigrades sont les chiffres caractéristiques du coup de foudre. Cette décharge ne dure, en fait, que de 1 μ s à 1 ms. Cette durée est à rapprocher de celle de la période vulnérable du cœur (période de risque de survenue de la fibrillation), soit 10 ms en fonction de la fréquence cardiaque.

La puissance mécanique du tonnerre développe plus de 10 bars à une distance de 5 m et peut atteindre un niveau acoustique de 130 dB. Le coup de tonnerre, ou ses variantes : roulement, canonnades, peut être entendu jusqu'à une distance de 25 km.

Ces paramètres physiques ne sont pas seulement impressionnants, ils sont aussi porteurs de danger, de destruction. Les atomes des molécules de l'air arrachés à leur orbite de valence, participent à la conduction électrique, traversent les objets et les êtres vivants et occasionnant des bouleversements considérables.

Pour mémoire, on dénombre chaque année, en France 17 000 incendies déclenchés par la foudre, 20 000 têtes de bétail tuées et plus de 50 000 compteurs électriques et box internet détruits.

Ni la Direction de la Sécurité Civile ni l'Institut de Veille Sanitaire ne recensent ce type d'accident (inclus en fait dans les accidents de montagne). On évalue leur survenue à moins d'une centaine par an, dont plus de 30 mortels. On notera qu'il semble exister des variations importantes selon les années et aussi qu'un certain nombre de ces accidents sont collectifs (5). Le nombre de foudroyés en milieu animal est probablement beaucoup plus élevé que celui qu'indiquent les statistiques et à l'origine de préjudices économiques sérieux. Y a-t-il

des survivants au coup de foudre dans les troupeaux ovins ou bovins ?

Une dernière information, celle des pilotes d'avions qui ont observé et photographié les « sprites », Phénomènes Lumineux Transitoires. Sortes de décharges ascendantes en direction de l'ionosphère, ceux-ci seraient une nouvelle forme de foudre.

Pathogénie

On retient classiquement quatre mécanismes de foudroiement (3).

Le **choc direct** : la foudre « tombe » sur la tête, point culminant d'une personne debout. Elle est souvent attirée par un parapluie, un piolet etc... Le courant traverse l'organisme jusqu'à un point de sortie situé au niveau du pied, si celui-ci est en contact direct avec le sol. Mais si le trajet passe par la cage thoracique l'atteinte cardiaque est très probable. En fait, le courant circule dans l'épaisseur cutanée réalisant en quelque sorte un arc de contournement : les viscères profonds sont « évités ».

Le **choc latéral** est l'écoulement en dérivation de la foudre tombée à proximité sur un arbre par exemple qui « rebondit » sur la victime : la quantité d'énergie délétère est alors plus modeste.

En cas de **choc par contact** avec un objet foudroyé, les points d'entrée et de sortie vont se constituer de manière visible. Le pronostic sera d'emblée plus sévère. La **tension de pas** est un mécanisme original. Dans

les observations sur les effets de la foudre, on est souvent frappé par l'importance des destructions de troupeaux de quadrupèdes : vaches, brebis, chèvre... ceci s'explique par la tension de pas. En effet, lorsqu'un conducteur à haute tension tombe à terre, il se crée autour de l'épicentre (zone de contact avec le sol) des zones concentriques dont le potentiel électrique diminue progressivement lorsqu'on s'éloigne de l'épicentre. Si on établit un contact entre deux zones de potentiel différent, on crée un courant entre ces 2 zones. Le même phénomène se produit autour du point de chute de la foudre. Si un bipède place ses pieds dans les 2 zones de potentiel différent, il se crée un courant entre ses 2 membres. Si un quadrupède (vache, brebis...) fait la même chose, il se crée également un courant électrique entre ses membres. Il existe toutefois une différence importante : dans le cas du bipède (l'homme), le courant ne passe pas par le thorax et le cœur alors que dans le cas du quadrupède, il traverse obligatoirement le cœur provoquant inévitablement la mort de l'animal.

En pratique, il est très souvent impossible, rétrospectivement, de reconnaître le type précis de mécanismes mis en œuvre.

La foudre peut aussi s'exprimer sous la forme de **boule** très lumineuse de taille variable (quelques centimètres à plusieurs dizaines de centimètres), de couleur variable, accompagnée de sifflements, crépitements. Celle-ci se déplace lentement avec toutefois des accélérations importantes, s'accompagne d'une odeur forte, sulfureuse, peut percuter une personne sans laisser de traces cutanées, puis disparaître en quelques secondes ou

exploser sur place, enfin laisser un sillon au sol. On considère qu'elle est constituée d'un plasma, quatrième état de la matière, résultat d'une « avalanche électro-nique ».

Physiopathologie

La **foudre tue d'emblée de manière lésionnelle**. C'est l'énorme masse d'énergie reçue qui « coagule » le sujet comme lors d'une exécution capitale par la chaise électrique.

Le décès peut être aussi dû à la projection physique suivie d'un traumatisme aux conséquences vitales immédiates lésionnelles et fonctionnelles (13).

Dans les deux cas il peut s'agir d'un diagnostic médico-légal.

La **foudre tue aussi fonctionnellement** en provoquant une fibrillation ventriculaire et l'arrêt circulatoire qui en découle. L'état de mort apparente dure environ trois à cinq minutes. Ce laps de temps écoulé, en l'absence de circulation artificielle par massage cardiaque externe, la mort réelle s'établit.

Des troubles rythmologiques variés ont été observés, ainsi que des nécroses myocardiques pouvant déboucher sur une mort « décalée ».

La **perte de connaissance prolongée**, constitue une autre possibilité suivie d'un coma et d'une asphyxie mécanique par obstruction des voies aériennes : chute de la langue en arrière, face contre terre etc... et débouche, en quelques minutes sur l'apnée puis l'arrêt cardio-respiratoire secondaire.

La foudre paralyse et anesthésie. Les kéraunoparalysies décrites par Charcot en 1890 touchent les membres inférieurs ou les quatre membres (11). Ces para ou tétraplégies sont souvent réversibles en quelques jours voire en quelques heures. Elles s'accompagnent fréquemment de troubles vaso-moteurs. Elles doivent être, bien sûr, différenciées des accidents vasculaires cérébraux parfois associés. Leur mécanisme n'est pas clairement établi. L'impotence fonctionnelle qu'elles génèrent peut empêcher la victime, si elle est isolée, de se déplacer pour donner l'alerte.

Curieusement, dans d'autres cas, il a été constaté, une hypertonie des muscles péri-vertébraux, si intense qu'elle a pu produire des hernies discales !

Sur le plan sensitif, par contre, les symptômes irritatifs : dysesthésies et paresthésies des membres sont des plaintes fréquentes.

Une atteinte neuromusculaire peut s'accompagner de rhabdomyolyse.

La foudre brûle (12). Dans le mécanisme « contact », elle brûle la peau aux éventuels points d'entrée de sortie ; il s'agit alors de brûlures du troisième degré. La foudre brûle également de façon linéaire dans son trajet dermique et sous-cutané dans le cadre de l'arc de contournement. Les figures de Lichtenberg sont des tatouages éphémères en feuilles de fougère. Pour certains, elles seraient la conséquence du passage d'un courant en haute fréquence. Les objets métalliques au contact de la peau : montres, bijoux, boucle de ceinture, fermeture éclair etc. portés à incandescence par l'éclair « cautérisent » le derme. Nous n'avons pas d'expérience en ce qui concerne les pacemakers, les

défibrillateurs ou les pompes placées en sous-cutané chez certains patients.

C'est aussi par brûlure que la **foudre aveugle** le patient : kératite par brûlure cornéenne, cataracte par brûlure du cristallin et rétinite se produisent soit d'emblée soit secondairement au bout d'un délai parfois prolongé.

Par contre l'atteinte auriculaire résulte du Blast créé par le tonnerre. La **foudre assourdit**. En fait, outre la rupture tympanique, le traumatisme de la chaîne des osselets dans l'oreille moyenne, aujourd'hui bien visibles à la TDM, génère également des syndromes vestibulaires et donc des troubles de l'équilibre.

La **foudre traumatise**. L'échauffement de l'air compris entre les vêtements et la peau détermine sa violente expansion, cause la désintégration et l'éjection des vêtements. La puissance du Blast provoque chute et/ou projection qui en fonction de l'environnement peuvent aboutir un poly traumatisme. Ce blast peut également déclencher des lésions pulmonaires et cérébrales.

Enfin, la **foudre**, comme toute agression violente et intense, « **stresse** » (9). Les conséquences de ce stress traumatique sont celles observées dans des circonstances différentes et variées, tels les attentats, les explosions etc. Rappelons que l'explosion de l'usine toulousaine AZF a constitué un modèle expérimental de traumatisme psychologique.

La blessure psychique, « invisible », comporte des symptômes émotionnels : un sentiment de tristesse, d'impuissance, de frustration, de culpabilité, des palpitations,

des sueurs... qui définissent la **détresse péri-traumatique**.

D'autres symptômes cognitifs comme la sensation de pilotage automatique, d'irréalité, de décorporation, de mort imminente de désorientation... sont connus comme une **dissociation péri-traumatique**.

Si on synthétise les symptômes observés après un coup de foudre, on peut les classer en 3 catégories.

Les **signes neurologiques** : troubles de la conscience et du mental, dysfonctionnement de la vie de relation sensitivo-motrice et de la vie végétative sont constants. Il semble, en effet, logique que la foudre, phénomène électrique, ait une cible caractérisée par une électrogénèse basique intense. Surprenant, les crises comitiales induites par la foudre sont exceptionnelles

Les **manifestations mécaniques** de blast induites par le tonnerre sont bien marquées sur le système auriculo-vestibulaire et l'alvéole pulmonaire.

Enfin, la peau, les muscles et l'œil souffrent de la **composante thermique** de la foudre.

Conduite à tenir

Dans les cas les plus graves, l'absence de témoins constitue pour la victime une perte de chance déterminante. Le rôle des témoins ou des personnes de passage est bien sûr essentiel dans le déclenchement de l'**alerte**. Mais l'emploi du téléphone, même portable, alors que l'orage perdure peut se révéler très dangereux.

En cas d'arrêt cardio-respiratoire et **dans l'attente des secours**, soit en moyenne une vingtaine de minutes, la

pratique de la réanimation cardio-pulmonaire est évidemment basique jusqu'à ce qu'un défibrillateur automatisé externe puisse être branché à la victime. Cette possibilité de plus en plus fréquente grâce aux appareils présents dans les VSAV des sapeurs-pompiers est un élément pronostique déterminant. A noter que le diagnostic par l'appareil de cette fibrillation ventriculaire induite par le courant électrique atmosphérique puis sa réduction par l'administration d'un choc électrique peut paraître étonnante dans la mesure où nous traitons une électropathologie par une électrothérapie !

La **médicalisation de secours** avec, à la demande, le contrôle d'une voie veineuse, l'injection de sédatifs et/ou d'analgésiques, la perfusion de macromolécules, le contrôle des voies aériennes voire la respiration artificielle sécurisent la phase pré hospitalière et le transport (10).

Soins locaux sur les brûlures éventuelles, immobilisations dans un dispositif à dépression sont réalisés à la demande, en fonction des nécessités, par les secouristes.

La médicalisation du transport se discute avec le médecin régulateur du SAMU.

Notons enfin qu'un collectif de foudroyés peut justifier le déclenchement d'un plan rouge (6).

Le consensus est à présent acquis de l'intérêt d'une **hospitalisation** et d'une mise en observation pour vingt quatre heures. Ceci permet de pratiquer systématiquement un électrocardiogramme, un bilan biologique,

un examen O.R.L. et ophtalmologique, souvent une imagerie cérébromédullaire ; ainsi qu'un entretien psychologique. Cette hospitalisation permet aussi de constituer un dossier référentiel, élément de base pour le suivi médical et pour une éventuelle demande d'invalidité.

De l'accident à la maladie

L'accident de foudroisement peut évoluer en maladie chronique. Certes dans une majorité de cas, on constate une guérison complète et rapide. Certains cas peuvent évoluer de façon très surprenante : apparition de « dons » de médium, magnétiseur, modification radicale de comportement (certains peuvent devenir subitement très affectueux), transformation physique (des chauves peuvent voir leurs cheveux pousser). On a même vu des cancrs devenir major de leur promotion et osons un rapprochement audacieux, l'apparition de langues de feu donnant aux apôtres du Christ le jour de Pentecôte le don des langues est-il authentique et en rapport avec un phénomène de foudroisement ?

Terminons en citant ces multi-fulgurés : un mexicain a reçu la foudre à 7 reprises, supportant de mieux en mieux chaque nouveau foudroisement !

Cependant, d'après notre enquête médiatique de 1995, renouvelée en 2011, le plus souvent apparaissent des atteintes prolongées ou retardées ou progressives et, ce qui, au départ, est un accident se transforme en maladie (3).

Au **plan somatique**, les problèmes neurologiques, d'ophtalmologie, d'O.R.L., de chirurgie plastique (cicatrices rétractiles ou simplement inesthétiques) et d'orthopédie comme la classique et mal expliquée nécrose du cotyle nécessitent une prise en charge plus ou moins lourde et pas toujours efficace. Les acouphènes, par exemple, comme ceux observés après une explosion sont toujours difficiles à supprimer ou même à atténuer. Et les atteintes neuromusculaires des membres peuvent nécessiter plusieurs années de rééducation.

Au **plan psychologique**, l'expérience acquise au cours de nos consultations (15), montre que des difficultés relationnelles socio-familiales au minimum inconfortables, parfois majeures s'installent et tendent à « s'enkyster ».

Dans les semaines ou les mois suivant l'accident, la perte d'appétit et de poids, les troubles du sommeil, l'asthénie, la sensation de dévalorisation indiquent un **état dépressif** qui va évoluer par épisodes de plus en plus intenses, prolongés et rapprochés.

Plus rares sont les accès d'anxiété avec manifestations somatiques : les **crises de panique**.

Agoraphobie, **phobie** de l'orage ont été observées.

Par contre reviviscence, rêves envahissants, difficultés à se concentrer, à s'endormir et à maintenir des relations avec les proches sont très fréquents. C'est l'**état de stress post-traumatique**.

L'imagerie cérébrale fonctionnelle retrouve l'origine « géographique » des perturbations et les psychiatres avancent pour l'expliquer l'hypothèse d'un état inflammatoire local

Trop souvent, la prise en charge psychologique est effectuée par le médecin de famille et basée sur la prescription d'antidépresseurs, en pratique peu efficace. L'emploi des bêtabloquants n'est pas encore validé et celui de l'EMD est limité par le nombre de praticiens formés à cette méthode.

En revanche, nous observons de très bons résultats avec la mise en œuvre des Thérapies Cognitivo - Comportementales (TCC).

Enfin, il faut savoir que la **dimension médico-légale** existe. La demande d'indemnisation de dégâts matériels et celle des préjudices sanitaires à la suite d'un foudroiement peut être conflictuelle. Indiquons qu'il est essentiel de faire une déclaration d'arrêt de travail, éventuellement d'accident de travail si le coup de foudre est survenu au cours d'une activité professionnelle (par exemple les sapeurs-pompiers en mission).

La résolution de ces problèmes conditionne bien évidemment l'efficacité des mesures psychothérapeutiques.

Il est urgent d'informer le grand public des mesures et moyens de prévention vis-à-vis de la foudre et de la possibilité de bénéficier, même plusieurs années après l'accident d'une consultation spécialisée dans un des trois centres fonctionnant actuellement à Aurillac, Grenoble et Toulouse. Enfin les associations comme Protection Foudre et Kéraunos jouent un rôle important en matière de communication et devraient pouvoir apporter une aide aux fulgurés.

Vers de nouvelles découvertes scientifiques

Au cours du foudroiement, l'électricité atmosphérique crée de la matière sous la forme de nanoparticules. Celles-ci sont pérennes et les archéologues les retrouvent sur des vestiges de monuments qui peuvent avoir été foudroyés il y a des milliers d'années.

En utilisant des générateurs de plasma, les scientifiques sont aujourd'hui en mesure de reproduire ce phénomène et en rompant la barrière diélectrique faire apparaître ces nanoparticules et donc là aussi de transformer en matière l'énergie électrique.

Plus récemment encore, en procédant à des analyses microscopiques et spectroscopiques, on a retrouvé ces mêmes nanoparticules sur les vêtements et objets portés par les personnes fulgurées, mais également dans leur sang et dans leurs urines.

Le Groupe Interdisciplinaire d'Etude de l'Electricité Atmosphérique (GIEAN) vient de démarrer ses travaux avec l'ambition de comprendre comment la foudre agit sur les organismes vivants : homme, animal, végétal.

La foudre est-elle un accident électrique ou un accident toxique, conséquence des nanoparticules ?

Pour conclure

Retenons, selon la formule de J.Cabane, qu'« Après un coup de foudre, vous avez seulement une chance sur trois d'en mourir ». La Kéraunopathologie est aujourd'hui

d'hui une réalité de mieux en mieux connue. Malgré l'aspect parfois surprenant de la symptomatologie observée et son extrême polymorphisme, le fulguré n'est pas un simulateur.

Retenons également les progrès que devraient apporter en phase aigüe l'usage de la défibrillation automatisée externe dans les cas d'arrêt cardio-respiratoire observé après un coup de foudre ainsi que ceux, à la période retardée, la psycho-traumatologie.

La création d'un observatoire permanent gérant une base de données sur les foudroyés et la mise en place d'une structure de recherche opérationnelle permettraient de générer des progrès considérables dans la connaissance des phénomènes de foudroiement et dans la prise en charge des divers problèmes rencontrés par les fulgurés, trop souvent jusqu'ici, abandonnés à leur sort.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

- (1) ANDREWS C., Keraunomedecine : a discipline come of age *Annals of Emergency medicine*, 1995, 25(4): 543-545.
- (2) CAUMON L., Les accidents de la fulguration, Thèse médecine, Clermont-Ferrand, 1998.
- (3) CHERINGTON M., *Neurologic effects of lightning strikes*, *Neurology* 2003, 60, 182-5.
- (4) JEAN F., Les accidents de la foudre, connaissances actuelles. A propos de 104 personnes foudroyées, Thèse médecine, Toulouse, 1996.
- (5) GOURBIERE E., GARY C., Secours aux foudroyés, recommandations. Association Protection Foudre, 1995.
- (6) GOURBIERE E., LAMBROZO J., MENTHONNEX P., CABANE J., VIRENQUE C., Foudroyés en France, 1ère enquête nationale française : Foudre et Montagne 97, Chamonix Mont-Blanc, CA, SEE 1997, p. 71 à 83.

- (7) GUIN P., Les accidents de la foudre. A propos d'un cas de fulguration collective dans les Pyrénées-Orientales. Thèse médecine, Montpellier, 1997.
- (8) HERMANT A., Traqueurs d'orages, Nathan, 2000.
- (9) JOUBIN A., Kéraunopsychotraumatologie. Thèse Toulouse, 2014.
- (10) LAGUERRE J., Les accidents de la fulguration. Thèse médecine, Toulouse, 1975.
- (11) MERMET L., VILLEDIEU-POIGNANT S., VINCENT J.F., DUPONT P., La foudre : un phénomène redouté, des aspects cliniques méconnus. *Réanimation Urgences*, 2000, 9, p. 367-373.
- (12) RITENOUR A.E., *and all Lightning injuries: a review Journal of the international society for burns injuries*. 2008, 34(5): 585-594.
- (13) SEIN C., Le foudroiement, étude lésionnelle comparée entre l'homme et l'animal. Thèse ENVT, 2012.
- (14) VIRENQUE C., *and all* Kéraunopathologie en direct et en différé.
- (16) YRONDI A., JOUBIN A., LAGUERRE J., VIRENQUE C., BIRMES P., Troubles du stress post-traumatique et épisodes dépressifs caractérisés dans une population de patients atteints par la foudre, 16ème Forum APF, Paris 14 novembre 2017.
- (17) Les effets de la foudre sur l'homme et les êtres vivants in *La médecine de l'alpinisme*. Richalet J.P., Herry J.P., Masson éditeur, p. 149-161.

<http://www.apfoudre.com/>
<http://www.keraunos.org/>

ENCADRÉS

Eclair et tonnerre

Dans 90% des cas, le coup de foudre est descendant négatif ; un « traceur » amène des ions négatifs du nuage vers le sol en progressant par bonds : il cherche un trajet ionisé. Puis un arc en retour positif à partir des proéminences (pilonnes, clochers etc..) s'amorce vers le nuage. Lorsque le traceur ascendant rejoint le traceur descendant, l'éclair est né.

Dans le canal de foudre ainsi créé, la température monte brutalement à 30 000°centigrade, une dilatation explosive se propage comme onde de choc puis comme onde acoustique proportionnelle à l'amplitude du courant et inversement proportionnelle à la distance de l'éclair. Le coup de tonnerre ou ses variantes roulement, canonnades etc. sont entendus jusqu'à 25 km.

En multipliant la vitesse du son 340m/s par le nombre de secondes entre éclair et tonnerre, on détermine la distance de la foudre à laquelle on se trouve (6).

Profil type à propos de 56 dossiers de la consultation au CHU de Toulouse

Homme, 45 ans,

En bonne santé,

Foudroyé en plein air, en été, dans l'après-midi,

Présentant constamment une PC, avec anxiété et agitation au réveil,

Quelquefois, une paraplégie,

Assez souvent des brûlures superficielles,

Parfois une surdité temporaire

Activité physique et Cancer

Une thérapeutique non médicamenteuse pour les patients

Thomas GINSBOURGER

Docteur en STAPS / Sociologie

Coordonnateur national des Pôles Sport & Cancer - Fédération Nationale CAMI Sport & Cancer

Membre associé au Centre de Recherches en Sciences Sociales, Sports et Corps (creSco) - Faculté des Sciences du Sport - Université Paul Sabatier Toulouse III

INTRODUCTION

Il y a environ 400 000 nouveaux cas de cancers et 150 000 décès par cancer en France par an [1]. Environ 1 homme sur 3 et 1 femme sur 4 développent un cancer au cours de leur vie. Le nombre de personnes de 15 ans et plus ayant eu un cancer approcherait ainsi les trois millions. C'est également la première cause de mortalité en France (plus de 400 décès chaque jour).

Néanmoins, nombre de cancers pourraient être prévenus par des changements de mode de vie [2]. La prévention de leur survenue et de leur récurrence représente donc un véritable enjeu de santé publique où l'activité physique joue un rôle démontré par de multiples études scientifiques [3, 4].

Or, un Français sur deux ne sait pas que l'activité physique peut aider à prévenir de nombreuses maladies [5]. De plus, 51% des Français ne pratiquent pas d'activité physique ou sportive et 78% ne sont pas suffisamment actifs [6].

BENEFICES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN CANCEROLOGIE

Bénéfices sur le risque de survenue ou de récurrence d'un cancer

L'activité physique est principalement associée à une diminution des risques de survenue des cancers du côlon [7], du sein [8], de l'endomètre [9] et du poumon [10]. Cette réduction du risque est en moyenne de 20 à 30% selon les cancers.

Elle est aussi principalement associée à une diminution des risques de récurrence de cancers du côlon [11], du sein [12] et de la prostate [13]. Cette réduction du risque est en moyenne de 40 à 60% selon les cancers.

Bénéfices sur la survie

L'activité physique est associée à la réduction de deux risques : celui de décéder de son cancer (mortalité spécifique) et celui de décéder prématurément de n'importe quelle autre pathologie que son cancer (mortalité globale).

Ces deux risques sont diminués en moyenne de 30 à 40% pour les cancers du côlon [14], du sein [15] et de la prostate [16].

Comment expliquer que l'activité physique réduise l'incidence, la récurrence et la mortalité globale et spécifique des principaux cancers ?

L'activité physique va essentiellement agir sur trois éléments : certaines hormones, l'inflammation et l'immunité.

- Tout d'abord, l'activité physique agit sur certaines hormones sexuelles :

Les œstrogènes sont un facteur de risque des cancers du sein [17] et de l'endomètre [18], alors que la Sex Hormone Binding Globulin (SHBG) diminue la concentration des œstrogènes dans le sang et donc, indirectement, dans les tissus (c'est une protéine qui « encapsule » les hormones et diminue leur forme libre donc active) [19]. Or l'activité physique diminue la sécrétion d'œstrogènes et augmente celle de SHBG dans le cas de ces deux cancers [20 et 21].

L'activité physique agit également sur certains facteurs de croissance tumorale, tels que l'Insulin-like Growth Factor 1 (IGF-1) :

L'insuline et l'IGF-1 stimulent la prolifération cellulaire [22] alors que l'Insulin-like Growth Factor Binding Protein 3 (IGF-BP3) est une protéine qui diminue l'activité de l'IGF-1 (en se liant à l'IGF-1, l'IGF-BP3 l'empêche d'agir sur les tissus) [23]. Or, l'activité physique diminue la résistance à l'insuline [24] et la sécrétion d'IGF-1, et augmente celle d'IGF-BP3 [25], principalement pour les cancers du côlon, du sein, de l'endomètre et de la prostate [26].

- Ensuite, l'activité physique atténue les phénomènes inflammatoires, essentiellement dans les cas de cancers de l'endomètre, de la prostate et du poumon [26]. En effet, elle augmente la sécrétion d'adiponectine¹ - qui favorise l'apoptose² - alors qu'elle diminue celle de leptine³ - qui est mitogène⁴.

¹ L'adiponectine est une hormone produite par le tissu adipeux, qui est impliquée, entre autres, dans la régulation du métabolisme des lipides et du glucose.

² L'apoptose (ou la mort cellulaire programmée) est le processus par lequel des cellules déclenchent leur autodestruction en réponse à un signal. C'est l'une des

- Enfin, pour la plupart des cancers, l'activité physique stimule nos défenses immunitaires [26]. Elle augmente notamment le nombre et l'activité des macrophages (dont le rôle est de détruire les débris cellulaires et les agents pathogènes comme les bactéries, les parasites ou les virus) et des lymphocytes Natural Killer (première ligne de défense de l'organisme, ils sont capables de tuer sélectivement les cellules tumorales).

Bénéfices sur les effets secondaires des traitements

La fatigue est le symptôme le plus fréquent chez les personnes en cours de traitement (radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie), touchant jusqu'à 99% d'entre elles [27]. L'une de ses caractéristiques est de pouvoir persister durant des mois, voire des années après la fin du traitement [28] sous la forme d'un syndrome de fatigue chronique [29]. Cette fatigue est notamment due à l'augmentation du taux de cytokines (qui sont des molécules sécrétées par les cellules cancéreuses) [30]. Or, aucun médicament ne permet de la traiter efficacement [31]. L'activité physique est le seul traitement validé de la fatigue en oncologie [32]. En effet, elle réduit en moyenne la fatigue de 68% pendant les traitements et de 62% après les traitements [33], notamment car elle baisse le taux des cytokines et qu'elle casse le cercle vicieux du déconditionnement qui pro-

voies possibles de la mort cellulaire, qui est physiologique, génétiquement programmée et nécessaire à la survie des organismes multicellulaires. Elle est en équilibre constant avec la prolifération cellulaire.

³ La leptine (parfois dite « hormone de la faim ») est une hormone peptidique qui régule les réserves de graisses dans l'organisme et l'appétit en contrôlant la sensation de satiété.

⁴ Mitogène qualifie une substance ou un moyen favorisant la division cellulaire. C'est le contraire de ce que cherchent à faire les traitements anticancéreux.

voque souvent le sentiment « d'être fatigué de ne rien faire ».

Ensuite, la prise trop importante de poids après un cancer est un facteur de mauvais pronostic, notamment car la masse grasse sécrète de la leptine (dont on rappelle qu'elle est mitogène). La masse grasse est aussi un lieu de transformation des hormones (androgènes) produites par les glandes cortico-surrénales en estrogènes, ce qui favorise le développement et/ou la récurrence des cancers hormono-dépendants. Or, l'activité physique prévient la prise de masse grasse et augmente la masse maigre [34], notamment en augmentant la masse musculaire [35]. Elle permet ainsi un contrôle du poids et de l'Indice de Masse Corporelle [36].

Enfin, l'activité physique améliore la condition physique (c'est-à-dire la quantité maximale d'activités physiques qui peut être réalisée) en augmentant les capacités physiques. Ainsi, la pratique d'une activité physique régulière améliore les capacités aérobies (c'est-à-dire la capacité à maintenir le plus longtemps possible une activité physique d'une intensité constante) [37], la force musculaire [38] et la souplesse [32]. Il existe plusieurs moyens de mesurer la capacité aérobie, le plus sophistiqué étant la mesure du pic de consommation d'oxygène ou VO₂pic (on peut aussi utiliser le test de marche de 6 minutes). La VO₂pic et donc la capacité aérobie est un prédicteur de mortalité [39]. Or, elle chute de 25% en moyenne après traitement adjuvant (chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie) dans le cadre des cancers du sein [40], ce qui mène au cercle vicieux du déconditionnement physique (c'est-à-dire à

l'apparition précoce d'un essoufflement, d'une fatigue et de difficultés à maintenir l'intensité et la durée de son effort). L'activité physique permet donc d'enrayer ce phénomène.

L'activité physique peut également diminuer d'autres effets secondaires spécifiques à certains cancers :

Pour le cancer du sein, les douleurs articulaires représentent un effet secondaire chez 33% à 74% des patients après hormonothérapie [41]. Or, l'activité physique diminue ces arthralgies [42].

Toujours pour le cancer du sein, le lymphœdème, souvent appelé le syndrome du « gros bras » (augmentation du volume de la main, du bras, voire du thorax du côté opéré, chronique et difficile à traiter, qui entraîne une dysfonction parfois importante avec une gêne physique et fonctionnelle) touche environ 20% des femmes en cas de curage axillaire⁵ classique et entre 5% et 8% avec la technique du ganglion sentinelle⁶ [43]. Or, l'activité physique, à partir du moment où elle est adaptée, n'est ni un facteur de risque [44], ni un facteur d'aggravation [45] du lymphœdème, ce qui remet en question les idées et conseils habituellement donnés aux patientes, à savoir ne pas bouger leur bras [46]. C'est au contraire, le mouvement de ce bras et de l'épaule du

⁵ Lors de la chirurgie des cancers du sein, le curage axillaire consiste à retirer un ensemble de ganglions lymphatiques de l'aisselle. Le but est d'enlever toutes les cellules cancéreuses qui auraient pu se propager jusqu'aux ganglions lymphatiques et ainsi de réduire le risque de récurrence de la maladie.

⁶ Le ganglion sentinelle est le ganglion lymphatique de l'aisselle le plus proche de la tumeur. On le retire pour vérifier s'il contient ou non des cellules cancéreuses. Cette technique permet de réserver le curage axillaire aux seules tumeurs qui le nécessitent.

côté opéré qui sont maintenant recommandés, sous la surveillance d'un professionnel, au moins au début.

Pour le cancer du poumon, il a été montré qu'un programme de quatre semaines d'activité physique avant la chirurgie pouvait diminuer la durée d'hospitalisation de 5 jours en moyenne [47]. Elle permet également une meilleure récupération et une diminution des complications postopératoire [48].

On notera également que l'activité physique pourrait être associée à une meilleure observance des traitements [49].

Bénéfices sur la qualité de vie

L'activité physique améliore le bien-être [50 et 51], l'estime de soi [52], l'image corporelle [53], le sommeil [54] et la sociabilité [55]. Elle diminue l'anxiété [50] et la dépression [56] et augmente l'autonomie dans la vie quotidienne [57].

CONCLUSION

Une activité physique régulière a des effets positifs tout au long de la vie. Elle permet une meilleure santé générale et lutte contre les maladies cardiovasculaires, les diabètes, l'obésité et les cancers.

En ce qui concerne cette dernière pathologie elle est particulièrement efficace contre les cancers du côlon, du sein, de l'endomètre, du poumon et de la prostate, que ce soit en termes de prévention primaire ou tertiaire. Cet effet protecteur de l'activité physique peut

encore être amélioré s'il est associé à une alimentation équilibrée.

L'activité physique permet aussi d'atténuer les effets secondaires des traitements (comme la fatigue ou les douleurs articulaires) et améliore la qualité de vie (en améliorant par exemple le bien-être ou l'image corporelle).

Ainsi, la survenue d'un cancer ne doit pas être un frein à la pratique d'une activité physique à partir du moment où celle-ci est adaptée aux capacités (âge, condition physique, effets secondaires, etc.), besoins (motricité, endurance, renforcement musculaire, etc.) et envies (pratiques antérieurs, etc.) de chacun.

Les bénéfices d'une activité physique régulière sont donc nombreux, tant pour le corps que pour l'esprit, ce qui nous invite tous – malades ou non – à bouger pour notre santé.

Lorsque les premières études scientifiques paraissent au début des années 2000, un ancien sportif de haut niveau et un oncologue décident de créer la CAMI Sport & Cancer.

L'exemple de la CAMI Sport & Cancer

La CAMI Sport & Cancer est une **association à but non lucratif reconnue d'intérêt général** qui a été créée en 2000 par Jean-Marc Descotes et le Dr Thierry Bouillet.

Actuellement présente dans 26 départements en France, elle a pour objectif d'**intégrer l'activité physique et sportive comme une thérapeutique non médicamenteuse dans les parcours de soins en cancérologie** avec une approche globale et humaniste.

La CAMI Sport & Cancer a trois missions :

- 1- **Accompagner les patients par l'activité physique et sportive** afin de les aider à améliorer leurs chances de rémission
- 2- **Former des Praticiens en Thérapie Sportive** via le Diplôme Universitaire « Sport & Cancer » de l'Université Paris XIII afin de garantir la sécurité de l'accompagnement
- 3- **Promouvoir les bienfaits de l'activité physique et sportive auprès de tous les publics** (soignants, grand public, politiques, etc.)

Afin de pouvoir accompagner le plus grand nombre de patients possible sur l'ensemble de leurs parcours de soins et de vie, la CAMI Sport & Cancer a développé un **parcours unique et novateur** en trois phases complémentaires :

- 1- à l'**Hôpital** pour les patients en début ou en cours de traitement (via des « Pôles Sport & Cancer » mis en place dans des services d'Oncologie, d'Hématologie, d'Adolescents et Jeunes Adultes ou d'Hémo-Onco-Pédiatrie),
- 2- en **Ville** pour les patients en cours ou en fin de traitement ou en cours de rémission (via des lieux d'activité physique et sportive en ambulatoire),
- 3- dans des **Clubs sportifs partenaires** pour les patients en rémission complète (via un réseau de clubs partenaires dont les intervenants ont été sensibilisés).

En 2018, la CAMI Sport & Cancer est présente dans une vingtaine d'hôpitaux et propose environ 80 lieux en ville sur tout le territoire, ce qui en fait le **premier réseau Sport & Cancer de France**.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Leone N., Voirin N., Roche L. et coll. (2015), Rapport technique « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 », Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- [2] Fonds Mondial de la Recherche contre le Cancer (2007), Résumé scientifique du rapport « Alimentation, Nutrition, Activité Physique et Prévention du Cancer : une Perspective Mondiale », Courbevoie.
- [3] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (2008), Rapport d'expertise « Activité Physique : Contextes et effets sur la santé », Les éditions Inserm, Paris.
- [4] Institut National du Cancer (2017), Rapport d'expertise « Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer, des connaissances scientifiques aux repères pratiques », Boulogne-Billancourt.
- [5] Santé-médecine.net et Journal des Femmes Santé (2012), Enquête « Découvrez le meilleur des médicaments », CCM Benchmark, Boulogne-Billancourt.
- [6] BVA et Institut de Recherche bio-Médicale et d'Épidémiologie du Sport (2015), « 4^{ème} baromètre Assureurs Prévention sur le niveau d'activité physique ou sportive de la population française ».
- [7] Wolin K.Y., Yan Y., Colditz G.A. et coll. (2009), « Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis », *British Journal of Cancer*, Vol. 100, n°4, p. 611-616.
- [8] Lynch B.M., Neilson H.K., Friedenreich C.M. (2011), « Physical activity and breast cancer prevention », *Recent Results in Cancer Research*, Vol. 186, p. 13-42.
- [9] Cust A.E., Slimani N., Kaaks R. et coll. (2007), « Dietary carbohydrates, glycemic index, glycemic load, and endometrial cancer risk within the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort », *American Journal of Epidemiology*, Vol. 166, n°8, p. 912-923.
- [10] Sun J.Y., Shi L., Gao X.D. et coll. (2012), « Physical activity and risk of lung cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies », *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol. 13, n°7, p. 3143-3147.
- [11] Meyerhardt J.A., Heseltine D., Niedzwiecki D. et coll. (2006), « Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803 », *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 24, n°22, p. 3535-3541.
- [12] Holmes M.D., Chen W., Feskanich D. et coll. (2005), « Physical activity and survival after breast cancer diagnosis », *Journal of the American Medical Association*, Vol. 293, n°20, p. 2479-2486.
- [13] Richman E.L., Kenfield S.A., Stampfer M.J. et coll. (2011), « Physical activity after diagnosis and risk of prostate cancer progression: data from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor », *Cancer Research*, Vol. 71, n°11, p. 3889-3895.
- [14] Des Guez G., Uzzan B., Bouillet T. et coll. (2013), « Impact of physical activity on cancer-specific and overall survival of patients with colorectal cancer », *Gastroenterology Research and Practice*, URL : <http://www.hindawi.com/journals/grp/2013/340851/>.
- [15] Ibrahim E., Al-Homaidh A. (2011), « Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta analysis of published studies », *Medical Oncology*, Vol. 28, n°3, p. 753-765.

- [16] Kenfield S.C., Stampfer M.J., Giovannucci E. et coll. (2011), « Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals followup study », *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 29, n°6, p. 726-732.
- [17] Russo J., Fernandez S.V., Russo P.A. et coll. (2006), « 17-Betaestradiol induces transformation and tumorigenesis in human breast epithelial cells », *FASEB Journal*, Vol. 20, n°10, p. 1622-1634.
- [18] Bergeron C. (2002), « Effets sur l'endomètre des œstrogènes et des antiœstrogènes », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Vol. 30, n°12, p. 933-937.
- [19] Ohra T., Schmitz K.H., Ahmed R.L. et coll. (2006), « Effects of weight training and quality of life in recent breast cancer survivors », *Cancer*, Vol. 106, n°9, p. 2076-2083.
- [20] Jasienska G., Ziolkiewicz A., Thune I. et coll. (2006), « Habitual physical activity and estradiol levels in women of reproductive age », *European Journal of Cancer Prevention*, Vol. 15, n°5, p. 439-445.
- [21] Neilson H.K., Friedenreich C.M., Brockton N.T. et coll. (2009), « Physical activity and postmenopausal breast cancer: proposed biologic mechanisms and areas for future research », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, Vol. 18, n°1, p. 11-27.
- [22] Mulligan A.M., O'Malley F.P., Ennis M. et coll. (2007), « Insulin receptor is an independent predictor of a favourable outcome in early stage breast cancer », *Breast Cancer Research and Treatment*, Vol. 106, n°1, p. 39-47.
- [23] Maitre C. (2013), « Relations entre activité physique, équilibre pondéral et cancer du sein », *Annales d'Endocrinologie*, Vol. 74, n°2, p. 148-153.
- [24] Ligibel J.A., Campbell N., Partridge A. et coll. (2006), « Impact of mixed strength and endurance exercise intervention on insulin levels in breast cancer survivors », *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 26, n°6, p. 907-912.
- [25] Irwin M., Varma K., Alvarez-Reeves M. et coll. (2009), « Randomized controlled trial of aerobic exercise on insulin and insulin-like growth factors in breast cancer survivors: the Yale Exercise and Survivorship Study », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, Vol. 18, n°1, p. 306-313.
- [26] Romieu I., Touillaud M., Ferrari P. et coll. (2012), « Activité physique et survie après cancer », *Bulletin du cancer*, Vol. 99, n°10, p. 979-994.
- [27] Bower J.E., Ganz P.A., Desmond K.A. et coll. (2000), « Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life », *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 18, n°4, p. 743-753.
- [28] Curt G.A., Breitbart W., Cella D. et coll. (2000), « Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition », *The Oncologist*, Vol. 5, n°5, p. 353-360.
- [29] Maquet D., Demoulin C., Crielaard J.M. (2006), « Chronic fatigue syndrome: a systematic review », *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol. 49, n°6, p. 337-347.
- [30] Bouillet T. (2015), « Trilogie muscles, graisses et cytokines dans les cancers du sein », *Onko+*, Vol. 7, n°52, p. 66-69.
- [31] Pavic M., Bouillet T. (2011), « Fatigue liée au cancer : un réel bénéfice de l'activité physique ! », *La lettre de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support*, n°8, p. 5.
- [32] Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (2013), Référentiel « Activité Physique Adaptée, Rééducation et Cancer du sein ».

- [33] Puetz T.W., Herring M.P. (2012), « Differential effects of exercise on cancer-related fatigue during and following treatment: a meta-analysis », *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 43, n°2, p. 1-24.
- [34] Strasser B., Steindorf K., Wiskemann J. et coll. (2013), « Impact of resistance training in cancer survivors: a meta-analysis », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Vol. 45, n°11, p. 2080-2090.
- [35] Stene G.B., Helbostad J.L., Balstad T.R. et coll. (2013), « Effect of physical exercise on muscle mass and strength in cancer patients during treatment - a systematic review », *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, Vol. 88, n°3, p. 573-593.
- [36] Fong D.Y., Ho J.W., Hui B.P. et coll. (2012), « Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials », *British Medical Journal*, Vol. 344, p. 70.
- [37] Jones L.W., Liang Y., Pituskin E.N. et coll. (2011), « Effect of exercise training on peak oxygen consumption in patients with cancer: a meta-analysis », *The Oncologist*, Vol. 16, n°1, p. 112-120.
- [38] Speck R.M., Courneya K.S., Masse L.C. et coll. (2010), « An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis », *Journal of Cancer Survivorship*, Vol. 4, n°2, p. 87-100.
- [39] Myers J., Prakash M., Froelicher V. et coll. (2002), « Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing », *The New England Journal of Medicine*, Vol. 346, p. 793-801.
- [40] Peel A.B., Thomas S.M., Dittus K. et coll. (2014), « Cardiorespiratory fitness in breast cancer patients: a call for normative values », *Journal of the American Heart Association*, Vol. 3, n°1, p. 432.
- [41] Gaillard S., Stearns V. (2011), « Aromatase inhibitor-associated bone and musculoskeletal effects: new evidence defining etiology and strategies for management », *Breast Cancer Research*, Vol. 13, n°2, p. 205.
- [42] Irwin M.L., Cartmel B., Gross C.P. et coll. (2014), « Randomized Exercise Trial of Aromatase Inhibitor-Induced Arthralgia in Breast Cancer Survivors », *Journal of Clinical Oncology*, URL : <http://jco.ascopubs.org/content/33/10/1104>
- [43] Langer I., Guller U., Berclaz G. et coll. (2007), « Morbidity of sentinel lymph node biopsy (SLN) alone versus SLN and completion axillary lymph node dissection after breast cancer surgery: a prospective Swiss multicenter study on 659 patients », *Annals of Surgery*, Vol. 245, n°3, p. 452-461.
- [44] Schmitz K.H. (2010), « Balancing lymphedema risk: exercise versus deconditioning for breast cancer survivors », *Exercise and Sport Sciences Reviews*, Vol. 38, n°1, p. 17-24.
- [45] Bloomquist K., Karlsmark T., Christensen K.B. et coll. (2014), « Heavy resistance training and lymphedema: prevalence of breast cancer-related lymphedema in participants of an exercise intervention utilizing heavy load resistance training », *Acta Oncologica*, Vol. 53, n°2, p. 216-225.
- [46] Vignes S. (2015), « Sport et lymphœdème après cancer du sein : que dire, que faire ? », *Onko+*, Vol. 7, n°52, p. 69-70.
- [47] Morano M.T., Araújo A.S., Nascimento F.B. et coll. (2013), « Preoperative pulmonary rehabilitation versus chest physical therapy in patients undergoing lung cancer resection: a pilot randomized controlled trial », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 94, n°1, p. 53-58.

- [48] Crandall K., Maguire R., Campbell A. et coll. (2014), « Exercise intervention for patients surgically treated for Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): a systematic review », *Surgical Oncology*, Vol. 23, n°1, p. 17-30.
- [49] Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (2011), Référentiel « Activité physique et cancer ».
- [50] Mishra S.I., Scherer R.W., Snyder C. et coll. (2012), « Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol.15, n°8, URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008465.pub2/abstract>
- [51] Mishra S.I., Scherer R.W., Geigle P.M., (2012), « Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 15, n°8, URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007566.pub2/abstract>
- [52] Speck R.M., Courneya K.S., Masse L.C. et coll. (2010), « An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis », *Journal of Cancer Survivorship*, Vol. 4, n°2, p. 87-100.
- [53] Duijts S.F., Faber M.M., Oldenburg H.S. et coll. (2011), « Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors - a meta-analysis », *Psychooncology*, Vol. 20, n°2, p. 115-126.
- [54] Mock V., Dow K.H., Meares C.J. et coll. (1997), « Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer », *Oncology Nursing Forum*, Vol. 24, n°6, p. 991-1000.
- [55] Ninot G. (2013), « Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques », *Science & Sports*, Vol. 28, n°1, p. 1-10.
- [56] Brown J.C., Huedo-Medina T.B., Pescatello L.S. et coll. (2012), « The efficacy of exercise in reducing depressive symptoms among cancer survivors: a meta-analysis », *PLoS One*, Vol. 7, n°1, p. 30955.
- [57] Pinto B., Clark M., Maruyama N. et coll. (2003), « Psychological and fitness changes associated with exercise participation among women with breast cancer », *Psychooncology*, Vol. 12, n°2, p. 118-126.

Avis des patients du Pôle Sport & Cancer

Impact Sport et Intérêt du programme sportif

1) Le sport est plus qu'un « plus ». C'est une véritable arme contre la maladie. Pendant le traitement, cela apporte un but, un soutien. Après la radiothérapie, le traitement a beaucoup d'effets secondaires. La gymnastique procure courbatures mais pas de douleurs.

- Une sensation de bien-être, d'exutoire. Le sport donne une certaine tonicité et permet d'améliorer nos amplitudes de mouvement.

2) Le sport a eu un effet plus que bénéfique TANT au niveau physique car il m'a permis de récupérer ma mobilité après reconstruction par lambeau dorsal, que psychologique car il aide à se reconstruire.

- Plus de mobilité, plus de courage à faire les choses et plus de confiance en soi.

3) Non sportive, les cours m'ont permis de redécouvrir un corps avec ses muscles et ses tendons, capable de prendre des postures improbables. Le moral et la vitalité sont revenus avec la forme et l'enthousiasme. C'était, c'est aussi un lieu de rencontres et d'échanges extraordinaires.

- Je dirais que cette pratique a été (avec l'arrêt de travail) la meilleure thérapie (en tout cas la plus saine). En ce sens, le cancer a même été une chance.

4) L'idée de faire du sport alors que j'étais en soins m'a permis de me sentir vivante. A certaines étapes du traitement, les exercices m'ont paru parfois difficiles au

point d'être découragé. Mais avec du recul je sais les bienfaits de l'activité physique pour la récupération.

- L'intérêt pour moi, de mieux évacuer le stress, les effets négatifs du traitement et me remettre au plus vite de cette épreuve.

5) Une bonne tolérance à la chimiothérapie et la conséquence, la possibilité de réussir à gérer le quotidien sans problème (m'occuper de mon défaut et de la maison).

- Sans ce programme là, je n'aurais pas fait de sport pendant mon traitement, ça aurait été trop compliqué d'intégrer une salle de sport « classique » ou un club à ce moment là (problème d'image).

6) Que du positif. « Bulle » de bienveillance, bien-être physique et psychologique. Ancrage dans la « vraie vie » hors les soins.

- Indispensable à mon équilibre physique, psychologique et émotionnel. Peu de séances ratées durant un an de programme.

7) L'exercice du sport a radicalement changé mon quotidien. J'ai retrouvé dynamisme, énergie, positivisme. A la fin d'une séance, je n'avais plus la fatigue de lassitude liée aux différents traitements. Avec le sport, je me suis sentie revivre.

- Le programme Sport & Cancer a été un point essentiel dans mon parcours de soins. Il fait entièrement partie de mon protocole vers la guérison.

8) Beaucoup d'effets bénéfiques sur le physique mais aussi sur le moral : au-delà du fait que cela m'occupe (au lieu de tourner en rond à la maison), je gagne en

tonus physique, je reprends contact avec mon corps, mes capacités physiques. Je gagne en endurance parce que je comprends mieux comment mon corps réagit. Le physique tient le coup et le mental suit.

- Extrêmement important, voire essentiel. J'ai repris goût aux activités physiques et je constate le bénéfice de ces activités tout au long de mon traitement.

9) L'activité sportive m'a permis de ne pas 'flancher' moralement, de me sentir plus forte, de retrouver les sensations de mon corps, de récupérer plus vite en mobilité après mes chirurgies, de soulager les douleurs, de diminuer les effets secondaires ainsi que l'état de fatigue dus aux traitements.

- Ce programme a eu une importance capitale tant sur le plan physique que moral ainsi que sur le plan humain. Il a fait partie intégrante de mon parcours de soins et m'a énormément apporté et aidé pour m'accompagner vers un mieux-être et garder un état d'esprit positif.

10) Excellent impact, qui m'a permis de me réapproprier mon corps et de rencontrer des personnes malades formidables.

- Cela a été très important pour le physique et le mental même si parfois c'était dur.

11) L'exercice du sport a eu un impact sur mes douleurs articulaires et musculaires. Le bienfait est incontestable ; de plus, moralement, le fait d'être en groupe est stimulant et aide beaucoup.

-Le programme m'a obligé à sortir de chez moi et à reprendre confiance en moi, il atténue les douleurs motrices.

12) Contact social, voir des gens concernés relativiser son propre cas. Il faut discuter. Bien sûr, sur le plan physique, une amélioration nette.

- Quand j'ai commencé, je n'avais plus de soins, simplement, le comprimé pendant cinq ans.

13) J'ai ressenti très vite une amélioration de mon état général. Meilleure endurance. J'arrive à ne plus m'endormir toutes les 2 ou 3 heures. Je suis plus rapide. Je me sens plus performante. Je me fixe des objectifs. Je reprends de l'assurance, confiance en moi. Je dors pratiquement toute la nuit sans tourner et retourner, sans être tendue ; je suis relaxée, bien "étalée", pas crispée ; plus de crampes dans les jambes comme auparavant.

- Il me donne une motivation, un but. J'essaie d'améliorer mes performances. Il m'a sorti du gouffre. Je retire tous les bénéfices et j'augmente ma résistance, mon espoir. Il m'a permis de rencontrer des personnes impliquées remarquables.

14) Cela m'a aidé à surmonter la fatigue due au traitement, la baisse de moral ; et la reprise de confiance en mes capacités physiques

- L'intérêt de pouvoir me sentir « vivante ».

15) Impact très bénéfique sur l'état général et sur le moral. Bonne fatigue, bonne sensation, du plaisir de faire retravailler son corps par le sport.

- Le programme Sport & Cancer a été la solution idéale pour poursuivre une activité sportive malgré la maladie. A un moment où le décalage avec les activités classiques était devenu trop important et ne fait que mettre

en avant les difficultés physiques qu'engendre la maladie. Au pôle Sport & Cancer, chaque personne mène son propre combat et son propre objectif dans une ambiance conviviale. Je trouve le contact très intéressant avec les autres pratiquants.

16) Une remise en forme progressive autant au niveau physique que psychique. Emulation positive du sport tant au niveau du programme délivré que dans la prise en compte de notre état. Après chaque séance de sport, nous retrouvons à la fois une meilleure circulation des fluides, des amplitudes de mouvements perdus suite aux traitements, une diminution des douleurs osseuses qui nous bloque les articulations jusqu'aux fractures et une envie de continuer à se battre.

- Une acceptation du ou des traitements avec de gros effets secondaires (douleurs, fatigue extrême etc). Une reprise de confiance en soi et des activités associées. Diminution vérifiée statistiquement des récidives.

17) L'activité sportive m'est indispensable et représente pour moi un fort intérêt aussi bien sur le plan physique que psychologique et participe donc à ma reconstruction à tous les niveaux.

- Reconstruction physique, réconciliation avec mon corps. Amélioration du sommeil. Douleurs articulaires moins importantes. Diminution du stress.

18) Je retrouve une endurance. Pour éviter le surpoids dû à la prise de l'hormonothérapie et pour avoir un peu moins de douleurs articulaires. C'est bon pour le moral : je veux me dépasser trop vite physiquement et le corps ne suit pas forcément tout le temps ; je ne suis

pas patiente car je veux trouver ou retrouver toutes mes capacités physiques d'avant les traitements.

- La prise de conscience de l'importance de pratiquer un sport adapté à mes capacités. Que quand je ne fais pas de gym, j'ai plus de complications qui surviennent, surtout les douleurs articulaires et sciatiques.

19) Je ne fais que commencer mais je sens que c'est bon pour mon moral ; là, on est comme tout le monde, la maladie ne nous empêche pas d'avoir ces activités et de progresser. On se sent bien après.

Pour l'instant, pas de constat possible. A voir après 3 mois de pratique.

20) Très très bon impact général, comportemental et mental sur la maladie

- Ce programme est d'une nécessité absolue et d'un très grand intérêt.

21) Amélioration de mon état général, moins de fatigue.

- Cela m'a permis de bouger pour retrouver la souplesse de mes muscles qui, j'avoue, étaient raides. De m'étirer la colonne vertébrale, l'ai pris un demi centimètre de plus. J'ai l'impression d'être hyper active, depuis je n'arrête pas de bouger, je suis toujours en mouvement. Cela m'a permis de faire l'effort de sortir de chez moi et de reprendre la voiture. Par contre je suis toujours insomniaque.

22) Lors de la visite préalable, grâce à l'entretien avec l'éducateur sportif et les tests physiques effectués, j'ai pu considérer ma prise en charge globale, corps et psychisme, autrement que par des soins médicaux. Je

me suis de suite sentie en confiance dans un cadre rassurant dû à la présentation du programme. En début de parcours, la pratique du sport m'a permis de finaliser la récupération totale de l'aisance du mouvement de mon bras opéré en relais des séances de kinésithérapie. Par la suite, les effets bénéfiques se sont rapidement faits sentir : meilleure qualité de mon sommeil, amélioration de mon endurance à l'effort physique, reprise visible de masse musculaire, reconnexion avec des sensations de souplesse malgré les raideurs articulaires survenues à la ménopause et accentuées certainement avec la prise du traitement hormonal (Fémara). Disparition des douleurs dorsales et amélioration des postures au quotidien, je me sens 'mieux tenue'. L'occasion de trouver un lâcher prise, d'éprouver ma concentration pour coordonner les mouvements très favorables pour calmer mon tempérament anxieux. Cette activité régulière m'a également permis de rencontrer d'autres personnes malades dans un climat détendu et motivant grâce à l'encadrement très bienveillant.

- Je pense que l'exercice physique régulier participe au fait de bien supporter mon traitement hormonal (Fémara), en lien avec une adaptation de mes habitudes alimentaires. Je prends aussi conscience que lorsque l'activité physique ralentit ou s'espace dans le temps, mes douleurs articulaires deviennent plus aigues.

23) Renvoi d'une image positive et bien-être général

- Ne pas penser à la maladie.

24) Pour commencer, cela m'a permis, voire obligée à sortir de chez moi, sortir de ma bulle. Puis, petit à petit, j'étais fière d'accomplir quelque chose de très difficile

pour moi, une activité sportive. Voir que l'on fait des progrès et que l'on a des résultats est une chose positive qui fait du bien au moral au-delà du physique. Physiquement, les cours sont intenses mais, après quelques heures de récupération, on sent que l'on retrouve une énergie que l'on avait perdue.

- Une fois le traitement terminé, on ne revoit plus médecins de l'Oncopôle pendant 6 mois. On peut voir des psychologues pour nous aider à remonter la pente, mais plus personne ne se préoccupe de notre corps. L'intérêt de ce programme est de rentrer à nouveau en contact avec notre corps.

25) Que du positif pour le moral, l'image de soi mais surtout sur les douleurs occasionnées par la chimio et le Fémara que je dois prendre pendant 5 ans.

- Déjà un emploi du temps à respecter 2 fois par semaine. Des personnes rencontrées...

26) Récupération générale, réappropriation du corps et du mental, souplesse, amplitude des mouvements.

- PRIMORDIAL !! NECESSAIRE, VITAL.

27) Cela m'a permis de m'ouvrir aux autres, d'essayer de sortir de mon angoisse après ce choc. J'ai pris un peu plus confiance en moi, je sais que beaucoup de personnes rencontrent les mêmes difficultés au niveau des effets secondaires qui, pour moi, sont encore plus pénibles que les traitements.

- Ce programme me permet d'avancer même si parfois c'est dur. Le groupe est un soutien.

28) Que du positif sur tous les plans.

- Le sport est un moyen de combattre la maladie dans la mesure où ça m'a permis de retrouver l'estime de moi-même. Ça m'a permis aussi de supporter moralement et physiquement la maladie. Ça entretient le corps pour reprendre de la masse musculaire et gagner de la souplesse.

29) Après les traitements, j'étais fatiguée physiquement et moralement. La reprise régulière du sport m'a redonné confiance en moi, mon corps s'est tonifié donc, plus d'énergie et un meilleur moral.

- Se reprendre en main pour la suite et **EVITER LES RECIDIVES AU MAXIMUM.**

30) J'ai constaté des progrès en souplesse, en endurance, en coordination, en récupération, qui sont avérés par les bilans. J'ai trouvé un soutien moral auprès des participants, une émulation auprès du groupe. C'est un moyen de décompresser, de se lâcher.

- Dommage que je ne l'ai connu qu'après mon traitement. Une pratique à partir de ma 4^{ème} ou 5^{ème} cure de chimiothérapie m'aurait permis de récupérer plus rapidement.

31) L'exercice du sport m'a permis de retrouver confiance en mes capacités physiques (atteindre des performances dont je ne me serais pas cru capable), retrouver énergie et confiance en moi. Le groupe m'a permis aussi de rompre l'isolement dans lequel m'avait enfermée la maladie. Cela a permis de renforcer mon mental. C'est devenu un rendez-vous indispensable à ma reconstruction.

- Renforcement aussi bien physique que mental.

32) Très favorable, au physique et au moral. Cependant, je n'arrive pas à gérer mon poids, je n'arrive pas à maigrir.

- Très important.

33) Un impact bénéfique. Mon corps meurtri et diminué, parfois douloureux, je le pensais inexorablement abîmé. Au bout de 4 mois d'activité sportive, je retrouve confiance en mes capacités physiques, j'effectue des mouvements que je ne pensais plus possible. Un point positif pour le moral. De même, j'ai moins de douleur et me sens mieux dans mon corps. Un vrai plus physique.

- Sur mon parcours de soins, aucun bénéfice, car je ne faisais pas de sport durant le traitement. Si j'avais su, j'en aurais fait plus ! Pour l'après, la reconstruction physique et mentale, cela m'apparaît indispensable.

34) Cette reprise d'activité après une lourde intervention (ovaires) et de la chimiothérapie m'a permis de retrouver l'estime de moi après une période très difficile sur le plan psychologique. J'ai repris la maîtrise de mon corps. Les cours très adaptés et appréhendés par une remarquable psychologue, dans un esprit sportif et de détente, sont d'une grande qualité.

- Le programme a eu lieu après mon parcours de soins mais je pense qu'il est un excellent complément.

35) A l'annonce du cancer, le choc a été violent. J'étais en plein désarroi, dans un état de sidération. Je me suis alors enfermée dans une bulle que je croyais protectrice, je pensais pouvoir m'éviter ainsi d'autres coups du sort. Les traitements ont été longs et pénibles. Lorsqu'ils ont pris fin, sur les conseils de l'Oncologue,

j'ai pris contact avec le pôle Sport & Cancer mais j'étais sceptique. Et pourtant, après le début des séances d'activité sportive, c'est mon entourage qui a remarqué et m'a fait prendre conscience de leur bienfait et de l'amélioration de mon état physique et mental. J'ai repris alors des activités que j'avais abandonnées dès le début de la maladie. Depuis, j'éprouve le besoin de ne pas manquer les séances sportives et supporte mal les absences dues à des pathologies annexes.

Réflexion collective sur la Télésurveillance médicale d'aujourd'hui en France et visions pour demain



Définitions de télésurveillance médicale : les points de vue d'acteurs de santé...

« La télésurveillance est un ensemble d'outils (objets connectés, matériels informatiques, logiciels de suivi et de transmission d'informations) au service des professionnels de santé et des patients, permettant de garantir notamment le lien ville-hôpital pour les patients atteints de pathologies chroniques ou post opératoires (notamment dans le cadre du développement des soins ambulatoires). »

« Elle permet le recueil de paramètres en situation de vie réelle en dehors du temps de la consultation ponctuelle de suivi, en temps différé. Il faut toutefois se poser des questions sur le traitement des données en temps différé, selon un protocole préalablement établi. »

« La meilleure solution de télésurveillance est celle qui fait travailler les professionnels de santé de la région ensemble, afin d'optimiser les ressources et d'attirer de nouveaux professionnels de santé sur le territoire. »

« Il faut distinguer la télésurveillance d'un dispositif (pacemaker, appareils en pression positive, etc.) et la télésurveillance d'un patient ; cela ne recouvre pas complètement les mêmes champs. »

La télésurveillance médicale est un acte de télémedecine. Elle est définie légalement en France : réalisée “avec le consentement libre et éclairé de la personne”, elle « a pour objet de permettre à un professionnel médical d’interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d’un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L’enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. »⁷

Les publications récentes des cahiers des charges⁸ des expérimentations nationales relatives à la prise en charge de la télésurveillance de différentes pathologies (l’insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale et le diabète) couplées à l’inscription de la télémedecine dans les plans régionaux de santé, devraient favoriser le déploiement de la télésurveillance médicale. Néanmoins des freins persistent.

⁷ Art. 78 Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire et son décret d’application n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, JORF n° 0245 du 21 octobre 2010, NOR: SASH1011044D et article R6316-1 du Code de la Santé Publique - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>.

⁸ JORF n° 0291 du 15/12/2016, NOR : AFSH1633837A pour l’insuffisance cardiaque, respiratoire et rénale, *insuet* JORF n° 0100 du 28 avril 2017, NOR: AFSH1711560A pour le diabète - <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/6/AFSH1633837A/jo/> - https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033607216.

Un groupe de professionnels de santé issus de diverses structures de soins et organisations de santé en France partagent ici les conclusions de leur réflexion collective sur les atouts, les freins au déploiement de la télé-surveillance médicale, mais également leurs visions à moyen terme et leurs recommandations.

Les atouts de la télésurveillance médicale

- Une pratique permettant d'accompagner la politique incitative forte visant à favoriser le développement de l'activité de soins ambulatoires, une réponse aux besoins de prise en charge à domicile.
- Un patient acteur de son parcours de soins, mieux informé sur sa pathologie, qui adopte les réactions appropriées à mettre en œuvre en lien avec son projet de télésurveillance. Les patients atteints de pathologies chroniques se sentent mieux pris en charge, avec une démarche personnalisée, un suivi plus régulier, automatisé et interactif et un accompagnement thérapeutique.
- Un partage de l'information facilité, un travail collaboratif nécessaire avec l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale et médico-sociale prenant en charge le patient.
- Une aide pour la médecine de proximité. La télésurveillance renforce le binôme médecin traitant et médecin spécialiste. C'est un gain de

temps médical en aidant à la prise de décision et en facilitant la délégation d'actes entre professionnels de santé.

- Un meilleur suivi du retour à domicile avec des alertes générées par des solutions techniques permettant de prévenir une décompensation et ainsi d'éviter des ré-hospitalisations déstabilisantes et coûteuses. Une solution pour réduire la surcharge des urgences.

Les difficultés et freins

La complexité de mise en œuvre

- Certaines démarches administratives fastidieuses peuvent ralentir cruellement les projets et décourager les acteurs.
- Peu d'outils sont mis à la disposition des Agences Régionales de Santé (ARS) pour communiquer auprès des acteurs de façon homogène.
- Beaucoup d'imprévus et d'aléas dus au peu de retours d'expériences et à l'absence de mutualisation.
- Les professionnels de santé, les fournisseurs de solution, voire les ARS concernées, sont insuffisamment informés sur la télésurveillance en général et plus précisément sur les expérimentations mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.
- Les cahiers des charges publiés sur les expérimentations de télésurveillance médicale peuvent être lus et interprétés différemment.

- Les professionnels de santé et les patients n'ont pas toujours la formation ou les compétences techniques requises pour le choix mais aussi l'utilisation des dispositifs.
- Les acteurs ne disposent souvent pas des ressources nécessaires pour initier puis mener à bien les démarches.
- On constate des difficultés organisationnelles entre les différents intervenants.
- Des partenariats sont complexes à construire dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) avec une articulation du projet médical.
- Les régimes de responsabilité ne sont pas clairs pour les médecins impliqués, ce qui représente un frein. A cet égard le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pense qu'il faut inclure du « droit souple » reposant sur la publication de protocoles rédigés sur la base de « recommandations professionnelles et déontologiques » entre les Conseils Nationaux de Pilotage (CNP) de spécialités et les Ordres concernés en suivant une méthodologie impliquant le Haute Autorité de Santé (HAS).

Un manque d'uniformisation

- Les pratiques sont diverses, non encore suffisamment organisées par territoires, avec des modèles de plateformes régionales de télémedecine différentes d'une région à l'autre, qui intègrent ou non la télésurveillance.
- Un système de santé qui vit encore en silos (sanitaire dissocié du médico-social, dichotomies public/privé, patients/soignants, etc.).
- Une incohérence entre le programme ETAPES (Expérimentations de télémedecine pour l'amélioration des parcours en santé) et le guide du parcours de soins

insuffisance cardiaque validé par la HAS en juillet 2014 : le « médecin effectuant la télésurveillance » ne peut pas être le médecin traitant s'il ne dispose pas d'un diplôme universitaire d'insuffisance cardiaque.

Les aspects techniques

- Les solutions techniques ne sont pas interopérables.
- Les démarches avec les fournisseurs doivent être menées individuellement.
- Les solutions de télémédecine ne sont pas accessibles depuis le Système d'Information (SI) des acteurs : lien hôpital-ville.
- Il est difficile, notamment pour les médecins généralistes, d'accéder de manière simple aux informations qui sont utiles à la prise en charge de leurs patients télésuivis.
- La gestion des risques est sensible : le choix d'une solution de télésurveillance engage la responsabilité des médecins sur des systèmes de recueil et de mesure et sur des algorithmes qu'ils ne maîtrisent pas (information et formation limitée).
- La télédéclaration avec la Carte de Professionnel de santé (CPS) n'est pas entrée dans les pratiques (et les professionnels de santé en EHPAD n'en ont pas).

Le coût et la rémunération

- Le modèle économique des structures concernées par la télésurveillance (établissements de santé, EHPAD, libéraux) est différent.
- Les financements sont limités, peu d'appels à projet et autres aides permettent de soutenir les démarches préalables à l'amorçage des projets.

- Le soutien financier actuel au développement des systèmes d'information des professionnels de santé libéraux et du médico-social est insuffisant, et ne permet pas l'échange et le partage des données médicales.
- Les incertitudes sur le coût global d'une prise en charge avec / sans télésurveillance persistent.
- Le montant des rémunérations ne sont pas incitatifs.
- Le processus de facturation des actes n'est pas clair.
- Le paiement des fournisseurs de solutions techniques par les caisses locales d'assurance maladie pose question.

La résistance au changement

- Il est difficile d'atteindre et d'associer des acteurs novices (non sensibilisés, non accompagnés) : c'est un monde de médecins, de directeurs d'établissements ou de fournisseurs de solutions techniques pionniers.
- Un manque préjudiciable d'accompagnement des acteurs (en particulier des libéraux et des EHPAD).
- Les difficultés à conduire le changement et à intégrer le programme ETAPES.

Visions de la télésurveillance médicale de demain

« Il s'agit d'une **révolution** générationnelle et sociétale : comme pour internet dans les années 90 ».

« Au sein des GHT, la télésurveillance doit permettre d'optimiser la gestion des urgences en diminuant les (ré) hospitalisations des patients atteints de maladies chroniques, comme l'ont démontré certaines études cliniques. Elle pourrait réduire la durée de séjour hospitalier. »

« La télésurveillance ne pourra que se développer dans les années qui viennent. Les raisons sont multiples : la démographie médicale, le besoin de consultation, la mise en place des GHT, le virage ambulatoire, l'envie des patients d'être plus acteurs de leur santé, le focus mis sur la prévention, etc. »

« La télésurveillance permettra, outre le suivi des patients chroniques, un suivi des patients aigus en post-opératoire en cohérence avec le développement de l'activité ambulatoire. »

« La télésurveillance ne doit pas être vue par les professionnels comme un dispositif qui génère de la concurrence, mais au contraire comme un dispositif qui permet de faciliter la coordination et le travail en réseau, à condition qu'il apporte un intérêt dans la prise en charge du patient et que l'organisation définie le permette ».

« Il faut que le dispositif de télésurveillance soit adaptable aux organisations en fonction des pathologies concernées, et utilisable en tout point du territoire avec la possibilité d'informer tous les acteurs impliqués après accord du patient. »

« Il faut imaginer la part importante que prendront les traitements algorithmiques des données, le big data et l'intelligence artificielle dans l'aide à la décision, dans la gestion populationnelle en santé, dans l'enseignement et la Recherche... »

« La télésurveillance ne pourra fonctionner que si elle est simple dans sa mise en œuvre et son utilisation, et

intégrée dans la prise en charge habituelle du patient au service de ses différentes pathologies éventuelles. »

Recommandations pour une concrétisation de ces visions

Parcours

Il faut « ouvrir » la télésurveillance en décroissant la ville et l'hôpital, le médical et le médico-social, en décroissant les territoires, en harmonisant leurs pratiques ; la télésurveillance doit dépasser les « frontières ».

Pour cela, il est nécessaire en première intention d'impliquer le réseau de prise en charge de proximité du patient, quels que soient son organisation et son mode d'exercice : Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA) ou cabinet libéral. En seconde intention, il est important de s'appuyer sur les médecins spécialistes de la région, pour ne pas accentuer les départs et la désertification, plutôt que d'utiliser des plateformes de professionnels de santé hors région.

Enfin, il sera nécessaire d'impliquer les médecins libéraux, sur l'harmonisation des pratiques par des protocoles, ceux-ci précisant notamment les critères de sortie du patient du dispositif de télésurveillance.

Outils, sécurité et responsabilité médicale

La télésurveillance, pour se déployer rapidement, nécessite la mise en place d'outils simples (accessibles en mobilité sur tablettes, smartphone). L'ensemble du matériel nécessaire doit être remis au patient à sa sortie de l'hôpital dans une mallette, en prévoyant en amont le coût à assumer et les contraintes que cela peut

comporter. Pour faciliter l'accès et l'adoption rapide du patient, il faut lui garantir la sécurité de ces solutions, avec une installation à domicile par le prestataire et des prestations de maintenance en cas de dysfonctionnement ou de difficulté.

Les patients comme les professionnels de santé doivent être associés dans le processus de développement, selon le principe de co-construction. Les professionnels de santé doivent ensuite être libres de prescrire ce type de dispositifs, à condition qu'ils soient accessibles en tous lieux, qu'ils présentent un intérêt médical et/ou qu'ils génèrent des économies à terme. Les professionnels de santé ont également besoin d'être rassurés sur les outils et solutions mis en place, qui peuvent engager leur responsabilité. Pour aller dans ce sens, il est important de définir des standards, permettant de garantir aux professionnels de santé la qualité des algorithmes utilisés (marquage CE, directive européenne,...).

Enfin, de nombreux prérequis semblent incontournables : développer un **socle minimum** commun en matière de Systèmes d'Information associant les professionnels de santé libéraux, clarifier qui peut avoir accès aux données de santé du patient et quelle exploitation on peut/veut en faire, bénéficier d'une bonne couverture haut débit voire très haut débit sur tout le territoire, renforcer la « matériovigilance » en s'appuyant sur l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM)...

Accompagnement au changement et formation

Les acteurs de santé ont besoin d'être informés et sensibilisés à ces nouvelles pratiques. Il faut donc accentuer la veille sur la télésurveillance pour recenser les pro-

grammes existants, mieux communiquer sur les atouts, réussites, difficultés du terrain, mieux orienter les acteurs intéressés. Des supports de communication incluant des témoignages, des tutoriels, et des *serious games* peuvent être réalisés et diffusés. Il paraît également primordial de développer un plan national de formation initiale et continue uniforme sur la télésurveillance, à destination de tous les acteurs (institutionnels comme professionnels de santé et industriels). Pour faciliter le lancement des usages et leur déploiement, il est urgent de définir des référentiels sur la base de projets modèles identifiés, ainsi que des recommandations professionnelles et déontologiques, et de les diffuser largement. Enfin, les acteurs de santé et, tout particulièrement médico-sociaux, ont besoin d'être accompagnés dans la définition et le lancement opérationnel de ce type de programmes, pour que, sur la base des modèles existants, l'organisation à mettre en place corresponde bien aux besoins spécifiques et réels **de leur territoire. Ils pourront également être accompagnés dans la rédaction des protocoles.**

Financements

Les institutionnels doivent communiquer plus clairement et plus largement sur les financements déjà existants en télésurveillance médicale et les modes et processus de rémunérations.

Des décisions doivent être prises pour mieux financer, dès l'amorçage, les équipements, organisations et prestations, et pour mieux soutenir les innovations. Ces financements doivent par ailleurs être pérennes pour permettre aux acteurs de s'organiser à moyen terme et de maintenir les usages mis en place. Enfin, le finan-

cement de la télésurveillance doit être uniformisé et élargi à toutes les pathologies où elle est utile.

Evaluation

Compte-tenu du besoin de preuves cliniques pour faciliter le remboursement et améliorer le système, il faut recueillir plus de données, sur un nombre significatif d'usages. Pour cela, il faudrait, quand cela est possible, mieux prendre en compte les évaluations déjà réalisées à l'étranger et en France.

Par ailleurs, il est important de prévoir la réalisation systématique d'évaluations multicritères dès le lancement des projets, qui soient rendues possibles par des financements publics-privés adaptés.

Enfin, pour faciliter leur réalisation, il paraît essentiel d'uniformiser les méthodes d'évaluation autour d'indicateurs partagés et de critères de réussite communs. A terme, cela permettra à la fois de réaliser facilement des comparaisons entre les projets, mais aussi de rendre ces solutions plus facilement interopérables.

Stratégie

Par soucis de simplification, d'harmonisation et d'équité, il est important de définir le rationnel des pathologies financées et rendre accessible la télésurveillance pour toutes les pathologies où elle est utile (par exemple en cancérologie).

Il est par ailleurs important de définir les conditions de coopération entre industriels autour des plateformes régionales de télémedecine et des plateformes territoriales d'appui (fourniture d'indicateurs minimum communs). L'accès aux solutions pourrait être simplifié en s'affranchissant des délais administratifs liés aux marchés

publics en s'appuyant sur des structures et solutions d'achats mutualisés. L'idée d'un « label de qualité » pourrait être explorée.

Le déploiement naturel de la télésurveillance médicale s'observera lorsque les politiques régionales intégreront ces recommandations, en cohérence avec le cadre commun défini au plan national, et après concertation avec les acteurs de terrain sur les priorités locales en santé (en soins primaires notamment). La création et l'animation de communautés d'utilisateurs paraissent essentielles pour identifier les besoins du terrain et tester la convenance des outils. Enfin, les acteurs de terrain ont besoin de visibilité à moyen terme pour s'investir dans ces projets. Ils réclament une prise de position claire des pouvoirs publics assurant une continuité et une pérennité, à moyen terme, des politiques de santé impactant la télésurveillance médicale.

Un ouvrage collectif* rédigé par les membres du Groupe de travail sur la télésurveillance médicale :

Serge Bismuth, Médecin coordonnateur à l'EHPAD Gaubert de Toulouse, Maître de conférence des universités. **Chantal Boudet**, Adjoint au directeur de l'Efficiencia de l'offre, Responsable du département Systèmes d'Information à l'ARS Pays de la Loire. **Sébastien Gasc**, Directeur chargé du projet appui aux GHT du GIP RESAH. **Jean-Baptiste Lavault**, Directeur opérationnel du CATEL. **Jacques Lucas**, Cardiologue et Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins. **Elodie Marchand-Chaudron**, Responsable des projets innovation groupe VIVALTO SANTE. **François Roubille**, Professeur en cardiologie au CHU de Montpellier. **Cécile Rostin**, Responsable des programmes et de la communication du CATEL. **Stéphane Routier**, Directeur du GCS e-santé Picardie.

** n'engageant pas la pensée individuelle de chacun des membres pris isolément.*

LE MENSONGE

Le Mensonge : malaise et aliénation

Ruth Tolédano-Attias

Dr en chirurgie dentaire

Dr en Lettres et Sciences Humaines

DEA de philosophie

Mentir est un vilain défaut, tel est l'adage populaire. Et pourtant, on admet que tout le monde ment dans certaines occasions sans qu'il soit possible de faire autrement. En l'occurrence, le dicton populaire ne manque pas de bon sens puisqu'il désigne de manière plus ou moins précise le malaise provoqué par le mensonge dans les relations humaines. La définition du mensonge ou du verbe mentir est d'ordre épistémologique puisqu'elle fait référence à la recherche du vrai lorsque le faux se manifeste ; de plus, elle ne laisse aucun doute sur l'intention du menteur de tromper son interlocuteur : « Mentir, ce n'est pas simplement dire le faux, c'est dire le faux en ayant l'intention de tromper tout en connaissant le vrai. Un menteur dit délibérément le faux tout en sachant la vérité ⁹ ». Il convient alors de s'intéresser aux nombreuses questions soulevées par ce problème dans les domaines individuel et collectif, qu'elles soient d'ordre privé, moral, politique et économique. Qu'est-ce qui pousse un individu à mentir ? Quel serait alors son mobile ? Est-ce les circonstances qui l'y conduisent ou est-ce plutôt une tendance à mentir systématiquement ? Comment le menteur s'arrange-t-il avec sa conscience ? Y aurait-il une différence entre un individu qui profère un mensonge dans une circonstance

⁹ In Revue *Terrain*, « Pourquoi est-il si grave de mentir ? », de Gloria Origgi, p. 82-95, sept. 2011.

qui paraît justifiée et celui qui aurait l'habitude de mentir sans vergogne ? Quelles sont les conditions de possibilités qui attribuent une certaine légitimité au mensonge et dans quelles limites ? Peut-on déclarer que le mensonge est toujours illégitime, que l'interdiction de mentir est absolue ? Quelles en sont les répercussions sur l'entourage du menteur ?

En ce qui concerne le domaine politique, il est de notoriété publique que les états se réservent le droit de mentir à leurs citoyens ; est-il possible de s'interroger sur la légitimité de tels mensonges et la limite qu'ils devraient s'imposer dans ces cas là. Quel niveau de confiance peut-on leur accorder ? Et dans les cas où la démesure devient la règle de certains états, quelles sont les conséquences de leurs mensonges sur leurs populations ?

Il n'est pas un auteur qui ne condamne le mensonge. Mais, certains ont une position plus nuancée à l'égard de ce dernier. L'enjeu de cette investigation consiste à repérer le sens de leurs discours concernant le mensonge. Mais, auparavant, un détour par le statut épistémologique du faux donc du mensonge pourrait s'avérer utile.

Le statut épistémologique : les discours vrais et faux

Depuis l'Antiquité, les philosophes mettent l'accent sur la recherche de la vérité et rejettent catégoriquement le faux (*pseudos*). Dans certains dialogues socratiques, en particulier *Cratyle*, Platon¹⁰ précise qu'un discours

¹⁰ Platon, *Œuvres complètes*, Tomes I & II, traduction Léon Robin, Editions La Pléiade. On peut aussi consulter *Le Sophiste* dans la traduction de Nestor Cordovero, G.F. Flammarion, 1993.

intelligible doit « être approprié aux réalités » (432d). Seule la réalité est objet de science et a une parenté avec le vrai. Et, pour que le discours (*logos*) puisse avoir une valeur de vérité, il devrait présenter « une conception de la rectitude jusqu'aux choses dans leur vérité » (433b). Si tel n'est pas le cas, le discours est faux. Autrement dit, les discours ont un rapport au vrai et au faux. Par ailleurs, dans *Le Sophiste*, Platon met en évidence les discours faux et trompeurs des sophistes pour séduire leurs auditeurs dans une intention plus que discutable, en particulier la cupidité. En outre, les sophistes cherchent à se substituer au philosophe en entretenant la confusion et en produisant des discours qui ont l'apparence du vrai. Par la méthode kathartique, il s'agit de débusquer le sophiste-imposteur sous l'habit du faux-semblant afin de sortir de la confusion entre les deux genres qu'il exploite avec beaucoup d'habileté par le jeu des ressemblances¹¹ entre le philosophe et le sophiste, tous deux producteurs de *logos*. Le chercheur de vérité doit donc opérer la distinction entre le vrai *logos* et le simulacre. Enfin, dans l'*Hippias mineur*¹², Platon dévoile la duplicité du menteur et fait dire à Socrate : « Ainsi, c'est le même homme qui est capable de mentir et de dire le vrai ».

Aristote reconduit le statut épistémologique du faux défini par Platon et en apprécie le caractère du point de vue éthique. En tout homme, précise-t-il, « le véritable caractère se révèle dans le langage, les actes et la façon de vivre, toutes les fois qu'il n'agit pas en vue d'une fin. Et en elle-même, la fausseté est une chose basse et répréhensible, et la sincérité une chose noble et digne

¹¹ Platon, *Sophiste*, 233d-234b.

¹² Platon, *Hippias mineur* 367c, La Pléiade, p. 6.

d'éloge ». Ce qui est déterminant, c'est « le choix délibéré » de mentir ou non. Seule l'intention compte du point de vue moral. Il évoque le cas du vantard qui s'attribue des qualités ou des actes qui ne lui appartiennent pas et le définit comme le menteur, c'est à dire comme « l'homme faux, aussi bien dans un sens que dans l'autre, (...) un être méprisable. Mêmes distinctions en ce qui concerne le menteur : tel est menteur parce qu'il aime le mensonge pour le mensonge même, tel autre par désir de la gloire ou du gain¹³ ». En d'autres termes, le vantard est misérable et le menteur intéressé encore plus.

Platon et Aristote condamnent le mensonge en se fondant sur le statut épistémologique du faux et du vrai mais leur position semble s'assouplir lorsqu'il s'agit d'un mensonge destiné à réparer une injustice.

Le mensonge, la duplicité du menteur et l'imposture. « La conscience menteuse »

Le menteur sait que son discours est faux mais il persévère dans son mensonge. Ment-il par légèreté, vantardise ou en a-t-il conscience ? C'est à se demander. Dans le cas où il ment à une personne, peut-il se rendre compte du malaise, du trouble et du sentiment de désorientation qui s'emparent de cette dernière alors qu'elle sait pertinemment qu'il ment ? Les exemples sont nombreux des répercussions et des dégâts causés par le menteur auprès de son entourage. A commencer par la confiance brisée de leurs interlocuteurs parfaitement exprimée par Nietzsche : « Ce qui me bouleverse, ce n'est pas que tu m'aies menti, c'est que désormais,

¹³ *Ibid.*, p. 203.

je ne pourrai plus te croire¹⁴ ». Ou les cas innombrables des hypocrites qui évoluent dans toutes les classes sociales, représentés par le plus célèbre d'entre eux, le Tartuffe de Molière. Cet immonde menteur, dissimulateur et falsificateur des relations humaines n'a aucun égard pour toutes les personnes qu'il trompe et pille. Il a pleinement conscience de sa tricherie lorsqu'il déclare : « Ah ! Pour être dévot, je n'en suis pas moins homme ¹⁵ » alors que sa concupiscence vise la femme de son bienfaiteur qu'il gruge sans vergogne. Faudrait-il s'appesantir sur l'imposture, les mensonges, la chape de silence et des complicités qui entourent les actes infâmant des religieux pédophiles qui ont dévasté la vie de jeunes enfants. Ou encore l'imposture et le mensonge durables de J.P. Roman, le faux-médecin qui, pendant de longues années a trompé ses « patients », sa famille, ses amis. Et l'histoire de l'Imposteur rapportée par Javier Cercas¹⁶ dans le roman éponyme et sans fiction dans lequel il déconstruit un immense mensonge qui a duré des dizaines d'années. L'auteur rend compte de l'histoire d'Enric Marco, "le plus grand menteur de l'Espagne contemporaine" qui s'est présenté comme une "icône antifasciste", président de l'Amicale de Mauthausen, ayant l'image d'un "héros" qui a porté la parole des survivants de la Shoa, celle d'un valeureux combattant alors qu'il n'a jamais été qu'un planqué, un résigné décidé à survivre face aux tumultes de l'Histoire. Il a baigné dans le mensonge pendant des dizaines d'années, trompant son monde depuis les plus hautes sphères de l'Etat espagnol, les associations de

¹⁴ Nietzsche, Œuvres, Bouquins, in *Par delà le bien et le mal*.

¹⁵ Molière, *Tartuffe*, ou *l'Imposteur*, ou *l'Hyppocrite* (1669), acte III, scène 3, vers 966.

¹⁶ Javier Cercas, *L'imposteur*, Actes Sud, 2014.

déportés et survivants de la Shoa ainsi que son entourage le plus proche. C'est un historien qui a enquêté et déconstruit cet édifice mensonger et qui l'a confondu. Comment cet individu a-t-il pu mentir aussi longtemps sans jamais éveiller de soupçons ? Il faut bien constater qu'il a réussi à « brouiller les limites¹⁷ » entre vérité et mensonges. En outre, il semble que, contrairement à ce que disent beaucoup d'auteurs, il a pu « déguiser la vérité » longtemps sans que sa mémoire ait failli. Aussi convient-il de s'intéresser les discours de quelques penseurs à ce sujet.

La mémoire confuse du menteur

Montaigne voit le menteur comme un individu à la mémoire assez confuse car il doit inventer de nombreuses fictions pour « déguiser la vérité ». C'est la raison pour laquelle il considère que le mensonge est un vice qui détruit le lien social parce qu'il détruit la confiance véhiculée par la parole qui a perdu sa valeur de vérité : « les menteurs disent des choses contraires qu'ils peuvent s'emmêler. En vérité le mentir est un maudit vice. Nous ne sommes hommes et ne nous tenons les uns les autres que par la parole. Si nous en connaissions l'horreur, nous le poursuivrions à feu plus justement que d'autres crimes. (...) Si le mensonge n'avait qu'un visage, nous serions en de meilleurs termes. (...) Mais le revers de la vérité a cent mille figures et un champ indéfini (...) Et de combien est le langage faux moins sociable que le silence¹⁸ ». Montaigne redoute la perte de confiance due à la tromperie que

¹⁷ Vladimir Jankélévitch, *Traité des vertus* II, tome 1, Champs essais Flammarion 1986, « La conscience menteuse », p. 182-199.

¹⁸ Montaigne, *Essais* I, folio classique n°289, Gallimard, 1965, chap. IX, « Des menteurs », p. 83-88.

véhicule le mensonge et il réitère son jugement et ses mises en garde : « C'est un vilain vice que de mentir. (...) Notre intelligence se conduisant par la seule voie de la parole, celui qui la fausse, trahit la société publique. C'est le seul outil, par le moyen duquel se communiquent nos volontés et nos pensées : c'est le truchement de notre âme (...) S'il nous trompe, il rompt tout notre commerce et dissout toutes les liaisons de notre police¹⁹ ».

Selon **Jankélévitch**, « ce qui fait le menteur, c'est la volonté de tromper²⁰ » si souvent qu'il ne soit plus jamais question de sincérité dans tout ce qu'il peut raconter. Pour faire un menteur, précise-t-il, « il faut tant et tant de mensonges que personne ne peut dire combien. (...) Le mensonge est manœuvre et stratagème : il implique qu'on garde le contrôle de sa propre duplicité et qu'on joue avec tout ce non-être²¹ ». Le comble est atteint lorsque le mensonge devient une habitude de vie, il s'agit alors de « **mendacité** ». La mendacité est la propension au mensonge, le fait de mentir facilement et communément. Elle « s'oppose à la véracité consciente, mais plus encore à l'erreur de bonne foi²² ». Le langage est frelaté, la logique vole en éclats puisque le menteur peut dire une chose et son contraire. Dans cette affaire, le menteur est un égoïste qui cherche à conforter son ego, il veut paraître meilleur qu'il n'est, tiraillé par le mimétisme ; il invente toutes sortes de mensonges, ruse, triche, bluffe, « embellit » le réel, escroque, nul ne saura si, parfois, il dit vrai, « tout

¹⁹ Montaigne, *ibid.*, p. 83-88.

²⁰ Jankélévitch, *ibid.*, p. 189.

²¹ Jankélévitch, *ibid.*, p. 192.

²² Jankélévitch, *Traité des vertus, ibid.*, p. 187.

ce qu'on peut dire, c'est que nous serons volés sans nous en apercevoir²³ ».

Du point de vue moral

Si le mensonge ne peut laisser indifférent, il devient évident qu'il pose une question d'un point de vue moral au fait de tromper autrui. Dans quelle mesure, peut-il être légitime d'avoir recours à un mensonge ?

Kant et l'impératif catégorique : le mensonge est absolument interdit.

La position de Kant se situe dans la ligne de Saint-Augustin (IV^e siècle après J.C) pour lequel il y a « obligation absolue de ne jamais mentir » : dans tous les cas, le mensonge est donc illégitime. Quelles que soient les circonstances et en toute occasion, dire la vérité est un devoir absolu, même si cela met en danger la vie d'autrui ou la sienne propre. Telle est la rigueur kantienne : « Le principe moral de dire la vérité est un devoir, un impératif catégorique²⁴ ». Nul n'a le droit de mentir même pour des causes nobles, que ce soit pour adoucir la fin d'un malade ou pour sauver un homme des griffes d'un tyran ou un despote, bien qu'il soit victime d'une injustice ».

La réfutation de B. Constant : le mensonge n'est pas toujours illégitime

La position kantienne a suscité un débat intellectuel serré avec **Benjamin Constant** au XVIII^e siècle. Il a rejeté l'interdiction absolue de mentir pour de nobles causes. Il considérerait qu'il était possible d'envisager

²³ Jankélévitch, *ibid.*, p. 200.

²⁴ Kant, cf *Métaphysique des mœurs* et *Ecrits et discours politiques*.

une tolérance relative vis-à-vis du mensonge pour sauver un homme injustement condamné ou pour adoucir la fin de vie d'un malade. Il donnait alors une légitimité relative à un mensonge. En d'autres termes, la vérité n'est pas toujours bonne à dire.

A partir du moment où la question morale est posée, il devient inévitable d'orienter cette investigation vers le domaine politique où le mensonge semble devenir une pratique plus ou moins dissimulée.

Le mensonge en politique

« Le discours politique est destiné à donner aux mensonges l'accent de la vérité, à rendre le meurtre respectable et à donner l'apparence de la solidarité à ce qui n'est que vent ».

Georges Orwell (1903-1950)

Le contrat de gouvernement civil rompu par le mensonge

Au XVII^e siècle le philosophe anglais, **John Locke** remet l'accent sur les notions de *confiance* et de *responsabilité* nécessaires à la conclusion du contrat civil. C'est sur ces fondements que repose le traité du gouvernement civil et non sur le mensonge et la terreur. C'est, en d'autres termes, ce qu'il déclare dans son *Traité* dans lequel il fonde sa vision de la confiance nécessaire à la construction d'une société de contrat dans une certaine conception de la nature humaine, selon laquelle les individus assument la responsabilité de leur parole : « Car la vérité et le respect de la parole donnée appartiennent aux hommes en tant qu'hommes et non comme membres de la société. (...) La responsabilité individuelle de la sincérité crée un lien profond

entre les personnes : celui qui en trompe un autre s'extrait du contrat moral qui règle la vie sociale.²⁵ »

Le mensonge pour raison d'Etat est légitime, selon Machiavel

Le Prince²⁶ c'est-à-dire l'homme politique qui gouverne doit avoir recours au mensonge en vue du Bien commun : dans ce cas seulement, il est légitime. En observateur de la nature humaine et considérant que « les hommes sont méchants²⁷ », Machiavel conseille au Prince de recourir à la ruse, de ne pas accorder sa confiance à ses sujets et même de les tromper pour maintenir l'intégrité de l'Etat. Son analyse se fonde sur les exemples des rois qui ont gouverné depuis l'Antiquité jusqu'à son époque. Et, précise-t-il, « jamais un prince n'a manqué de motifs légitimes pour colorer son manque de foi. De cela l'on pourrait donner une infinité d'exemples modernes, et montrer combien de paix, combien de promesses ont été rendues caduques et vaines par l'infidélité des princes ; et celui qui a su mieux user du renard est arrivé à meilleure fin. Mais il faut cette nature savoir bien la colorer et être grand simulateur et dissimulateur. (...) C'est qu'un prince... est souvent contraint, pour maintenir l'Etat, d'agir contre la foi, la charité, contre l'humanité, contre la religion. (...) Qu'un prince, donc, fasse en sorte de vaincre et de maintenir l'Etat : les moyens seront toujours jugés honorables et loués d'un chacun²⁸ ».

²⁵ In la Revue *Terrain* qui cite John Locke *Deux traités sur le gouvernement*, Vrin, 1997, p. 145.

²⁶ Nicolas Machiavel (1469-1527), *Le Prince*, traduction de Yves Lévy, G.F. Flammarion n° 317, 1992.

²⁷ Machiavel, *ibid.*, chap. XVIII, p. 142.

²⁸ Machiavel, *ibid.*, p. 142-143.

L'Etat ment, se substitue au peuple et lui ravit son pouvoir

Au XIX^e siècle, Nietzsche se réfère à la notion de « peuple » devenue discutable et souvent abandonnée aujourd'hui à cause de l'utilisation délétère de ce vocable par les fascistes et les nazis. Mais, au moment où Nietzsche écrit, il ne revêtait pas cette connotation ; on pourrait supputer qu'il s'agissait d'un sentiment patriotique et de l'estime éprouvée pour les populations victimes des manipulations de l'Etat. Et cependant, l'unité de l'Etat allemand était très récente, elle datait des années 1870-1880. La diatribe qu'il adresse à l'Etat menteur est sans appel : « Je vais vous parler de la mort des peuples. L'Etat, c'est le plus froid de tous les monstres froids : Il ment froidement et voici le mensonge qui rampe de sa bouche : "Moi, l'Etat, je suis le Peuple". C'est un mensonge ! Ils étaient des créateurs, ceux qui créèrent les peuples et qui suspendirent au-dessus des peuples une foi et un amour ; ainsi ils servaient la vie. Ce sont des destructeurs, ceux qui tendent des pièges au grand nombre et qui appellent cela un Etat : ils suspendent au-dessus d'eux un glaive et cent appétits²⁹ ».

Le philosophe met l'accent sur le pouvoir arbitraire des états mais pas seulement. Le voilà qui vise le pouvoir des religions. Il considère que l'idéal religieux s'est fabriqué sur le mensonge qui travestit la faiblesse en vertu : « Je ne vois rien mais je n'entends que mieux... C'est une rumeur circonspecte, (...) un murmure sournois qui part de tous les coins et les recoins. Il me semble qu'on ment (...). Un mensonge doit transformer la faiblesse en mérite, cela n'est pas douteux. (...) Cette

²⁹ Frédéric Nietzsche, *Œuvres. Bouquins* II, p. 320, « De la nouvelle idole », Robert Laffont, 1993.

officine où l'on *fabrique l'idéal*, il me semble qu'elle sent le mensonge à plein nez³⁰ ».

*** Dans un état totalitaire sous le régime de l'arbitraire et la terreur**

- Le mensonge sous la contrainte est immoral

Théodor Adorno³¹ a écrit les *Minima Moralia* après la deuxième guerre mondiale alors qu'il était un intellectuel allemand réfugié aux USA. Il analyse la situation inextricable des opposants allemands et des Juifs pourchassés par le régime nazi et pense aux individus qui mentent sous la contrainte : il désigne le véritable menteur c'est à dire l'Etat nazi totalitaire et despotique, non parce « qu'on porte atteinte à la sacro-sainte vérité » mais parce que des individus en situation de faiblesse se voient obligés de mentir pour sauvegarder leur vie et celle de leur famille. Là est la dimension immorale de ce type de mensonge. Comment peut-on réclamer la vérité à des individus « pris au piège » des circonstances historiques exceptionnelles ? L'erreur, selon lui, « c'est une franchise excessive. Celui qui ment a honte car chaque mensonge lui fait épouser tout ce qu'il y a d'indigne dans l'ordre d'un monde qui le contraint au mensonge pour survivre. (...) Cette pudeur affaiblit les mensonges de ceux qui ont une sensibilité délicate. Ils s'en tirent mal ; et c'est alors seulement que le mensonge devient proprement quelque chose d'immoral par rapport à autrui³² ».

³⁰ F. Nietzsche, *Œuvres, Bouquins* II, parag. 14, p. 795-796, Robert Laffont, 1993.

³¹ Theodor W. Adorno, *Minima Moralia. Réflexions sur la vie mutilée*. Petite bibliothèque Payot-Classiques n°477, Rivages, 2003.

³² Theodor Adorno, *ibid.*, parag. 9, p. 33-34.

- Les idéologies : la confusion entre mensonge et vérité. Les conséquences désastreuses

L'analyse d'Adorno se poursuit en mettant l'accent sur les *faux* qui caractérisent les idéologies à l'œuvre dans les systèmes totalitaires. Il n'occulte pas le pouvoir de fascination qu'elles exercent sur les individus au point qu'ils ne fassent plus référence à la logique. Les individus (mais s'agit-il encore d'individus, tant le processus de massification semble avancé ?) ne font plus la distinction entre la réalité et le mensonge, la confusion semble être la règle. On en est arrivé, écrit-il « au point où le mensonge sonne comme la vérité, la vérité comme le mensonge. La vérité qui tenterait de s'opposer à de telles pratiques ne réussit qu'à paraître invraisemblable³³ ». La torture, les exactions et la terreur étaient si énormes que le monde libre n'y a pas cru. Il se cramponnait sur un simulacre de paix, « car la *fausseté* de la vérité possède un noyau auquel l'inconscient répond avidement (horreur, fascisme) (...) Seul le mensonge absolu possède encore la liberté de dire n'importe quelle vérité. Cette confusion entre la vérité et le mensonge qui exclut pour ainsi dire le maintien de leur différence. (...) Le mensonge conduit loin : il est en avance dans le temps. La conversion de toutes les questions concernant la vérité en questions de pouvoir, conversion à laquelle la vérité elle-même ne peut échapper si elle ne veut pas être détruite par le pouvoir, en vient non seulement à opprimer la vérité, (...) mais elle a atteint jusqu'au cœur la distinction entre le vrai et le faux, que les mercenaires de la logique mettent tant de zèle à abolir³⁴ ».

³³ Adorno, *ibid.*, p. 146, parag. 71 « Pseudomenos ».

³⁴ *Ibid.*, parag. 71, p. 147 à 148.

L'authenticité devient mensonge et le mensonge, condition de la terreur, sévit dans les régimes fascistes et totalitaires, sous toutes les latitudes. Il n'y a pas d'alternative : il faut mentir pour survivre et encore, il faudrait que l'édifice mensonger reste vraisemblable, d'où la difficulté à ne pas déséquilibrer l'ensemble. Il est difficile d'occulter la période stalinienne qui décrivait « l'avenir radieux³⁵ » du régime soviétique alors que sévissaient la misère, la corruption, la terreur et les camps d'internement en Sibérie. Il n'est pas inutile de rappeler le *Goulag* raconté par Soljenitsyne³⁶ où un nombre considérable de victimes innocentes furent envoyées et durent endurer des souffrances terribles tandis que d'autres n'y survivaient pas. L'auteur y décrit le système carcéral et le travail forcé soviétiques et devient le porte-parole des victimes du Goulag. Ces derniers n'avaient commis aucun délit sinon que le régime totalitaire qui régnait par la terreur leur enlève toute velléité d'action. Ainsi, pensait-il pouvoir faire régner son ordre indéfiniment.

Le mensonge d'Etat

Dans un autre ordre, aux USA, l'idéologie maccarthyste a sévi à l'époque de la guerre froide, en 1953-54. Les intellectuels soupçonnés de sympathie pour le régime communiste soviétique furent accusés de collusion avec l'ennemi, pourchassés, tourmentés et terrorisés par la Commission Mac Carthy qui avait organisé une véritable « chasse aux sorcières ». Certains furent même poussés au suicide. Le film « Dalton Trumbo³⁷ » montre

³⁵ Voir Alexandre Zinoviev, *L'avenir radieux*, L'Age d'homme, 1978.

³⁶ Voir Alexandre Soljenitsyne, *L'archipel du Goulag*, Paris, 1973.

³⁷ « Dalton Trumbo », film réalisé par Jay Roach.

comment des scénaristes de Hollywood furent ruinés et mis dans l'incapacité de travailler. Certains eurent recours à des expédients et durent travestir la vérité en montant une fable mensongère : ils écrivaient des scénaris en cachette et les vendaient sous le manteau à des producteurs qui utilisaient un faux-nom de l'auteur, afin de pouvoir survivre à ce cauchemar. Le comble de l'absurde a été atteint lorsqu'un Oscar fut attribué en 1957 à un scénario écrit par un auteur caché dont le faux-nom figurait sur l'affiche du film récompensé.

Il n'est pas possible non plus d'occulter le mensonge d'état qui s'est développé aux USA à l'époque de la guerre du Vietnam. Dans un essai datant de 1969, **Hannah Arendt** explique ce qu'est « le mensonge en politique³⁸ » en faisant part de ses réflexions sur les documents du Pentagone de la période 1945-1967. Elle estime que « le problème fondamental posé par les documents du Pentagone est celui de la tromperie³⁹ ». Elle constate « une véritable inversion des valeurs en politique ». Pour réaliser des objectifs politiques dénués de réalité, les autorités américaines au niveau des plus hautes sphères du gouvernement, ont « pratiqué l'insincérité en matière politique... {avec} prolifération du mensonge au sein de tous les services officiels civils et militaires.(...) Le secret... – la tromperie, la falsification délibérée et le mensonge pur et simple employés comme moyens légitimes de parvenir à la réalisation d'objectifs politiques (...) Autrement dit, la négation

³⁸ Hannah Arendt, *Du mensonge à la violence*, « Du mensonge en politique », p. 7-51, Agora-Pocket, n° 37, Calmann-Lévy, 1972.

³⁹ H. Arendt, *ibid.*, p. 7.

délibérée de la réalité – la capacité de mentir – et la possibilité de modifier les faits – celle d’agir – sont intimement liées ; elles procèdent l’une et l’autre de la même source : l’imagination. La falsification délibérée (...) C’est cette fragilité qui fait que, *jusqu’à un certain point*, il est si facile et si tentant de tromper. (...) Le menteur, qui pourra peut-être faire illusion, quel que soit le nombre de ses mensonges isolés, ne pourra le faire en ce qui concerne le principe même du mensonge⁴⁰ ». Cette affaire met en jeu un certain nombre de protagonistes passés maîtres dans « l’art de mentir » ; ce sont des savants chevronnés capables de trouver des solutions à beaucoup de problèmes et engagés pour en trouver afin de sauver la face des USA en train de perdre la guerre du Vietnam face à l’ennemi juré communiste : ce sont « les spécialistes de la solution des problèmes {qui participent} au jeu des tromperies et des allégations mensongères⁴¹ ». Autrement dit, ces spécialistes devaient inventer des versions qui changeaient la réalité de « la défaite humiliante » en une fiction victorieuse, devenant ainsi des « menteurs purs et simples⁴² »

Par ailleurs, la guerre d’Irak a été déclenchée en 2003 sur un mensonge de l’Etat US, à savoir la possession d’armes chimiques par le régime despotique de S. Hussein. Le gouvernement des Etats-Unis n’a pas pu fournir la moindre preuve crédible de ce mensonge mais a entraîné dans son sillage un certain nombre d’alliés. On connaît les suites désastreuses liées à cette guerre, le

⁴⁰ Arendt, *ibid.*, p. 8-10.

⁴¹ Arendt, *ibid.*, p. 12.

⁴² Arendt, *ibid.*, p. 17-19. Sur le même sujet, on peut voir le film de Steven Spielberg (2017), « Pentagon Papers ».

terrorisme islamiste et ses exactions, les attentats dans le monde occidental et dans les pays musulmans modérés tuant beaucoup de victimes innocentes.

Le mensonge comme action

Laurent PIETRA

Docteur en philosophie

Membre associé au Sophiapol de l'Université Paris-Ouest Nanterre-La Défense. « Intervenant pour l'Institut Emmanuel Lévinas »

Le mensonge est une action fort décriée que tout le monde pratique pour se sortir d'affaire, pour éviter de pénibles situations, pour épargner parfois une personne qui doit être ménagée, que certains produisent avec régularité, par profession, et d'autres aussi souvent sans nécessité, pour le plaisir. La bonne intention ou l'espérance d'une heureuse conséquence suffisent à nous libérer de la légère appréhension ou culpabilité qu'il y a à violer la règle générale qui interdit de mentir. Les occasions sont si nombreuses de faire exception à la règle qu'on en vient à se demander si la loi morale qui sanctionne la malfaisance du mensonge ne relèverait pas d'une croyance acquise ou d'une vue purement théorique contre l'évidence pratique de notre habitude à mentir dans les circonstances les plus variées et pour des raisons qui ne paraissent pas illégitimes.

Ne nous attardons pas aux bénéfices divers qui justifieraient nos mensonges et signaleraient assez facilement l'universel égoïsme, car ces cas particuliers, si pléthoriques soient-ils, ne feront pas du mensonge une règle générale qui mérite d'être suivie par les forts au mépris de l'hypocrisie des faibles. Nombreux sont en effet les exemples des conséquences délétères de nos mensonges, lorsque leurs heureuses suites ne se montrent pas, lorsque nous nous y empêtrons, lorsqu'ils sont découverts, que toute confiance est rompue et tout lien

humain miné : mentir provoque maints regrets. Nous ne parviendrons pas à dire que le mensonge est toujours bon, mais nous peinons à suivre Kant lorsqu'il récuse tout « prétendu droit de mentir », même « par humanité ». Partons du fait que le mensonge vise à agir sur ceux à qui nous mentons ; le mensonge est une action, bonne ou mauvaise. Examinons alors ce qu'est l'action en elle-même pour voir si sa nature ne pourrait pas éclairer un tant soit peu le statut paradoxal du mensonge.

Si le domaine de l'action est le domaine de ce qui arrive tantôt d'une façon tantôt d'une autre, mais pas n'importe comment, même si à l'intérieur d'un processus strictement déterminé globalement il existe différents chemins pour un même point d'arrivée, cette contingence propre au domaine de l'action définit une modification intrinsèque des états de choses et des états d'âmes qui rend possible l'action. Si les choses changeaient toujours de la même façon, nous ne pourrions agir : l'action peut être définie comme l'activation de cette propriété qu'ont les choses de changer d'elles-mêmes. Ceci mine aussi l'action ; les interactions, les conséquences peuvent modifier sens et résultats de nos actions. Même si la contingence n'est qu'un mode de penser découlant de notre ignorance des séries causales, la contingence de l'action serait alors la condition de possibilité du mensonge.

Il pourrait paraître curieux de chercher la source du mensonge : nous mentons, cela est effectif, pourquoi s'interroger sur ses conditions de possibilité ? Si le mensonge est consubstantiel à notre capacité d'agir, il n'est pas un défaut, il ne peut être réduit à une tare ou à une plaie ; il n'est plus mauvais en soi. Les doctrines

qui n'invitent pas à considérer les conséquences de nos actes, soit à cause de la croyance au destin ou à la providence, soit à cause de notre ignorance et absence de maîtrise des conséquences, ces doctrines ne peuvent faire de place au mensonge et surtout ne peuvent fournir de critères pour évaluer les mensonges, tout étant justifiable ou injustifiable par avance.

Nous mentons donc et nous sommes crus parce que nous présentons comme réels des choses, des événements qui pourraient l'être, mais auxquels nos interlocuteurs n'ont pas accès, pour lesquels nous sommes la seule source d'information, même momentanément. Le réel accrédite parfois nos mensonges et les meilleurs mensonges sont ceux où tout est vrai excepté un élément ou l'ordre dans lequel les choses sont arrivées. Le mensonge viable est une vérité légèrement modifiée ; or la succession des événements modifie les vérités et les vérités non modifiables, universelles et nécessaires, ne ressortissent pas au domaine de l'action (si ce n'est aux principes les plus généraux et les plus abstraits qui concernent la théorie de l'action).

Métaphoriquement on pourrait dire que le réel ment, tout autant qu'il nous fait mentir ou nous dément. Est-ce à dire que l'on fait mal d'éduquer les enfants à ne pas mentir ? N'y a-t-il qu'hypocrisie à condamner le mensonge ? N'est-ce qu'une question de force ou de faiblesse dans son acceptation ou son rejet ?

Nous mentons pour agir sur les autres, pour modifier leurs états d'âme, le sens de leurs actes, pour éviter ou produire des émotions ; la question sera alors de savoir si nous les utilisons comme des moyens servant nos buts qu'ils soient égoïstes ou qu'ils impliquent d'autres personnes (parfois des peuples entiers), sans intérêt

assignable pour les victimes du mensonge, ou bien si l'intérêt visé est celui des personnes à qui on ment. Kant avait raison d'affirmer qu'on trouve toujours de bonnes raisons de mentir ; mais les bonnes intentions ne suffisent pas à justifier nos mensonges dès lors que nous ne maîtrisons pas les conséquences de nos actes. Cependant le refus kantien de tout mensonge nous étonne lorsque ce dernier prétend justifié de répondre sans mentir à qui nous demanderait si nous cachons telle ou telle personne. Benjamin Constant semble avoir plus de raison en avançant que tous n'ont pas droit à la vérité, en fonction des circonstances.

L'imagination et la prise en compte des conséquences des actes ne suffisent pas à justifier de mentir, mais on peut raisonnablement évaluer et prévoir l'effet délétère de certaines paroles sur certaines personnes à certains moments ; nous pouvons certes nous illusionner lourdement sur notre clairvoyance et notre intelligence des situations par rapport aux autres, mais il est des cas où après avoir douté méthodiquement (voire à plusieurs) on peut décider de mentir : l'éthique médicale par exemple offre ce genre de dilemme dans l'annonce de certaines nouvelles tragiques ou difficiles à des personnes gravement malades (annonces de décès de proches, ou encore annonce d'un cancer à quelqu'un ayant fait plusieurs tentatives de suicide). Écarter ces cas comme s'ils étaient nécessairement marginaux ne peut se soutenir, car la réflexion éthique a d'abord un sens pour les cas limites, là où il n'est pas besoin de beaucoup de réflexion pour les occurrences morales les plus communes de la vie ; les petits enfants ont déjà la perception des situations inévitables.

Mentir est souvent mauvais, mais pas toujours et nous soutiendrons qu'il est des cas où mentir est bon et pas seulement indifférent ou inoffensif. Le domaine politique où les choses changent souvent en raison des interactions innombrables et où le secret est régulièrement nécessaire est peut-être le domaine où le mensonge est le plus justifié, mais aussi où ses effets sont les plus graves. Le cadre d'un court article ne peut examiner la diversité des types de cas où le mensonge politique se justifie et jusqu'à quel point, mais il revient à Machiavel d'avoir pensé la chose dans une grande extension en recherchant les conditions de la paix et de la stabilité politiques ; sans doute la postérité lui aura joué un mauvais tour en donnant un sens si péjoratif à l'adjectif né de son nom ; les conseils machiavéliens n'ont cependant pas perdu de leur pertinence.

Pour autant, avons-nous un critère sûr pour distinguer le bon du mauvais en matière de mensonge ? Ne nous mentons-nous pas à nous-mêmes en croyant bien faire de mentir ? Ne trouverons-nous pas toujours la situation exceptionnelle qui justifiera d'enfreindre la saine règle qui interdit de mentir ? Si le mensonge et l'action sont consubstantiellement liés, le critère le plus sûr ressortira à notre capacité d'agir : si notre capacité d'agir, qui implique nécessairement celle des autres puisque toute action est interaction, est augmentée, le mensonge est justifié, mais pas de façon absolue puisque toute augmentation est relative. Si notre capacité d'agir est diminuée, mentir est mauvais, et il n'y aura en ce sens pas de petit ou de gros mensonge ; comme le veut une tradition, la faute capitale n'est pas l'affreux péché qui signerait notre damnation, mais celle qui est étymologiquement à la tête de beaucoup d'autres.

Que ne fait-on pas lorsqu'on a mis le doigt dans l'engrenage des mensonges de plus en plus insoutenables qui visent pourtant à soutenir la vraisemblance du précédent ? Se mentir à soi-même, aussi invraisemblable que cela puisse paraître, indique à la fois le fait que toute connaissance implique une méconnaissance, que notre pensée n'est pas transparente à elle-même et que nous nous trouvons dans une situation où nous pouvons agir sur nous-mêmes comme s'il s'agissait d'un autre que nous chercherions à duper, ou plutôt à changer, comme si le réel, dès lors qu'il est saisi par notre conscience, pouvait être modifié à notre gré.

Chaque mensonge alourdit la barque avec laquelle nous risquons de couler, surtout si nous croyons à chaque fois éviter le naufrage par un nouveau mensonge. Force, douleur et grâce demeurent donc à la vérité ; mais pour le monde fait d'idées inadéquates, de méchanceté et plus simplement de contingences, nous agissons en mentant, cachant, omettant, plus de fois que nous n'aimerions l'admettre.

Mensonge littéraire.

Une voie véritable ?

« *Quoi, même en disant vrai vous mentiez en effet ?* »

(Corneille, *Le Menteur*, v. 1628)

Charlotte HEBRAL

Professeur de Lettres Modernes

Si l'on demande à un enfant ce qu'est le mensonge il vous dira deux choses : que c'est le fait de ne pas dire la vérité, et qu'on ne doit pas mentir. Il ne faut pas mentir. Mentir, c'est tromper. Mentir par omission, c'est quand même mentir. Mentir n'apporte jamais rien de bon... Qui pourrait se targuer d'être un fieffé menteur – ou une fieffée menteuse – et s'attirer ensuite la sympathie du plus grand nombre ? Le mensonge, culturellement, religieusement, sociologiquement, est un acte moral répréhensible aux yeux de tous. On lui oppose la vérité, la confiance, la droiture, entre autres.

Cette perception négative du mensonge est-elle pour autant toujours valable ? Regardons un peu du côté de la littérature, qui, par essence, est le plus grand mensonge de tous les temps. La fiction est l'inverse de la réalité, elle fait jouer notre imagination, nous propulse dans des situations qui ne sont pas équivalentes à celles de nos vies, nous protège de ce que nous pourrions bien voir de nous sans le mensonge de la littérature, sans son filtre, sans son aspect indirect. Pas sûr que Louis XIV aurait lu et apprécié toutes les fables de La Fontaine de la même manière s'il avait voulu comprendre que le Lion, c'était lui...

Cette première remarque est d'ailleurs corroborée par tous nos chefs-d'œuvre littéraires. La plupart des grandes œuvres sont fondées sur des mensonges, parce que le mensonge permet de faire démarrer une fiction, de la finir, de l'agrémenter, de lui donner du corps, et tout simplement de la pimenter. Le mensonge est un art, une joute, une pirouette, un moyen d'accéder, une rhétorique. Pour autant, et malgré la vacuité de ces mots qui lui sont associés, peut-on dire que tout mensonge soit vain ? Dommageable ? Malsain ? Peut-être pas, et c'est en considérant le mensonge non pas comme un acte grave, qui s'oppose à la morale, mais comme un jeu, que nous nous proposons de résoudre en partie l'équation du mensonge en littérature.

Emma Bovary, le plus célèbre personnage féminin de la littérature, est quand même une sacrée menteuse. Flaubert l'explique très bien lui-même dans le roman :

« Elle fut sur le point de tout dire, presque séduite qu'elle se trouva par une si colossale bonté. Mais la mauvaise honte, un certain dépit de se voir confusément devinée ou plutôt l'entraînement de la dissimulation lui ferma la bouche, car le mensonge est comme un sable mouvant, l'on n'y a point posé les pieds que cela vous gagne jusqu'au cœur⁴³ ».

Non sans ironie propre à son style, Flaubert compare ici les sables mouvants et le mensonge, une chose visqueuse et tiède dans laquelle nous pouvons nous embourber jusqu'à la mort. Et c'est exactement ce que fait Emma. Elle ment sur ses amants, en inventant des

⁴³ *Madame Bovary*, folio, p. 546-547.

histoires abracadabrantes de cours de piano à Rouen, pour pouvoir en toute quiétude rencontrer son jeune amant Léon le clerc de notaire. Elle ment sur ses dépenses, qui dépassent très vite les revenus de son mari, ce qui la poussera au suicide tant sa vie lui semble, à force de mensonges, insupportable. Même pour récupérer l'arsenic nécessaire chez monsieur Homais le pharmacien, elle ment encore, elle devra le faire pour se glisser insidieusement dans l'arrière-boutique, et prendre le mortel sésame. Pour autant, Emma Bovary est-elle mauvaise ? Est-elle inintéressante ? Bien au contraire, elle est la femme de campagne du dix-neuvième siècle, elle est la femme au foyer, elle est celle qui vit par les mensonges que représentent justement les livres à ses yeux, elle est la victime d'un monde qui l'englue. Ses mensonges ne sont que les reflets de son malheur quotidien, de la société dans laquelle elle vit, de sa classe sociale.

D'ailleurs, c'est l'essence même de ce qu'elle est, non pas une menteuse, mais une rêveuse, une femme qui lit tout, mais mal, de travers, en le rapportant systématiquement à sa propre vie, à ses passions et à sa soif de changement, qui nous la font aimer, et non ses mensonges qui ne sont que la conséquence négative de ses actes avortés. Lorsqu'elle est au couvent, Flaubert raconte ses premiers rapports à la lecture et, déjà, sa volonté de s'y plonger tout entière :

« Il y avait au couvent une vieille fille qui venait tous les mois, pendant huit jours, travailler à la lingerie. Protégée par l'archevêché comme appartenant à une ancienne famille de gentilshommes ruinés sous la

Révolution, elle mangeait au réfectoire à la table des bonnes soeurs, et faisait avec elles, après le repas, un petit bout de causerie avant de remonter à son ouvrage. Souvent les pensionnaires s'échappaient de l'étude pour l'aller voir. Elle savait par coeur des chansons galantes du siècle passé, qu'elle chantait à demi-voix, tout en poussant son aiguille. Elle contait des histoires, vous apprenait des nouvelles, faisait en ville vos commissions, et prêtait aux grandes, en cachette, quelque roman qu'elle avait toujours dans les poches de son tablier, et dont la bonne demoiselle elle-même avalait de longs chapitres, dans les intervalles de sa besogne. Ce n'étaient qu'amours, amants, amantes, dames persécutées s'évanouissant dans des pavillons solitaires, postillons qu'on tue à tous les relais, chevaux qu'on crève à toutes les pages, forêts sombres, troubles du coeur, serments, sanglots, larmes et baisers, nacelles au clair de lune, rossignols dans les bosquets, messieurs braves comme des lions, doux comme des agneaux, vertueux comme on ne l'est pas, toujours bien mis, et qui pleurent comme des urnes. Pendant six mois, à quinze ans, Emma se grassa donc les mains à cette poussière des vieux cabinets de lecture. Avec Walter Scott, plus tard, elle s'éprit de choses historiques, rêva bahuts, salle des gardes et ménestrels. Elle aurait voulu vivre dans quelque vieux manoir, connue ces châtelaines au long corsage, qui, sous le trèfle des ogives, passaient leurs jours, le coude sur la pierre et le menton dans la main, à regarder venir du fond de la campagne un cavalier à plume blanche qui galope sur un cheval noir⁴⁴. »

⁴⁴ *Ibid.*, p 87.

Flaubert nous offre ici tout ce qui constitue l'intérêt du personnage d'Emma. Sa capacité à vivre sa vie comme un mensonge permanent, un moyen pour elle, par le mensonge, de construire une vie qu'elle n'a pas et dont elle rêve. Voilà qui nous amène au premier constat littéraire lorsque l'on songe au mensonge : on ne ment pas pour le plaisir de mentir, on ment souvent pour vivre. On ne ment d'ailleurs pas pour faire souffrir les autres, mais pour arrêter de souffrir soi-même. Pour travestir une vérité qui nous semble invivable, à laquelle il est, au moins momentanément, impossible de se confronter.

Ainsi, s'il faut chercher dans le mensonge son sens premier, le fait de déguiser, d'altérer la vérité, de la travestir, c'est dans la représentation de ce mensonge qu'il faut se tourner, c'est donc tout naturellement au théâtre qu'il faut chercher le mensonge vital.

Le mensonge est d'abord le moyen de révéler la vérité, mais il y a plusieurs formes de vérités au théâtre, et la première est celle qui consiste à révéler la réalité. Mentir sert souvent à révéler la réalité d'une situation ou d'un être qui doit ensuite ajuster sa conduite à la vérité nouvelle qui voit le jour. Dans la plus célèbre pièce de Beaumarchais, *Le mariage de Figaro*, le comte Almaviva, un noble, compte bien exercer son droit de cuissage sur Suzanne, la belle et jeune servante. Mais voilà, c'est sans compter sur Figaro, intrépide et intelligent valet, qui a l'intention d'épouser Suzanne et refuse de la partager. Il peut, dans cette aventure, compter sur la comtesse, trop au fait des affres de son mari, et très motivée pour lui donner une bonne leçon.

Un soir, tard, la comtesse se déguise en Suzanne, et fait semblant d'accepter le rendez-vous du comte au fond du jardin. Il pense, tout joyeux, que Suzanne a cédé à ses avances, et va lui donner ce qu'il attend. Le déguisement, constituant ici à lui seul un mensonge, se double d'un jeu truculent qui s'achève sur la révélation de l'infidélité du comte, et sur le pardon général, puisque nous sommes dans un drame bourgeois, cousin de la comédie :

LE COMTE *veut relever la comtesse.*

Quoi ! C'était vous, comtesse ? (*D'un ton suppliant.*) Il n'y a qu'un pardon bien généreux...

LA COMTESSE, *en riant.*

Vous diriez *Non, non*, à ma place ; et moi, pour la troisième fois d'aujourd'hui, je l'accorde sans condition. (*Elle se relève.*)

SUZANNE *se relève.*

Moi aussi.

MARCELINE *se relève.*

Moi aussi.

FIGARO *se relève.*

Moi aussi. Il y a de l'écho ici ! (*Tous se relèvent.*)

LE COMTE.

De l'écho ! – J'ai voulu ruser avec eux ; ils m'ont traité comme un enfant !

LA COMTESSE, *en riant*.

Ne le regrettez pas, monsieur le comte.

FIGARO, *s'essuyant les genoux avec son chapeau*.

Une petite journée comme celle-ci forme bien un ambassadeur !

Ici, la révélation de la vérité est avant tout une révélation des êtres, de ce qu'ils sont, de ce qu'ils sont capables de faire ensemble et dans l'intérêt individuel et commun. Beaumarchais en avance se sert du mensonge pour dire une vérité : la valeur d'une personne ne dépend pas de sa naissance. Une avance de quelques années sur la Révolution et sur La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen.

Pour corroborer l'idée selon laquelle le théâtre utilise le mensonge pour révéler la vérité des êtres, il faut aussi penser à un autre dramaturge capable de révéler par le mensonge, Marivaux ! Cet auteur du dix-huitième siècle, cousin des Lumières, est assez proche des philosophes par ses prises de position en faveur de la liberté dans des pièces comme *L'île des esclaves*, ou défenseur de la condition féminine dans *La Colonie*. Ce dernier excelle dans la révélation de la vérité du sentiment. Cela passe par le marivaudage. Contrairement à certaines idées reçues, le marivaudage n'est pas seulement l'art de parler beaucoup ou de parler longtemps et parfois pour ne rien dire, mais bien le mécanisme psychologique par lequel chaque personne, chaque personnage, pourra atteindre sa vérité de sentiments. Le marivaudage est une mécanique de l'aveu. Pour donner un exemple concret, si un personnage demande : « M'aimez-vous ? », Marivaux ne fera jamais répondre « oui » ou « non »

à ces personnages, mais plutôt : « Qu'appellez-vous aimer ? » et s'en suivra alors une digression sur l'amour et les sentiments capable de faire réfléchir le lecteur à ses propres implications dans ce sentiment, à sa manière de le percevoir et de le recevoir en tant que public.

Toutes les pièces de Marivaux pourraient presque s'appeler *La surprise de l'amour*, tant ses intrigues, souvent, tournent autour de la capacité des êtres à dévoiler leur amour par des détours et des masques empruntés. Après tout, le terme même de personnage, PERSONA, signifie « ce qui fait passer les sons ». Dès lors, la représentation n'est là que pour insuffler à des caractères la vérité d'un sentiment ou d'une rencontre.

Les dénouements, chez Marivaux, sont particulièrement savoureux. En atteste celui dans *Le Jeu de l'amour et du hasard*. Il s'agit de l'aveu de Dorante à Silvia, les deux personnages principaux de la pièce :

SILVIA

Laissez-moi, tenez, si vous m'aimez, ne m'interrogez point ; vous ne craignez que mon indifférence et vous êtes trop heureux que je me taise. Que vous importent mes sentiments ?

DORANTE

Ce qu'ils m'importent, Lisette ? Peux-tu douter encore que je ne t'adore ?

SILVIA

Non, et vous me le répétez si souvent que je vous crois ; mais pourquoi m'en persuadez-vous, que voulez-vous que je fasse de cette pensée-là Monsieur ? Je vais vous parler à coeur ouvert, vous m'aimez, mais votre amour n'est pas une chose bien sérieuse pour vous, que de ressources n'avez-vous pas pour vous en défaire ! La distance qu'il y a de vous à moi, mille objets que vous allez trouver sur votre chemin, l'envie qu'on aura de vous rendre sensible, les amusements d'un homme de votre condition, tout va vous ôter cet amour dont vous m'entretenez impitoyablement, vous en rirez peut-être au sortir d'ici, et vous aurez raison ; mais moi, Monsieur, si je m'en ressouviens, comme j'en ai peur, s'il m'a frappée, quel secours aurai-je contre l'impression qu'il m'aura faite ? Qui est-ce qui me dédommagera de votre perte ? Qui voulez-vous que mon coeur mette à votre place ? Savez-vous bien que si je vous aimais, tout ce qu'il y a de plus grand dans le monde ne me toucherait plus ? Jugez donc de l'état où je resterais, ayez la générosité de me cacher votre amour : moi qui vous parle, je me ferais un scrupule de vous dire que je vous aime, dans les dispositions où vous êtes, l'aveu de mes sentiments pourrait exposer votre raison, et vous voyez bien aussi que je vous les cache.

DORANTE

Ah, ma chère Lisette, que viens-je d'entendre ! Tes paroles ont un feu qui me pénètre, je t'adore, je te respecte, il n'est ni rang, ni naissance, ni fortune qui ne disparaisse devant une âme comme la tienne ; j'aurais

honte que mon orgueil tînt encore contre toi, et mon coeur et ma main t'appartiennent.

SILVIA

En vérité ne mériteriez-vous pas que je les prisse, ne faut-il pas être bien généreuse pour vous dissimuler le plaisir qu'ils me font, et croyez-vous que cela puisse durer ?

DORANTE

Vous m'aimez donc ?

SILVIA

Non, non ; mais si vous me le demandez encore, tant pis pour vous.

DORANTE

Vos menaces ne me font point de peur⁴⁵.

Dans cette pièce, Dorante et Sylvia sont promis l'un à l'autre. Tous deux sont nobles. Assez peu enthousiastes cependant à l'idée de se rencontrer directement, ils décident de prendre l'apparence de leurs valets. Drôlerie de la pièce, ils ont tous les deux la même idée, et finissent donc comme nous venons de le voir par s'aimer au-delà des apparences. Dorante dévoile assez vite ses origines nobles, et accepte d'épouser Sylvia sous les traits de Lisette. Il accepte donc de se dégrader, et c'est la fin du mensonge, le dévoilement de la vérité, qui achève de révéler les sentiments des personnages.

⁴⁵ *Le Jeu de l'amour et du hasard*, acte III, scène 8.

Qu'il soit double, volontaire, caché, voulu, ou subi, le mensonge en littérature permet toujours de réfléchir à la place que nous occupons. Place dans le cœur de quelqu'un, place dans la société, place dans une amitié ou dans une vie. Ainsi, la littérature est mensonge véritable, comme la réalité pourrait être considérée comme le terreau inépuisable de la littérature, de quoi encore une fois partir du réel pour inventer une histoire qui nous fera réfléchir sur notre, nos vérités.

Mensonge et superstition

Dr Elie ATTIAS

Pneumo-Allergologue – Toulouse

Directeur de la revue Médecine et Culture

Le mensonge est le premier obstacle à la vérité, une *parole* de mauvaise foi qui déforme volontairement la réalité et la remplace par une fiction, tenue dans l'intention de tromper ou de produire de l'illusion. Il serait peu efficace et assez facilement combattu s'il ne s'appuyait pas sur la crédulité de ses victimes.

Proust considère que « le mensonge est essentiel à l'humanité »⁴⁶ et Hanna Arendt, « un moyen parfaitement justifié dans les affaires politiques » alors que pour Montaigne, bien qu'il conçoive qu'il ne faille pas toujours tout dire, « mentir est un mauvais calcul »⁴⁷. Et de poursuivre, « Si, comme la vérité, le mensonge n'avait qu'un visage, nous serions en meilleurs termes. Car nous prendrions pour certain l'opposé de ce que dirait le menteur... En vérité, mentir est un maudit vice. Mais le revers de la vérité a cent mille figures et un champ infini »⁴⁸. A. France aime la vérité et croit que l'humanité en a bien besoin car il n'y a pas de société viable sans confiance, sans fidélité à la parole donnée ; mais « elle a bien plus grand besoin du mensonge qui la flatte, la console, lui donne des espérances infinies. Sans le mensonge, elle périrait de désespoir et d'ennui »⁴⁹.

⁴⁶ Proust, *Recherche du temps perdu*, t. XIII, pp. 236-237.

⁴⁷ Antoine Compagnon, *Un été avec Montaigne*, Équateurs parallèles, 2013.

⁴⁸ Montaigne, *Essais*, I, IX.

⁴⁹ Anatole France, *Vie en fleur*, Postface.

Kant affirme que « le mensonge n'est jamais juste et qu'il est toujours moralement répréhensible parce qu'il corrompt la capacité morale de l'homme et remet en cause la dignité d'autrui »⁵⁰ mais Benjamin Constant, défend un droit de mentir par humanité car « dire la vérité n'est donc un devoir qu'envers ceux qui ont droit à la vérité. Or nul homme n'a droit à la vérité qui nuit à autrui »⁵¹.

Selon une troisième perspective, l'utilitarisme considère le mensonge comme une option toujours possible, mais doit tenir compte des inconvénients et des avantages.

Tandis que l'esprit critique recule, que la pratique religieuse traverse une crise morale et intellectuelle et que le monde politique et associatif est en panne, la superstition est au mieux de sa forme. Le monde en subit, à travers les âges, une influence croissante parce que la nature humaine est attirée par le hasard et l'irrationnel qui la confortent souvent dans son quotidien, par le désir de dominer la nature et de vaincre le destin. Elle est considérée comme « une déviation, une perversion, une caricature de la religion, fondée sur la crainte ou l'ignorance et contraire à la raison »⁵². Elle chercherait à attribuer à l'objet le pouvoir d'influencer la destinée d'un individu ou d'une collectivité. En psychanalyse, « c'est une croyance irrationnelle..., une intelligibilité fondée sur le narcissisme et la pensée magique, ainsi que sur la projection psychique »⁵³.

La superstition serait-elle un *mensonge* ? Son étymologie vient du latin *superesse* qui signifie « être

⁵⁰ E. Kant, *D'un prétendu droit de mentir par humanité*.

⁵¹ B. Constant, *Des réactions politiques*.

⁵² Jacqueline Russ, *Dictionnaire de la philosophie*, Bordas.

⁵³ Michèle Porte, *Grand dictionnaire de la philosophie*, Larousse.

superflu », en allemand, *Aberglaube*, du verbe *glauben*, « croire », et *aber*, « à l'envers ». Elle est une attitude irrationnelle qui a pour source l'ignorance et la peur, fondée sur « la croyance en des déterminants mystiques du destin de l'individu »⁵⁴ qui sont intimement liés à la nature où il ne maîtrise ni les causes, ni les effets.

Elle se fonde sur des affirmations qui attribuent aux phénomènes naturels des causes *surnaturelles* qui n'ont jamais été prouvées, qui ne sont même pas vraisemblables et dont on espère obtenir des faveurs. Ce sont donc des mensonges. Mais certains ont envie d'y croire afin de se sentir en sécurité parce que la réalité serait difficile à appréhender, la vie pleine de choses imprévues, l'avenir difficile à prévoir, la mort à la fois certaine et inconnue. Il suffit alors à certains hommes ambitieux et avides de pouvoir d'exploiter ce besoin de sécurité en se fondant sur un mensonge.

A cause des nouveaux systèmes de communication, l'ésotérisme, fréquemment « instrumentalisé à des fins strictement commerciales ou à des fins politiques souvent inavouées »⁵⁵, touche désormais un immense public, à travers des *best-sellers*, des films et des séries télévisées où l'on promet au lecteur ou au spectateur de lui donner les moyens de déchiffrer un invisible illusoire, de connaître le passé, de comprendre le présent et de prévoir l'avenir. Le mystère fait rêver et le « secret » excite la curiosité.

Plusieurs sondages réalisés en France avaient révélé que des jeunes de dix-huit à vingt-quatre ans étaient attirés de façon surprenante par l'irrationnel. Un

⁵⁴ Theodor Adorno, *Etudes sur la personnalité autoritaire*, Editions Allia.

⁵⁵ *Ibid.*

rapport officiel, réalisé par l'inspection générale de l'Education nationale tentait d'évaluer la montée d'une *demande religieuse* chez les jeunes scolarisés, qui correspond à une interprétation de plus en plus idolâtre et identitaire du religieux révélant ainsi une approche fétichiste de la croyance.

En France, le nombre d'astrologues et de voyants ne fait que croître. Dans l'édition française, le secteur regroupant les ouvrages d'ésotérisme et d'occultisme dépasserait de loin le chiffre d'affaires de toute l'édition et celui des voyants français, le triple des dépenses de consultations des médecins généralistes. Aujourd'hui, c'est sur l'internet que se déploie cette vaste *encyclopédie* de la crédulité. Même si des voix s'élèvent, de façon éparse, au nom de l'intelligence, elles demeurent sans écho.

Comprendre la superstition

La superstition court à travers les âges et elle survit toujours par le biais de la foi que l'homme investit dans tel objet ou dans telle pratique car il supporte mal les incertitudes. Il a alors besoin de la superstition surtout à des moments de peur et d'angoisse pour calmer son anxiété, contrôler les événements de sa vie, ou du moins, s'en donner l'illusion. L'opinion populaire accorde facilement un certificat de « bonne foi » à une personne qui avouait craindre les chats noirs ou ne pas vouloir passer sous une échelle. Dès lors, « le meilleur moyen de consoler un malheureux est de l'assurer qu'une malédiction certaine pèse sur lui. Ce genre de flatterie l'aide à mieux supporter ses

épreuves »⁵⁶. Mais lorsque la superstition pousse les individus à conduire leur vie en fonction d'elle, *on entre dans le domaine de l'obsessionnalité, se rattachant alors, avec un certain fanatisme et une grande conviction, à des chimères, à un mensonge.*

La superstition serait « une crainte mal réglée de la divinité » confiait à ses lecteurs La Bruyère. Elle signifiait dans le temps des Anciens « la crainte des dieux qui amènerait les êtres humains à matérialiser ce *quelque chose* pour lui donner une forme et lui conférer un sens qui apaise le sentiment de peur et de danger »⁵⁷, poursuit Emmanuel Toniutti.

*Bayle fonde sa dénonciation de la superstition sur le bon sens*⁵⁸. La raison démontre évidemment que la superstition est fausse, mensongère et qu'elle nous conduit à des conclusions absurdes et contradictoires.

Spinoza cherche à découvrir les causes et les conséquences de la superstition

Selon lui, les hommes deviendraient superstitieux en raison de leur « extrême crédulité » et de leur crainte face à l'avenir. Pour se rassurer et calmer cette inquiétude, ils vont imaginer les réponses les plus invraisemblables aux questions qu'ils se posent. Bien que ces réponses soient sans cesse démenties par les faits, donc mensongères, leur croyance empêche toute pensée logique et s'oppose à la raison qui ne leur permet pas toujours de trouver une réponse immédiate et certaine. De ce fait, l'homme superstitieux tente de supprimer

⁵⁶ Emile Michel Cioran, 1911-1995, *Ecartèlement*.

⁵⁷ Emmanuel Toniutti, *La superstition*, medecinetculture.com, numéro 4, décembre 2005.

⁵⁸ Bayle (1647-1706), *Pensées sur la comète* et *Dictionnaire historique et critique* (1696-1697).

toute possibilité d'expliquer la nature et les lois qui la régissent à l'aide de sa raison. Ainsi, par exemple, si une maison est inondée au cours d'un orage qui laisse des victimes, le superstitieux s' imagine ensuite que l'orage annonce toujours un malheur alors qu'il ne s'agit que d'une pure coïncidence. Mais, victime de sa peur et de son imagination, cette personne continuera à voir dans ce phénomène un présage funeste, même si ensuite l'orage n'est pas suivi d'incident fâcheux. Elle a pour effet de maintenir l'homme dans un état de crainte et d'ignorance. C'est pourquoi Spinoza considère que les hommes sont *prisonniers de la superstition* et que rien ne peut les empêcher d'y croire !

Il va ensuite critiquer la superstition, une illusion communément admise, ***un mensonge aux effets pervers*** :

« Si les hommes avaient le pouvoir d'organiser les circonstances de leur vie au gré de leurs intentions, ou si le hasard leur était toujours favorable, ils ne seraient pas en proie à la superstition. Mais on les voit souvent acculés à une situation si difficile qu'ils ne savent plus quelle résolution prendre ; en outre, comme leur désir immodéré des faveurs capricieuses du sort les ballote misérablement entre l'espoir et la crainte, ils sont en général très enclins à la crédulité. Lorsqu'ils se trouvent dans le doute, surtout concernant l'issue d'un événement qui leur tient à cœur, la moindre impulsion les entraîne tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; en revanche, dès qu'ils se sentent sûrs d'eux-mêmes, ils sont vantards et gonflés de vanité (...) D'infimes motifs suffisent à réveiller en eux soit l'espoir, soit la crainte. Si, par exemple, pendant que la frayeur les domine, un incident quelconque leur rappelle un bon ou mauvais souvenir, ils y voient le signe d'une issue

heureuse ou malheureuse. Pour cette raison, et bien que l'expérience leur en ait donné cent fois le démenti, ils parlent d'un présage soit heureux, soit funeste (...) Ayant forgé d'innombrables fictions, ils interprètent la nature en termes extravagants, comme si elle délirait avec eux »⁵⁹.

Ainsi, l'être humain, incapable de maîtriser les événements de la vie, de comprendre et d'accepter le réel avec lucidité et courage, conscient et angoissé par son impuissance face au déroulement des événements de l'existence, devient crédule et enclin à la superstition. Il cherche alors à se réfugier dans la croyance de puissances occultes, bénéfiques ou maléfiques qui seraient à l'œuvre dans la nature. Par contre, « Si les hommes pouvaient régler toutes leurs affaires suivant un dessein arrêté, ou encore si la fortune leur était toujours favorable, ils ne seraient jamais prisonniers de la superstition »⁶⁰.

Les effets psychologiques de la superstition amènent l'être humain à matérialiser ce « quelque chose » d'insaisissable dont il éprouve une telle frayeur pour lui donner une forme et lui conférer un sens qui apaise le sentiment de peur et de danger. L'incompréhension de la mort crée chez lui une angoisse qui ne peut être apaisée que par l'effet du *superflu* guidé par la puissance de son imagination. Il s'agit d'une *interprétation mineure* de la superstition quand elle n'est pas raisonnée, lorsque l'être humain se trouve dans l'impossibilité de rationaliser les événements qui l'entourent. Il va interpréter le danger comme le déchaînement de la

⁵⁹ B. Spinoza, *Traité des Autorités Théologiques et Politiques*, Pléiade, p. 606-607.

⁶⁰ B. Spinoza, *Traité théologico-politique*, Préface, traduit par E. Saisset, Ed. 1842.

puissance de la nature contre lui-même avec un sentiment de culpabilité car le, ou les dieux, auxquels il fait appel pour le sauver ne se manifestent pas. Alors, il se crée son propre dieu, son propre *totem* qui va lui permettre de se relier avec les forces d'une nature invisible dont il ne maîtrise ni la puissance, ni les effets. L'objet investi lui assurerait ainsi *l'immortalité potentielle*.

Il en va tout autrement de *l'interprétation majeure* qui ne traite plus du superflu et cherche à donner un sens à l'humanité. L'être humain rationalise *l'appréhension intuitive* du monde dans lequel il vit et entre en harmonie avec les événements qui l'entourent. Il reconnaît que nous appartenons à un monde qui nous dépasse et qui fait partie intégrante du sens à donner à la vie. Il va alors interpréter la nature, non pas comme un danger, mais comme la présence de sa puissance à l'intérieur de lui-même.

***La personnalité du superstitieux*⁶¹**

Selon une enquête publiée en 1950 sous la direction de Theodor W. Adorno, les superstitions constituent des éléments de la « personnalité autoritaire ». Le sociologue Guy Michelat souligne que « les situations objectives et subjectives qui suscitent de l'inquiétude, telles que le sentiment d'insécurité, vont de pair avec une augmentation des croyances parallèles et le développement de l'intolérance »⁶². Ainsi, les individus, incapables de supporter un futur proche et imprévisible, dans un monde producteur d'anxiété, sont tentés d'abandonner

⁶¹ Pierre-André Taguieff, *La foire aux Illuminés*, Essai, Mille et une Nuits, novembre 2005.

⁶² Guy Michelat, *id.*, pp. 112-113.

leur liberté et de recourir à des conduites leur permettant d'échapper à la réalité. Pour le psychanalyste Erich Fromm, "leur liberté devient une charge difficile à supporter et se transforme en *liberté négative*⁶³"; ils interprètent "ces fuites en avant dans les croyances délirantes et les superstitions, chez les Modernes, comme le symptôme d'une *peur de la liberté*⁶⁴". Ainsi, poursuit-il, « L'homme moderne, dégagé des liens de la société primitive, qui le rassuraient et le limitaient à la fois, n'a pas conquis son indépendance dans le sens positif, c'est-à-dire de l'épanouissement de ses facultés intellectuelles, physiques et sensibles. Mais la liberté qui l'a doté de l'autonomie et de la raison, l'a également affecté d'un sentiment d'isolement qui a engendré en lui l'insécurité et l'inquiétude. Cet esseulement lui paraît insoutenable et le place devant l'alternative de se délivrer du fardeau de la liberté en se jetant dans une nouvelle servitude, ou d'activer le développement total de sa personnalité »⁶⁵.

A propos des croyances

Dans les pays occidentaux, particulièrement, deux faits majeurs vont permettre à la crédulité publique de prospérer : la révolte contre la modernité qui a fait perdre certaines illusions et beaucoup d'espérance et le net recul des religions institutionnelles qui a fait place à des formes de "religiosité sans dieu"⁶⁶ comme le souligne George K. Chesterton : « depuis que les hommes ne croient plus en Dieu, ce n'est pas qu'ils

⁶³ Erich Fromm, *La peur de la liberté*, 1941 (*Escape from Freedom*).

⁶⁴ Erich Fromm, *id.* p. 109.

⁶⁵ *id.*

⁶⁶ Maître, 1981, cité par Michelat, *ibid.*

ne croient en rien, c'est qu'ils sont prêts à croire en tout⁶⁷».

Ainsi, nous assistons à l'apparition *anarchique* et envahissante de nombreuses croyances *ésotérico-mystico-magiques* dans un univers social que nous imaginons habité par « la raison qui devient alors fragile comme démoralisée »⁶⁸. Certaines croyances sont visibles et identifiables lorsqu'il s'agit de superstitions ; d'autres, en revanche, sont déguisées et doivent être démasquées parce qu'elles sont mensongères et peuvent être dangereuses.

Ces croyances contemporaines *déguisées en savoir*, souligne Jean Claude Guillebaud, où l'essentiel cède la place à l'urgent sont souvent si rudimentaires et si closes sur elles-mêmes qu'il faudrait plutôt parler de *crédulité*, au sens qu'en donne le Littré : « croire trop facilement »⁶⁹... en un mensonge (?), car l'homme supporte mal les incertitudes. Il a parfois besoin de la superstition pour calmer son anxiété et sa peur, pour contrôler les événements de sa vie, ou du moins, s'en donner l'illusion.

Les publicitaires vont chercher à élaborer ou valoriser « une imagerie pieuse, destinée à capter l'adhésion – irrationnelle – du consommateur en s'appuyant sur une connaissance toujours plus fine des ressorts psychologiques qui déclenchent l'acte d'achat⁷⁰ ». La télévision assure une bonne part du lien social et occupe dans la cité la place qu'y tenait la religion au sens où l'entendait Emile Durkheim. La raison

⁶⁷ Cité par Jacques-Pierre Amette, 2005, p. 91.

⁶⁸ Olivier Abel, « Repenser la laïcité à partir de sa fragilité », in *L'Irrationnel, menace ou nécessité*, op. cit., p. 149.

⁶⁹ Jean Claude Guillebaud, *La force de conviction*, Editions Le Seuil, août 2005.

⁷⁰ *Ibid.*

scientifique enfin mérite quelquefois d'être protégée de la déraison. Nous voilà donc imprégnés de cette vieille notion d'idolâtrie où il y a comme une « désintégration de la personne humaine »⁷¹.

Ces crédulités, rappelle Jean Claude Guillebaud, ne concernent pas exclusivement des êtres incultes et ne sont pas seulement le fruit de l'ignorance et de l'obscurantisme. « C'est au cœur des territoires de la connaissance, chez les esprits les mieux éclairés, voire par la bouche des savants qu'elles s'expriment à l'occasion »⁷².

Le problème qu'elles soulèvent ne peut être résolu par l'indifférence ou la raillerie car ce n'est pas du folklore. Les débats de tous les jours, la sociologie, la réflexion politique ou philosophique négligent cette immense question qui touche « au statut de la pensée ». Si des voix s'élèvent, de façon éparse, au nom de l'intelligence, elles demeurent sans écho.

Quand la superstition *envahit la médecine*, la vigilance doit être permanente afin d'éviter tout dérapage qui serait préjudiciable pour les patients.

Les mythologies mensongères : le mythe moderne du complot

La théorie du complot, désignée de façon plus récente par conspirationnisme ou complotisme est « le récit d'un événement à la lumière d'une interprétation suivant un plan concerté et orchestré secrètement par un groupe occulte et malveillant de gens *puissants* qui se

⁷¹ Paul Thibaud, dialogue avec Gérard Israël et Alain Finkielkraut, émission *Répliques*, France-Culture, 26 février 2000.

⁷² Jean Claude Guillebaud, *La force de conviction*, Editions Le Seuil, août 2005.

coordonne en secret pour planifier et entreprendre une action illégale et néfaste affectant le cours des événements, dans l'objectif de détenir ou de conserver une forme absolue de pouvoir politique, économique ou religieux. Elle tend à se soustraire à la réfutation qui serait interprétée comme une nouvelle tentative de tromper le complotiste qui continuera à chercher ce qui se passe dans l'ombre, et qu'on ne lui dit pas. Il est persuadé et veut convaincre autrui que les détenteurs du pouvoir – politique ou autre – pratiquent la conspiration du silence pour cacher des vérités ou contrôler les consciences »⁷³. L'expression *théorie du complot* peut être utilisée de façon idéologique ou politique⁷⁴ et servir à discréditer une opinion ou une théorie.

Le conspirationnisme, symptôme du profond malaise de nos sociétés, prolifère sur internet et grâce aux réseaux sociaux⁷⁵. Ces théories donnent une grille de lecture et l'illusion de posséder un savoir caché, réservé aux seuls initiés. Avec le déclin des grandes idéologies du XX^e siècle et celui des religions, on avait besoin d'une nouvelle narration. L'attentat du 11 septembre l'a déclenchée.

Karl Popper philosophe des sciences, la définit ainsi : « C'est l'opinion selon laquelle l'explication d'un phénomène social consiste en la découverte des hommes ou des groupes qui ont intérêt à ce qu'un phénomène se produise (parfois il s'agit d'un intérêt caché qui doit

⁷³ Larousse, conspirationniste.

⁷⁴ Stéphane Stapinsky, *Théorie du complot et idéologie* [archive] sur *L'Encyclopédie de L'Agora*, 2015-03-12.

⁷⁵ Marc Peltier, *L'Ere du complotisme, La maladie d'une société fracturée*, Editions Les petits matins.

être révélé au préalable) et qui ont planifié et conspiré pour qu'il se produise »⁷⁶.

Pierre-André Taguieff identifie quatre grands principes de base des croyances conspirationnistes qui entretiennent la confusion entre le vrai et le faux : « Rien n'arrive par accident. Tout ce qui arrive est le résultat d'intentions ou de volontés cachées ; rien n'est tel qu'il paraît être ; tout est lié, mais de façon occulte »⁷⁷. Le raisonnement conspirationniste donne lieu à un débat inutile car la théorie du complot ne se prête pas à la réfutation : « l'imaginaire du complot est insatiable, et la thèse du complot, irréfutable : les preuves naïvement avancées qu'un complot n'existe pas se transforment en autant de preuves qu'il existe »⁷⁸ car « le mélange de vrai et de faux est énormément plus toxique que le faux pur », souligne Paul Valéry.

Pour Gérard Bronner, les conspirationnistes « singent la pensée méthodique, mais sont imperméables à la contradiction »⁷⁹.

La propagation des théories du complot fonctionne sur le mode de la rumeur. Plus l'information est accessible et facilement compréhensible, plus elle se diffuse largement. Les jeunes seraient les plus sensibles à la théorie du complot, première étape vers la radicalisation, dit-on. Le fonds complotiste et le fonds radical religieux partagent un même imaginaire de rupture et de rejet de la société. Bien évidemment, c'est un mensonge !

⁷⁶ Karl Popper (1902-1994), *Conspiracy Theory of Society*.

⁷⁷ Pierre-André Taguieff, *La foire aux illuminés : ésotérisme, théorie du complot, extrémisme*, Paris, Mille et une nuits, 2005.

⁷⁸ *Id.*

⁷⁹ Gérard Bronner. Interview par Antonio Fischetti. *Conspirationnistes et djihadistes, même combat*. Charlie Hebdo. 4 mars 2015.

Il convient de rappeler quelques évènements qui ont fait l'objet de théories du complot : la Révolution française, considérée par les historiens comme l'objet de la première théorie du complot, le Protocole des Sages de Sion, la Shoa, les OVNI, l'assassinat de John F. Kennedy en 1963, le programme Apollo, les attentats du 11 septembre 2001, les attentats à Paris en 2015, le ministère de la santé est de mèche avec l'industrie pharmaceutique pour cacher au grand public la réalité sur la nocivité des vaccins... Il existe quelques exemples d'organisations à qui l'on attribue des conspirations : les lobbies, les sociétés secrètes (franc-maçonnerie, Illuminati, Opus Dei), les gouvernements ou services secrets des Etats-Unis, les grandes multinationales, les extraterrestres, le gouvernement mondial occulte ("Nouvel ordre mondial", groupe de Bildeberg, Commission Trilatérale, OMC), etc...

Pierre-André-Taguieff explore et analyse *le mythe moderne du complot* et ses interférences avec le champ de l'ésotérisme ou de l'occultisme, aux frontières floues. Dans les écrits conspirationnistes contemporains, les « *Illuminati* » désignent les élites à la fois « éclairées », invisibles et foncièrement nuisibles. Cette dénomination d'*illuminés* est attestée dès le début du XVII^e siècle. Ils peuvent s'incarner dans plusieurs figures socio-politiques. Leur programme serait de conquérir, de dominer et de contrôler. Il fait intervenir la « peur paranoïaque d'une conspiration » et constitue « une machine à fabriquer des ennemis absolus qu'il faudrait détruire ». Cet ensemble « ésotérico-complotiste » qui a inspiré nombre de cinéastes et de romanciers, deviendrait une nouvelle machine à produire du sens, une offre « alternative » de nourritures « spirituelles ».

Par ailleurs, « une enquête publiée par le magazine américain *Omni*⁸⁰ avait établi que 75% de lecteurs affirment avoir vu un ovni, 65% croient que les ovnis sont d'origine extra-terrestre et 51% disent croire qu'un jour la science admettra la réalité des ovnis⁸¹. Deux sondages montrent une nette augmentation de la proportion des personnes qui disent avoir eu un contact avec un défunt. Faudrait-il préciser la dimension illusoire et nettement mensongère de tels procédés ?

La thèse du complot politico-militaire se rencontre dans de nombreux résultats de sondages réalisés au Canada et aux Etats-Unis. Un sondage réalisé à l'initiative de CNN avait noté que 80% des Américains croient que leur gouvernement est entré en relation avec des extra-terrestres, mais qu'il dissimule les contacts.

Dans une enquête effectuée en France par la Sofres, 55% des personnes interrogées disent croire à la transmission de pensée (même pourcentage pour les guérisseurs et les magnétiseurs), 46% à l'explication des caractères par les signes astrologiques, 35% aux rêves qui prédisent l'avenir, 24% aux prédictions des voyantes, 19% aux envoûtements et à la sorcellerie, 18% aux passages sur terre d'êtres extra-terrestres⁸² ».

Comment se référer à une vérité commune⁸³, dès lors que le doute s'est mis en place après avoir pris connaissance des messages complotistes relayés *via* Internet et les réseaux sociaux ? Les délires des com-

⁸⁰ Sur la base d'une analyse de 2000 réponses faites par ses lecteurs à 450 questions posées.

⁸¹ Boy/Michelat, 1993, pp. 209-211.

⁸² Pierre-André Taguieff, *La foire aux Illuminés*, Essai, Mille et une Nuits, novembre 2005.

⁸³ Y a-t-il encore une vérité ? *Philosophie magazine*, octobre 2017.

plotistes, n'ont pas pour fonction de dire la vérité, mais d'exprimer de manière détournée la colère et le ressentiment d'une partie de l'opinion et de mettre en cause le discours et le pouvoir officiels. Cette *culture de l'entre-soi* qui refuse toute contradiction serait à l'œuvre dans toutes les démocraties où le mensonge et les convictions personnelles l'emportent sur la vérification des faits et où « *les faits objectifs ont moins d'influence dans la formation de l'opinion publique que les appels à l'émotion et aux croyances personnelles* ».

Les effets pervers de la théorie du complot

Une théorie du complot déstabilise : si vous la démentez, c'est que vous faites partie du complot. Comment alors porter la contradiction de manière efficace ? Laurence De Cock⁸⁴ est historienne, professeure d'histoire en lycée et chargée de cours en didactique de l'histoire à l'université Paris-Diderot. Au cours d'un entretien avec Alexandre Lacroix⁸⁵, elle évoque un souvenir de sa vie d'enseignante qui l'a profondément marqué et remarque qu'« *il n'est pas facile de contredire une théorie du complot, car dès que vous le faites, vous entrez dans le scénario* ». À l'époque des attentats de *Charlie Hebdo* et de l'*Hyper Casher*, en janvier 2015, elle est la professeure principale d'une classe de seconde dans un lycée de Nanterre. Elle décide de consacrer deux heures aux événements où chaque élève, à tour de rôle, peut s'exprimer tout à fait librement. Elle-même dirige le débat. « *Très vite et de façon complice, les élèves ont sorti le scénario de la conspiration afin d'accroître l'islamo-*

⁸⁴ Laurence De Cock a dirigé l'ouvrage collectif *La Fabrique scolaire de l'histoire* (2^e éd., Agone, 2017).

⁸⁵ Alexandre Lacroix, Philosophie magazine, *Que répondre à une théorie du complot ?* Numéro 113, octobre 2017.

phobie en France. Tous étaient convaincus qu'on avait affaire à un coup monté ». D'habitude, explique-t-elle, les scénarios du complot se manifestent dans les classes de collège mais ne sont défendus qu'assez mollement. Ce jour-là, le groupe était soudé. Au lieu de se mettre en position de professeur, d'attaquer le contenu du récit conspirationniste et de leur faire une leçon de morale, elle a choisi de tenter *de fissurer leur certitude* et de s'en prendre aux motivations de ceux qui le soutiennent, parce que lorsqu'un *un adolescent évoque un scénario du complot, il se donne une puissance, au sens philosophique du terme*. Elle leur a demandé « *Pourquoi êtes-vous tous du même avis ? On dirait que vous êtes tous dans la même case. Il n'y en a pas un seul parmi vous qui a une autre conclusion ? Vous n'avez pas l'impression que quelqu'un a écrit le récit de ce qui s'est passé à votre place* » ? Elle a fait appel à leur puissance critique pour la porter plus loin. *La discussion qui a suivi a été l'un des moments forts de ma vie de prof.* , conclut-elle ».

Philippe Huneman⁸⁶ utilise ce type d'argumentation indirecte qui paraît le plus efficace. Il rapporte les propos d'un physicien anglais, David Grimes qui *propose un modèle mathématique sur les théories du complot et raisonne en termes de psychologie élémentaire*. Nous savons qu'une personne qui a un secret a une certaine probabilité de le répéter à un confident, en lui disant que c'est un secret. Et c'est ainsi que les secrets circulent. Aujourd'hui, si les experts ont produit de faux rapports pour faire de la pollution la cause du

⁸⁶ Philippe Huneman, Philosophe des sciences, directeur de recherche CNRS (Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques, Paris) : propos rapportés par Alexandre Lacroix, Philosophie magazine, *Que répondre à une théorie du complot ?* Numéro 113, octobre 2017.

réchauffement climatique, comme le prétendent les climatosceptiques, ils seraient au nombre de 405 000, et le trucage aurait dû être démasqué en trois ans et huit mois, etc. » La vérité historique ne finit-elle pas toujours par resurgir, si profond qu'on essaie de l'enterrer ?

Mais Philippe Huneman évoque un autre argument indirect, plus existentiel, celui du « *coût épistémique* ». Voici le point : n'est-il pas contradictoire de penser que les Américains ne sont pas allés sur la Lune, mais que l'ouragan Irma a bel et bien eu lieu ? En effet, si les missions *Apollo* sont un *fake*⁸⁷, cela veut dire que l'ensemble des télévisions, des journaux, des gouvernements et des armées mentent... Du coup, on n'est cohérent que si l'on généralise le soupçon. Dans *De la certitude*, le philosophe autrichien Ludwig Wittgenstein a montré qu'on ne pouvait pas douter de tout.

Laurence De Cock rejoint ici l'argument du *coût épistémique* : « Nous avons, nous autres éducateurs, une responsabilité envers les jeunes. Or, le conspirationnisme menace de les happer, vers le rejet de l'école et des institutions, vers une certaine marginalisation, voire pour certains de les rapprocher d'idéologies délétères. Psychologiquement, c'est assez destructeur que d'avoir, dès l'adolescence, toutes ses interactions sociales viciées par le soupçon ». Et par le mensonge sous-jacent.

Pierre-André-Taguieff rapporte également une autre hypothèse qui permet d'interpréter, aujourd'hui, cet attrait pour les croyances ésotérico-magiques : celle d'un *réenchantement du monde*. « Les esprits humains

⁸⁷ Fake news : fausses nouvelles, fausses informations.

ont le vertige du mystère »⁸⁸ qui nous inquiète et qui attire sans cesse notre curiosité. Il nous conduit à explorer ce qu'il faut appeler, aujourd'hui, *le bazar de l'ésotérisme*, cette littérature *grand public* qui expose au grand jour des *secrets* soigneusement protégés et éclaire le lecteur qui craint les *puissances occultes* censées diriger la marche de l'Histoire, qu'il s'agit d'identifier et de débusquer parce qu'elles ont des intentions mauvaises. Ce réenchantement par le fantastique nous plonge dans l'illusion, consolante ou désolante. Mais « rien ne peut nous consoler, lorsque nous y pensons de près⁸⁹ » avait noté Pascal.

Il est trop facile, poursuit Pierre-André Taguieff, de mettre en cause les « marchands de spirituel sans scrupules⁹⁰ » dans une société de marché mondialisée où l'offre va de soi. Il reste à expliquer la réception, la consommation, la formation, l'évolution ou les variations de la demande. Il formule alors l'hypothèse que « cet ensemble de croyances délirantes et de fictions séduisantes permettrait à nos contemporains de penser le monde indéchiffrable et menaçant dans lequel ils sont littéralement *jetés*, sans boussole, et de plus en plus souvent sans traditions sur lesquelles s'appuyer, ni mémoire collective à laquelle se ressourcer. Comme si, pour la plupart des humains, mieux valait un sens de l'Histoire frisant le cauchemar que pas de sens du tout. Il s'agit toujours de faire rêver, en rose ou en noir »⁹¹.

⁸⁸ Pierre-André Taguieff, *La foire aux Illuminés*, Essai, Mille et une Nuits, novembre 2005.

⁸⁹ Pascal, *Pensées*, Paris, Lemerre, 1877, p. 50.

⁹⁰ Jean Vernet, *L'au-delà*, PUF, 2002, p. 125.

⁹¹ Pierre-André Taguieff, *La foire aux Illuminés*, Essai, Mille et une Nuits, novembre 2005.

En 1992, Steve Tesich, écrivain et dramaturge, introduit l'expression, « *post-truth politics* », l'ère post-vérité⁹², utilisée pour décrire l'évolution des interactions entre la politique et les médias au XXI^e siècle, du fait de la montée en puissance de l'usage social d'internet. Selon lui, une rupture s'est opérée après le scandale du Watergate et les révélations sur les mensonges du président Nixon qui avaient conduit à sa destitution. Le peuple américain a commencé à avoir peur de la vérité, associée aux mauvaises nouvelles et attendait que son gouvernement le protège de la vérité. Mais Tesich ne confond pas la fin de la vérité et le mensonge totalitaire où le pouvoir imposait à une société une idéologie unique. La politique de la post-vérité a précisément pour fonction de protéger le peuple contre ce « despotisme du vrai ». Vingt-cinq ans après la mise en garde de Tesich, Internet et les réseaux sociaux sont venus nous fournir un extraordinaire outil technologique où nous nous confrontons uniquement à des informations et à des points de vue que l'on a présélectionnés. Il faut tout faire pour préserver, sur Internet et ailleurs, « *des arènes où des citoyens aux expériences et aux perspectives différentes, avec des visions différentes du bien et du mal, sont capables de se rencontrer et de se consulter* ».

Dominique Cardon⁹³, sociologue et fin observateur des réseaux se déclare peu inquiet. Il mobilise des outils d'analyse sensiblement différents et son laboratoire de recherche, le Médialab, a mis au point des outils quantitatifs pour surveiller la diffusion des *fake news* durant la

⁹² Rapportée dans Philosophie magazine, *Y a-t-il encore une vérité ?*, octobre 2017.

⁹³ Dominique Cardon, *La Démocratie Internet*, Editions Le Seuil, 2010 et Philosophie magazine, *Que répondre à une théorie du complot ?* Numéro 113, octobre 2017.

campagne électorale française. « La conclusion, c'est que le débat français n'a pas été pollué par les théories du complot... la tendance générale de nos sociétés est que les gens n'ont jamais été aussi bien informés que depuis que le Web et les réseaux sociaux se sont développés., les internautes ne sont pas enfermés dans des bulles. Ils voient passer sur leur fil d'information les *posts* de ceux qui ne pensent pas comme eux. Ils les lisent. Mais ils ne les likent et ne les partagent pas ». Selon lui, le Web a développé une vraie culture de l'exactitude, du *fact-checking*⁹⁴. Quand les hommes politiques mentent sur les chiffres lors d'un débat télévisé, ils sont instantanément contredits sur Twitter.

Conclusion

Peut-on ignorer la mise en garde de Voltaire qui nous rappelle que « Les temps les plus superstitieux ont toujours été ceux des plus horribles crimes⁹⁵ » et cette pensée d'Epicure que « la vérité est une autre condition du bonheur car elle nous débarrasse des illusions qui nous font vivre dans la peur et la superstition ». Il existe, par ailleurs, un proverbe chinois qui conforte l'idée que la superstition est un mensonge car « Il est difficile d'attraper un chat noir dans une pièce sombre, surtout lorsqu'il n'y est pas »⁹⁶.

⁹⁴ La vérification des faits (traduction de l'anglais **fact checking**) est un travail d'investigation sur la véracité des déclarations des personnalités politiques et des experts mais aussi parfois sur la neutralité des médias eux-mêmes dans leur traitement de l'information.

⁹⁵ Voltaire, *Dictionnaire philosophique*, 1694-1778.

⁹⁶ Pierre-André Taguieff, *La foire aux Illuminés*, Essai, Mille et une Nuits, novembre 2005.

Dans toutes les civilisations, souligne Michel Serres⁹⁷ « on distingue le menteur de celui qui dit la vérité, sans avoir besoin des protocoles de la science... La vérité est indépendante du nombre de gens qu'elle persuade. Elle est le fruit d'une procédure réglée, d'une enquête, longue, humble et patiente. Internet ne donne pas accès au savoir, mais à l'information et pour passer de l'un à l'autre, il faut un travail patient. Quant aux bulles, elles sont inhérentes à l'espace public démocratique ». Pour lutter contre les « fausses nouvelles » doit-on trouver la parade en créant une loi qui pourrait dissuader les menteurs d'agir ? Le remède tient à l'éducation précise Michel Serres.

⁹⁷ Michel Serres, *Hermès*, Éditions de Minuit ; *Petite Poucette*, Editions Le Pommier ; *Le Gaucher boiteux. Figures de la pensée*, Editions Le Pommier... analyse rapportée dans *Philosophie Magazine*, octobre 2017, *Y a-t-il encore une vérité ?*

Huitième Commandement et mensonge médical vertueux, ou vérité nuancée

Pr Paul LEOPHONTE

Professeur des Universités

Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine

Quand j'ai commencé mes études médicales il y a plus d'un demi-siècle il était d'usage selon la gravité du diagnostic de ne pas *dire toute la vérité* au malade. On noyait dans les circonlocutions et les euphémismes une maladie grave, on demeurait vague sur un pronostic fatal à court ou moyen terme. Il fallait rassurer, accompagner, donner de l'espoir en gagnant du temps sur l'évidence du mal, éloigner le spectre d'une fatalité porteuse de désespoir. Jeune pneumo-phtisiologue, je me rappelle qu'on ne prononçait encore qu'avec précaution, selon l'environnement social et le profil psychologique du malade, le mot de tuberculose bien qu'on disposât désormais des moyens de traiter efficacement un mal encore entaché de la peur millénariste de la phtisie et des aléas pronostiques qui avaient pesé auparavant sur le poitrinaire. On disait une bacillrose. Un de mes vieux maîtres qui avait connu l'époque des sanas, quand *le mal terrible jouait avec l'espérance* (selon une formule de Joseph Kessel), préférait employer le mot *phi* – *une phimatose*, disait-il avec la gravité pénétrée d'un médecin de Molière. Le cancer était un mot tabou, quasi synonyme de mort, doublé d'une connotation *obscène*, au sens de mauvais augure, abominable, répugnant, offensant pour les sens, nous rappelle Susan Sontag

dans son essai sur *la maladie comme métaphore*. On disait néo, abréviation de néoplasie ; un substantif encore trop transparent aux yeux de mon vieux maître qui préférait dire *une polymitose*. On disait BW positif ou *sygma* pour la syphilis, éthanolisme pour alcoolisme et hépatopathie oenolique pour désigner la cirrhose qui en était la conséquence, cérébrosclérose pour qualifier la démence... Le jargon et la métaphore étaient d'usage à l'hôpital au lit du malade qui écoutait sans trop comprendre jusqu'à ce qu'on lui expliquât comme à un enfant ce qu'il pouvait ou devait entendre.

Le mensonge par omission, selon la gravité du diagnostic ou la sévérité du pronostic, participait de la dimension humaine de la médecine. Selon ce qu'on pressentait des ressorts psychologiques du malade, sa force d'âme ou ses fragilités, il fallait dissimuler juste assez pour ne pas le désespérer sans tout à fait le mystifier, et obtenir son assentiment pour qu'il se soumit aux impératifs du traitement, en acceptât la lourdeur et les effets secondaires parfois. Le mensonge par omission bénéficiait de la complicité d'un ou plusieurs membres de la famille, informés de la nature de l'affection et de son pronostic. Il arrivait que le patient lui-même choisît une forme de passivité et décidât de ne pas voir, ni n'entendre, ni ne dire, comme les trois singes de la sagesse confucéenne. Combien de fois ai-je entendu de la bouche de l'un des proches : *surtout ne lui dites pas qu'il a le cancer...* et du malade lui-même, regard empreint de crainte et d'espérance mêlées : *ce n'est pas le cancer, n'est-ce pas docteur ?...* On lui répondait que cela pouvait le devenir, que c'était suffisamment sérieux pour imposer une prise en charge

contraignante, une opération, des rayons (on évitait de dire une radiothérapie) ou une thérapeutique lourde par perfusions cycliques (le mot *chimiothérapie* était aussi tabou que celui de cancer). Le malade s'accommodait d'une dissimulation à mi-chemin de la vérité et du mensonge. Sans que la crainte fût tout à fait dissipée, pas toujours dupe tout en désirant l'être, on voyait ses traits se détendre, son regard s'éclairer, on venait de lui procurer sans céder sur les contraintes du mal et de son traitement un temps de relative quiétude et d'espérance. Il appartenait en définitive au médecin, dans la relation singulière l'unissant au malade qui s'était confié à lui, de déterminer au cas par cas s'il devait verbaliser un mal incurable ou en taire la nature exacte et la gravité potentielle, sans abdiquer sur le traitement le plus judicieux ; autrement dit si la révélation du diagnostic serait un atout pour le traitement ou une entrave susceptible de hâter la progression du mal. Cette démarche nuancée que n'enseigne aucun traité, dont aucun ordinateur, aucune recommandation d'expert, aucun *guideline* ne donnent la clé car elle ne procède pas d'une réponse binaire entre le bien et le mal, le bon et le mauvais, le vrai et le faux a fait longtemps toute la complexité de la relation humaine en médecine. Est-elle désormais obsolète, fautive, voire susceptible de faire du médecin un justiciable ?

C'est peu dire qu'en quelques décennies les temps et les comportements ont changé. La médecine a évolué, elle fait appel à une plus haute technicité, à plus de précision diagnostique et sémantique (la maladie épurée de ses métaphores) ; elle est d'une plus grande efficacité dans le traitement d'affections jadis inexorables

– ainsi des cancers, pour reprendre un paradigme chargé de mythes, curables ou d’une évolution maîtrisée sous forme de rémissions sur une durée de plusieurs années pour un nombre croissant d’entre eux. La psychologie du malade a changé elle aussi : une exigence de transparence a gagné, sous-tendue par une information vulgarisée via les médias et l’internet ; les plaintes ne sont plus seulement l’expression d’une souffrance, il arrive qu’elles soient aussi une revendication qui s’exprime devant des tribunaux. La législation sur les droits des malades elle-même a évolué. Elle requiert du médecin *une information loyale, claire et appropriée* afin d’obtenir *le consentement éclairé* du patient.

Comment ne pas souscrire à ces impératifs ? Mais jusqu’où aller ou ne pas aller dans la formulation d’une *vérité appropriée* ?

Le diagnostic, les modalités du traitement, les aléas des investigations ou des thérapeutiques doivent être, sans détour, explicités. Chaque examen para-clinique ou acte opératoire quels qu’ils soient sont assortis d’une liste d’effets secondaires qui par parenthèse plongeraient le malade dans l’épouvante si dans la plupart des cas il ne signait une décharge, résigné, sans avoir pris la peine ou manifesté le courage de lire le document qui lui est proposé ; de même à la lecture de la notice où sont égrenés, hiérarchisés par ordre de fréquence, les effets nocifs envisageables, souvent nombreux et inquiétants, terrifiants parfois, d’un médicament.

La médecine anglo-saxonne s’est désormais imposée, encadrée de règles et de références opposables. Elle professe la transparence, la rigueur, l’exactitude. Fondée

sur de solides bases cliniques et expérimentales, et des extrapolations à partir de l'épidémiologie et de la statistique, elle a pour corollaire une relative rigidité (bien que ses dogmes, révisables, ne soient parfois que des vérités du moment, et qu'elle ne puisse s'affranchir de la part d'aléatoire à l'échelle de l'individu). Ses principaux écueils sont, de la part du praticien une froideur sans concession, de celle du patient une judiciarisation à tous crins. Cette médecine d'obédience nord-américaine l'emporte en Europe sur une médecine procédant d'un héritage gréco-latin et chrétien médiéval, plus chaleureuse, compassionnelle, accommodante, mais trop souvent intuitive et empirique, avec pour écueils, selon les circonstances, ce qui peut être interprété comme une dissimulation voire un laxisme et une perte de chance pour le malade.

Comment au vrai ne pas s'accorder sur une médecine fondée sur une démarche scientifique et une relation basée sur l'engagement et la confiance entre le praticien et son patient, sans zone d'ombre, toute forme de dissimulation à exclure ? Cela revient-il dans la pratique à *dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité*, selon la formule du serment qu'on prête devant un juge, à rebours de l'adage selon lequel *toute vérité n'est pas bonne à dire*.

Entre une vérité assénée telle qu'elle pourrait procéder d'un ordinateur robot qui aurait assimilé le dossier du malade, et la parole médicale, il y a tout ce qui fait de l'exercice de la médecine non plus un art comme on a pu le formuler jadis mais une science où l'exactitude qui ne cesse de progresser est indissociable d'une part d'approximation et d'impondérable. Comment, dans ce contexte, livrer *une information loyale, claire et appropriée* ?

Considérons *le triangle hippocratique* : le médecin, le malade, la maladie.

Il n'est rien de si beau et légitime que de faire bien l'homme, et dûment, professait Montaigne. Nul plus que le médecin n'est en situation d'exercer les vertus de l'humain, exerçant un métier incomparable qui le conduit à prendre en charge la souffrance d'autrui. Chaque médecin le fait avec son caractère, sa sensibilité, sa culture. Si l'on se reporte quelques décennies en arrière, du temps qu'exerçait un praticien qui tend à disparaître, le médecin de famille, les mots de disponibilité et d'intelligence pragmatique, de confiance réciproque, d'attention rassurante et de réconfort viennent aussitôt à l'esprit, et d'une manière plus générale, à tous les échelons, de l'omnipraticien des villes et des campagnes au grand patron, celui de paternalisme, au meilleur et au moins bon sens du terme selon les individus. Le paternalisme qui sous-tendait l'occultation charitable du diagnostic quand il était fâcheux et une sorte de mise en tutelle du malade voire son infantilisation n'est plus de mise. Insensiblement le médecin est devenu un prestataire, avec une relation plus distanciée, moins affective, dans l'exercice d'un métier désormais comme un autre ou *presque*, certains y joignant un supplément d'âme, d'autres affichant l'impassibilité d'un bon technicien ; quelques-uns, heureusement rares, d'une relative désinvolture, formulant le diagnostic avec une franchise glaçante, expéditive, marquant une distance ressentie comme de l'indifférence, voire une forme de violence dont s'ensuit quelquefois l'effondrement psychologique du malade. On raconte que Freud, atteint depuis de nombreuses années de leucoplasie buccale due à un tabagisme impénitent, apprenant d'un chirurgien

qu'il était atteint d'un carcinome de la mâchoire s'était écrié : *de quel droit me dites-vous cela ? Qui vous a donné le droit de me tuer ?* J'ignore si cette réplique est authentique mais elle exprime ce que ressentent certains malades à l'énoncé sans ménagement d'un diagnostic couperet entendu comme une sentence de mort prononcée par un juge kafkaïen.

Les malades, c'est banal de le dire, ont des personnalités aussi diverses que les médecins qui les prennent en charge ; avec cette différence qu'ils se trouvent en position de vulnérabilité. Confrontés à une maladie mortelle inexorable et le sachant, ils ont deux manières (je schématise) de se comporter : certains, dûment informés, les traits tendus, le regard, la parole, les gestes avides de ce qu'ils peuvent encore et jusqu'au bout appréhender de ce qui va leur être ôté, vont lutter de tout leur être contre une dépossession ressentie comme un arrachement – chaque jour qui vient ils vont le vivre à plein temps (*à plein présent*), comme un surcroît de vie gagnée sur l'adversité qui les frappe ; d'autres affichent une forme d'absence, distraits de leur entourage et de leur environnement, comme vidés de leur substance, recroquevillés sur eux-mêmes, ailleurs dans le passé ou nulle part, entre inertie et tension vers un inconnu qui va les absorber – enclins au renoncement à vivre. Entre ces deux extrêmes toutes les variations, les nuances se rencontrent – la révolte ou le déni agressifs parfois, précédant la lutte ou la résignation passive ; autant d'attitudes qui rendent d'autant plus complexe l'abord psychologique et l'information à délivrer.

Il serait mal venu, dans la plupart des cas, de ne pas énoncer en toute clarté un diagnostic, s'agissant soit d'une maladie curable à court ou moyen terme, soit

d'une maladie chronique impliquant une éducation et une bonne observance thérapeutiques indispensables, soit enfin d'une affection exposant les tiers à un risque de contamination : c'est ainsi que la survenue du sida dans les années 80 a joué un grand rôle dans le changement des comportements sur la transparence diagnostique ; avec parfois pour le médecin la situation difficilement soutenable d'une dissimulation inversée, le malade informé du diagnostic ayant refusé que son infection par le VIH soit communiquée à quiconque dans son entourage.

L'information va gagner en complexité selon la gravité et le caractère inexorable de la maladie. Le mensonge vertueux dont on s'était fait jadis une règle peut être ressenti comme un équivalent de double peine : à l'impact de la maladie elle-même se conjoignent une explicitation médicale vague chargée de sous-entendus, la négation de la gravité du mal, la dissimulation mal jouée, le faux entrain des proches, et dans le milieu social et professionnel un climat de conspiration du silence insupportable. *Tout le monde ne s'exprime plus que par des phrases hésitantes, évasives et fuyantes*, ressentait Kafka aux prises avec la tuberculose qui allait l'emporter. Tolstoï a décrit avec pertinence dans *la mort d'Yvan Ilitch* ce que peut ressentir un malade confronté au mensonge dont on l'entourne. *Le principal tourment d'Ivan Ilitch était le mensonge*, écrit-il (...) *il souffrait de ce qu'on ne voulût pas admettre ce que tous voyaient fort bien, ainsi que lui même, de ce qu'on mentît en l'obligeant lui-même à prendre part à cette tromperie. Ce mensonge qu'on commettait à son sujet, à la veille de sa mort, ce mensonge qui rabaissait*

l'acte formidable et solennel de sa mort... était atrocement pénible à Ivan Ilitch.

La loi relative aux droits des malades (4 mars 2002) fait obligation de dire la vérité au patient : *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé*. Le corollaire est d'éviter une asymétrie du discours délivré au malade, souvent mesuré, en comparaison de celui délivré aux proches, volontiers radical – soit un décalage préjudiciable qui place la famille en porte-à-faux dans l'accompagnement.

Le législateur apporte la réserve suivante : *la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic et d'un pronostic doit être respectée* (hors risque de transmission).

Une disposition élargie figure dans le code de déontologie médicale (décret du 6 septembre 1995) : *dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic et d'un pronostic graves* (à l'exception comme il a été souligné d'un risque de contamination à des tiers). Autant dire que le *primum non nocere* doit primer sur l'énoncé de *la vérité rien que la vérité*. Le code ajoute : *un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite*.

En bref la loi et le code de déontologie français ménagent entre vérité et mensonge la possibilité d'une position nuancée.

Dans la partie de cache-cache qui se joue avec la mort depuis la naissance, la maladie grave qui vient de se manifester suscite un face à face avec sa propre

disparition que certains expriment vouloir affronter en toute lucidité, en étant parfaitement éclairés. Aussi pénible à dire, éprouvante pour le patient soit-elle, la vérité s'impose alors, que le patient qui la réclame en exprime les raisons ou les garde pour lui – désir de se mettre en règle avec soi-même, sa famille et son notaire, avec Dieu s'il est croyant ; importance de la connaissance exacte de la maladie et des modalités de sa prise en charge pour mener avec toute la détermination nécessaire le combat qui s'engage ; volonté de vivre plus pleinement une vie dont les jours sont désormais comptés.

Une telle force d'âme n'est pas partagée par tous les malades. Ce qui peut être révélé à certains avec une franchise sans détours peut être ressenti par d'autres comme une violence qui les met au désespoir. Il appartient au médecin dans un échange confiant de rectifier les idées déformées que le malade et son entourage se font quelquefois de la maladie, de démystifier celle-ci en la débarrassant des scories de ses métaphores, bref de mesurer ce qui peut être dit et ce qui doit être tu, différé, estompé, nuancé, adouci. Le moment d'affronter une vérité accablante viendra à son heure. Le diagnostic établi avec une relative certitude, le pronostic conserve en effet un temps, parfois long, d'un cas à un autre, une part d'aléatoire. *Le lendemain aura soin de lui-même, à chaque jour suffit sa peine*, nous rappelle le verset biblique. Le malade attend moins une vérité entièrement dévoilée (d'autant qu'elle emprunte bien souvent plusieurs visages) qu'un accompagnement, une attention, une réponse au cas par cas à ses questions sans qu'elles soient anticipées. Ce dont rend compte avec justesse Jay Katz, médecin américain investi dans

l'éthique médicale (cité par Bernard Hoerni) : *Que faut-il dire au malade ? Il faut le lui demander...* Le malade attend en priorité d'être mis en confiance et soigné avec compétence – que tout le possible soit fait et bien fait ! Et d'être écouté, entendu, accompagné, avec amitié (au sens de *la philia*) par son médecin, avec amour (au sens de l'*agapè*) par ses proches.

LECTURES

**Vie et déclin du « mensonge médical »*. B. Hoerni. Histoire des sciences médicales 2005-39-349-358.

**Vérité et mensonge dans la relation au malade*. C. Geets. Revue théologique de Louvain 1984-15-331-345.

**La maladie comme métaphore*. Susan Sontag. Seuil. 1979.

**La mort d'Ivan Ilitch*. Tolstoï. Souvenirs et récits. Pléiade pp. 985-1048.

*Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

*Code de déontologie médicale. Décret du 6 septembre 1995.

CHRONIQUE

L'étrange relation de la médecine et de la culture

Pr Didier SICARD

Ancien président du comité consultatif national d'Éthique

Pr Emérite de médecine à l'Université Paris Descartes

Ancien chef de service de médecine interne à l'hôpital Cochin

La médecine supporte mal de ne pas être seule à décider du haut de sa science du destin des personnes qu'elle prend en charge. Elle a longtemps par exemple regardé avec un peu de mépris les thérapies palliatives dont elle partageait les actions avec des bénévoles !

Elle veut bien d'une décoration qu'elle contrôle et dont elle décide du bien fondé. Tant pis pour les kilomètres de cimaises envahies de pics enneigés, de forêts au printemps, de plages bordées de cocotiers, de publicités de voyages, de posters vieillissants, de reproductions de Dali ou de Trémois. Le cimetière de l'art ! Quel étrange destin pour l'hôpital.

Mais vous oubliez « l'art thérapie » ! Certes l'art peut contribuer à guérir mais ce n'est pas la confusion entre sa dimension thérapeutique et la mise en scène publique qui risque d'apporter un autre regard sur l'hôpital.

Il faut beaucoup d'arrogance, de violence froide, d'indifférence à la souffrance pour imposer à ceux qui souffrent ou qui voient basculer leur vie une telle avalanche d'obscénités au sens étymologique du terme de « mauvais présage ! La médiocrité de l'environnement accentue l'enfermement, piège le regard, comme s'il y avait là une ouverture factice sur le monde extérieur, désormais inaccessible aux malades, une sorte de publicité primaire

sans finalité de consommation, une pseudo animation culturelle.

L'hôpital devient un lieu de réparation, beaucoup moins d'hébergement sauf pour les personnes âgées. Le malade qui ne vient que pour quelques heures ne demande rien d'autre qu'un peu d'attention et d'efficacité. Mais il en va tout autrement pour les personnes hospitalisées au long cours. Retrouver une unité perdue mise en pièces par la médecine elle même qui assigne au corps sa propre réalité.

L'institution hospitalière se soucie donc peu de culture qui lui semble coûter toujours trop chère en période d'économie ou trop élitiste pour une population plus gavée à la publicité ou aux expositions spectaculaires qu'au besoin réel d'art. Consacrer de l'argent à une œuvre ou une activité culturelle apparaît toujours comme sacrilège ; le scanner, le robot, le soin, les emplois salariés sont légitimement la priorité. Sauf que celle-ci concerne le corps et pas l'âme. Là où sont les plus démunis face à l'angoisse existentielle, l'argent oppose sa froide logique. Je me souviens de l'inauguration à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches de la « salle des départs » du très grand artiste Ettore Spaletti, mondialement connu. Il y a réalisé une œuvre superbe qui accueillait les proches des personnes décédées en créant une atmosphère de beauté et de sérénité. Pendant la cérémonie d'ouverture, certains membres du personnel hospitalier ont défilé dans l'hôpital en protestant contre la dépense d'argent pour les morts au détriment de leurs salaires ! L'œuvre avait été pourtant financée pas la Fondation de France !

Ce rapport à l'argent paralyse toute réelle initiative dans le domaine culturel hospitalier. Claude Viallat, célèbre

peintre, reçoit la commande d'une énorme toile pour le plafond de l'Hôtel Dieu de Paris, financée par un important mécénat du Laboratoire Pfizer. Ce dernier renonce soudain malheureusement à celui-ci alors que la toile est peinte. L'artiste, dans son immense générosité, offre l'œuvre à l'APHP qui ne fera jamais de vernissage, craignant que le corps soignant ne proteste contre ce « gâchis d'argent », car l'APHP avait financé le procédé d'accrochage .

Chaque hôpital rivalise de couardise. Peut être le plus grand sculpteur au monde, Edouardo Chillida, accepte de faire une sculpture pour une place intégrée à un bâtiment neuf destiné à la neurochirurgie qui accueille des familles angoissées par l'annonce d'un traumatisme crânien ou d'un accident vasculaire cérébral. L'œuvre est d'une force superbe. La délégation nationale aux Arts Plastiques accepte de financer l'œuvre si l'APHP accepte de verser 5% du prix. Le directeur de l'hôpital de La Pitié refuse en disant qu'un malade péruvien reconnaissant lui offrait gratuitement un granit péruvien et que celui-ci valait bien « votre artiste ». L'œuvre de Chillida est désormais au musée Gulbenkian de Bilbao...

Le 1% qui finance les œuvres d'art est exclu des constructions hospitalières, comme si une Poste, une usine, un immeuble, une administration devaient laisser une place à la culture, interdite à l'hôpital... Quand le nouvel hôpital Necker est construit, le projet d'une salle des départs est envisagé, confié à l'artiste Pierre Buraglio. Projet d'autant plus important qu'il s'agit de la mort d'enfants atteints de maladies particulièrement graves. Au dernier moment, la direction abandonne cette réalisation en disant qu'en fin de compte, un coup

de peinture suffira ! Des enfants morts ne justifient pas de dépenses supplémentaires !

La relation à l'argent n'est pas le seul obstacle. Celui du choix des œuvres est plus redoutable. Quand une grande sculpture de Dubuffet (« l'accueillant ») est érigée sur une terrasse de l'hôpital Robert Debré, le personnel soignant, infirmières et médecins, proteste contre cette présence « qui fait peur aux enfants » ! Une œuvre de César offerte en reconnaissance de soins reçus, lors de son installation à l'hôpital Cochin, fait l'objet immédiatement de la part des médecins de vives protestations et d'enroulement de papiers de toilette, sous prétexte que celle-ci « insultait le corps », car le tronc de l'homme était fait, à la place des organes, d'outils rassemblés. L'art à l'hôpital doit être conforme à un académisme qui ne supporte pas « l'art dégénéré » de sinistre mémoire...

Jamais les plus grands artistes, Picasso, Braque, Matisse, Bonnard, Richter, etc, n'ont été sollicités. Si, une fois, à l'hôpital de St Lô, construit par les américains après la guerre, qui ont demandé à Fernand Léger de faire une fresque toujours présente. Un hôpital américain ! offert à la France .

Autrefois, il en était tout autrement. Les hôpitaux religieux, de Beaune, Sienne, Florence, accueillaien les plus grands artistes de l'époque comme une évidente nécessité. Tout a changé depuis que l'hôpital est devenu une entreprise de soins. L'architecte Riboulet, dans son merveilleux livre « naissance d'un hôpital » dit : qu'« il faut tout faire pour que ce lieu dépasse sa fonction et dise autre chose, pour qu'on s'y sente différent, retenu par une force et une signification supérieure ».

Malheureusement, l'hôpital est devenu une machine à soigner supportant mal la présence d'œuvres fortes, comme si celles-ci mettaient en doute le projet même de l'hôpital.

Plusieurs questions me paraissent actuellement posées. Le rapport de l'architecte à l'art. Je me souviens d'un des plus grands architectes hospitaliers, hospitalisé à la fin de sa vie qui me disait son désespoir de découvrir enfin, sur son lit de mort ce que devrait être un hôpital humain. Malheureusement, les architectes sont passionnés par leur propre création, et se sentent menacés par l'artiste, comme si celui-ci risquait de détourner pour lui-même le sens de l'hôpital.

Il y a heureusement quelques exceptions comme Pierre Riboulet, Aymeric Zublena à l'hôpital Georges Pompidou qui a participé au choix de Jean-Pierre Raynaud et d'Adalberto Mecarelli. Jean-Pierre Raynaud a placé dans le grand hall de l'hôpital 3 grands pots blancs qui ont agi comme médiateurs entre le caractère glacé, technique de l'hôpital et le caractère tendre accueillant du jardinier. Mecarelli sera le passeur entre le ciel et l'hôpital avec ses colonnes de granit éclairées précisément lors du solstice par un rayon de soleil.

L'hôpital n'est pas une église mais les aéroports n'ont pas le monopole de l'établissement de lieu de prière.

De rares exceptions existent où ces lieux ont été pensés par des artistes. A l'hôpital Bretonneau, Pierre Buraglio a créé un magnifique espace où chrétiens catholiques ou protestants, juifs, musulmans, peuvent disposer non pas de lieux différents mais d'un lieu où leurs repères soient à la fois familiers, spécifiques et miraculeusement communs.

Cette place de l'art à l'hôpital n'est pas monopolisée par les peintres ou les sculpteurs. Des projets de vidéos interactives encouragées par exemple par le dynamisme de Rachel Even (qui préside l'association l'Art à l'hôpital qui a plus d'écoute en Europe qu'en France !) permettent d'apporter de la vie à des enfants immobilisés. Des activités musicales, de théâtre, de danse, de cinéma, de clowns existent dans quelques structures, mais restent considérées comme des adjuvants et non comme des activités centrales.

L'art à l'hôpital n'est pas un enjeu superficiel, modeste ou secondaire il témoigne d'une résistance de l'homme contre le rouleau compresseur de la technique et du resourcement que l'artiste peut offrir à l'humanité perdue en proposant un nouvel espace mental. L'hôpital est le lieu par excellence de cette « antre » parfois disparue mais parfois présente lorsqu'une œuvre d'art refait surgir de façon subtile ce qui est au cœur de la rencontre humaine.

NOUVELLE

Le peintre et les architectes

Dr Jacques POUYMAYOU

Anesthésiste-Réanimateur

IUCT - Oncopole - Toulouse

Le Védutisme est un genre pictural du XVIII^e siècle né en Italie, pratiqué aussi en Hollande et basé sur la représentation perspective de paysages, urbains en Italie, naturels en Flandre (avec bien entendu quelques exceptions).

Cette technique permettait aux contemporains de visualiser avec précision, sur des toiles souvent de grande taille, des paysages qu'ils n'auraient sans doute jamais l'occasion de découvrir.

Nous qui avons la chance de pouvoir contempler, voire déambuler en 3D, des lieux où nous n'irons jamais, ne réalisons pas l'avantage qui est le nôtre à tel point qu'on en arrive à se demander s'il vaut encore la peine de se déplacer « in situ » quand on voit le comportement des touristes qui passent leur temps à filmer et à photographier sans prendre le temps de voir, sinon observer... « *NON LICET OMNIBUS ADIRE CORINTHUM* »

Bernardo Belotto, né à Venise en 1720, travaille dès l'âge de 15 ans dans l'atelier de son oncle, le peintre Canaletto. Pour cette raison, lorsque *la gloire aura déposé un baiser sur son front*, il sera connu sous le nom de Canaletto le jeune. Cinq ans plus tard, il montre déjà sa patte dans un dessin de l'église Zanipolo (San Giovanni e Paolo) et commence à se démarquer du style des veduta (vues) de son célèbre oncle.

Comme tous les apprentis de l'époque, notre héros entreprend son tour d'Italie et séjourne successivement à Rome, Florence, Lucques, Vérone, Turin perfectionnant sa technique, s'affirmant plus « védutiste » de paysage que de villes.

C'est cependant à Dresde qu'il s'installe avec femme et enfant en 1747 où il est nommé peintre de la cour de Frédéric Auguste II de Saxe l'année suivante. Il réalise 14 vues de la ville et 14 autres de Pyrna considérées comme son chef d'oeuvre. Après avoir visité la forteresse voisine de Koenigstein (où seront détenus les officiers généraux français capturés en 1940) il intègre de 1758 à 1761 la cour de l'impératrice Marie Thérèse (la mère de Marie Antoinette) à Vienne puis séjourne à Munich après avoir, cela va de soi, avoir laissé quelques vues de Vienne et de ses environs.

De retour dans la capitale saxonne il exerce en qualité de professeur de perspective à l'académie des beaux-arts jusqu'en 1767 date à laquelle il part pour Saint Petersburg.

Il n'y parviendra jamais, retenu à Varsovie par Stanislas Poniatowski (dernier roi de Pologne et ancêtre du maréchal d'Empire et du ministre) qui en fait son peintre de cour en 1768. Il décèdera 12 ans plus tard âgé de 60 ans après avoir réalisé, entre autres 24 vues de la ville.

Le premier août 1944, à l'approche de l'armée rouge, la ville de Varsovie se soulève contre l'occupant nazi. Cette citée martyre bombardée dès les premiers jours de la guerre avait vécu, outre les exactions de l'occupant, la destruction du ghetto en 1943 avec la déportation des survivants vers les camps de la mort.

La résistance y était active et organisée d'obédience majoritairement non communiste.

Sur ordre de Staline, les troupes soviétiques, non seulement arrêtaient leur avance, mais encore reculèrent pour permettre aux allemands d'éliminer tous ces mouvements de résistance qui auraient pu faire obstacle aux projets hégémoniques du « petit père des peuples ».

Les demandes d'utilisation d'aérodrome du front russe par les avions anglo-américains pour ravitailler les résistants se heurtèrent à un refus catégorique et seules les escadrilles polonaises, neo-zélandaises et sud-africaines effectuèrent, avec des pertes énormes, les missions de parachutage d'armes et de munitions à destination des insurgés, harcelés par la chasse et la DCA allemande, mais aussi par la chasse russe...

Le 2 octobre, le drame était joué et Hitler ordonna la destruction totale de la ville et la déportation de tous ses habitants. On posa un bâton de dynamite par mètre dans les murs du château.

Quand l'armée rouge entra dans la citée fantôme, il ne restait plus aucun bâtiment intact et à peine vingt habitants à tel point que se posa la question de la reconstruction de la ville.

Début 1945, Dresde était tranquille. Elle n'abritait ni usine d'armement ni objectif stratégique qui pût attirer l'attention des alliés. Ville d'art, « *la Florence de l'Elbe* », avait alors pour souci majeur l'accueil des populations fuyant l'avance des troupes russes.

La capitale saxonne essayait donc de résoudre le problème des réfugiés quand elle s'endormit au soir du 13 février. Quelques heures plus tard, plusieurs centaines de bombardiers de la RAF arrivés en plusieurs

vagues, larguaient sur « *la ville aux toits verts* » des milliers de bombes incendiaires et provoquant un ouragan de feu. Au retour du jour, ce sera au tour des bombardiers, américains cette fois de compléter la destruction.

On ne saura jamais avec précision le nombre de victimes du fait de l'afflux des réfugiés. Les chiffres oscillent entre 30 et 300 000 selon les sources.

L'auteur de science-fiction américain Kurt Vonnegut Junior fait prisonnier quelques semaines plus tôt au cours de l'offensive des Ardennes mettra des années à évacuer les horreurs auxquelles il a assisté et survécu dans son roman témoignage « *Abattoir 5* », éponyme de son lieu de détention (C'est dans ce roman qu'il a inventé la planète Tralfamadore dont nous avons parlé dans une chronique précédente).

Quant à la *Florence de l'Elbe*, elle n'était plus qu'un tas de ruines et de cendres.

La guerre achevée en Europe, se posait la question de la reconstruction des ruines. Pour ce qui était des logements, bureaux, usines, cela ne posait guère de problème sinon celui de la main d'oeuvre et des matériaux. Mais pour les monuments et œuvres d'art, il fallait considérer que la plupart d'entre eux étaient irrémédiablement perdus et n'en resterait que le souvenir, les photographies les descriptions ou les tableaux.

Les architectes en charge de la reconstruction de Varsovie et Dresde découvrirent les *veduta de Canaletto* le jeune. Les détails y étaient parfaitement reproduits à tel point qu'ils ont permis la restitution à l'identique, couleurs incluses, des citées historiques.

Canaletto n'aurait jamais imaginé un tel destin pour ses toiles.

Sans doute est-ce l'une des plus belles démonstrations de l'intérêt de l'art en ces temps où il est de bon ton, pour des élites et des dirigeants ignares et incultes comme on en voit malheureusement fleurir en divers points du monde, de vouloir réduire l'enseignement au strict utilitaire (mais pas pour leurs rejetons cependant).

Merci Bernardo Belotto.

Et continuons à nous battre pour l'art et la culture, car
« si nous ne le faisons pas pour cela, à quoi sert de nous battre ? » W.Churchill.

LES LIVRES

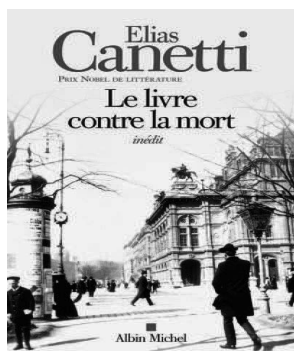
Laurent Schmitt, *Le secret*, Editions Odile Jacob,



Qu'est-ce que le secret ? Quelle place faut-il lui donner ? Cacher ou ne rien laisser dans l'ombre ? Qu'en est-il du rôle du secret intime ? Agit-il comme un poison ou bien est-il le rempart ultime d'une intimité, d'une forme de retenue et de discrétion ? À partir de récits de patients où le secret joue un rôle, Laurent Schmitt montre comment des activités psychiques secrètes protègent notre vie, nous permettent de rester debout et de ne pas sombrer dans la dépression. Certains secrets jouent un rôle exceptionnel dans un destin et une trajectoire de vie. Si l'exigence de transparence et le partage des informations s'associent à la démocratie, ce livre insiste malicieusement sur l'utilité du secret. Parfois il est indispensable à notre vie.

Laurent Schmitt est médecin psychiatre, professeur à la faculté de médecine de Rangueil de l'université Paul-Sabatier à Toulouse. Ancien professeur associé à l'Université de Sherbrooke au Canada, il coordonne la commission de la santé et de l'autonomie pour la région Occitanie. Il a publié *Du temps pour soi* et *Le Bal des ego*.

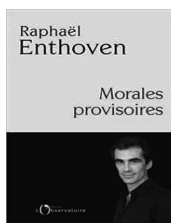
Elias Canetti, *Le livre contre la mort*, traduit de l'allemand par Bernard Kreiss, **Editions Albin Michel**, 494 pages.



« La mort me brûle » : tout au long de sa vie, le prix Nobel de littérature Elias Canetti n'a cessé d'écrire et de réfléchir au thème de la mort. Conçu comme le pendant de Masse et Puissance, le livre qu'il projetait de lui consacrer voit enfin le jour. Principalement composé d'inédits découverts après la disparition, en 1994, de l'auteur d'Auto-da-fé, ce recueil mêle notes, aphorismes, portraits et réflexions. Le regard de l'anthropologue alterne avec celui du romancier qui commente poètes, philosophes et scientifiques, tandis que le critique invoque mythes et satires. Et toujours, au cœur de sa réflexion, ce questionnement, qui illustre la blessure du XX^e siècle : pourquoi les hommes se tuent-ils avec tant de fougue ? À l'image d'un auteur au talent protéiforme, ce livre déploie les multiples facettes d'une pensée hors normes et toujours d'actualité.

« Vingt ans après sa mort, une chose est sûre : Canetti est plus vivant que jamais - en tout cas dans ses écrits

Raphaël Enthoven, *Morales provisoires*, Editions de l'Observatoire



Pourquoi vivre comme une contrainte, ou comme une invasion, le bombardement d'informations dont nous faisons l'objet ? Et si c'était un cadeau ? Une armée de silex ? Une orgie pour la curiosité ? L'enjeu de ces chroniques n'est pas de faire briller l'actualité, mais de l'éclairer. La philosophie n'est pas le paquet cadeau, mais un scalpel pour traiter les événements ordinaires (ou non) de l'existence avec l'intérêt qu'ils méritent. Deux règles à cela : comprendre avant de juger, et s'étonner de ce qu'on a l'habitude de voir. Si Obélix rejoue une scène de Montesquieu, si les Pensées de Pascal décrivent la détresse au travail, ou si Christine Boutin devient (provisoirement) un personnage de La Fontaine, ce n'est pas par snobisme ni goût du baroque, mais parce que c'est le cas. Et si Proust, Montaigne, Platon, Jankélévitch, Descartes, Bergson ou Spinoza sont inlassablement convoqués, c'est qu'à leur manière ils donnent tous à saisir ce qui dure à l'intérieur de ce qui passe. Loin d'être un ouvrage de pop-philosophie qui tomberait en extase devant sa propre capacité à parler du quotidien, ce livre se veut l'exercice d'une admiration sans bornes pour le réel, ses splendeurs et misères, ses paradoxes et (surtout) ses anecdotes.

**Didier Sicard, *L'éthique médicale et la bioéthique*,
Que sais-je ?**



Le mot « éthique », lorsqu'il est appliqué aux sciences et à la médecine du vivant, semble recouvrir indifféremment « l'éthique médicale » proprement dite, c'est-à-dire l'exigence d'un certain comportement de la médecine au service du malade, et la bioéthique, qui est la mise en forme à partir d'une recherche pluridisciplinaire d'un questionnement sur les conflits de valeurs suscités par le développement techno-scientifique dans le domaine du vivant. Ces deux termes ont, du reste, des champs d'application voisins ou croisés lorsqu'il s'agit du don d'organe ou de l'assistance à la procréation. Cet ouvrage clarifie les enjeux respectifs et communs de l'éthique médicale et de la bioéthique. Il met ainsi en perspective les notions de consentement, de préservation du secret, ou encore de non-discrimination, essentielles à cette éthique appliquée.

**Adélaïde Bon, *La petite fille sur la banquise*,
Editions Grasset, 256 pages.**



Quand ses parents la trouvent en pleurs, mutique, Adélaïde ignore ce qui lui est arrivé. Ils l’emmènent au commissariat. Elle grandit sans rien laisser paraître, adolescente puis jeune femme enjouée. Des années de souffrance, de solitude, de combat.

Vingt ans après, elle reçoit un appel de la brigade des mineurs. Une enquêtrice a rouvert l’affaire dite de *l’électricien*, classée, et l’ADN désigne un cambrioleur bien connu des services de police. On lui attribue 72 victimes mineures de 1983 à 2003, plus les centaines de petites filles qui n’ont pas pu déposer plainte. Au printemps 2016, au Palais de justice de Paris, au côté de 18 autres femmes, Adélaïde affronte le violeur en série qui a détruit sa vie.

Avec une distance, une maturité et une finesse d’écriture saisissantes, Adélaïde Bon retrace un parcours terrifiant, et pourtant trop commun. Une lecture cruciale.

Francois Noudelmann, *Le génie du mensonge*, Editions. Max Milo, 332 pages.



François Noudelmann étudie le plus complexe des mensonges, celui envers soi-même, à travers les angoisses, les fugues et les métamorphoses de ces philosophes au double je.

La plénitude sage et rêvée de la « *vie philosophique* » vole ici en éclats. Ainsi Jean-Jacques Rousseau a-t-il écrit l'*Emile*, son traité d'éducation dans lequel « *il se présente comme un père attentionné* », tout en ayant abandonné ses cinq enfants. Ainsi Jean-Paul Sartre a-t-il réinventé la figure de l'intellectuel engagé alors qu'il était resté passif durant la Seconde Guerre mondiale. Ainsi Gilles Deleuze s'est-il fait le chantre du nomadisme sans jamais sortir de chez lui. Imaginez encore un orgueilleux signant un traité sur l'humilité, un narcissique faisant l'apologie de l'altruisme ou un dénonciateur du capitalisme thésaurisant sans relâche... Ces zigzags dérangement fascinent l'essayiste, qui force la complexité du mensonge jusqu'à en revendiquer une approche « *amoral*e ». Machine créatrice, le mensonge se pare toujours des habits du vrai.

Roger-Pol Droit, *Et si Platon revenait...* Editions Albin Michel.

Roger-Pol Droit

Et si Platon revenait...

*Que dirait-il de nous ?
Que penserions-nous de lui ?*

Albin Michel

Platon observe nos smartphones, croise nos migrants, découvre les attentats terroristes, scrute nos dirigeants politiques. Roger-Pol Droit lui fait rencontrer Teddy Riner, Bob Dylan, Thomas Pesquet, l’emmène à la COP 21, au MacDo, à Pôle Emploi, au Mémorial de la Shoah, l’incite à visionner House of Cards, à écouter Emmanuel Macron et Donald Trump. Entre autres. Pour jouer ? Évidemment. Mais pas seulement. Cette promenade dans notre actualité du père fondateur de la philosophie permet de découvrir des traits essentiels de sa pensée, en expérimentant des écarts entre nous et lui, en testant ce qu’il comprendrait aisément, ou pas du tout. Finalement, ce périple montre ce que Platon nous indique d’essentiel, que nous ne verrions pas sans lui. Rédigé sous la forme de trois carnets écrits au jour le jour, dans une langue accessible et élégante, ce livre se révèle peu à peu bien autre chose qu’un divertissement. L’air de rien, il développe une méditation vivante, personnelle et profonde sur les usages de la philosophie, ses impasses et ses zones d’ombre, sa nécessité et ses bienfaits.

Bernard Pigearias, *La francophonie dans ses mots*, tome II : *Mots à maux*, Editions Glyphe, 220 pages.



Bernard Pigearias

La francophonie dans ses mots

Tome II. Mots à maux

Préface de Jean-Loup Chiflet

Éditions Glyphe

Préface de Jean-Loup Chiflet

Par cette quête des mots au fil des maux, Bernard Pigearias poursuit la balade sémantique qui nous avait conduits, dans le tome I, autour de la Méditerranée.

Mais qu'est-ce la santé, qu'est-ce le mal, que sont nos maux qui mettent à mal ce subtil équilibre que nous nommons « bonne santé » ? Comment avons-nous évolué de la médecine des simples aux médecines composées, de l'alchimie à la chimie ?

Bernard Pigearias est pneumologue et phtisiologue. Il nous convie à revisiter la tuberculose, cette grande faucheuse, l'asthme, cette maladie du souffle coupé, et l'obésité, cette épidémie des temps d'opulence et de pauvreté.

L'auteur nous rappelle avec l'histoire de l'école de médecine de Salerne combien le respect des savoirs reste la garantie des progrès de la pensée humaine et combien le savoir venu d'Orient a orienté la médecine occidentale dans une refondation féconde. Ce spécialiste du sommeil, par une étonnante immersion dans le monde de la nuit du mythe grec, nous guide dans ces vocables du mythe. Laissons nous guider, mots à maux...

Gérard Pirlot, *La colère de Rimbaud. Le chagrin d'Arthur*, Editions Imago, 312 pages.



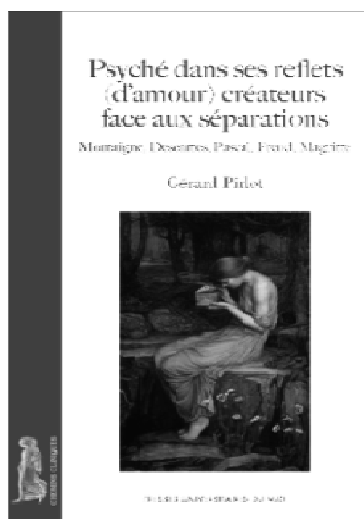
Enfant surdoué, adolescent génial, aventurier ambitieux, Arthur Rimbaud constitue, en raison de son exceptionnelle et précoce créativité, puis de sa soudaine rupture avec la poésie survenue à l'âge de vingt et un ans, un véritable mythe littéraire. Ses rapports avec sa famille, ses multiples fugues, son soutien à la commune, ses relations tumultueuses avec Verlaine, sa recherche de la voyance par « le dérèglement de tous les sens », par l'alcool et par la drogue, puis ses voyages et ses errances, en font l'icône de la jeunesse révoltée.

En psychanalyste, soulignant le rôle majeur du père pourtant absent et le lien complexe à la mère, Gérard Pirlot remonte à l'origine de la colère de Rimbaud, aux sources de sa rage de vivre, pour se consacrer impérativement à son art, loin de Charleville. « Je me suis reconnu poète », écrit-il. Cependant, après *Une Saison en enfer* et *Illuminations* – où l'on perçoit à vif le chaos émotionnel de l'adolescence –, Arthur se détournera de la poésie. Commerçant exilé en des contrées perdues,

rongé par le chagrin qui le minera jusqu'au cancer, dévasté par son amputation, il viendra mourir à Marseille, indifférent à sa gloire naissante.

Auteur de très nombreux ouvrages, Gérard Pirlot est psychanalyste, pédopsychiatre, professeur de psychopathologie à l'université de Toulouse-Jean Jaurès, et membre de la Société Psychanalytique de Paris. Il s'occupe tout particulièrement des adolescents en souffrance.

Gérard Pirlot, *Psyché dans ses reflets (d'amour) créateurs face aux séparations*, Montaigne, Descartes, Pascal, Freud, Magritte, PUF : à paraître au mois d'août



***Nous remercions tous les intervenants
qui ont bien voulu participer à la rédaction de la revue
Médecine et Culture***

Véronique Adoue, INSERM, Toulouse ; **Pr Jacques Amar**, INSERM 558, Service de Médecine Interne et d'Hypertension Artérielle, Pôle Cardiovasculaire et Métabolique CHU-Toulouse ; **Dr Françoise Bienvenu**, Laboratoire d'Immunologie, centre hospitalier Lyon Sud ; **Pr François Carré**, PU-PH, responsable de l'UPRES EA 3194, Université de Rennes 1, Hôpital Ponchaillou ; **Me Décultot Cécile**, Interne en M.G, Faculté de Rouen ; **Pr Alain Didier**, **Drs Roger Escamilla**, **Christophe Hermant**, **Marlène Murriss**, **Kamila Sedkaoui** : Service de Pneumo-Allergologie, Clinique des voies respiratoires, Hôpital Larrey, CHU Toulouse ; **Pr Julien Mazières**, **Valérie Julia**, **Anne Marie Basque** : Unité d'Oncologie Cervico-Thoracique Hôpital Larrey, CHU-Toulouse ; **Dr Sandrine Pontier**, Service de Pneumologie et Unité des Soins Intensifs, Clinique des voies respiratoires, Hôpital Larrey, CHU Toulouse ; **Dr Bruno Degano**, Hôpital de Montauban ; **Dr Hervé Dutau**, Unité d'endoscopie thoracique, CHU de Sainte Marguerite, Marseille ; **Pr Meyer Elbaz**, Service de cardiologie B, Fédération cardiologie CHU Rangueil Toulouse ; **Dr Martine Eismein**, Conseil Général de la Haute-Garonne, **Pr Michel Galinier**, Pôle cardiovasculaire et métabolique CHU Rangueil Toulouse ; **Pr Hermil Jean-Loup**, PU-MG, Faculté de Rouen ; **Pr Jean-Pierre Louvet**, **Pierre Barbe**, **Antoine Bennet**, UF de Nutrition, Service d'Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition, CHU Rangueil Toulouse ; **Pr Mathieu Molinard**, Département de Pharmacologie, CHU Bordeaux, Université Victor Segalen, INSERM U657 ; **Pr Jean-Philippe Raynaud**, **Marie Tardy**, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse-Hôpital La Grave ; **Pr Daniel Rivière**, **F. Pillard**, **Eric Garrigues**, Service d'Exploration de la Fonction Respiratoire et de Médecine du Sport, Hôpital Larrey, CHU Toulouse ; **Drs Fabienne Rancé**, **A. Juchet**, **A. Chabbert-Broué**, **Géraldine Labouret**, **G. Le Manach**, Hôpital des Enfants, Unité d'Allergologie et de Pneumologie Pédiatriques, Toulouse ; **Dr Jean Le Grusse**, **Dr Dominique Mora**, **Dr H. Naoun**, **M. Antonucci-Infirmière**, CLAT, Hôpital J.D, Toulouse ; **Dr J.P. Olives**, gastro-entérologue, Hôpital des Enfants, Toulouse ; **Drs Thierry Montemayor**, **Michel Tiberge**, Unité des troubles du sommeil et Epilepsie, CHU Rangueil Toulouse ; **Pr Norbert Telmon**, Service de Médecine légale, CHU Rangueil Toulouse ;

Pr Jean-Jacques Voigt, chef de service d'Anatomie et Cytologie pathologique ; **Dr Richad Aziza**, service de Radiologie ; **Pr Elizabeth Cohen-Jonathan Moyal**, département des radiations ; **Christine Toulas**, Laboratoire d'oncogénétique ; **Laurence Gladieff**, service d'oncologie médicale ; **Viviane Feillel**, service de radioséniologie : IUCT-Oncopole - Toulouse. **Pr Rosine Guimbaud**, Oncologie digestive et Oncogénétique, CHU Toulouse et IUCT-Oncopole - Toulouse ; **Michel Olivier**, Anesthésiste-Réanimateur-Algologue, Hôpital Pierre Paul Riquet, CHU Purpan -Toulouse ; **Jean Claude Quintin**, chirurgie de la rétine, CHU Pierre Paul Riquet, Toulouse ; **Valérie Siroux**, INSERM U 823, Grenoble.

Alexandre Aranda, neurologue, clinique de l'Union, Toulouse ; **Edmond Attias**, ORL, chef de service au C.H. d'Argenteuil ; **P. Auburgan**, Médecine du Sport, Centre hospitalier de Lourdes ; **Maurice Benayoun**, Docteur en sciences odontologiques, Toulouse ; **André Benhamou**, Chirurgien dentiste, Toulouse, Directeur d'International Implantologie Center ; **Stéphane Beroud**, Médecine du sport, Maladies de la Nutrition et Diététique, Tarbes ; **Anne Chapell**, médecin, enseignante en éthique, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Jamel Dakhil**, Pneumo-Allergologue, Tarbes, praticien attaché Hôpital Larrey ; **Daniel D'Herouville**, médecin chef, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Carol Guinet-Duflot**, art-thérapeute, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Fanny**, infirmière, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Thomas Ginbourger**, Dr en STAPS/sociologie, Université Paul Sabatier Toulouse III. **Vincent Gualino**, Chirurgie de la rétine, CHU Pierre Paul Riquet, Toulouse ; **P.Y Farrugia**, kinésithérapeute, La Rochelle ; **Françoise Fournial**, Pneumologue, Isis médical, Toulouse ; **Gilles Jebrak**, service de pneumologie et de transplantation, Hôpital Bichat, Paris ; **Cyril Louvrier**, chirurgien ORL, Toulouse ; **Madeleine**, aide-soignante, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Michel Miguères**, Pneumo-Allergologue, Nouvelle Clinique de L'Union-Saint-Jean ; **Christian Martens**, Allergologue, Paris ; **Marion Narbonne**, psychomotricienne, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Michel Olivier**, Anesthésiste-Réanimateur-Algologue , Hôpital Pierre Paul Riquet, CHU Purpan – Toulouse ; **Jean-Claude Quintin**, Clinique Honoré Cave, Montauban ; CHU Lariboisière, Paris ; **Béatrice Raffegau**, bénévole, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Nouredine Sahraoui**, Laboratoire Teknimed, Toulouse ; **Pr Simon Schraub**, Professeur d'oncologie radiothérapie, Faculté de Médecine Université de Strasbourg ; **Laurence Van Overvelt**, chercheur Laboratoire Stallergènes ; **Camille Vatie**, Faculté de médecine et Centre de

recherche St Antoine, Paris ; **Marie Françoise Verpillieux**, Recherche Clinique et Développement, Novartis Pharma ; **Bernard Waysenson**, Docteur en Sciences Odontologiques.

Laurence Adrover, Pneumologue ; **David Attias**, Pneumologue-Allergologue ; **Franc Berthoumieu**, chirurgie thoracique et vasculaire ; **Jacques Besse**, **Matthieu Lapeyre**, **Daniel Colombier**, **Michel Levade**, **Daniel Portalez**, Radiologues ; **Benjamin Elman**, Urologue ; **Vincent Misrai**, Urologue ; **Christophe Raspaud**, Pneumologue ; **Jacques Henri Roques**, Chirurgie générale et digestive ; **Michel Demont**, Médecine du Sport ; **Anne Marie Salandini**, **Florence Branet-Hartmann**, **Christine Rouby**, **Jean René Rouane**, Neuro-endocrinologie ; **Jean-Paul Miquel**, **Nicolas Robinet**, **Bernard Assoun**, **Bruno Dongay**, Cardiologie ; **Bruno Farah**, **Jean Fajadet**, **Bernard Cassagneau**, **Jean Pierre Laurent**, **Christian Jordan**, **Jean-Claude Laborde**, **Isabelle Marco-Baertich**, **Laurent Bonfils**, **Olivier Fondard**, **Philippe Leger**, **Antoine Sauguet**, Unité de Cardiologie Interventionnelle ; **Jean-Paul Albenque**, **Agustín Bortone**, **Nicolas Combes**, **Eloi Marijon**, **Jamal Najjar**, **Christophe Goutner**, **Jean Pierre Donzeau**, **Serge Boveda**, **Hélène Berthoumieu**, **Michel Charrançon**, service de Rythmologie ; **Thierry Ducloux**, Médecine Nucléaire ; **Raymond Despax**, Oncologie ; **Dr Philippe Dudouet**, service de Radiothérapie, Clinique Pasteur, Toulouse.

Jacques Arlet, Professeur des Universités, Ecrivain ; **Laurent Arlet**, Rhumatologue, Toulouse ; **Elie Attias**, Pneumo-Allergologue, Toulouse ; **Sébastien Baleizao**, médecin généraliste ; **Paul Bellivier**, artiste-peintre ; **Reine Benzaquen**, peintre-sculpture ; **Jean-Paul Bounhoure**, Professeur à l'Université, Membre de l'Académie Nationale de Médecine ; **Jean-Jacques Brossard**, chercheur associé, centre d'études et recherches sur la police ; **Pierre Carles**, Professeur Honoraire des Universités ; **Pierre-André Delpla**, Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier de Médecine Légale - CHU Rangueil, Toulouse ; **Hamid Demmou**, Université Paul Sabatier ; **Pascal Dupond**, Professeur agrégé de Philosophie ; **Arlette Fontan**, Docteur en philosophie, Enseignante à l'ISTR de Toulouse ; **Alain B.L. Gérard**, Juriste, philosophe ; **Jean-Philippe Derenne**, Professeur des universités, Ancien chef de service de pneumologie et réanimation à la Salpêtrière-Paris, **Jocelyne Deschaux**, Conservateur du Patrimoine écrit à la B.M. de Toulouse ; **Didier Descouens**, ORL, Toulouse ; **Stéphane Dutournier**, Acrobate ; **Pr Yves Glock**, Chirurgie cardiovasculaire, CHU Rangueil Toulouse ; **Nicole Hurstel**, Journaliste,

écrivain ; **Serge Krichewsky**, hauboïste à l'Orchestre National du Capitole de Toulouse ; **Hugues Labarthe**, Enseignant à l'université, Saint Etienne ; **Marie Larpent-Menin**, journaliste ; **Vincent Laurent**, Doctorant en droit privé, UT1 Toulouse ; **David Le Breton**, Professeur de sociologie à l'Université Marc Bloch de Strasbourg, Membre de l'UMR "Cultures et sociétés en Europe" ; **Paul Léophonte**, Professeur des Universités, correspondant national (Toulouse) de l'Académie de Médecine ; **Isabelle Le Ray**, Peintre, créatrice de Tracker d'Art ; **Christian Marc**, Comédien ; **Jezabel Martinez**, Cardiologue, Coutras ; **Michel Martinez**, Agrégé de Lettres, docteur d'Etat en Littérature ; **Charlotte Maubrey-Hebrat**, Professeur de Français ; **Jean Miguères**, Professeur honoraire des Universités ; **Sophie Mirouze**, Festival International du Film de la Rochelle ; **Morué Lucien**, **Domingo Mujica**, alto-solo, orchestre national du Capitole de Toulouse ; **Georges Nouvet**, Professeur Honoraire des Universités ; **Henri Obadia**, Cardiologue, Toulouse ; **Christophe Pacific**, docteur en Philosophie ; **Mireille Pénochet** ; **Sophie Pietra-Fraiberg**, Docteur en philosophie ; **Laurent Piétra**, Docteur en philosophie ; **Gérard Pirlot**, Professeur de psycho-pathologie Université Paris X, Psychanalyste, Membre de la Société psychanalytique de Paris, Psychiatre adulte, qualifié psychiatre enfant/adolescent. ; **Anne Pouymayou**, Professeur de Français ; **Jacques Pouymayou**, Anesthésiste-Réanimateur, Institut Claudius Régaut, Toulouse ; **Aristide Quérian**, chirurgien cardio-vasculaire ; **Lucien Ramplon**, Procureur général honoraire, "Président des toulousains de Toulouse" ; **Claire Ribau**, Docteur en éthique médicale ; **Isabelle Richard**, doyenne de la faculté de médecine d'Angers ; **Guy-Claude Rochemont**, Professeur, membre fondateur, ancien président et membre de Conseil d'administration de l'Archive ; **Nicolas Salandini**, Doctorant en philosophie ; **Manuel Samuelides**, Professeur à l'Institut Supérieur de l'Aéronautique et de l'Espace ; **Stéphane Souchu**, Critique de cinéma ; **Pierre-Henri Tavoillot**, Maître de conférence en philosophie morale et politique à l'université Paris-Sorbonne, président du Collège de Philosophie ; **Ruth Tolédano-Attias**, Docteur en chirurgie dentaire, en Lettres et Science Humaines ; **Emmanuel Toniutti**, Ph.D. in Théologie, Docteur de l'Université Laval, Québec, Canada ; **Shmuel Trigano**, Professeur de sociologie-Université Paris X-Nanterre, Ecrivain Philosophe ; **Marc Uzan**, Endocrinologue, Toulouse ; **Jean Marc Vergnes**, DRE INSERM-U825 ; **Pierre Weil**, Agronome et chercheur ; **Christian Virenque**, Professeur des Universités ; **Muriel Welby-Gieusse**, Médecin phoniatre, choriste et pianiste ; **Muriel Werber**, Dermatologue, Toulouse.

Sommaire de tous les articles parus dans la revue *Médecine et Culture*

Numéro 1 :

B.P.C.O.

R. Escamilla, A. Didier, M. Murris

Médecine et Ethique

E. Attias

Concepts fondamentaux des religions monothéistes

R. Toledano-Attias, L. Pietra, H. Demmou

Le tenor est en prison

J. Pouymayou

Etat des lieux du cinéma français

S. Mirouze

Numéro 2

Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques

Anaes et Afsaps

La désensibilisation allergénique : intérêt de la voie sublinguale

M. Miguères

Orientations diagnostiques du cancer de la prostate

B. Elman

L'endocardite infectieuse d'origine dentaire

M. Benayoun

Les citrons de Sicile

J. Pouymayou

Laïcité, religions, incroyance : les valeurs

E. Attias, A. Fontan, H. Demmou, A.B.L. Gérard

La mutation numérique du cinéma

S. Souchu

Numéro 3

Sport et Médecine

F. Carré, D. Rivière, A. Didier, E. Garrigue, B. Waysenson

Le sport est-il dangereux pour la santé ?

D. Rivière

Sport : société et économie

E. Attias

Réflexion sur le sport

E. Attias, R. Toledano-Attias

Milon de Croton

J. Pouymayou

Sculpture

J. Miguères

Cinéma

Une brève présentation de la cinémathèque de Toulouse

G.-C. Rochemont

La Rochelle, pour le seul plaisir du cinéma

S. Mirouze

Pour filmer la boxe, le cinéma prend des gants

S. Souchu

Musique

Le dernier mur du son

S. Krichewsky

Numéro 4

Ronchopathie et apnées du sommeil

T. Montemayor, M. Tiberge, B. Degano, E. Attias, J. Amar
A.M. Salandini, Ch. Rouby, F. Branet, J.R. Rouane,
A.Didier, K. Sedkaoui, F. Fournial

Procès médicaux en France

L. Vincent

La superstition

E. Attias, L. Piétra, N. Salandini, E.Toniutti,
Ch. Raspaud, L. Remplon,

Les Sybarites

J. Pouymayou

Musique : Mozart

D. Descouens, S. Krichewski

Photo

L. Arlet

Numéro 5

L'obésité

J.P. Louvet, P. Barbe

Poids, troubles du comportement alimentaire et fonction ovarienne

J.P. Louvet, A. Bennet

La gastroplastie

F. Branet-Hartmann, Ch. Rouby, A.M. Salandini, J.H. Roques

Le concept d'alexithymie

M. Tardy, J.Ph. Raynaud

Le dossier médical personnel

V. Laurent

Le corps

D. Le Breton, E. Attias, R. Tolédano-Attias, L. Piétra,
S. Beroud, H. Obadia

Le ballet du capitole de Toulouse

Nanette Glushahk, Michel Rahn

Les croissants

J. Pouymayou

Cinéma : le burlesque contemporain des frères Farrelli

S. Souchu

Peinture

H. Obadia

Numéro 6

Nouveautés en cardiologie

J.P. Albenque, A. Bortone, N. Combes, E. Marijon, J. Najjar, Ch. Goutner,
J.P. Donzeau, S. Boveda, H. Berthoumieu, M. Charrançon M. Galinier, M. Elbaz,
J. Amar B. Farah, J. Fajadet, B. Cassagneau, J.P. Laurent, Ch. Jordan, J.C. Laborde,
I. Marco-Baertich, L. Bonfils, O. Fondard, Ph. Leger, A. Sauguet
J.-P. Miquel, N. Robinet, B. Assoun, B. Dongay, D. Colombier

Le cœur dans tous ses états

R. Tolédano-Attias, L. Piétra, G. Pirlot, Y. Glock 37

Dix jours en Octobre

J. Pouymayou

Théâtre et société : de Sophocle à Koltès

Ch. Marc

Toubib Jazz Band

L. Arlet

Hommage : Albert Richter

E. Attias

Numéro 7

Journée Toulousaine d'Allergologie

Pr A. Didier, M. Miguères, J. Dakhil,
F. Rancé, A. Juchet, A. Chabbert-Broué,
G. Le Manach

Les Allergènes Recombinants

L. Van Overvelt

Le syndrome obésité-hypoventilation

S. Pontier, F. Fournial, L. Adrover

L'orthèse d'avancée mandibulaire

G. Vincent

Imagerie de l'aorte abdominale

M. Levade, D. Colombier

Les médecins philosophes

E. Attias, H. Labarthe 29

Musique : Le Piano

P. Y. Farrugia

Les Cénobites

J. Pouymayou

Numéro 8

Nouveautés en Oncologie

J.-J. Voigt, R. Aziza, N. Sahraoui D. Portalez,

T. Ducloux, R. Despax, J. Mazières 20

Réflexions sur les âges de la vie

P.-H. Tavoillot, G. Pirlot, L. Piétra

E.R.A.S.M.E.

J. Deschaux

Les athlètes du son

P. Y. Farrugia

Le coureur de Marathon

J. Pouymayou 47 Le Festival de Cannes

Le festival de Cannes

E. Attias

Numéro 9

Nouveautés en oncologie

H. Dutau, Ch. Hermant, Ch. Raspaud, Ph. Dudouet,

E. Cohen-Jonathan Moyal, Ch. Toulas, R. Guimbaud,

L. Gladieff, V. Feillel, V. Julia, A.-M. Basque, J. Mazières

La responsabilité

E. Attias, S. Pietra-Fraiberg, R. Tolédano-Attias

V. Laurent, N. Telmon

Phedou

C. Ribau, P. Dupond, J.-P. Marc-Vergnes

La police scientifique

J.J. Brossard

Musique

L. Morué, D. Mujica, J. Pouymayou 49

Peinture

P. Bellivier

Un personnage du bain turc d'Ingres

P. Léophonte

Numéro 10

La BPCO en 2009

G. Jebrak

La violence

R. Tolédano-Attias, E. Attias

D. Le Breton, G. Pirlot, P.A Delpla

Katherine Mansfield

P. Léophonte

La Sultane Créole

J. Pouymayou

Musique : de la violence et autres dissonances

S. Krichewski

L'école du cirque

S. Dutournier

Le cinéma en DVD

S. Mirouze

Numéro 11

Etude sociologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie

S. Schraub

Journée toulousaine d'Allergo-Pneumologie

L. Têtu, M. Lapeyre-Mestre, A. Juchet, M. Miguères

L'Institut Pasteur

S. Mergui

Les rapports humains

R. Tolédano-Attias, E. Attias

Hector Berlioz

M. Penochet

Le français qui sauva Bismarck

J. Pouymayou

Charlie Chaplin

E. Attias

Numéro 12

Sport et maladies graves

D. Rivière

Anévrisme athéromateux de l'aorte abdominale

Ph. Léger, A. Sauguet, Ch. Jordan

Montaigne

E. Attias, R. Tolédano-Attias, G. Pirlot

Peinture : Le Pastel

P. Bellivier

Musique : Carlo Gesualdo

M. Penochet

Le tyran, le savant et la couronne

Curzio Malaparte "une vie de héros"

J. Pouymayou

Chopin et la maladie des passions tristes

P. Léophonte

L'étrange docteur Maï

C. Corman

Numéro 13

Comment mettre en place la VNI dans l'IRC

S. Pontier-Marchandier

L'orthèse d'avancée mandibulaire

R. Cottancin

Aspects atypiques du myocarde en scanner et en IRM

D. Colombier, O. Fondard, M. Levade, J. Besse, M. Lapeyre

La Justice

E. Attias, R. Tolédano-Attias, S. Pietra-Fraiberg

Musique : Robert Schumann

M. Penochet

Le plus beau tableau du monde ou le peintre, l'écrivain et le soldat

J. Pouymayou

La peste à Venise (1347-1630)

P. Léophonte

Numéro 14

Agriculture et santé durable

Pierre Weil

Allergie au Ficus Benjamina

D. Attias

Voltaire

E. Attias, R. Tolédano-Attias,

Ch. Maubrey, A. Pouymayou

L'affaire Druaux

S. Baleizao, G. Nouvet

Le Collège de France

R. Tolédano-Attias

Buster Keaton

E. Attias

Franz List

M. Penochet

Coq au vin

J. Pouymayou

Le mot de la fin

P. Léophonte

Numéro 15

Vers une reconnaissance de l'allergie

Ch. Martens

La pompe à insuline chez le patient diabétique

C. Vatiez

Crise des transmissions

R. Tolédano-Attias, E. Attias, M. Martinez, D. Le Breton

M. Samuelides, G. Pirlot

Les jardins d'Eyrignac

E. Attias

La dague de miséricorde

J. Pouymayou

Une lecture de Frédéric Prokosch

P. Léophonte

Numéro 16

La tuberculose hier et aujourd'hui

J. Le Grusse

Vivre coliqueux à Rome

À partir du journal de voyage de Michel de Montaigne

J. Martinez

Réflexions sur la mort

N. Telmon, E. Attias, L. Pietra,

G. Pirlot, D. Le Breton,

Ch. Maubrey-Hebral 1

La voix de la mort

J. Pouymayou

Les gladiateurs et la médecine cannibale

J. Ph. Derenne

Jules Verne

M. Uzan

Laurel et Hardy

E. Attias

Entretien avec Joan Jorda, peintre et sculpteur

P. Léophonte

Numéro 17

La tuberculose pédiatrique

D. Mora, G. Labouret, H. Naoun,

M. Antonucci, M. Esmein

Jean de la Fontaine : la vie, l'oeuvre, les fables

E. Attias, S. Fraiberg-Pietra, Ch. Hebral, R. Toledano-Attias

La Castapiane

J. Pouymayou

Harold Lloyd

M. Uzan

L'histoire des castrats et Farinelli

M. Pénochet

Pontormo et le syndrome de Stendhal

P. Léophonte

Numéro 18

La vieillesse

E. Attias, D. Le Breton, R. Toledano-Attias, J. Martinez

Soins palliatifs et fin de vie

E. Attias

Verdi, deux siècles sans une ride

J. Pouymayou

Amadeus, Don Giovanni, Don Giacomo

P. Léophonte

Numéro 19

Syndrome d'apnée du sommeil : étude pluri-disciplinaire

D. Attias, A. Aranda, C. Louvrier,

V. Misrai, J.C. Quintin, V. Gualino

L'art thérapie en soin palliatif

C. Guinet-Duflot

Regards sur l'individualisme contemporain

R. Tolédano-Attias, L. Pietra, E. Attias

Victor Hugo : L'itinéraire politique d'un grand poète

J.P. Bounhoure

Les clés de la Bastille

P. Pouymayou

Aimer, admirer ou plaindre Emma : une lecture de Madame Bovary

P. Léophonte

Numéro 20

Journée toulousaine d'Allergologie

V. Adoue, V. Siroux, F. Bienvenu, M. Miguères, J.-P. Olives

J'ai vécu la médecine d'urgence

Ch. Virenque

Deux médecins méridionaux, pionniers de la cardiologie

J.-P. Bounhoure

Socrate

E. Attias, R. Tolédano-Attias, L. Piétra

L'effet Papillon

J. Pouymayou

Christian de Duve

P. Léophonte

Numéro 22

L'hypnose est-elle efficace contre le trac chez les artistes ?

M. Welby-Gieusse

La Liberté

E. Attias, D. Le Breton, L. Pietra, Ch. Hebral, J.P Bounhoure

Être libre sous le joug...

P. Léophonte

Les poissons rouges et la poudre blanche

J. Pouymayou

Georges Brassens

E. Attias

Numéro 21 : Morceaux choisis 1

David Le Breton

Obsolescence contemporaine du corps :

Visages du vieillir

Que transmettre aujourd'hui ?

Pierre Henri Tavoillot

Philosophie des âges de la vie

Ruth Tolédano-Attias

Quel est l'impact de l'individualisme sur les rapports humains

Réflexions sur la violence

Crise ou rupture des transmissions

Socrate : la tâche du philosophe

Elie Attias

La superstition : analyse et dérapages

A la découverte de Voltaire

Réflexions sur la Justice

L'Amitié

Gérard Pirlot

Violence et « biolence » à l'adolescence

Montaigne : Le « je » subjectif construit dans la réverbération mélancolique... des absents

Laurent Piétra

Quelques variations sur le thème de « l'homme sans âge » de Mircéa Eliade et F.F Coppola

« Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît point »

Jézabel Martinez

Le regard littéraire sur la vieillesse à la Renaissance

Sophie Fraiberg-Piétra

La responsabilité : approche éthique

Charlotte Hébral

Le chêne et le roseau

Paul Léophonte

D'un labyrinthe de curiosités au fleuve Alphée avec Roger Caillols

Amadéus, Don Giovanni, Don Giacomo

Pontormo et le syndrome de Stendhal

Jean Paul Bounhoure

Goya : sa maladie, son œuvre

Sébastien Balcizao et Georges Nouvet

L'affaire Druaux

Serge Krichewsky

De la violence et autres dissonances

Anne et Jacques Pouymayou

Voltaire et Calas

Elie Attias

Charlie Chaplin

Jacques Pouymayou

Les clés de la Bastille

Le coq au vin

Numéro 23 : Morceaux choisis 2

Ruth Tolédano-Attias

Approche philosophique des rapports humains

L'élaboration du concept de *responsabilité* dans la philosophie platonicienne

Elie Attias

Individualisme et Solitude

Le procès de Socrate

David Le Breton

Violences et jeunes des quartiers de Grands Ensembles

Du cadavre

Gérard Pirlot

La mort qui ronge inconsciemment dans les manifestations psychiques

Laurent Piétra

D'où vient que la superstition ne meurt point ?

L'individualisme

Charlotte Hebral

La mort dans *Les Fleurs du mal*

Micromégas (1752)

Sophie Fraiberg-Piétra

Légalité et légitimité

Jézabel Martinez

« Vivre coliqueux à Rome ».

A partir du Journal de voyage de Michel de Montaigne

Jean Paul Bounhoure

Victor Hugo : l'itinéraire politique tortueux d'un grand poète

Paul Léophonte

Un personnage du bain turc d'Ingres

Chopin et la maldie des passions tristes

Jacques Pouymayou

Le plus beau tableau du monde

Le coureur de Martahon

Marc Uzan

Lire ou relire Jules Verne aujourd'hui

Jacques Arlet

Poètes toulousains de la Belle Epoque

Numéro 24 :

Jacques Pouymayou

A la poursuite de l'antalgie

Michel Olivier

Douleur et Urgence

Muriel Welby-Giesse

Chant et reflux

Elie Attias

Comment définir le bonheur ?

Ruth Tolédano-Attias

Peut-on rechercher le bonheur à l'heure de l'arbitraire ?

Laurent Piétra

Le bonheur doit-il être achevé ?

Charlotte Hebral

La littérature et le bonheur

Paul Léophonte

Un souvenir de Sviatoslav Richter (1915_1977)

Pierre Carles

Beaux tuberculeux

Elie Attias

Pierre Dac

Numéro 25

Guy Laurent, Gisèle Compaci

L'accompagnement des patients en cancérologie

Jean Paul Bounhoure

Maladie coronaire et sexe féminin

Aristide Querian

Histoire de la chirurgie cardiaque

Elie Attias

Réflexions sur la jalousie

Gérard Pirlot

La jalousie : du pathologique à la « normalité » d'un affect inscrit au plus profond de l'humain et de l'humanité

Paul Léophonte

Un génie presque oublié, Laennec

Pierre Carles

Et Zeus nomina les étoiles

Jacques Pouymayou

L'homme qui détourna le fleuve

Apopthéose, A Denis Dupoirron

Numéro 26 : Un cheminement philosophique de Ruth Tolédano-Attias

La “juste mesure” et la démesure

Approche philosophique du corps

Le cœur politique : le courage, la cordialité, l'amitié et la justice dans la cité

L'amour courtois : le cœur en émoi pour des amours impossibles

Réflexions sur la violence

Approche philosophique des rapports humains

« Des cannibales » : le paradoxe de Montaigne. Qui est le plus barbare ?

La justice avec ou sans la démocratie

Voltaire : *Candide ou l'optimisme*

Crise ou rupture des transmissions

Peut-on parler de la dimension philosophique des Fables de La Fontaine ?

Vieillesse et sagesse

Quel est l'impact de l'individualisme sur les rapports humains ?

Peut-on rechercher le bonheur à l'heure de l'arbitraire ?

Socrate : la tâche du philosophe

Lectures et commentaires :

- *Storytelling, la machine à fabriquer des histoires et à formater les esprits*, de Christian Salmon

- *Expériences de la douleur : Entre destruction et renaissance* de David Le Breton.

- *Eclats de voix. Une anthropologie des voix* de David Le Breton

- *Tous gros demain ?* (2007) et *Mon assiette, ma santé, ma planète* (2010) de Pierre Weill.

Numéro 27 :

Paul Léophonte

Une brève histoire de la tuberculose

Jean Paul Bounhoure

La mort de Gustave Mahler

Bref rappel sur l'histoire des endocardites malignes

Cécile Décultot, Jean-Loup Hermil, Sébastien Baleizao

Comment les médecins généralistes appliquent la bientraitance lors des visites à domicile

Ruth Tolédano-Attias

Rire/Aimer/Joie

David Le Breton

Quand le rire fait police

Charlotte Hebral

Le rire en littérature

Elie Attias

Le Burlesque

Christian Virenque

Double anniversaire

Pierre Carles

Les voyageurs de Jules Verne sont malades

Jacques Pouymayou

La souris du paradis

Numéro 28 :

Jean Paul Bounhoure

Manifestations cardio-vasculaires et substances récréatives

Christian Virenque

Kéraunopathologie et médecine céramique

Thomas Ginsbourger

Activité physique et cancer

Ruth Tolédano-Attias

Mensonge : malaise et aliénation

Laurent Pietra

Le mensonge comme action

Charlotte Hebral

Mensonge littéraire. Une voie véritable ?

Elie Attias

Superstition et Mensonge

Paul Léophonte

Huitième Commandement et mensonge médical vertueux,

ou vérité nuancée

Jacques Pouymayou

La souris du paradis

