

EDITORIAL

Dr Elie ATTIAS*

NOUS abordons le quatrième numéro de la revue Médecine et Culture toujours avec beaucoup d'enthousiasme grâce au soutien et aux encouragements des lecteurs. Progressivement, d'autres confrères manifestent leur intérêt et certains proposent des articles à visée médicale ou culturelle. Nous les en remercions.

La partie médicale s'intéresse à *la Ronchopathie et aux Apnées du sommeil*, pathologies fréquentes, le plus souvent sous-diagnostiquées, qui altèrent la qualité de vie, augmentent le risque d'accidents du travail et de la circulation et posent un problème médico-légal¹. Il existe des liens étroits entre l'obésité et le SAS. Les conséquences sont connues sur le plan cardio-vasculaire avec notamment, une morbidité importante. Nous disposons actuellement d'outils diagnostiques et de moyens thérapeutiques efficaces pour traiter les apnées du sommeil.

Laurent Vincent donnera ensuite son avis sur la question : y a-t-il une dérive à l'américaine en ce qui concerne les procès médicaux en France ?

La seconde partie ouvrira le débat sur *la Superstition* où la pensée critique est *en apnée* et où, selon Régis Debray, « l'Invisible n'est pas prêt de nous lâcher² ». Personne ne peut échapper totalement aux superstitions car la plupart des individus sont attirés par le hasard, le désir de dominer la nature et de vaincre le destin. Ce désir, devant lequel nous nous trouvons souvent désarmés, est plus puissant que la raison. Il convient de méditer sur cette pensée : « Il est des sages qui prétendent qu'on doit laisser au peuple ses superstitions, comme on lui laisse ses guinguettes, que de tout temps il a aimé les prodiges, les diseurs de bonne aventure, les pèlerinages et les charlatans ; il est d'autres sages qui disent : aucune de ces superstitions n'a

produit du bien ; plusieurs ont fait de grands maux : il faut donc les abolir³ ». À cause des nouveaux systèmes de communication, l'ésotérisme 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 l'invisible, de connaître le passé, de comprendre le présent et de prévoir l'avenir, bref de lui transmettre des connaissances sur la « logique » profonde de la marche de l'Histoire, voire de l'évolution du monde⁴. Le mystère fait rêver et le secret excite la curiosité. Ce « pseudo-ésotérisme » est souvent instrumentalisé à des fins strictement commerciales ou à des fins politiques souvent inavouées⁵.

Dans la dernière partie, nous retrouverons la nouvelle de Jacques Pouymayou et découvrirons les photos de notre ami Laurent Arlet. Plusieurs confrères ont demandé une rubrique « humour » : à vous lecteurs, de la pérenniser ! À propos de la croyance dans le cinéma, Stéphane Souchu nous fera part de ses réflexions. L'année Mozart fournit l'occasion à Serge Krichewsky et Didier Descouens de nous faire connaître la famille de ce prestigieux compositeur. Henri Obadia a créé les pages de couverture des numéros 3 et 4 de la revue.

Dès à présent, nous vous invitons à consulter tous les numéros de cette revue et l'intégralité des articles en allant visiter le *blog*

<http://medecineetculture.typepad.com>

Vous pouvez communiquer l'adresse à tous nos confrères. Bonnes vacances !

* Pneumo-Allergologue - Toulouse
elieattias@free.fr

1. Motif d'inaptitude à la conduite automobile (arrêt du 21.12 publié au J.O. du 28 décembre 2005).

2. Régis Debray, *Les Communions humaines*, Fayard, 2005.

3. Voltaire, *Superstition, I*, Dictionnaire philosophique (rapporté par le Robert).

4. Pierre-André-Taguieff, *La foire aux illuminés*, Mille et une nuits, novembre 2005.

5. *Ibid.*

■ Place d'une unité spécialisée dans les troubles du sommeil dans la prise en charge d'un SAS et de la SDE

Dr Thierry MONTEMAYOR, Dr Michel TIBERGE*

Préambule

Le Syndrome d'apnée est, pour le grand public et pour beaucoup de médecins, la partie la plus visible de la discipline qu'est la médecine du sommeil, aboutissant par là même à la confusion entre médecine du sommeil et une de ses parties que sont les troubles ventilatoires survenant au décours du sommeil. Même si le motif de recherche d'un SAS est en premier lieu la présence d'une somnolence diurne excessive (SDE) il faut s'intéresser aux autres causes de celle-ci, causes qui en sont soit l'origine pure, soit des cofacteurs. Comme nous le verrons plus loin, de nombreuses pathologies peuvent survenir et être intriquées au décours de notre repos nocturne, et l'outil central de l'exploration étiologique de celles-ci est l'unité spécialisée dans tous les troubles du sommeil. À cet effet, différents outils sont à notre disposition, outils que nous détaillerons en insistant sur leur intérêt, leurs limites, et leur place dans la démarche diagnostique. Enfin nous nous intéresserons à l'intérêt que présente une unité spécialisée dans les troubles du sommeil dans la prise en charge d'un SAS.

Démarche diagnostique et outils utilisés dans une Unité du Sommeil

Le motif de consultation le plus fréquemment rencontré en consultation est la SDE. Son exploration couple en premier lieu l'interrogatoire, l'examen clinique et deux types d'outils d'évaluation facile d'emploi en consultation.

Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire doit s'intéresser en premier lieu à l'origine des troubles, leur ancienneté, leur répercussion sur la vie quotidienne et enfin déterminer la typologie du patient pour le sommeil. L'origine est très variable, comme nous le verrons plus loin, et il est fréquent que le patient ne consulte que sur pression de l'entourage, notamment en raison de la présence de ronflements

invalidants. Rappelons que les ronflements sont fréquents chez l'adulte et que leur présence est naturelle notamment avec l'avance en âge et sont fortement influencés par l'hygiène de vie (surpoids, l'alcool, le tabac, les repas riches du soir *etc...*). Ils sont à confronter avec le reste de la clinique. Le seul cas qui doit motiver systématiquement une exploration complète est celui de l'enfant ronfleur. C'est en effet le seul cas où il signe systématiquement la présence de troubles respiratoires qui peuvent se révéler par exemple, outre par une SDE et des troubles cognitifs, par un syndrome d'hyperactivité. Vient ensuite la typologie du patient : est-il du matin ou du soir ? est-il court ou long dormeur ? Puis les précisions sur ses nuits et leur répercussion : leurs horaires, la qualité de celles-ci, celle de son réveil et celle de ses journées. Enfin celles sur son hygiène de vie et du sommeil. L'examen clinique se doit d'être global en insistant sur l'exploration des voies aériennes supérieures, et leurs anomalies éventuelles.

Les échelles d'évaluations

Permettent de compléter l'interrogatoire et éventuellement de le reprendre à la recherche d'autres éléments importants.

L'échelle d'Epworth : cette échelle validée ne donne que le reflet subjectif de la somnolence dont se plaint le patient. Il est important d'insister sur le fait que les résultats de ce test ne sont pas corrélés à la gravité des pathologies existantes, mais elle demeure utile en dépistage.

L'échelle de fatigue de Pichot : cette échelle permet de mettre en évidence, et de différencier, une fatigue physique anormale ou la possibilité d'un syndrome dépressif chez le patient. On les complètera alors par celles de Beck et Hamilton.

L'agenda du sommeil

On demande au patient de remplir un tableau, sur trois semaines, des horaires de ses levers et de ses couchers avec ses réveils, s'ils existent. Il est important d'insister auprès du patient pour qu'il ne le remplisse chaque jour que le lendemain de ses nuits et sans avoir regardé l'heure s'il s'est réveillé dans la nuit. Cet outil permet d'avoir une vision certes subjective mais assez fidèle du cycle veille-sommeil du patient. Il est particulièrement indiqué dans l'évaluation des troubles chronobiologiques.

En complément de la consultation viennent alors les outils paracliniques :

* Unité des Troubles du Sommeil et Epilepsie
CHU Rangueil - Toulouse

L'actimétrie

Est fréquemment utilisée pour étudier les troubles du sommeil dans leur ensemble et notamment les insomnies, hypersomnies, décalages de phase etc... C'est un bon complément à l'étude des agendas de sommeil car il permet d'objectiver l'ensemble de l'activité physique du patient sur la journée durant plusieurs semaines.

La polygraphie ventilatoire

Son intérêt dépend grandement de l'appareillage utilisé. L'idéal étant celui qui prendrait en compte le flux nasal et buccal, la saturation en O₂, les mouvements thoraciques et abdominaux, et la position du corps. Cet examen n'est qu'un examen de dépistage, sa valeur diagnostique ne s'appliquant que pour des indices d'apnées supérieures ou égaux à trente par heure. En dessous un comptage des micro-éveils par la polysomnographie est nécessaire.

De plus il est indispensable de refaire une relecture systématique des résultats, les interprétations automatiques des logiciels livrés avec les machines étant plutôt fantaisistes. Sans relecture, la valeur diagnostique du polygraphe se limite à l'affirmation de l'absence de SAS. En outre aucun des paramètres mesurés ne permet de savoir si le patient dort réellement et de quelle façon. Enfin, l'expérience montre qu'une mise en place soigneuse du polygraphe sur le patient est incontournable pour que les données enregistrées soient complètes et fiables.

La polysomnographie

C'est l'examen « *Gold Standard* » pour l'étude et le diagnostic des pathologies survenant au décours du sommeil. Sont enregistrés les mouvements oculaires, l'EEG, l'activité musculaire mentonnière et des jambiers, les flux nasaux et buccaux, les mouvements thoraciques et abdominaux, l'activité cardiaque et la saturation en oxygène. Peut y être couplé l'enregistrement vidéo de nuit, notamment utile en cas de troubles moteurs, comportements anormaux nocturnes etc... Son utilisation permet les corrélations anatomo-électro-cliniques.

L'ensemble des données recueillies nécessite une relecture par une personne expérimentée qui seule peut en retirer la quintessence. En effet, en dehors du comptage des micro-éveils dans le cadre du SAS et l'objectivation d'un syndrome de résistance, l'aspect global de l'hypnogramme permet de mettre en évidence la possibilité d'un syndrome dépressif, décalage de phase, dette de sommeil, mouvements périodiques nocturnes, narcolepsie et autres causes à l'origine d'hypersomnolences diurnes.

Hypersomnolences qui sont objectivées par les tests d'endormissement itératifs (TILE).

Détail de réalisation du TILE (1) : le patient est allongé dans le noir avec comme instruction de laisser venir le

sommeil. Les tests sont constitués par cinq épreuves réalisées toutes les 2 heures, en général entre 1 heure et demi et 3 heures après le réveil suivant la polysomnographie et d'une durée de 20 minutes chacune. Tout endormissement compris entre 5 et 10 minutes signe une somnolence modérée, inférieur à 5 min une somnolence sévère. Hormis le temps d'endormissement, ces tests permettent de mettre en évidence la survenue de sommeil paradoxal que l'on retrouve entre autre dans les narcolepsies.

Autres tests réalisés en unité du sommeil sont ceux du maintien d'éveil (TME) (1).

Détails de réalisation du TME : le patient est cette fois assis confortablement dans l'obscurité. Les enregistrements sont réalisés sur le même principe que le TILE mais sur quatre épreuves réalisées toutes les deux heures sur une durée de 40 minutes, mais avec instruction au patient de résister au sommeil. Le temps normal chez un sujet sain est supérieur à 18 minutes. Les TME permettent de contrôler l'efficacité du traitement de la pathologie à l'origine de l'hypersomnolence.

Ces tests sont d'ailleurs exigés par le législateur pour le renouvellement du permis de conduire des chauffeurs poids lourds apnéiques traités.

Pathologies causales d'une somnolence diurne excessive

La SDE est le principal motif d'envoi en consultation et d'exploration. Ses conséquences sur la qualité de vie du patient sont énormes y compris en accidentologie routière (2). Les causes sont multiples et non forcément dues à un SAS (3) ou autres pathologies respiratoires, et sont souvent intriquées à celles-ci.

Cette SDE est due soit à un excès global de sommeil sur la journée due à la pathologie, soit à la récupération d'une dette de sommeil induite par une fragmentation excessive du sommeil nocturne par celle-ci.

La première cause est la dette de sommeil. D'une façon générale tout ce qui est à l'origine d'une dette de sommeil est à l'origine d'une SDE et les causes les plus souvent rencontrées sans origine pathologique sont le travail posté, celles dues à une mauvaise hygiène du sommeil (*cf.* l'adolescent), et les décalages de phase qu'ils soient induits par de mauvaises habitudes de vie, de travail, ou qu'ils soient physiologiques, chez le patient âgé sans pathologie démentielle évolutive.

Viennent ensuite les pathologies anxieuses et anxiodépressives et la dépression. Seuls 35% des pathologies dépressives sont, quelle que soit la tranche d'âge étudiée, actuellement, diagnostiquées et traitées. Même si nos autorités de tutelle estiment qu'il y a dans notre pays un excès de prescription d'antidépresseurs, la question qui se pose principalement est plus un problème de bonne

adéquation à la pathologie, des molécules prescrites, qu'un problème de quantité globale de ces prescriptions. Dans ce cas la SDE est due soit à un mauvais sommeil nocturne par insomnie d'endormissement et fréquents réveils associés, aboutissant à une récupération diurne de la dette de sommeil, soit à un sommeil que l'on appelle en l'occurrence « sommeil refuge ». Les syndromes dépressifs sont fréquemment retrouvés dans les SAS, en sont souvent la conséquence, et aussi souvent la cause d'une mauvaise adaptation du patient à la PPC.

Rappelons aussi que les pathologies tumorales, vasculaires et infectieuses sont aussi à l'origine d'hyper-somnies.

Même chose en ce qui concerne la nécessité de rechercher un syndrome métabolique chez un patient atteint d'une SDE.

Autre cause fréquente de SDE, sont les médicaments, notamment les hypnotiques de la classe des benzodiazépines, dont les effets secondaires demeurent quelle que soit la dose prise et ce, d'autant plus que le patient avance en âge. C'est pourquoi le sevrage du patient à ces médicaments doit être le plus possible envisagé et réalisé.

Ensuite viennent les pathologies telle que l'hyper-somnie idiopathique, la narcolepsie, où il est classique de retrouver un temps total de sommeil sur la journée supérieur à 12 heures.

Autre facteur de SDE sont les pathologies causales de micro éveils.

Le SAS et les SRVAS, bien évidemment sont des causes de SDE (4) mais plus par la fragmentation induite par la pathologie, que par les phénomènes d'hypoxie (5). Ce fractionnement désorganise totalement le sommeil et son rôle récupérateur, en le rendant instable et en gênant l'établissement des différents cycles et de leurs différents stades.

À noter également, dans le cadre du SAS traité, les micro fractionnements sous PPC, dus aux fuites au niveau du masque.

Une pathologie neurologique souvent présente, est le Syndrome des Jambes Sans Repos dans lequel on retrouve dans 87% des cas des mouvements périodiques nocturnes des jambes associés. Rappelons, au niveau neurologique, le Parkinson avec attaques de sommeil sous agonistes dopaminergiques (6), ainsi que les causes démentielles et maladies neurodégénératives qui altèrent le sommeil par l'altération du cycle nyctéméral veille-sommeil.

De même les pathologies cardiaques, outre les HTA rebelles associées au SAS, qui sont un motif d'exploration du sommeil, les troubles du rythme sont une cause de fragmentation du sommeil et donc de SDE.

Prise en charge d'un SAS, d'une SDE, intérêt de l'unité spécialisée dans les pathologies du sommeil

La multidisciplinarité est la clé des unités spécialisées dans les troubles du sommeil et permet la prise en charge de tous les patients, de l'enfant à la personne âgée.

Nous avons vu que de multiples facteurs peuvent être à l'origine des plaintes et motifs de consultation pour une SDE, et qu'il est nécessaire d'avoir une vision globale du patient et de son sommeil. L'interrogatoire et l'examen clinique, couplé aux outils d'évaluations cités plus haut, permettent d'objectiver les causes originelles ou les co-facteurs à l'origine de la plainte.

La recherche d'un SAS se fait souvent sur la constatation de la part du patient ou de son entourage, de ronflements, de sommeil altéré et surtout de SDE, et enfin lorsqu'un traitement antihypertenseur polymédicamenteux demeure inefficace. Il est intéressant de noter à ce sujet qu'il n'est pas exclu qu'elle joue un rôle dans la modulation de la réponse cardiovasculaire (5).

Une polygraphie ventilatoire, bien faite, est un bon outil de dépistage, sinon de diagnostic pour les SAS importants, mais ses limitations nécessitent un recours à un abord multidisciplinaire et des outils plus performants. En effet, elle n'est que de faible recours dans le cas d'une SDE persistant sous traitement par PPC.

De plus, en cas d'intolérance pure de celle-ci d'autres solutions thérapeutiques doivent être envisagées, telles les Orthèses d'avancées mandibulaires, ainsi que la chirurgie (UPP et plastie nasale en complément de la PPC, chirurgie d'avancée maxillo-mandibulaire....). Dans ce cas, les unités spécialisées dans les pathologies du sommeil et leurs consultations multidisciplinaires ont toute leur place.

Conclusion

Le SAS et plus généralement la SDE doivent nécessiter comme tout autre trouble du sommeil une prise en charge globale et multidisciplinaire. Les centres spécialisés sont certes peu nombreux et les délais d'accès à leurs consultations et explorations sont longs. C'est pourquoi nous devons sensibiliser nos autorités de tutelle et nos confrères à la mise en place d'un parcours de soins logique pour le patient.

Le médecin traitant devrait jouer un rôle princeps dans le dépistage des différentes pathologies du sommeil et l'orientation de celui-ci. Pour cela, il faudrait mieux le sensibiliser aux différents outils utilisables facilement en consultation. Un étiquetage plus précis de la pathologie permettrait une meilleure orientation vers le spécialiste concerné qu'il soit cardiologue, neurologue, ORL, pneumologue ou psychiatre. En cas d'échec de la

prise en charge, le recours aux unités spécialisées dans les pathologies du sommeil serait alors indispensable et logique.

Bibliographie

1. Association of Professional Sleep Societies, APSS Guide lines Committee: Carskadon MA, Dement WC, Mitler MM, Roth T, Westbrook PR, Keenan S. Guide for the Multiple Sleep Latency Test (MSLT): a standard measure of sleepiness. *Sleep* 1986; 9:519-24.
2. Arbus L, Tiberge M, Serres A, Rouge D. 1991. Somnolence et accidents de la circulation routière. Importance du diagnostic. *Neurophysiol Clin* ; 21 : 39-43.
3. Excessive Daytime Sleepiness in a General Population Sample: The Role of Sleep Apnea, Age, Obesity, Diabetes and Depression. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, Calhoun SL, Vela-Bueno A, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005; 90: 4510-15.
4. Guilleminault C, Stoohs R, Clerk A, Cetel M, Maitros P. 1993. À cause of excessive daytime sleepiness. The upper airway syndrome. *Chest* 104(3): 781-7.
5. Roehrs, Zorick TF, Wittig R, Conway, Roth T. 1989. Predictors of objective level of daytime sleepiness in patients with sleep-related breathing disorders. *Chest* 95(6): 1202-6.
6. Arnulf I. 2005. Excessive daytime sleepiness in parkinsonism. *Sleep Medicine Reviews* : 185-200.

■ Le sommeil vu par le pneumologue

Dr Bruno DEGANO*

Le sommeil vu par le pneumologue ? Plus modestement, le lecteur trouvera ici quelques réflexions d'un pneumologue sur le sommeil. Et d'abord un souvenir, celui d'un voyage dans le Caucase, il y a quelques années.

J'accompagnai deux amis se rendant de Tbilissi à Bakou, et nous avons choisi de voyager en train. Nous avons réservé une place dans un compartiment pouvant accueillir quatre personnes, dans un wagon dit « de première classe ». Nous y passerions aussi la nuit. Le quatrième occupant arriva peu avant le départ du train. C'était un américain d'une cinquantaine d'années, voyageant dans la région pour le compte d'une société pétrolière.

Moins d'une heure après le départ, on nous proposa un repas pantagruélique. L'homme d'affaire américain eut beaucoup de mal à apprécier son déjeuner. Il devait avoir avalé à peine quelques bouchées quand nous constatâmes qu'il s'était endormi. Une secousse le réveilla moins d'une minute plus tard. Il bredouilla quelques mots incompréhensibles, et reprit le cours de son repas d'un air maussade et agacé. La même scène se reproduisit plusieurs fois, si bien que je pris la liberté de lui demander s'il se sentait bien. Il me répondit qu'il traînait depuis son arrivée dans le Caucase une fatigue

épouvantable. Il avait hâte de rentrer aux Etats-Unis, où il était traité depuis une dizaine d'années pour des apnées du sommeil.

L'histoire qu'il nous raconta était édifiante à plus d'un titre. Dix ans plus tôt, il avait lu dans un journal local un article parlant du syndrome d'apnées du sommeil. Il y avait retrouvé la description de symptômes dont il souffrait depuis plusieurs années : impression de se réveiller fatigué, hypersomnie diurne, nycturie, perte de la libido, tendance dépressive, perte de ses performances au travail. De plus, son médecin essayait en vain d'équilibrer sa pression artérielle en associant plusieurs médicaments. D'autres éléments pourtant ne cadraient pas avec la description du « patient typique » faite dans le journal : il était plutôt sportif, mince, ne consommait que très peu d'alcool. Il décida néanmoins de consulter un spécialiste qui lui proposa un enregistrement polysomnographique. Cet examen comptabilisa 72 apnées par heure de sommeil. Il lui fut immédiatement administré une ventilation nocturne par pression positive continue. Dès la première nuit, il se souvenait non seulement d'avoir dormi, mais surtout d'avoir rêvé, et non pas d'avoir rempli ses nuits de cauchemars comme c'était le cas depuis trop longtemps. Dès le premier matin, il s'était senti en forme. Durant son repas de midi, il avait eu la surprise de prendre part à la discussion de ses collègues, sans avoir besoin de se concentrer pour ne pas sombrer dans le sommeil. L'après midi, il avait travaillé avec enthousiasme à des dossiers qui le préoccupaient depuis des semaines. Il avait poursuivi son nouveau traitement, ayant tout au plus besoin de changer un masque qui le gênait. Son traitement pour l'HTA avait été totalement arrêté en quelques mois.

Un peu plus d'un an après, son entreprise l'avait envoyé en mission pour une quinzaine de jours en Europe. Il n'avait pas suivi les conseils de son médecin et était parti sans sa machine. Il l'avait regrettée dès la première nuit. Il avait « dormi » d'un sommeil agité, s'était levé une dizaine de fois pour uriner, s'était réveillé avec des céphalées et sa journée avait été des plus difficiles. Il avait mis cette mauvaise journée sur le compte du décalage horaire, de l'humidité de Londres, du stress. Les symptômes de ce premier jour en Europe s'étaient prolongés tout son séjour, pour disparaître aussitôt la ventilation nocturne reprise à son retour aux Etats-Unis. Ayant admis ne pas être « guéri » de sa maladie du sommeil, il s'était résolu à ne plus de se séparer de sa machine.

Cette machine, il l'avait bel et bien avec lui pour ce voyage dans le Caucase. Depuis bientôt dix jours, il n'avait hélas jamais trouvé une prise de courant lui permettant de la faire fonctionner. Et c'était la raison pour laquelle la « maladie » avait resurgi.

* CHU Larrey - Toulouse

La nuit que nous passâmes dans le compartiment fut conforme à ce que j'avais annoncé à mes deux amis : l'homme s'était endormi sitôt couché, avait émis des ronflements incroyables, rapidement suivis d'apnées de plusieurs dizaines de secondes, interrompues par des sursauts, des mouvements, des reprises des ronflements, d'autres apnées... C'est un homme abattu, manifestement de fort mauvaise humeur, que nous quittâmes en gare de Bakou.

Pourquoi cette histoire ?

Parce que c'est celle de bien des patients souffrant de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Les patients ont des symptômes gênants, voire invalidants, ayant débuté des années plus tôt ; ils n'ont pas forcément fait le lien entre leurs symptômes et les ronflements (voire les apnées) dont ils se savent porteurs. Autre fait marquant : un traitement, lorsqu'il est bien adapté et bien supporté, peut faire disparaître tous les signes de la maladie dès la première nuit. Mais le traitement ne guérit pas la maladie ! Celle-ci « réapparaît » dès la ventilation nocturne abandonnée. D'autres éléments de cette histoire tordent le cou à des idées reçues sur le SAOS : même si le surpoids ou l'obésité sont des facteurs de risques de SAOS, nombre de patients n'en présentent pas les caractéristiques.

Toutes les histoires de SAOS ressemblent-elles de cet américain ? Non, bien sûr. Le pneumologue peut être confronté à un patient chez qui le SAOS n'a pas été diagnostiqué devant des symptômes, mais dans le cadre de la recherche d'un facteur de risque, d'HTA notamment. Le pneumologue peut également rencontrer des succès thérapeutiques moins francs, voire un refus de l'appareillage (ce qui est d'autant plus fréquent que les patients sont asymptomatiques). C'est alors que les stratégies thérapeutiques deviennent plus compliquées : on essaie d'autres machines, d'autres masques. On envisage, si possible de manière pluridisciplinaire (entre un pneumologue, un neurologue, un chirurgien maxillo-facial), des solutions alternatives : prothèse d'avancée mandibulaire, chirurgie d'avancée bi-maxillaire...

Quels messages peut retenir le pneumologue non spécialiste du sommeil ?

Que tous les troubles du sommeil ne sont pas d'origine respiratoire, qu'un enregistrement polygraphique ventilatoire sans EEG sera moins sensible et moins spécifique pour diagnostiquer un SAOS qu'un enregistrement avec EEG ; que tous les syndromes d'apnées ne sont pas d'origine obstructive (il existe des syndromes d'apnées « sans trop », répondant à une prise en charge ventilatoire spécifique) ; qu'une prise

en charge ventilatoire, même optimale, peut être refusée par un patient, et doit alors faire discuter de façon pluridisciplinaire un traitement alternatif.

■ Docteur, je ronfle

Dr Edmond ATTIAS*

Le ronflement, motif de consultation de plus en plus fréquent, mérite une prise en considération ainsi qu'une approche tactique.

La ronchopathie atteint environ 20 à 30% de la population. Bien que très diversement supportée, la gêne sociale qu'elle provoque est l'objet d'une demande thérapeutique réelle et croissante de la part des patients et de leurs conjoints.

Il s'agit d'un « bruit de lutte » en rapport avec une obstruction des voies aériennes supérieures (VAS). Les voies aéro digestives supérieures peuvent être considérées comme un tube flaccide entre deux segments rigides : le nez et le larynx.

Sous l'effet de la pression intraluminale négative inspiratoire, les parois des VAS ont tendance à se collaber à l'inspiration. Le calibre des VAS à l'inspiration dépend de l'équilibre entre la pression intraluminale négative, qui tend à diminuer, et la pression générée par les muscles dilatateurs des VAS qui tend à l'augmenter. Toute circonstance favorisant un déséquilibre entre ces deux pressions aux dépens de la pression des muscles dilatateurs favorise la survenue d'obstruction complète ou partielle.

Il faut distinguer deux types de ronfleurs : les ronfleurs simples et les ronfleurs compliqués avec des apnées du sommeil.

Interrogatoire

Le motif de consultation le plus souvent rencontré est le bruit et la gêne occasionnés pour le conjoint ou l'entourage.

Il faut rechercher des signes évoquant la survenue d'apnées du sommeil : sommeil agité, réveil inopiné, endormissement rapide, pauses respiratoires durant le sommeil, sueurs nocturnes, céphalées matinales, somnolence diurne pouvant entraîner des accidents de la circulation, fatigabilité matinale, endormissements lors de réunions, aux feux tricolores, lors de la conduite et en post prandial irréprouvable.

Le ronfleur se plaint rarement ou très peu ; l'interrogatoire du conjoint, plus concerné et motivé est obligatoire.

* ORL. Chef de service C.H. Argenteuil

La conduite à tenir devant cette plainte est codifiée ainsi :

Examen ORL

à la recherche d'un trouble de la ventilation et mettant en lumière l'obstacle désigné.

* *rhinoscopie* antérieure et postérieure à la fibre optique, à la recherche d'une déviation de la cloison nasale, d'une polypose naso sinusienne, d'une hypertrophie des cornets, d'une tumeur du cavum.

* *examen du larynx* : étude de la mobilité des cordes vocales, recherche d'une tumeur du larynx, d'une épiglotte en «chapeau de gendarme» venant recouvrir la lumière glottique.

* *examen de l'oropharynx* : recherchera une hypertrophie amygdalienne, une hypertrophie adénoïdienne chez l'enfant, une imperforation choanale, un voile pléthorique et épaissi, étude de l'isthme pharyngé postérieur.

L'interrogatoire et l'examen ORL permettent le plus souvent de classer les ronfleurs.

Enregistrement du sommeil

Au terme de cet examen, un enregistrement du sommeil en ambulatoire permet de chiffrer le nombre d'apnées et de ronflements, de mesurer l'indice d'apnées, ainsi que la saturation en oxygène nocturne et la fréquence cardiaque. La polysomnographie est réservée aux cas sévères, avec apnées du sommeil importantes.

Nous voici au terme de nos investigations : que peut-on proposer ?

Traitement du Ronflement Options thérapeutiques

L'attitude thérapeutique est fonction de l'enregistrement polygraphique et de l'index d'apnées par heure (IAH) de sommeil. On classe alors les ronfleurs en ronfleurs simples et ronfleurs compliqués dont l'IAH est supérieur à 30.

Pour les ronfleurs simples,

la décision thérapeutique est fonction de l'examen clinique : aspect du voile du palais, taille des amygdales palatines et état des fosses nasales. Il existe quatre grands types d'intervention :

1. interventions portant sur l'oropharynx :
 - pharyngotomie (ou uvulopharyngoplastie - UPP) conventionnelle, pharyngotomie par laser ou réduction du volume du palais par radio-fréquence.
 - amygdalectomie.
2. interventions portant sur la langue et ses insertions :
 - glossectomie ou réduction de base de langue.

– ostéotomie mandibulaire avec avancée des apophyses géni.

– suspension de l'os hyoïde.

3. interventions qui visent à modifier les bases osseuses : chirurgie bi-maxillaire.

4. interventions portant sur les fosses nasales : septoplastie, polypectomie, turbinectomie.

Pour les ronfleurs compliqués,

dont l'indice d'apnées est supérieur à 30, le traitement de référence est la pression positive continue ou CPAP, associée à des mesures hygiéno-diététiques (perte de poids, éviter les hypnotiques).

En conclusion

La prise en charge du ronflement est un problème à la fois social et médical. Les ronfleurs hésitent à consulter et la plupart du temps, c'est le conjoint qui en fait la demande. Il faudrait rechercher les signes d'appel afin de dépister les apnées du sommeil. Les facteurs favorisants sont l'obésité, la prise d'œstrogènes chez la femme en préménopause, la prise de somnifères. La clinique et l'enregistrement du sommeil permettent de classer ces ronfleurs. Le principal obstacle se situe au niveau des voies aéro-digestives supérieures. La persistance d'apnées sévères nécessite un traitement par CIPAP ou ventilation par pression positive.

Pour le traitement de la ronchopathie, notre choix thérapeutique est basé sur quatre critères : l'aspect anatomique du voile, les résultats de l'enregistrement polygraphique, les disponibilités du patient et son appréhension de la douleur.

■ SAS et risque cardio-vasculaire

Pr Jacques Amar*

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) concerne environ 5% de la population préférentiellement les hommes. L'apnée peut être obstructive (maintien d'effort respiratoire), centrale (pas d'effort respiratoire) ou mixte. Le SAS est défini en référence au nombre d'apnées ou d'hypopnées (réduction de 50% du flux respiratoire ou diminution de 30% si elle est associée à une désaturation en oxygène d'au moins 3% ou d'un micro éveil) durant au moins 10 secondes. Le seuil de 15 événements par heure de sommeil est généralement retenu pour établir le diagnostic [1].

* Service de Médecine Interne et d'hypertension artérielle
CHU Toulouse, Hôpital Rangueil

SAS obstructif

Diagnostic

Il est suggéré par le contexte et l'interrogatoire.

Le contexte

On estime que 60% des patients porteurs d'un SAS sont hypertendus. Le profil le plus typique est l'hypertendu (résistant) obèse avec syndrome métabolique.

Des signes fonctionnels évocateurs

Les symptômes les plus fréquemment décrits sont le ronflement, les éveils nocturnes, l'asthénie matinale, la somnolence diurne (tableau 1) parfois responsable d'accident de la voie publique et les troubles sexuels.

Tableau 1 :

Echelle de somnolence d'Epworth
Remplissez le tableau en vous demandant
pour chaque situation quelles sont vos chances
d'endormissement

0 = jamais d'endormissement

1 = faible chance

2 = chance moyenne

3 = forte chance

lorsque le score dépasse 15, il est proposé
de dépister un SAS.

Assis en train de lire	
En regardant la télévision	
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, réunion)	
Passager d'une voiture ou d'un transport en commun roulant depuis plus d'une heure sans interruption	
Allongé dans l'après midi lorsque les circonstances le permettent	
Assis en train de parler avec quelqu'un	
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	
Dans une voiture immobilisée quelques minutes à un feu rouge ou dans un embouteillage.	

Physiopathologie

Mécanisme du SAS obstructif

L'inspiration induit une pression négative tendant à collaber les voies aériennes [2]. À l'opposé, il existe de nombreux muscles maintenant les voies aériennes ouvertes : la régulation du tonus de ces muscles est complexe : elle s'effectue par la mise en jeu des centres respiratoires et d'autres centres nerveux actifs seule-

ment pendant l'éveil. L'augmentation du tissus adipeux chez les patients obèses, des spécificités anatomiques : petite taille des mandibule, hypertrophie lymphoïde et la position couchée sur le dos par basculement postérieur de la langue et du palais favorisent l'obturation des voies aériennes au cours de la nuit. L'hypoxie générée permet la stimulation des centres de l'éveil autorisant la ré-ouverture des voies aériennes : un nouveau cycle peut alors s'enclencher conduisant de l'endormissement au relâchement des muscles pharyngo-dilatateur, à l'apnée et enfin à l'éveil.

SAS et système cardio-vasculaire

Les patients souffrant d'apnée du sommeil vont subir tout au long de la nuit des oscillations hémodynamiques importantes. Au début de l'apnée, la pression artérielle diminue puis augmente progressivement lors de la reprise de la respiration avec un pic qui peut varier entre +15 et +80 mm Hg. Ces variations sont sous l'influence de la baisse de la PO₂, l'augmentation de la PCO₂, les efforts inspiratoires qui font varier le retour veineux et l'éveil. L'hypoxie générée par l'apnée est source d'hyperactivité sympathique qui se surajoute à l'hyperactivité sympathique qui caractérise l'obèse [3]. L'augmentation du tonus sympathique assombrit le pronostic cardio-vasculaire via l'élévation de la pression artérielle et les troubles du rythme qu'elle favorise.

SAS et syndrome métabolique

Une association privilégiée entre SAS et syndrome métabolique est décrite. Cette relation ne serait pas expliquée seulement par le surpoids présent dans les deux entités. La privation relative de sommeil induite par le syndrome d'apnée entraîne une résistance à l'insuline, une diminution de la leptine et une augmentation de la ghreline à l'origine d'une augmentation de la prise alimentaire et du poids [4]. On imagine donc un cercle « vicieux » où la prise de poids, le SAS, l'hypertension et le syndrome métabolique s'alimentent l'un l'autre et où tous se conjugent pour compromettre le pronostic cardio-vasculaire.

Syndrome d'apnée du sommeil et pronostic cardio-vasculaire

Un facteur prédictif de l'apparition de l'HTA

Dans une étude prospective [5] menée aux Etats-Unis, l'influence du SAS sur le risque d'HTA a été testée. Une relation de type dose réponse a été mise en évidence entre l'intensité du SAS et l'incidence de l'HTA (tableau 2). Cette relation reste significative après ajustement sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire, notamment l'index de masse corporelle. Ainsi, un

SAS défini par un index d'apnée hypopnée de 15/heure triple sur une période de 4 ans le risque d'installation d'une HTA. Ce résultat suggère le caractère causal de la relation conduisant du SAS à l'hypertension artérielle.

Tableau 2 :

risque d'apparition d'une HTA et intensité du SAS d'après Peppard et al [5]

Index d'apnée hypopnée	Odds ratio* Risque d'installation d'une HTA	Intervalle de confiance à 95 %
0	1	
0.1 - 4.9/h	1.42	1.13-1.78
5 - 14.9 h	2.03	1.29-3.17
>= 15/h	2.89	1.46-5.64

Un marqueur du risque cardio-vasculaire

Accident vasculaire cérébral et décès

Une étude prospective [6] conduite en Californie a envisagé l'influence du SAS sur le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de décès chez des patients >50 ans suivis 3 ans adressés pour dépistage de SAS en prévention primaire. La présence d'un SAS est associée à un doublement du risque d'AVC et/ou de décès (risque relatif : 1.97 ; intervalle de confiance à 95% [1.12-3.48]) après ajustement en particulier sur la présence d'une HTA. À noter que ce résultat est obtenu chez des patients dont le SAS a été traité au cours du suivi suggérant le caractère partiel de la protection conférée par la CPAP, si cette protection existe.

Mort subite

L'horaire des décès subits a été colligé chez des patients ayant bénéficié d'un enregistrement polygraphique du sommeil. L'étude [7] a montré que parmi les patients décédés de mort subite, ceux affectés d'un SAS mourraient plus volontiers entre minuit et 6 heures du matin. De plus, le risque de décès subit dans cette tranche horaire était corrélé à l'index d'apnée.

Traitement du SAS : un place pour le cardiologue ?

Le traitement de choix du SAS est l'application d'une pression respiratoire positive continue (CPAP : continuous positive airway pressure) pendant le sommeil. Il s'agit à l'évidence d'un traitement contraignant pour le patient et souvent pour son conjoint. Une alternative a été suggérée en 2002 pour les patients affectés d'un SAS et porteurs d'un stimulateur cardiaque : une étude bordelaise [8] suggérait en effet l'influence bénéfique d'une stimulation auriculaire destinée à corriger les

épisodes de bradychardie nocturne. Une augmentation de la fréquence auriculaire de 15 bpm était associée à une réduction de l'index d'apnée hypopnée de 10/h. Cependant, ce résultat n'a pas été confirmé dans une étude randomisée [9] récemment parue.

Quelle bénéfice attendre du traitement du SAS ?

Une amélioration fonctionnelle

La correction du SAS permet une amélioration rapide de l'asthénie et de la qualité du sommeil. Les obstacles à une bonne observance sont cependant multiples. En premier lieu, il faut envisager une insuffisance de correction du SAS par la CPAP. De fait, le patient subissant les contraintes de l'appareillage sans en percevoir les bienfaits va rapidement l'abandonner. On peut aussi rencontrer des problèmes liés à l'appareil lui-même : sécheresse buccale secondaire à l'absence d'humidificateur, masque inadapté à la morphologie, etc.

Une réduction de la pression artérielle

Plusieurs études randomisées ont démontré une réduction de la pression artérielle chez les patients affectés d'un SAS traités par CPAP. Cette réduction concerne la pression nocturne mais aussi diurne. Elle a atteint dans une étude incluant à la fois hypertendus et normotendus respectivement 6 et 3 mm Hg pour la moyenne des pressions systoliques de jour et de nuit évaluée par mesure ambulatoire de la pression artérielle [10]. L'amplitude de la baisse tensionnelle observée augmente avec la sévérité du SAS et la qualité de sa correction. Elle est perceptible dans les 15 jours qui suivent la mise en place de l'assistance respiratoire. Elle est associée à une réduction des marqueurs d'activation sympathique (excrétion urinaire de catécholamines).

Amélioration du pronostic cardio-vasculaire ?

La trachéotomie comparée à la prise en charge diététique a été associée à une réduction de la mortalité dans le cadre d'une étude non randomisée parue en 1988 ayant concerné des patients affectés d'une forme sévère de SAS [11]. Cependant à ce jour, l'influence bénéfique d'une correction du SAS par la CPAP sur le pronostic cardio-vasculaire reste à démontrer.

Le SAS central de l'insuffisant cardiaque

Très fréquent, de 25 à 40% des patients, sa présence est associée à un risque accru. Il est lié à des cycles d'hyperventilation provoquant une chute de la PCO₂ à l'origine de l'apnée [12]. Une étude d'intervention [13] a été menée chez l'insuffisant cardiaque avec altération de la fonction systolique ventriculaire gauche. Le critère d'évaluation était le décès et la transplantation

cardiaque. Il n'y a pas eu de différence significative chez les patients randomisés dans le groupe CPAP. Il n'y a pas eu non plus d'amélioration de la qualité de vie. Cependant, une amélioration de la fraction d'éjection ventriculaire était observée. Il faut aussi souligner que l'étude n'a pas eu la puissance prévue *a priori* par les concepteurs ce qui en limite la portée. Il reste donc une place pour le doute. Cependant à ce jour, il n'y a pas d'argument fondé sur un fort niveau de preuve pour proposer la correction du SAS central chez les patients insuffisants cardiaques.

Conclusion

Le syndrome d'apnée du sommeil est une pathologie fréquente. Dans sa forme obstructive, il se rencontre volontiers chez l'hypertendu résistant avec syndrome métabolique. Il est responsable d'une gêne fonctionnelle souvent considérable et d'une augmentation du risque cardio-vasculaire en partie secondaire à l'élévation de la pression artérielle et à l'émergence de troubles du rythme. Sa correction par CPAP a été associée à une amélioration de la qualité de vie et une réduction de la pression artérielle.

Références

1. Baguet JP, Narkiewicz K, Mallion JM. Update on Hypertension Management: obstructive sleep apnea and hypertension. *J Hypertens*. 2006 Jan;24(1):205-8.
2. White DP. Pathogenesis of obstructive and central sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005 Dec 1;172(11):1363-70.
3. Grassi G, Facchini A, Trevano FQ, Dell'Oro R, Arenare F, Tana F, Bolla G, Monzani A, Robuschi M, Mancia G. Obstructive sleep apnea-dependent and -independent adrenergic activation in obesity. *Hypertension*. 2005 Aug;46(2):321-5. Epub 2005 Jun 27.
4. Spiegel K, Knutson K, Leproult R, Tasali E, Van Cauter E. Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes. *J Appl Physiol*. 2005 Nov;99(5):2008-19.
5. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med*. 2000 May 11;342(19):1378-84.
6. Yaggi HK, Concato J, Kernan WN, Lichtman JH, Brass LM, Mohsenin V. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med*. 2005 Nov 10;353(19):2034-41.
7. Gami AS, Howard DE, Olson EJ, Somers VK. Day-night pattern of sudden death in obstructive sleep apnea. *N Engl J Med*. 2005 Mar 24;352(12):1206-14.
8. Garrigue S, Bordier P, Jais P, Shah DC, Hocini M, Raheison C, Tunon De Lara M, Haissaguerre M, Clementy J. Benefit of atrial pacing in sleep apnea syndrome. *N Engl J Med*. 2002 Feb 7;346(6):404-12.
9. Simantirakis EN, Schiza SE, Chrysostomakis SI, Chlouverakis GI, Klapsinos NC, Siafakas NM, Vardas PE. Atrial overdrive pacing for the obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *N Engl J Med*. 2005 Dec 15;353(24):2568-77.
10. Norman D, Loreda JS, Nelesen RA, Ancoli-Israel S, Mills PJ, Ziegler MG, Dimsdale JE. Effects of continuous positive airway pressure versus supplemental oxygen on 24-hour ambulatory blood pressure. *Hypertension*. 2006 May;47(5):840-5.

11. Partinen M, Jamieson A, Guilleminault C. Long-term outcome for obstructive sleep apnea syndrome patients. *Mortality*. *Chest*. 1988 Dec;94(6):1200-4.
12. Javaheri S. A mechanism of central sleep apnea in patients with heart failure. *N Engl J Med*. 1999 Sep 23;341(13):949-54.
13. Bradley TD, Logan AG, Kimoff RJ, Series F, Morrison D, Ferguson K, Belenkie I, Pfeifer M, Fleetham J, Hanly P, Smilovitch M, Tomlinson G, Floras JS; CANPAP Investigators. Continuous positive airway pressure for central sleep apnea and heart failure. *N Engl J Med*. 2005 Nov 10;353(19):2025-33.

■ Aspect neuro-vasculaire et endocrinien

Drs A.M. SALANDINI, F. BRANET-HARTMANN
Ch. ROUBY, J.R. ROUANE*

Le syndrome d'apnée du sommeil (S.A.S.) a été identifié voici une cinquantaine d'année. Son importance clinique est maintenant reconnue. Il s'agit d'un problème majeur qui affecte 2 à 4% des hommes et 1 à 2% des femmes d'âge moyen.¹ La majorité d'entre eux sont méconnus. Il s'agit d'un diagnostic sous-estimé. Le SAS est fortement corrélé à l'obésité. Il atteint aussi des patients moins obèses mais avec une répartition abdominale des graisses. La prévalence du SAS augmente parallèlement à celle de l'épidémie d'obésité et de surcharge pondérale dans les pays développés.

Aspects de la sémiologie neurologique du SAS

Le tableau typique associant la somnolence diurne et le ronflement nocturne permet d'évoquer facilement ce diagnostic. Or, en pratique, la clinique est beaucoup moins évocatrice. La symptomatologie nocturne (apnées, ronflements, réveils en sursaut, polyurie) est souvent ignorée ou mésestimée par le patient et n'amène pas à consulter un neurologue. Elle est parfois signalée spontanément par le conjoint. La symptomatologie diurne des SAS associe les troubles de mémoire et de concentration, les céphalées matinales, la somnolence, la fatigabilité, les crises comitiales, les faiblesses musculaires. Ces symptômes aspécifiques sont fréquents chez les patients âgés, polymédiqués, aux pathologies multiples. Les patients retraités qui font la sieste post-prandiale se plaignent rarement de somnolence diurne.²

* Clinique Pasteur, Toulouse

SAS et céphalées

La céphalée est aspécifique. Elle est quotidienne, peu intense, essentiellement matinale et conditionnée par la qualité du sommeil de nuit. Quand le SAS est traité, la céphalée disparaît généralement. Les céphalées du SAS s'expliquent par les fluctuations nocturnes de la saturation d'oxygène et de l'hypercapnie, la vasodilatation, l'augmentation de la pression intracrânienne et l'altération de la qualité du sommeil.³ La céphalée n'est pas un motif de consultation des patients souffrant de SAS probablement parce qu'elle est peu intense et essentiellement matinale.

Le SAS et troubles cognitifs⁴

L'augmentation de l'index de perturbation respiratoire et de la somnolence diurne est corrélée avec la diminution des performances cognitives. Une fois écartés les biais liés à l'âge et au niveau d'éducation, seule l'augmentation de la somnolence diurne reste corrélée avec la diminution du mini mental score.

SAS et épilepsie

La présence d'un SAS serait susceptible d'aggraver une comitialité préexistante. En effet, une étude prospective réalisée à Ann Arbor (Michigan) a analysé l'effet du traitement du SAS sur la fréquence des crises chez les patients épileptiques. Les 4 patients appareillés pour un SAS ont vu la fréquence de leurs crises diminuée d'au moins 45% sous CPAP.⁵

Le SAS maladie métabolique et vasculaire

Sur le plan cardio-vasculaire, le SAS est responsable d'une augmentation de la fréquence de l'hypertension artérielle, des troubles du rythme cardiaque nocturne, de l'insuffisance cardiaque, de l'infarctus du myocarde ainsi que de l'AVC.^{6, 7}

Le syndrome métabolique

Des études récentes sont en faveur d'une relation étroite avec l'obésité mais aussi avec le syndrome métabolique. Les apnées semblent favoriser la diminution de la sécrétion de l'hormone de croissance (GH) nocturne qui entraîne une majoration des paramètres du syndrome métabolique tels que l'hypertension artérielle, la résistance à l'insuline, la diminution de la tolérance au glucose, la dyslipémie et un état inflammatoire.^{8, 9, 10}

Une étude contrôlant les patients avant et après appareillage nocturne ne montre pas de différence de concentration de l'insuline, du C peptide, du cortisol, et du glucagon. En revanche, il existe une réduction marquée de la GH dans le SAS avec une augmentation significative sous CPAP. La diminution de sécrétion de la GH nocturne chez les patients non traités entraînerait

une diminution de la lipolyse qui est réversible sous CIPAP.¹¹ Ce mécanisme pourrait participer à la perte de poids des patients appareillés.

Le syndrome métabolique (anciennement appelé syndrome X) se caractérise par : une répartition abdominale des graisses, une insulino-résistance, une intolérance au glucose, une dyslipémie caractérisée par un HDL bas et un LDL élevé, une hypertriglycéridémie, une HTA, une augmentation du fibrinogène. Ces patients sont donc à haut risque de maladie cardiovasculaire.

Le diabète de type 2

Trente-cinq pour cent des diabétiques de type 2 présentent un SAS sans corrélation évidente avec leur poids. Le traitement par CPAP chez ces diabétiques améliorerait leur profil glycémique. Ces données récentes demandent à être confirmées^{12, 13} d'autant qu'une étude retrouverait plutôt une tendance à l'élévation de la glycémie au cours de l'utilisation de la CIPAP chez des patients obèses non diabétiques.^{14, 15, 16} À poids égal, l'insulino-résistance est plus marquée chez les patients présentant un SAS. Il y a donc une intrication très étroite entre obésité, syndrome métabolique, résistance à l'insuline et SAS.

L'influence du poids

Le SAS est particulièrement fréquent chez les obèses et sa fréquence augmente avec la prise de poids. La perte de poids chez les patients obèses avec SAS permet l'amélioration de la fonction pulmonaire et la réduction de la fréquence du SAS et ceci même pour des pertes de poids modérées (15% du poids initial). Ces résultats liés à la perte de poids sont particulièrement intéressants dans l'obésité morbide grâce à la chirurgie bariatrique, by-pass ou anneau gastrique, avec une réduction du SAS jusqu'à 33% dans certaines cohortes.^{17, 18, 19, 20, 21, 22}

Les conséquences neuro-vasculaires

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) peut être la conséquence d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Il est aussi considéré comme un facteur de risque vasculaire indépendant. Le SAS est très fréquent à la phase aiguë des AVC (60% des patients).

Plusieurs arguments plaident pour un SAS facteur de risque d'AVC ou d'AIT : le risque de survenue d'un AVC est corrélé à la sévérité initiale du SAS ; les apnées au cours des AVC sont surtout obstructives et non pas centrales ; il n'y a pas de différence de prévalence ou de sévérité des SAS entre AIT et AVC ; la prévalence des SAS au cours des AVC est indépendante de leur localisation carotidienne ou vertébro-basilaire ; on retrouve souvent à l'interrogatoire une somnolence diurne précé-

nant l'AVC ; la sévérité du SAS est indépendante de la sévérité de l'AVC ; les SAS non traités ont plus d'AVC et de morbi-mortalité liés aux AVC que les SAS traités. Après un AVC, les patients apnéiques présentent plus souvent une aggravation initiale du déficit, une mortalité à 6 mois supérieure et un risque de récurrence d'AVC plus importants ainsi qu'un moins bon pronostic fonctionnel à 6 mois. De nombreux mécanismes expliquent l'augmentation du risque vasculaire liée au SAS :

Le développement d'une HTA

Une relation de cause à effet a été démontrée récemment entre SAS et HTA. Un SAS isolé pouvant entraîner une HTA en particulier chez les hommes jeunes. Il existe une corrélation positive entre la sévérité du SAS et la présence d'une HTA quatre ans plus tard. La caractéristique particulière de l'HTA induite par le SAOS est la disparition de la baisse physiologique de la pression sanguine artérielle nocturne.

L'accélération de l'athérosclérose

Le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par vingt quand le SAS n'est pas traité.²³

L'élévation du fibrinogène plasmatique serait un facteur de risque indépendant d'événements vasculaires. Une étude de polysomnographie réalisée chez 113 patients lors de leur séjour en rééducation fonctionnelle a mis en évidence une corrélation entre SAS et taux élevé de fibrinogène après un AVC ischémique. Un mécanisme physiopathologique serait donc à l'origine d'un risque accru d'AVC chez les patients souffrant de SAS.²⁴

L'induction de troubles du rythme cardiaque emboligènes

L'hypoxie intermittente récurrente liée au SAS et l'hyperactivité du système nerveux sympathique font le lit de l'arythmie cardiaque.²⁵

Les modifications de la pression intracrânienne, de l'hémodynamique et du métabolisme cérébral lors des apnées augmentent aussi le risque vasculaire des SAS.

L'impact du traitement

Le traitement du SAS par la CPAP peut prévenir et améliorer l'HTA, réduire l'hypertonie sympathique, éviter l'augmentation du stress oxydatif vasculaire, diminuer les anomalies de la coagulation et aussi améliorer l'insulino-résistance.

Le traitement du SAS par CPAP améliore le pronostic vasculaire. Les patients non traités ou non compliants ont un risque vasculaire augmenté. Néanmoins, les patients non compliants peuvent l'être également pour le reste du traitement. La CPAP semble diminuer le risque de récurrence vasculaire mais la compliance à long

terme est aléatoire surtout chez les patients déprimés, aphasiques ou présentant des troubles cognitifs.

Conclusion

Compte tenu du risque vasculaire, cardiaque et neurologique mais aussi métabolique, la recherche du SAS doit être systématique chez tout patient d'âge mûr car la symptomatologie est aspécifique et ce d'autant qu'il est obèse ou suspect de syndrome métabolique.

L'exploration et le traitement sont bien codifiés, l'efficacité de la CPAP n'est plus à démontrer. N'oublions pas de plus que la somnolence entraîne une diminution des performances professionnelles avec des conséquences sociales dont la restriction d'aptitude à la conduite automobile en raison du risque d'accident.

Bibliographie

1. (Gibson GJ) « *Obstructive sleep apnoea syndrome : underestimated and undertreated* » *Br med Bull.* 2005 mar 29 ; 72 : 49-65. Print 2004
2. (Abad VC, Guilleminault C. Clinical Monitoring Sleep Disorders Center, Cupertino, California, USA.) « *Neurological perspective on obstructive and nonobstructive sleep apnea* ». *Semin Neurol* 2004 sep ; 24 (3) : 261-9
3. (Jensen R, Olsborg C, Salvesen R, Torbergsen T, Bekkelund SI) « *Is obstructive sleep apnea syndrome associated with headache?* » *Acta Neurol Scand.* 2004 Mar; 109(3):180-4.
4. (Mairav Cohen-Zion, BA,* Carl Stepnowsky, PhD, Marler, PhD, Tamar Shochat, DSc, Daniel F. Kripke, MD, and Sonia Ancoli-Israel, PhD) « *Changes in Cognitive Function Associated with Sleep Disordered Breathing in Older People* » *J Am Geriatr Soc* 49:1622-1627, 2001.
5. (Michael S. Aldrich Sleep Disorders Center, Department of Neurology, University of Michigan Medical Center, Ann Arbor, MI, USA. beth.malow@vanderbilt.edu) *Sleep Med.* 2003 Nov; 4(6):509-15.
6. (Poirier P; Giles TD, Bray GA, Hong Y, Sterb JS, Pi-Sunyer FX, Eckel RH, American Heart Association, Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism) « *Obesity and cardiovascular disease : pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss : an update of 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism* ». *Circulation.* 2006 feb 14 ; 113 (6) : 898-918. Epub 2005 dec 27.
7. (Dursunoglu N., Dursunoglu D., Kilic M.) « *Impact of obstructive sleep apnea on right ventricular global function : sleep apnea and myocardial index.* » *Respiration.* 2005 May-Jun ; 72 (3) : 278-84.
8. (Steven R. Coughlin, Lynn Mawdsley, Julie A. Mugarza, Peter M.A. Calverley; John P.H. Wilding) « *Obstructive sleep apnea is independently associated with an increased prevalence of metabolic syndrome* ». *European Heart Journal* 2004 25, 735-741.
9. (Shinji Teramoto, Hiroshi Yamamoto, Yasuhiro Yamaguchi, Ryoichi Namba and Yasuyoshi Ouchi) « *Obstructive Sleep Apnea Causes Systemic Inflammation and Metabolic Syndrome* ». *Chest* 2005 ; 1074-1075 DOI : 10.1378/chest.127.3.1074
10. (Apoor S. Gami; Virend K. Somers) « *Obstructive sleep apnoea, metabolic syndrome, and cardiovascular outcomes* ». *European Heart Journal* 2004 25, 709-711
11. (Cooper BG, White JE, Ashworth LA, Alberti KG; Gibson GJ) « *Hormonal and metabolic profiles in subjects with obstructive*

- sleep apnea syndrome and the acute effects of nasal continuous positive airway pressure treatment.* Sleep 1995 apr;18(3):172-9
12. (Raison J.) « *Apnées du sommeil et diabète de type 2* » Diabète et facteurs de risque 2005 oct. Vol 3 Suppl.1 6
 13. (Babu AR, Herdegen J., Shott S, Mazzone T.) “*Type 2 diabetes, glycemic control, and continuous positive airway pressure in obstructive sleep apnea*”. Arch Intern Med. 2005 feb 28 ; 165 (4) : 447-52.
 14. (Czupryniak L., Loba J., Pawlowski M., Nowak D., Bialasiewicz P.) “*treatment with continuous positive airway pressure may affect blood glucose levels in nondiabetic patients with obstructive sleep apnea syndrome*” Sleep 2005 May 1 ; 28 (5) : 601-3.
 15. (Punjabi NM, Polotsky VY) “*Disorders of glucose metabolism in sleep apnea*” J Appl Physiol 99 (5) 1998-2007 (2005)
 16. (Vgontzas AN, Bixler EO, Chrousos GP) “*Sleep apnea is a manifestation of the metabolic syndrome*” Sleep Med Rev 9 (3) 211-24 (2005)
 17. (Kalra M; Inge T; Garcia V, Daniels S, Lawson L, Curti R, Cohen A, Amin R) « *Obstructive sleep apnea in extremely overweight adolescents undergoing bariatric surgery*” Obes Res. 2005 jul ; 13 (7) : 1175-9.
 18. (Davila-Cervantes A, Dominguez-Cherit G, Borunda D, Gamino R, Vargas-Vorackova F, Gonzalez-Barranco J, Herrera MF) “*Impact of surgically-induced weight loss on respiratory function : a prospective analysis*”. Obes Surg. 2004 Nov-Dec ; 14 (10) : 1389-92
 19. (Simard B, Turcotte H, Marceau P, Biron S, Hould FS, Lebel S, Marceau S, Boulet LP) “*Asthma and sleep apnea in patients with morbid obesity : outcome after bariatric surgery*”. Obes Surg. 2004 Nov-Dec ; 14 (10) : 1381-8
 20. (Newman AB, Foster G, Givelber R, Nieto FJ, Redline S, Young T.) “*Progression and regression of sleep-disordered breathing with changes in weight : the Sleep Heart Health Study*” Arch Intern Med. 2005 Nov 14 ; 165 (20) : 2408-13
 21. (Spivak H, Hewitt MF, Onn A, Half EE) “*Weight loss and improvement of obesity-related illness in 500 U.S. patients following laparoscopic adjustable gastric banding procedure*”. Am J Surg. 2005 Jan ; 189 (1) : 27-32
 22. (Busetto L, Enzi G, Inelmen EM, Costa G, Negrin V, Sergi G, Vianello A.) «*Obstructive sleep apnea syndrome in morbid obesity : effects of intragastric balloon*”. Chest. 2005 Aug ; 128 (2) : 485-7
 23. (Grigg-Damberger M. Pediatric Sleep Services, University Hospital Sleep Disorders Center, and Department of Neurology, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, New Mexico 87131, USA. mgriggd@salud.unm.edu) “*Why a polysomnogram should become part of the diagnostic evaluation of stroke and transient ischemic attack*.” J Clin Neurophysiol. 2006 Feb;23(1):21-38.
 24. (Wessendorf TE, Thilmann AF, Wang YM, Schreiber A, Konietzko N, Teschler H) “*Fibrinogen levels and obstructive sleep apnea in ischemic stroke*”. Am J Respir Crit Care Med. 2000 Dec;162(6):2039-42.
 25. (Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E, Gottlieb DJ, Nawabit R, Kirchner HL, Sahadevan J, Redline S; Sleep Heart Health Study.) Am J Respir Crit Care Med. 2006 Apr 15;173(8):910-6. Epub 2006 Jan 19. Related Articles, Links

■ Programme d'éducation thérapeutique pour les patients appareillés par pression positive

Equipe Educative de Sadir Assistance
Pr Alain DIDIER, Dr Kamilla SEDKAOUI*

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) a été méconnu pendant de nombreuses années, en effet l'individualisation du SAS est relativement récente puisqu'elle remonte à 1976, bien que la connaissance des troubles respiratoires du sommeil remonte à l'Antiquité.

Dans la littérature, Charles Dickens fait une description très intéressante du tableau clinique dénommé plus tard (1956) le syndrome de PICKWICK qui associe obésité importante, hypoventilation alvéolaire chronique et retentissement cardiaque droit. C'est en 1976 que GUILLEMINAULT définit le SAS à partir d'indices d'apnées : nombre d'apnée/heure.

Enfin le traitement du SAS est né en 1981, année de la publication par SULLIVAN et COLL dans le Lancet des effets thérapeutiques de la ventilation par pression positive continue sur les troubles respiratoires du sommeil.

Epidémiologie

Le SAS peut être observé à tous les âges de la vie avec une augmentation de la fréquence après 50 ans, et une franche dominance masculine.

L'étude de référence concernant la prévalence du SAS dans la population générale a été réalisée par YOUNG et COLL aux USA, chez 626 adultes âgés de 30 à 60 ans. La prévalence du SAS définie dans cette étude par un IAH supérieur à 15/heure est de 9% chez les hommes et de 4% chez les femmes.

LINDBERG et GUISLAON notent que la prévalence du SAS non diagnostiqué varie de 0,3 à 5% dans 9 études portant sur la population générale.

Dans les pays occidentaux, 5% des adultes ont un SAS non diagnostiqué qui justifierait d'un traitement.

Signes cliniques du SAS

Le symptôme principalement observé est la somnolence diurne, excessive secondaire à la fragmentation du sommeil. Elle peut être à l'origine d'accidents du travail ou de la circulation d'où le problème médico-légal constituant un motif d'inaptitude à la conduite automobile (arrêt du 21 décembre publié au journal officiel du 28 décembre 2005).

* Service de Pneumologie Hôpital Larrey, CHU Toulouse

L'asthénie chronique, les céphalées matinales, la diminution de l'efficacité intellectuelle, les troubles de la mémoire, de la concentration, de l'humeur, la baisse de la libido voire l'impuissance, peuvent aussi faire évoquer l'existence d'un SAS. Les symptômes nocturnes sont essentiellement des ronflements sonores interrompus par des pauses respiratoires bien décrites par le partenaire et une polyurie.

Les complications du SAS

Il est parfaitement reconnu que le SAS représente un véritable problème de santé publique en raison des complications qui en découlent, d'une morbidité cardio-vasculaire importante et d'une surmortalité significative. Les troubles de la vigilance peuvent être responsables d'accidents de la circulation et du travail.

Les traitements

La pression positive continue par voie nasale constitue le traitement de référence du SAS, son principe a été décrit en 1981 par SULLIVAN et COLL. Grâce à un effet d'attelle pneumatique, elle évite le collapsus inspiratoire du pharynx. Le niveau de pression nécessaire varie d'un patient à l'autre et doit être déterminé en début de traitement ; on parle de titration. Les PPC actuelles délivrent des débits compris entre 20 et 60 l/min permettant de générer des pressions comprises entre 2 et 20 cmH₂O.

L'effet bénéfique de ce traitement sur les événements respiratoires et sur les cycles du sommeil est immédiat. Il s'agit d'un traitement au long cours, contraignant, dont le taux d'acceptation se situe selon les échantillons entre 60 et 70%, d'où l'importance de la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique. La faible sévérité du SAS en terme d'IHA et de score d'EPWORTH est un facteur prédictif de mauvaise tolérance.

Les indications à la mise en place d'une PPC dans le cadre du SAHS ont été précisées par un arrêté publié dans le journal officiel du 30 décembre 1998 : IAH > 30/heure, micro-éveils > 10/heure avec une somnolence excessive.

Les orthèses d'avancée mandibulaire sont un système orthodontique ; elles sont efficaces dans plus de 50% des SAS modérés avec cependant des effets secondaires à type de douleurs articulaires temporo-mandibulaires, d'hyper-sialorrhée et d'inflammation gingivale. Les bénéfices et les complications à long terme sont encore mal connues.

La chirurgie maxillo-faciale peut être proposée à des sujets jeunes présentant une rétro-mandibulie et atteints d'un SAS sévère ne supportant pas le traitement par PPC. Les mesures d'hygiène diététiques, et l'arrêt des traitements hypnotiques (benzodiazépines, barbituriques) peuvent diminuer l'IAH.

Projet d'Education Thérapeutique : généralités

Définition

En 1998, le bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé a réuni un certain nombre d'experts afin de proposer une prise en charge des maladies chroniques dans sa dimension éducative. Quatre points importants ont été retenus :

- 1) former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie.
- 2) l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.
- 3) l'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.
- 4) la formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

L'éducation thérapeutique est devenue aujourd'hui une nécessité du fait, de l'accroissement du nombre de maladies chroniques, de la mauvaise observance fréquente des prescriptions qui diminue l'efficacité de la prise en charge thérapeutique et de l'évolution des attitudes et comportements des patients vis-à-vis de la santé et des professionnels de santé.

L'application au syndrome d'apnée obstructive du sommeil

Devant le développement clinique et la reconnaissance de l'importance du SAS, les différentes réflexions (Ateliers d'Arcachon, congrès SFRS) soulignent la nécessité de proposer un programme d'éducation thérapeutique en direction du patient et de son entourage.

La mise en place d'une PPC constitue un traitement au long cours qui engendre des contraintes et par là même une acceptation parfois difficile. Le constat d'abandon est évalué selon différents échantillons entre 35 et 40%. Traditionnellement le diagnostic et l'annonce de la maladie sont réservés au seul médecin. Cependant, ces données doivent être reprises par les acteurs du réseau de santé et en particulier par le prestataire de service qui oriente l'écoute sur le ressenti immédiat du patient et de son entourage ce qui permet une relation de conseil.

Dès lors les notions évoquées : la durée du traitement, le rapport bénéfices / contraintes doivent être plus clairement explicités.

Un travail doit être mis en place afin d'évaluer les connaissances, les appréhensions, les croyances et les évitements déguisés. Les obstacles à une observance satisfaisante et les besoins pour une motivation au long cours doivent également être recherchés.

Un comité de pilotage regroupant au sein même de la SADIR une équipe pluridisciplinaire - deux médecins

pneumologues, un psychomotricien, un psychologue, une assistante sociale, une diététicienne, une infirmière, un technicien de santé et un dessinateur - a travaillé à l'élaboration d'une démarche pédagogique et d'outils éducatifs.

Parallèlement et pour dynamiser la prise en charge du SAS, différents partenaires institutionnels : l'ARIRPLO, les Ateliers d'Arcachon, l'ALAIR, l'AVAD, l'A.P.P., l'ANTADIR, la SADIR, la F.F.A.I.R. se sont réunis au sein d'une association « PASSE-RELLE EDUCATIVE » afin de proposer des outils et une stratégie éducative.

Parcours Thérapeutique proposé

Dès la demande d'appareillage par le médecin prescripteur, un premier contact téléphonique est pris par l'équipe éducative qui informe le patient des modalités de sa prise en charge.

L'équipe éducative réalise une première visite au domicile et évalue tout d'abord les connaissances du patient, ses appréhensions, ses croyances et ses évitements. Dans un deuxième temps l'appareillage est introduit dans le cadre de vie, le technicien présente le dispositif médical en reprenant toutes les questions pratiques qui peuvent diminuer le niveau d'anxiété, d'angoisse et de stress. Suite à cette première intervention, un suivi téléphonique se met immédiatement en place pour une meilleure réactivité et pour pallier à d'éventuels dysfonctionnements liés à une panne ou un défaut de maîtrise des informations données.

La deuxième visite est programmée vers le dixième jour, et permet l'évaluation des connaissances dispensées, les motivations, l'aptitude du patient à prendre des

initiatives, à transmettre des informations fiables à son entourage.

Les premiers bénéfices obtenus sont repérés de façon subjective et objective par l'évaluation de la somnolence diurne sur l'échelle d'EPWORTH. Un relevé du rapport d'observance, de la titration et du compteur horaire est effectué.

A ce stade là de la prise en charge deux principaux cas de figures se dessinent :

1° Le patient s'adapte bien au traitement, une visite à la fin du premier mois est programmée.

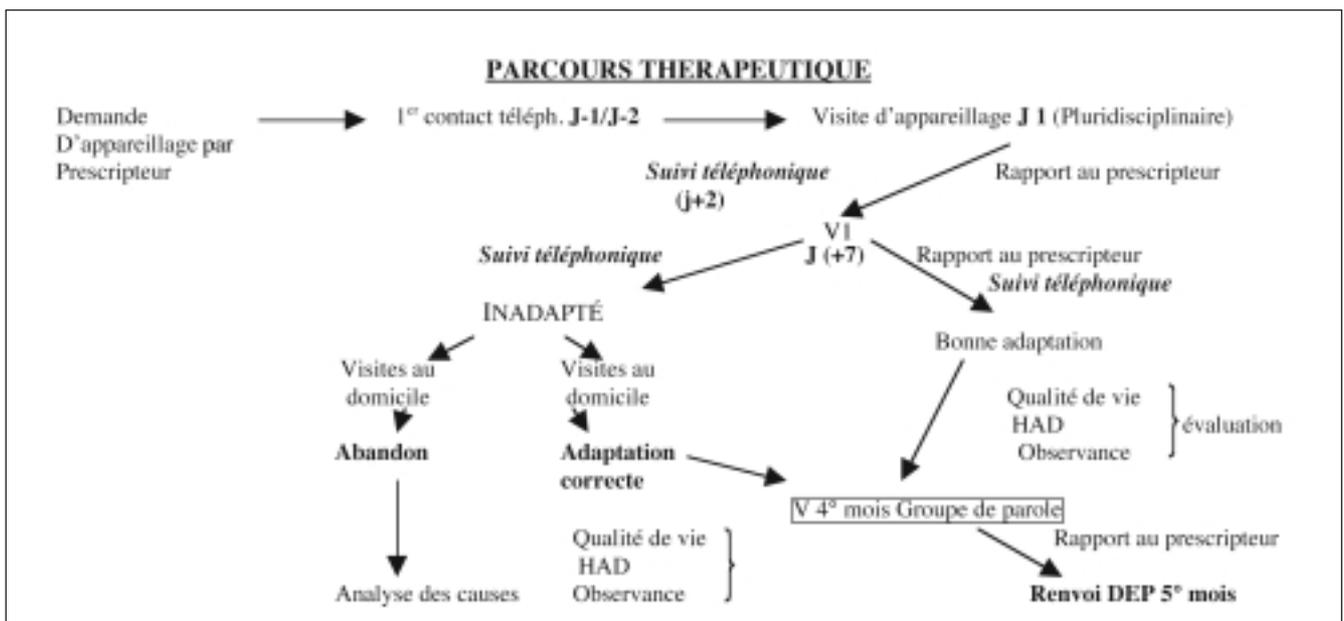
2° Le patient rencontre certaines difficultés (mauvaise adaptation, incompréhension familiale) ou un refus total de poursuivre ce type de traitement.

Le médecin prescripteur est alors immédiatement contacté et l'équipe éducative tentera d'identifier les éléments de résistances et de freins qui peuvent s'organiser autour de cette prise en charge thérapeutique.

Quels que soient les différents cas de figure rencontrés, trois mois après le début de la mise en place du traitement par PPC, chaque personne incluse dans ce programme éducatif est invitée à participer à un groupe de parole pour partager ses satisfactions, ses échecs, ses craintes et exposer ses croyances.

A chaque étape de ce programme un rapport de suivi est adressé au médecin prescripteur et au médecin traitant.

Ce projet éducatif soumis au conseil scientifique de la SADIR a pour ambition de s'intégrer dans un protocole de recherche afin d'évaluer : « l'impact d'un programme d'éducation thérapeutique, lors du diagnostic initial du SAS, sur l'observance ». À moyen terme l'ensemble des patients appareillés pourra bénéficier d'une telle prise en charge.



■ **Prise en charge à domicile des patients appareillés pour syndrome d'apnées du sommeil**

Dr Françoise FOURNIAL*

Une fois posé le diagnostic de Syndrome d'apnées du sommeil et décidée la mise en œuvre d'une ventilation nocturne par Pression positive apparaît alors le rôle du service prestataire chargé de la mise en place de l'appareillage et responsable de sa surveillance.

Cette prise en charge des patients peut pour nombre d'entre eux se poursuivre sur plusieurs années. Traitement à vie pour certains? Certainement, pour le moment du moins, en l'absence d'une autre alternative pouvant faire la preuve d'une efficacité aussi certaine et d'une innocuité non remise en cause.

Dans le cadre de l'assistance respiratoire à domicile, cette prise en charge des patients traités pour SAS n'est pas chose aisée car elle s'adresse à : une population de malades ayant le plus souvent une apparence de « bon vivant » ; une population plus jeune que nos insuffisants respiratoires habituels, avec une activité professionnelle, une vie de couple et familiale actives.

Les contraintes liées à l'appareillage, au port du masque, l'image de soi dévalorisée, la nécessité de contrôles réguliers sont difficilement acceptés et le technicien chargé de la surveillance apparaît souvent au début comme un agent perturbateur alors qu'il est le « sauveur » lorsqu'il apporte la source d'oxygène.

Il est donc important dès le départ de bien préciser avec chaque patient les buts et les modalités de l'appareillage, le protocole de surveillance, afin qu'il puisse très tôt s'approprier son traitement. L'équipe prestataire apparaît alors comme l'accompagnant nécessaire à son processus de guérison, maillon indispensable de sa chaîne éducative.

Schématiquement il faut envisager trois étapes essentielles dans la prise en charge des patients appareillés en P+ :

- 1) L'annonce du diagnostic et la décision thérapeutique.
- 2) La mise en place de la ventilation et la période d'adaptation au traitement (de 10 jours à 2 mois) : période des manifestations d'intolérance à corriger qui peut nécessiter des visites ou contacts téléphoniques rapprochés.
- 3) La période de chronicité du traitement où vont rentrer en jeu les facteurs de motivation : motivation à maigrir, à poursuivre son traitement, à envisager des solutions alternatives...

ANNONCE DU DIAGNOSTIC ET DE LA DECISION THERAPEUTIQUE

Le dialogue initial entre médecin et malade est essentiel à la bonne compréhension et à la compliance au traitement. Toutes les explications données à ce moment là seront essentielles à l'adhésion future : les causes de la maladie, les risques immédiats ou à venir, les raisons de la ventilation, ses contraintes, les solutions alternatives possibles, les règles d'hygiène... et les signes d'efficacité qu'il devra en attendre.

L'aspect medico-légal, en particulier pour la conduite automobile, est clairement explicité.

Et la guérison ? Comment répondre à la question de la durée du traitement ? Réponse facile si la perte de poids permet la guérison ; plus difficile, si le poids n'est pas le facteur déterminant. Il est donc important d'établir au départ un véritable contrat de « suivi de soins », contrat de confiance où le médecin prend la responsabilité du traitement et où le patient s'engage à des mises au point régulières permettant de connaître l'efficacité ou non du traitement, d'envisager si nécessaire un nouveau contrôle polygraphique ou polysomnographique, arrêter la ventilation après amaigrissement satisfaisant, ou remotivation devant la lassitude.

Ces consultations régulières seront facilitées par les retours d'informations transmises par le service d'assistance à domicile, témoin de la régularité et de l'efficacité ou non du traitement.

La majorité des ventilateurs de PPC sont en effet munis de logiciels d'observance permettant de connaître l'horaire réel de traitement, les pressions efficaces utilisées, l'index d'apnées hypopnées résiduel, l'existence de fuites... éléments qui, associés à l'existence ou non de signes fonctionnels, de perturbations dans l'environnement familial ou professionnel, de perte ou non de poids... permettent d'avoir une idée précise de la régularité et de l'efficacité du traitement.

INSTALLATION ET PERIODE D'ADAPTATION

La mise en place de la ventilation est un temps précieux pour l'adhésion du malade. Elle doit se faire le plus rapidement possible après la décision thérapeutique pour valider toute son importance.

Le patient, et son entourage si possible, vont apprendre à connaître le ventilateur, son mode de fonctionnement, la mise en place du masque, les règles simples d'hygiène.

Le masque est d'abord essayé, choisi afin d'être étanche sans être trop serré pour ne pas blesser. Le choix du masque n'est pas toujours chose aisée, mais les nombreux modèles existants permettent de s'adapter à la majorité des visages.

Le masque nasal est mis en première intention sauf lorsque l'ouverture de la bouche au cours du sommeil

* Médecin pneumologue à la société ISIS Médical Midi-Pyrénées.

apparaît majeure, le masque naso-buccal est alors préféré. Les ventilateurs sont réglés selon la prescription soit en mode constant, soit en mode de titration qui seront évalués 10 à 15 jours plus tard et ajustés alors.

Le masque en place, le branchement de l'appareil permet d'apprécier la tolérance aux pressions prescrites et au masque, l'absence de fuites.

L'humidificateur ne sera ajouté en première intention que devant une pathologie ORL chronique connue (rhinite allergique, sinusite chronique, épistaxis répétés ou antécédents de chirurgie, type UVPP).

De même, nous évitons la mise en place de machines auto-pilotées chez les malades opérés.

Pour toutes ces mises au point et afin de faciliter la confiance du patient, il est important de personnaliser au mieux ce premier contact grâce aux informations transmises par le prescripteur. Le médecin pneumologue travaillant au sein de l'équipe chargée de la prise en charge à domicile y joue là un rôle essentiel de coordination des soins.

L'efficacité est obtenue dans plus de 80% des cas, dès les premières nuits, et le bénéfice est tel qu'il entraîne facilement l'adhésion du patient. Chez les autres patients, il faudrait savoir ré-expliquer les raisons du traitement, dédramatiser l'appareillage et améliorer la tolérance : changement de masque, mise en place d'un humidificateur, modification des pressions...

Chez les patients désaturant fortement, une oxymétrie nocturne peut être nécessaire afin de discuter d'une ventilation par BIPAP ou d'ajouter une source d'oxygène.

PERIODE DE CHRONICITE DU TRAITEMENT

Le traitement par PPC est dit efficace lorsque :

- la somnolence et les ronflements disparaissent (et ne pas hésiter à redemander un avis ORL si obstruction nasale et ronflements persistants),
 - l'index résiduel est inférieur à 5,
 - l'index de désaturation est inférieur à 10,
 - l'observance est d'au moins 4 h par nuit, 5 jours par semaine,
 - la confirmation étant bien sûr apportée par la polygraphie ventilatoire ou si nécessaire la polysomnographie
- Une étude ponctuelle sur 150 de nos patients revus ces derniers jours montre que 75% d'entre eux ont une observance largement supérieure à 4 h, 12% une observance moyenne entre 3 et 4 heures. Mais 13% ont une observance inférieure à 3 heures.

Les motifs de mauvaises observances retrouvés sont :

- des signes d'intolérance à l'appareillage : sécheresse des voies aériennes, rhinite, sinusite, sensations d'étouffement,

- des hospitalisations en milieu non pneumologique où la ventilation n'apparaît pas comme essentielle et dissuade ainsi le patient de poursuivre son traitement,
- une affection intercurrente qui aggrave les contraintes,

- la maladie ou le décès d'un proche (dans le couple surtout),

- un handicap moteur gênant la mise en place et le branchement de l'appareil,

- ou souvent lassitude et absence de motivation, non reconnaissance des bénéfices fonctionnels qui peuvent parfois cacher la honte du port du masque devant l'épouse ou les proches.

C'est cette population qui va exiger sous l'égide du prescripteur une prise en charge plus étroite de l'équipe de soins prestataire pour trouver des solutions :

- réajuster les pressions, le mode constant ou piloté,
- parfaire l'adaptation en corrigeant les fuites (masque naso-buccal, mentonnière),
- choisir une ventilation mieux appropriée : auto C-flex plus souple ou BIPAP pour éviter des pressions trop agressives,
- éviter le mode auto piloté après chirurgie ORL,
- motiver le patient en : dédramatisant l'appareillage : machines plus petites, alimentation sur allume-cigare (chauffeur routier,...), rampe de démarrage ; favorisant l'adaptation par la mise en place de l'appareillage pendant la sieste ; accordant de petites vacances sans machine (WE par exemple) ; avant de choisir une solution alternative (prothèses d'avancée mandibulaire) même si elle n'est que temporaire ou ré-envisager un traitement chirurgical ; et toujours inciter chaque fois qu'il est nécessaire aux règles d'hygiène et à la perte de poids.

LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE POUR LE SAS

Installation dès réception de la prescription médicale
Mise en place d'une PPC en mode titration
J10 Transmission au médecin d'un rapport de titration et évaluation d'une pression définitive. + Oxymétrie nocturne sous PPC
J40 Contrôle du traitement mis en place et transmission du rapport d'observance au médecin. + Oxymétrie nocturne sous PPC
J60 Contrôle et mise au point du traitement
J120 Contrôle, relevé d'observance et transmission du compte-rendu au médecin avec le renouvellement de la prise en charge. + Oxymétrie nocturne sous PPC
Au-delà, contrôle tous les 4 mois. Relevé des observances et transmission du compte-rendu au médecin

■ Traitement de l'asthme sévère mal contrôlé : place de l'omalizumab Xolair®

Dr Marie-Pascale Verpilleux

Recherche Clinique et Développement, Novartis Pharma

Pr Mathieu Molimard

Département de Pharmacologie, CHU de Bordeaux,
Université Victor Segalen, INSERM U657

Sévérité de l'asthme

Les recommandations internationales (GINA) classent l'asthme selon 4 stades de sévérité : asthme intermittent, asthme persistant léger, asthme persistant modéré et asthme persistant sévère [1, 2]. Le patient asthmatique sévère souffre de symptômes invalidants en l'absence de traitement (symptômes diurnes continus, symptômes nocturnes fréquents et limitation de l'activité physique) ou bien nécessite une importante pression thérapeutique afin de pouvoir contrôler sa maladie. L'asthme sévère concernerait ainsi 10% des patients asthmatiques en France, et serait à l'origine de fréquentes hospitalisations [3].

Le traitement préconisé par GINA pour ces patients asthmatiques sévères est un traitement de fond, quotidien, incluant des corticoïdes inhalés (CSI) et un β_2 -agoniste inhalé de longue durée d'action (β_2 -LDA) auxquels s'ajoutent, si nécessaire, un ou plusieurs agents tels une théophylline à libération prolongée, ou un corticoïde oral.

Toutefois, malgré les traitements actuellement disponibles, 40% des patients asthmatiques sévère restent mal contrôlés. La classe des anti-IgE dont le seul représentant est l'omalizumab (Xolair®), a été introduite dans la mise à jour des recommandations GINA 2004 [2].

L'asthme : une maladie d'origine allergique

Chez l'asthmatique adulte, une cause allergique est retrouvée dans 70 à 80% des cas, un chiffre qui passe à 95% chez l'enfant [4]. Dans la majorité des cas, l'asthme est donc une maladie allergique. Les immunoglobulines E (IgE), sont impliquées à plusieurs niveaux dans la physiopathologie de l'asthme [5]. Les IgE se fixent sur les récepteurs de haute affinité (Fc ϵ RI) situés sur les mastocytes, les éosinophiles, les macrophages et les cellules dendritiques [6]. Il est actuellement bien établi que le rôle des IgE ne se limite pas seulement aux phénomènes d'hypersensibilité immédiate liés à la

dégranulation des mastocytes. Il s'étend aussi à la genèse et à l'entretien de l'inflammation bronchique caractéristique de la maladie asthmatique. La nature allergique de l'asthme peut être documentée par le dosage des IgE sériques spécifiques ou par le résultat positif de tests de provocation cutanés à des aérollogènes cliniquement pertinents.

Omalizumab Xolair® : pharmacodynamie

Omalizumab est un anticorps monoclonal humanisé qui se fixe aux IgE. Il réduit ainsi la quantité d'IgE libres et empêche leur fixation aux récepteurs Fc ϵ RI [7,8]. Par un phénomène de rétrocontrôle, l'omalizumab entraîne une diminution importante (97%) du nombre de récepteurs Fc ϵ RI [9-11]. La réduction simultanée des IgE libres et de leurs récepteurs a pour conséquence l'inhibition de la réponse à l'inhalation d'un allergène chez les patients asthmatiques [12].

Omalizumab Xolair® : efficacité clinique

L'efficacité d'omalizumab a été évaluée au cours d'un vaste programme de développement clinique. L'étude INNOVATE [13], étude pivot du dossier d'AMM, est une étude de 28 semaines, randomisée, en double aveugle, contrôlée versus placebo, menée chez 400 patients atteints d'un asthme allergique sévère persistant mal contrôlé par une forte dose de CSI et un β_2 LDA. L'objectif principal de cette étude était le taux d'exacerbations de l'asthme, cliniquement significatives (c'est-à-dire nécessitant la mise en route d'une corticothérapie systémique). Les patients inclus présentaient effectivement un asthme sévère mal contrôlé : VEMS médian à 62% de la valeur théorique, 67% de patients à haut risque de mortalité liée à l'asthme selon la définition GINA, environ deux exacerbations cliniquement significatives par patient par an, cinq visites médicales non programmées et 31 jours d'absentéisme au cours de l'année précédente. Il existait cependant un important déséquilibre entre les deux bras à l'entrée dans l'étude sur le taux d'exacerbations de l'asthme au cours des 14 mois précédents (9% d'exacerbations en plus dans le bras des patients traités ensuite par omalizumab par rapport à ceux traités par placebo). Compte tenu du fait que les exacerbations antérieures sont un facteur important de prédiction des événements futurs, deux types d'analyse (avec et sans ajustement sur les exacerbations à l'entrée) ont été réalisés.

Étude INNOVATE : principaux résultats

Le taux d'exacerbations de l'asthme avec ajustement sur les exacerbations à l'entrée montre une diminution significative (réduction de 26,2% ; $p = 0,042$) dans le bras traité par omalizumab. Pour les patients les plus sévèrement atteints (VEMS à l'entrée < 60% du VEMS théorique), une réduction plus importante est observée, que ce soit avec (- 43,7% ; $p = 0,006$) ou sans ajustement sur les exacerbations à l'entrée (- 42,8% ; $p < 0,01$). De la même façon, l'omalizumab réduit significativement le taux d'exacerbations sévères (- 50,1% ; $p = 0,002$) et le taux de visites non programmées (- 43,9% ; $p = 0,038$), avec un effet maximal sur les symptômes, le DEP du matin et la consommation de traitement de secours obtenus après 16 semaines de traitement. L'augmentation du VEMS en fin d'étude (28 semaines) est de + 190 ml dans le bras omalizumab versus + 96 ml dans le bras placebo ($p = 0,043$). Une amélioration significative sur tous les paramètres de la qualité de vie est également constatée par rapport au groupe placebo.

Les fréquences des événements indésirables et des anomalies biologiques étaient similaires chez les patients traités par omalizumab et dans les groupes contrôles. Quelques rares cas de réaction au point d'injection ont été décrits. Il n'a pas été constaté de formation d'anticorps anti-omalizumab ni d'augmentation de la fréquence des infections parasitaires et les réactions d'hypersensibilité sont demeurées extrêmement rares, comparables à celles observées dans les groupes contrôles.

Conclusion

L'omalizumab est un nouveau traitement additionnel destiné à une population de patients asthmatiques présentant un asthme allergique persistant sévère et mal contrôlé malgré un CSI à forte dose et un β_2 -LDA. Il ne doit être envisagé que chez les patients présentant un asthme dont la dépendance aux IgE a été établie sur des critères probants. Il s'agit d'un traitement administré au long cours, par voie sous cutanée. La prescription initiale annuelle doit être hospitalière et le renouvellement réservé aux pneumologues et aux pédiatres. Une évaluation de l'efficacité doit être réalisée à la seizième semaine afin de décider de la poursuite ou non du traitement.

Bibliographie

1. Global initiative for asthma (GINA) Global strategy for asthma management and prevention : Updated 2004. At: <http://www.ginasthma.com>.
2. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. ANAES, AFSSAPS. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Septembre 2004.

3. L'Her E. Révision de la troisième Conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence de 1988 : Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte et de l'enfant (à l'exclusion du nourrisson). Réanimation 2002 ; 11 : 1-9
4. Ministère de la solidarité de la santé et de la famille. Programme d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005.
5. Burrows 1989 : Burrows B, Martinez FD, Halonene M, Barbee RA, Cline MG. Association of asthma with serum IgE levels and skin-test reactivity to allergens. N Engl J Med 1989 ; 320 : 271-277
6. Busse 2001 : Busse W, Lemanske RF. Asthma (review article). N Engl J Med 2001 ; 344 : 350-362
7. Chang TW. The pharmacological basis of anti-IgE therapy. Nature biotechnology 2000; 18: 157-162.
8. Inführ D, Cramer R, Lamers R, Achatz G. Molecular and cellular targets of anti-IgE antibodies. Allergy 2005; 60:977-985.
9. MacGlashan DW Jr, Bochner BS, Adelman DC et al. Down-regulation of Fc(epsilon)RI expression on human basophils during in vivo treatment of atopic patients with anti-IgE antibody J Immunol. 1997 Feb 1;158(3):1438-45
10. Djukanovic R, Wilson SJ, Kraft M et al. Effects of treatment with anti-immunoglobulin E antibody omalizumab on airway inflammation in allergic asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2004 Sep 15;170(6):583-93.
11. Prussin C, Griffith DT, Boesel KM et al. Omalizumab treatment downregulates dendritic cell FcepsilonRI expression. J Allergy Clin Immunol. 2003 Dec;112(6):1147-54.
12. Fahy JV, Fleming HE, Wong HH et al. The effect of an anti-IgE monoclonal antibody on the early- and late-phase responses to allergen inhalation in asthmatic subjects. Am J Respir Crit Care Med. 1997 Jun;155(6):1828-34.
13. Humbert M, Beasley R, Ayres J et al. Benefits of omalizumab as add-on therapy in patients with severe persistent asthma who are inadequately controlled despite best available therapy (GINA 2002 step 4 treatment) : INNOVATE. Allergy 2005, 60 : 309-316

■ Kestinlyo® : une galénique innovante avec un effet antihistaminique dose dépendant*

Issue de la recherche Almirall, l'ébastine est un anti-H1 de deuxième génération commercialisé en France en 2002 sous le nom de Kestin®. L'ébastine est leader des anti-H1 en Espagne sous le nom d'Ebastel® et d'Ebastel® Flas.

Les antihistaminiques inhibent l'action de l'histamine et agissent sur la plupart des symptômes de la rhinite allergique : éternuements à répétition, nez qui coule ou qui est bouché, yeux qui piquent...

L'ébastine a une action puissante, spécifique et prolongée sur les récepteurs H1 périphériques. Elle agit rapidement et son activité se maintient sur 24 heures.

Dans la rhinite allergique, l'ébastine est le seul anti-H1 offrant la possibilité d'adapter la posologie en fonction de l'importance des symptômes ou de l'environnement dans lequel évoluent les patients (exemple : pic de pollen). Un effet anti-H1 dose dépendant a en effet été démontré dans des études comparant une dose quoti-

dienne de 10 mg à une dose de 20 mg/jour¹. Cette posologie modulable (1 à 2 comprimés par jour selon la sévérité des symptômes ou selon l'environnement) s'accorde avec la classification de la rhinite allergique proposée par ARIA². L'ébastine est efficace sur l'ensemble des symptômes de la rhinite allergique (rhinorrhée, prurit nasal, éternuements) y compris sur l'obstruction nasale généralement plus difficile à contrôler par les antihistaminiques. L'obstruction nasale est considérée par les patients comme le symptôme altérant le plus la qualité de vie.

En cette nouvelle saison pollinique, le laboratoire Almirall met à la disposition du corps médical et des patients une nouvelle forme galénique d'ébastine à dissolution instantanée, plus facile à utiliser : Kestinlyo® (ébastine lyophilisat oral = LYO). Placé sur la langue, Kestinlyo® se dissout instantanément et se prend sans eau, donc partout et à tout instant. Kestinlyo®, c'est toute l'efficacité et la tolérance de l'ébastine dans un lyophilisat oral. Ce nouveau traitement de l'allergie est disponible en boîte de 30 lyophilisats oraux. Il est remboursé à 35% par la sécurité sociale et agréé aux collectivités.

Parce que la réaction allergique est variable d'un individu à l'autre et même d'une crise à l'autre chez le même individu, la posologie modulable de l'ébastine constituait déjà lors de sa commercialisation un vrai progrès thérapeutique.

Parce que la rencontre d'allergènes peut arriver dans des contextes très variables, l'association entre l'efficacité de la molécule, la maniabilité et l'acceptabilité que lui confère sa galénique originale apporte un nouveau progrès particulièrement apprécié par les patients et les médecins.

1. Frossard N et al. Activity of ebastine (10 and 20 mg) and cetirizine at 24 hours of a steady state treatment in the skin of healthy volunteers. *Fundam. Clin. Pharmacol.* 2000; 14:409-413.

2. ARIA. Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. À pocket Guide for Physicians and Nurses. 2001.

3. Roger A, Fortea J, Artés M, Montilla L. Acceptability and preference of fast dissolving tablet versus ebastine tablet placebo in regular consumers of oral antihistamines with allergic rhinitis. Abstract. IV Congress of Pharmaceutical Care, Nov 2005.

4. Roger A, Fortea J, Artés M, Montilla L. Attributes for preference of new fast dissolving tablet (FDT) formulation of ebastine in patients with allergy. Abstract. ISPOR Annual Congress, Nov 2005.

5. Roger A, Galván C., Jordi; Plazas F., Ma José; Heras N., Joan; Artés M.; Gabarrón H., Elia, Ebaflas Doctors Study. Barometer Survey for the Acceptance of a Fast Dissolving Tablet Pharmaceutical Formulation in

Patients, with Allergy. Satisfaction and Expectations. IV Congress of Pharmaceutical Care, Nov 2005. *International Market Research. Abstract 25*

* Extrait du dossier de presse. Allergie : du nouveau dans la prise en charge. Almirall SAS. Mars 2006

■ SPIRIVA*

Déjà commercialisé dans plus de 60 pays, le tiotropium, Spiriva® est désormais commercialisé en France.

Premier bronchodilatateur anticholinergique sélectif de longue durée d'action, Spiriva® est indiqué comme *traitement bronchodilatateur continu destiné à soulager les symptômes des patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive, BPCO.*

Issu de la recherche des laboratoires Boehringer Ingelheim France, Spiriva® est actuellement commercialisé par 2 sociétés : Boehringer Ingelheim France et Pfizer.

Spécifiquement développé dans la BPCO, Spiriva® en bloquant puissamment et durablement les récepteurs muscariniques M3 et avec seulement 1 inhalation quotidienne, permet une bronchodilatation efficace sur 24 heures et maintenu après un an de traitement.

Le large programme d'études cliniques incluant plus de 25.000 patients et évaluant l'efficacité et la tolérance du tiotropium a permis de montrer l'impact positif de Spiriva® sur la vie quotidienne des patients BPCO.

En effet Spiriva® améliore la dyspnée au repos et à l'effort et donc améliore la tolérance à l'exercice permettant ainsi une plus grande autonomie de ces patients au quotidien.

Une potentialisation des effets de la réhabilitation respiratoire a également été constatée.

Un effet bénéfique a été observé au niveau des exacerbations (réduction de 35%), notamment modérées et sévères, avec une réduction des hospitalisations (-32%) et ce quels que soient l'âge, la sévérité de la maladie et les traitements reçus, comme l'a démontré l'étude Mistral.

L'action de Spiriva® ne s'accompagne d'aucun effet délétère sur le transport muco-ciliaire. De plus, le faible passage systémique du tiotropium est gage d'une bonne tolérance, hormis une sécheresse buccale disparaissant avec la poursuite du traitement.

L'administration quotidienne de Spiriva® se fait grâce au HandiHaler®, dispositif d'inhalation mis au point spécifiquement pour le tiotropium par Boehringer Ingelheim.

Cet inhalateur de poudre assure une délivrance efficace du tiotropium quel que soit le flux inspiratoire du patient.

Remboursé à 65% par la sécurité sociale, Spiriva® est commercialisé en boîte de 30 gélules de poudre pour inhalation avec un HandiHaler®.

* D'après la conférence de presse Boehringer Ingelheim et Pfizer.

PROCES MEDICAUX EN FRANCE : vers une dérive à l'américaine ?

Vincent LAURENT*

La médecine, science parmi les sciences, accompagne l'être humain jusque dans son dernier soupir. Le célèbre écrivain Honoré de Balzac s'éteint dans la nuit du 17 au 18 août 1850. Victor Hugo a évoqué dans « Choses vues », avec une précision et une sobriété merveilleuse, sa dernière visite à son ami : « Il avait la face violette, presque noire, inclinée à droite, la barbe non faite, les cheveux gris et coupés court, l'œil ouvert et fixe. Je le voyais de profil et il ressemblait à l'empereur ». Est-ce exact (ou bien n'est-ce qu'une pieuse légende ?) on raconte que, dans le désarroi de ses pensées, il appelait Horace Bianchon le médecin à qui, dans sa comédie humaine il fait réaliser des miracles scientifiques. « Ah oui ! Je sais. Il me faudrait Bianchon, Bianchon me sauverait, lui ! ». Le médecin était alors considéré comme un véritable sauveur.

Mais la médecine a évolué et le médecin n'est plus aujourd'hui un notable hors d'atteinte. Il est, dans les faits, devenu un prestataire de services. Le patient prend lui, les traits d'un consommateur de soins.

La loi du 4 mars 2002 a posé le principe d'une responsabilité pour faute. Le patient victime doit rapporter la preuve d'une faute du médecin afin d'engager sa responsabilité.

Cependant, deux cas de responsabilité sans faute sont spécifiquement visés par la loi : l'accident causé par le défaut d'un produit de santé et l'infection nosocomiale. Dans ces deux cas, le patient n'a pas à prouver une faute commise par le médecin. Il lui suffit d'établir un lien de causalité entre le fait du médecin et le dommage. C'est une responsabilité objective ou de plein droit.

Il serait donc inexact de croire que l'objectivation de la responsabilité médicale serait totale contrairement à ce que certains ont affirmé. Selon eux, cette objectivation de la responsabilité, serait le prélude à une explosion des procès en responsabilité médicale comparable aux Etats-Unis. Nous contestons fortement cette affirmation. D'une part, depuis 2002, le nombre de procès médicaux est quasiment stable. D'autre part, les raisons d'une explosion éventuelle des procès médicaux en France ne seraient pas imputables à cette objectivation.

Aux Etats-Unis, il est vrai que le nombre de procès médicaux est très important. Mais il faut sortir d'un écueil qui consiste à attribuer à la responsabilité objective l'aug-

mentation croissante des procès. D'ailleurs, les Etats-Unis connaissent une objectivation similaire à celle des pays européens. Cette dérive américaine est notamment due au rôle joué par les avocats. Ceux-ci sont de véritables commerciaux. Ils exercent un travail de démarchage permanent auprès des victimes et sont rétribués en fonction de l'issue du procès. La victime n'aura donc rien à verser si son action en justice n'aboutit pas.

En France, ce système est interdit. Les pactes de *quota litis* sont prohibés. Il est vrai que les conventions d'honoraires sont permises (notoriété, difficultés rencontrées, frais exposés...). Certains avocats en abusent. Ils pratiquent des conventions d'honoraires au résultat. Mais la situation est loin d'être identique à celle des Etats-Unis. Les dérives doivent être fermement sanctionnées et tant que l'avocat français occupera plus la place d'un conseiller que d'un commercial, le nombre de procès médicaux ne devrait guère augmenter.

L'idée d'un règlement amiable des litiges permet également de penser qu'une dérive à l'américaine n'est pas envisageable. La loi a institué des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation que les patients ou leurs ayants droit peuvent saisir par préférence aux tribunaux. Ces commissions sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire. Elles comprennent vingt membres relevant de quatre catégories : représentants des personnes malades et usagers du système de santé, représentants des professionnels et des établissements et services de santé, membres de l'office, représentants des compagnies d'assurance. Des personnalités qualifiées complètent cette composition.

Une fois saisie, cette commission, doit rendre un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime de l'indemnisation, après avoir diligenté une expertise. C'est donc elle qui décide ce qui relève de l'indemnisation par la responsabilité médicale (assurance) et ce qui relève de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale (ONIAM). L'assureur, ou l'ONIAM, doit faire une offre d'indemnisation à la victime, dont l'acceptation vaut transaction. Si la victime refuse l'offre, elle peut saisir le juge compétent en vue de l'évaluation de ses préjudices.

Ce mécanisme d'indemnisation est très largement inspiré de celui mis en place par la loi du 5 juillet 1985 en matière d'accidents de la circulation.

Au vu de ce que nous venons de traiter, il apparaît clairement que d'une part, le rôle tenu par l'avocat et d'autre part, la volonté d'instaurer un règlement amiable des litiges, sont de nature à limiter (au moins pour un temps encore) les procès médicaux en France.

* Doctorant en droit privé, Université de Toulouse.

Chargé de travaux dirigés, Université Champollion, Albi.

Membre de l'association de recherche et de formation en droit médical, Toulouse.

LA SUPERSTITION

■ ANALYSE ET DERAPAGES

Dr Elie ATTIAS

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. Elle survit à travers les âges, séduit toutes les sociétés, toutes les cultures et toutes les religions. Le monde occidental en subit, depuis plusieurs années, une influence croissante. La nature humaine est ainsi faite. Elle est attirée par l'irrationnel qui lui plaît, qui la charme et qui la conforte souvent dans son quotidien. Mais, selon un proverbe chinois, « Il est difficile d'attraper un chat noir dans une pièce sombre, surtout lorsqu'il n'y est pas⁶ ».

Définition

Pour le Larousse : « la superstition est la déviation du sentiment religieux, fondée sur la crainte ou l'ignorance, et qui prête un caractère sacré à certaines pratiques et à certaines obligations. C'est une croyance à divers présages tirés d'événements fortuits ».

Pour Le Robert : « c'est un comportement irrationnel, généralement formaliste et conventionnel, vis-à-vis du sacré ; croyances et pratiques de nature religieuse, considérées comme vaines et contraires à la dignité de la raison humaine. (V. crédulité). Selon la personne qui l'emploie, le mot *superstition* s'oppose à la « vraie religion » ou à la raison critique ; il peut s'appliquer au fétichisme, à l'idolâtrie, à l'illuminisme, à la magie, à la mythologie, à l'occultisme, au spiritisme... La superstition est considérée comme une déviation, une perversion, une caricature de la religion. Le fait de croire que certains actes, certains signes entraînent, d'une manière occulte et automatique, des conséquences bonnes ou mauvaises (Cf. porter bonheur, malheur) ; croyance aux présages, aux signes heureux ou funestes ».

Pour le Larousse Philosophie : « du latin *superstitio*, de *superstare* "se tenir au-dessus", "surmonter", "dominer". En allemand, *Aberglaube*, du verbe *glauben*, "croire", et *aber*, "à l'envers". C'est une croyance irrationnelle au pouvoir et à la signification d'événements, de signes et d'actes contingents ».

Faits superstitieux

Cet inventaire a pour but de nous distraire. Un chercheur anglais aurait, dit-on, répertorié cinq cent mille superstitions. Sachez que l'objet n'est rien car, qu'est-

ce que la superstition, sinon d'attribuer à l'objet le pouvoir d'influencer la destinée d'un individu ou d'une collectivité ?

Ce qui « porte bonheur »

Toucher un bois en faisant un souhait ; trouver un trèfle à quatre feuilles ; accrocher un fer à cheval au-dessus d'une porte ; casser du verre blanc ; marcher du pied gauche sur une crotte de chien ; toucher le pompon rouge du béret d'un marin ; voir une coccinelle s'envoler ; voir un arc en ciel.

Ce qui « porte malheur »

Quand le treize du mois est un vendredi ; mettre des habits neufs un vendredi ; treize convives autour d'une même table ; placer le pain à l'envers sur la table ; renverser du sel sur la table ; croiser un chat noir la nuit ; passer sous une échelle ; offrir des chrysanthèmes ou des œillets ; poser son chapeau sur un lit ; ouvrir un parapluie dans une maison ; casser un miroir = sept ans de malheurs ; allumer trois cigarettes avec la même allumette. Celui qui voit des signes dans des événements quotidiens comme faire tomber son pain ou son bâton, ou croiser un cerf, tous ces signes étant considérés comme de mauvais augure. Si une maison vient d'être construite sur le site même d'une précédente habitation, le nouveau résident doit s'assurer que les portes et les fenêtres de la nouvelle maison sont à la même place que les anciennes, faute de quoi, « sa vie est en danger à cause des démons ou des anges ».

Les treize superstitions universelles⁷

Toucher du bois : cette superstition date de la Grèce antique et fait partie de ces préceptes superstitieux que la religion n'a pas réussi à déraciner. Les porte-bonheur en bois les plus efficaces seraient en olivier et/ou en cèdre.

Le vert : cette couleur marque le renouveau de la nature. Dans notre culture, le vert est censé attirer la malchance et le malheur ; plus particulièrement aux comédiens qui l'ont en phobie. Ce n'est pas le cas des américains qui l'ont choisi comme couleur du dollar, des musulmans

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

7. Pierre Canavaggio, *Du bon usage des superstitions*, La Table ronde, 1998.

pour lesquels le paradis d'Allah est vert, des footballeurs, des joueurs de golf, de rugby, de tennis, de ping-pong dont les terrains de jeu sont verts, etc...

Le 13 : inquiète ou rassure, selon les pays et les personnes. L'idée que le chiffre treize puisse porter malheur date de l'Antiquité. En France, ce chiffre serait plutôt bénéfique. En Italie, il porte malheur et en Angleterre, on se contente de ne pas se marier un treize. Aux Etats-Unis, la crainte du treize frôle la pathologie.

Le sel : symbole de la permanence, il est avant tout un conservateur. Dans la Bible, il est considéré comme le signe d'alliance avec Dieu. Le psychanalyste Ernest Jones écrit : « de tout temps, on a donné au sel une importance qui dépasse de loin ses propriétés naturelles ». Sept grains de sel dans le fond d'une poche préservent de la rencontre du diable un promeneur qui sort tard le soir. Si l'on renverse du sel sur une table, il faut, dans l'instant, en lancer une pincée par-dessus son épaule gauche pour conjurer le mauvais sort et aveugler, en même temps, le Diable. Il ne faut jamais passer une salière, de la main à la main, mais la poser à la portée de la personne qui l'a demandée.

Casser du verre blanc : porte bonheur, à la condition de ne l'avoir pas fait exprès. Si c'est le cas, autant de morceaux, autant d'années de bonheur.

L'échelle : sous laquelle il ne faut pas passer est une superstition que l'on retrouve dans toutes les civilisations. Elle est née d'un mythe égyptien qui faisait du triangle une figure sacrée, dans laquelle il était interdit de pénétrer.

Le fer à cheval : porte bonheur grâce au fer qui renforce celui qui le touche. Il protège du diable et porte bonheur à la maison et à ses occupants.

Coiffe : l'enfant qui vient au monde la tête coiffée d'une partie des membranes du fœtus pourra aller loin dans la vie parce qu'il est aimé et protégé des dieux.

Corde : la meilleure pour porter chance est la corde du pendu, à condition qu'elle soit de chanvre.

Aiguille : on n'offre pas une aiguille sans piquer la personne à qui on la destine avant de la lui donner. Sans quoi, on risquerait de se brouiller avec elle. Casser net une aiguille en cousant est le signe qu'il va falloir prendre une décision importante concernant sa maison.

Briser un miroir : entraînerait sept ans de malheur. Mais pour conjurer ce coup du sort, il faudrait ramasser les morceaux du miroir brisé, sans en oublier un seul, puis aller les jeter un par un, en les recommandant au diable, dans le lac ou l'étang le plus proche. Un miroir placé face à l'entrée, dans sa maison renverra le malheur d'où il vient.

Le mauvais œil : c'est la pire des malédictions. Elle est née au Moyen-Orient et on la retrouve, dès l'Antiquité, dans de nombreuses civilisations. On accorde à l'œil humain ce pouvoir de frapper les autres. Jeter le

mauvais œil, c'est « décharger avec son œil une substance invisible, immatérielle, maléfique sur qui on regarde pour lui nuire ». Cette tradition populaire, vivante encore aujourd'hui, a laissé des traces et a donné lieu à bon nombre de superstitions : on cherche par tous les moyens à contrecarrer les maléfices du mauvais œil. Pour protéger sa maison du mauvais œil, on plante un figuier devant. On porte le « nom divin » en médaillon, on offre des pendentifs représentant des poissons réputés pour leur fécondité et qui ne sont pas visibles dans la mer. Même dans le langage parlé, cette idée du « mauvais œil » a laissé des traces. Pour un esprit rationaliste, il ne peut s'agir que d'une superstition, les yeux étant le reflet de l'intelligence, des émotions et constituant un moyen de communication, on peut comprendre qu'un mauvais œil pourrait être animé de jalousie et d'envie et à l'extrême, ne pas tolérer l'existence de l'autre.

Autres superstitions

Cinq sur toi : chiffre de bénédiction représenté par la main de Fatma. Dans la *Guématria*, « numérologie » le « cinq » équivaut à la lettre hébraïque *hé* qui désigne le *Tétragramme*, le nom de Dieu.

Se déchausser : il ne faut pas marcher en chaussettes dans son appartement parce qu'on ne se déchausse que devant un mort.

Le fil : on ne coud pas directement un vêtement sur quelqu'un, à moins qu'il n'ait un fil dans la bouche, preuve qu'il est vivant.

L'eau : le verre d'eau renversé au moment du départ d'un proche est une pratique courante chez certains ; symbole de la vie spirituelle, l'eau est un signe de bénédiction.

Le poisson : signifie l'abondance, l'éveil spirituel. Néanmoins, la symbolique est claire : dépourvu de paupières, le poisson a constamment les yeux ouverts ; de plus, il n'est pas visible quand il se trouve dans l'eau ; de là, à faire du poisson, un antidote contre le mauvais œil !...

Inaugurer : certains ont l'habitude d'inaugurer leur maison en trempant leur main dans le sang d'un poisson et en la plaquant contre la porte ; ici, tous les symboles de protection sont réunis : poisson, cinq, rouge !

Le rouge : c'est la couleur qui symbolise la « rigueur divine » ; par extension, elle est censée protéger également du mauvais œil. Ce qui explique la présence du fil rouge autour du poignet, du ruban rouge dans les cheveux.

Les ongles : le méchant jette ses ongles, le bon les enterre et le pieux les brûle. Les ongles sont les extrémités du corps et on ne doit pas les éparpiller sous peine de causer du tort à autrui et aux femmes enceintes, notamment.

Le matelas : pour chasser les mauvais rêves, certains ont coutume de mettre un couteau sous le matelas ou sous l'oreiller.

Pourquoi allume-t-on ? La lumière d'une bougie ou d'une torche relève de pratiques païennes. Lorsqu'une personne est décédée elle permet d'évoquer sa présence dans le souvenir de ses proches. Lors d'un mariage, l'allumage d'une lumière accroît la joie et l'allégresse ; d'autre part, le mariage attire les démons et on ne laisse jamais seul un futur époux la nuit précédant le jour de ses noces, les esprits pourraient chercher à lui nuire. Lors d'un enterrement, la lumière représente l'âme ; la lumière des bougies et des cierges est censée éloigner les démons et les « mauvais esprits ».

La démonologie : est une réflexion mystique qui va se constituer peu à peu (- 586) et on ne tardera pas à voir en Satan le démon. Les démons apparaissent comme des anges déchus, éloignés de la cour céleste, incitant les hommes à faire du mal. Ils sont organisés en groupe sous l'autorité de Samaël, ennemi de Dieu, tentateur et ennemi du Bien. D'une manière générale, nous voyons pulluler les théories sur l'influence astrale, sur l'astrologie et sur la sorcellerie égyptienne. C'est un fait que la littérature apocalyptique laisse apparaître le désir de capter les forces secrètes de l'univers. Toujours est-il qu'une science d'incantations et d'exorcismes se développa et l'on finit par se persuader que la possession des noms des démons ou surtout des Noms divins permettait d'agir sur eux. Les rationalistes n'accordaient aucun pouvoir aux démons et n'éprouvaient aucune crainte à leur égard ; mais les gens du peuple pensaient et agissaient autrement.

Comprendre la superstition

La superstition court à travers les âges et elle survit toujours

C'est la foi que l'homme investit dans tel objet ou dans telle pratique car il supporte mal les incertitudes. Il a parfois besoin de la superstition pour calmer son anxiété, contrôler les événements de sa vie, ou du moins, s'en donner l'illusion. Nous la connaissons tous, plus ou moins, tout à fait naturellement, à des moments d'angoisse, de peur ou d'incertitude. L'opinion populaire accorde facilement un certificat de « bonne foi » à une personne qui avouait par ailleurs craindre les chats noirs ou ne pas vouloir passer sous une échelle. « 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 épreuves⁸ ». Mais lorsque la superstition nous pousse à conduire notre vie en fonction d'elle 'on entre alors dans le domaine de l'obsessionnalité, se rattachant alors, avec un certain fanatisme et une grande conviction, à des chimères'.

Bayle⁹ fonde sa dénonciation de la superstition sur le bon sens

La raison démontre évidemment que la superstition est fausse et qu'elle nous conduit à des conclusions absurdes et contradictoires.

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

« 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 superstition¹⁰ ». La superstition consiste principalement dans la croyance aux présages¹¹. Les hommes deviendraient superstitieux en raison de leur « extrême crédulité¹² » et de leur crainte face à l'avenir. Pour se rassurer et calmer cette inquiétude, ils vont alors imaginer les réponses les plus invraisemblables aux questions qu'ils se posent. Bien que ces réponses soient sans cesse démenties par les faits, 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.

L'homme superstitieux tente de supprimer 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 quelconque 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 ». Cela n'empêche pas d'ailleurs le superstitieux de continuer à y croire.

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

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

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

11. Désigne un signe grâce auquel on croit pouvoir deviner l'avenir. Spinoza montre ici comment se forment ces présages dans l'esprit de l'homme ; il s'agit d'une interprétation du présent à la lumière du passé pour tenter de deviner l'avenir.

12. La très grande facilité à croire qui caractérise le superstitieux.

*La personnalité du superstitieux*¹³

Selon une enquête publiée en 1950 sous la direction de Theodor W. Adorno, les superstitions constituaient des éléments de la « personnalité autoritaire ». Freud s'intéresse à la superstition dès 1901¹⁴. « Il pense à l'inverse du superstitieux puisqu'il admet le hasard extérieur et non le hasard psychique et reconnaît dans la superstition un élément de la pensée magique, qui exprime le narcissisme infantile dans la toute puissance des pensées¹⁵ ».

Plus on est tolérant, plus diminue la fréquence de la croyance aux horoscopes,¹⁶ observe le sociologue Guy Michelat. « 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. Ces situations voient également le développement de l'intolérance¹⁷ ». C'est ainsi que les individus, incapables de supporter un futur proche et imprévisible, dans un monde producteur d'anxiété, sont tentés d'abandonner leur liberté et de recourir à des conduites leur permettant d'échapper à la réalité. Leur liberté devient une charge difficile à supporter et se transforme en « liberté négative¹⁸ ». Le psychanalyste Erich Fromm interprète « ces fuites en avant dans les croyances délirantes et les superstitions, chez les Modernes, comme le symptôme d'une « peur de la liberté¹⁹ ». « 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 de la réalisation de son individu ; 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 ». Mais les voies de la délivrance illusoire sont multiples.²⁰

A propos des croyances

Dans les pays occidentaux tout particulièrement, deux faits majeurs vont permettre à la crédulité publique de prospérer : d'une part, le net recul des religions institutionnelles faisant place à des formes de « religiosité sans dieu²¹ », comme le souligne George K. Chesterton, « depuis que les hommes ne croient plus en Dieu, ce n'est pas qu'ils ne croient en rien, c'est qu'ils sont prêts à croire en tout²² » ; d'autre part, la révolte contre la modernité qui a fait perdre certaines illusions et beaucoup d'espérance. « Le progrès de la rationalité ne nous prévient pas de la barbarie ». 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.

Certaines sont visibles et identifiables lorsqu'il s'agit de superstitions, d'occultisme, de paranormal, de fétichismes, etc. ; d'autres, en revanche, sont déguisées et doivent être démasquées parce qu'elles peuvent être dangereuses. « La raison y est fragile comme démoralisée²³ ».

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 faut plutôt parler de *crédulité*, au sens qu'en donne le Littré : croire trop facilement²⁴. « Plusieurs sondages réalisés en France au début des années 2000 ont révélé une surprenante inclination des adolescents de dix-huit à vingt-quatre ans pour l'irrationnel en général. À plus de 52%, ils croiraient à l'existence de rêves prémonitoires ou à la télépathie ; 30 à 35% d'entre eux accorderaient du crédit à la prédiction des voyantes, aux tables tournantes ou à l'envoûtement. Un rapport officiel, réalisé au printemps 2004 par l'inspection générale de l'Education nationale tentait d'évaluer la montée d'une "demande" religieuse chez les jeunes scolarisés et qui correspond à une interprétation de plus en plus idolâtre et identitaire du religieux. Les adolescents ne demandent pas tant d'être informés sur le contenu spirituel des grandes traditions, mais réclament *le droit d'en afficher les signes*. C'est une approche fétichiste de la croyance, approche qui rabat en quelque sorte la foi vers la superstition. En France, on évalue à cinquante mille le nombre d'astrologues et de "voyants". Dans l'édition française, le

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

14. Psychopathologie de la vie quotidienne, 1901, Payot, Paris, 1960.

15. Totem et tabou, *OCP XI*, 1912-1913, pp. 189-385.

16. Michelat, 2003, p. 113.

17. Michelat, 2003, pp. 112-113.

18. Psychanalyste Erich Fromm dans son livre paru en 1941 (*Escape from Freedom*).

19. Fromm, 1963, p. 109.

20. Fromm, 1963, p. 10. Erich Fromm (1900-1980) fut l'un des représentants de l'École de Francfort (Jay, *passim*).

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

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

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

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

secteur regroupant les ouvrages d'ésotérisme et d'occultisme réalise à lui seul plus de 20 millions d'euros de chiffre d'affaires annuel. Ce chiffre progresse d'environ 10% par an. « Dans son ensemble, le marché des 'arts divinatoires' est estimé à 3,2 milliards d'euros ! Cette somme dépasse et de loin le chiffre d'affaires de toute l'édition²⁵ ». Dans une enquête publiée dans *Les Cahiers de chirurgie* à la fin des années 1980 et reprise par le magazine *l'Expansion*, le chiffre d'affaires des "voyants" français est évalué à quelque 3,5 milliards d'euros. Cette somme représentait, à l'époque, le triple des dépenses de consultations des médecins généralistes, et à peu près l'équivalent des crédits publics alloués, la même année, au ministère de la Recherche²⁶. On découvre désormais du "sacré" partout : des manifestations sportives aux concerts de rock²⁷ ». Cette demande de croyances ésotérico-magiques et leur consommation est beaucoup plus répandue chez les plus de quarante ans que chez les jeunes²⁸.

Certaines de ces croyances prolifèrent discrètement, derrière le masque du savoir et de la raison sur les terrains de la science, de l'économie, de la technique, de la politique et des médias, mettant ainsi en danger notre liberté de penser et notre esprit critique. Aujourd'hui, c'est sur l'internet que se déploie cette vaste 'encyclopédie' de la crédulité. « Pour la seule entrée 'occultisme', le moteur de recherche Google donnait au printemps 2005 plus de deux cent mille références disponibles. Pour l'entrée 'paranormal', cette quantité faisait plus que doubler pour atteindre quatre cent trente mille résultats. Les mots 'occultisme' et 'paranormal' totalisent un nombre de références supérieur à l'ensemble des livres – toutes catégories confondues – virtuellement disponibles en France²⁹ ». 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'achat³⁰ ». Comme pour l'économie et la technoscience, le médiatique produit aussi de la croyance en continu. 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 scientifique enfin mérite d'être protégée de la déraison qui, quelquefois, l'imprègne. Nous voilà donc imprégnés de cette vieille notion d'idolâtrie où il y a comme une « désintégration de la personne humaine³¹ ». D'après Le Robert, l'idolâtrie est un culte rendu à l'image d'un dieu comme si elle était le dieu en personne. L'idole est une image représentant une divinité (figure, statue) qu'on adore comme si elle était la divinité elle-même ; elle pourrait être en bois, en pierre, en or..., à forme humaine ou animale. Elle peut également être une personne ou une chose, l'objet d'un

amour passionné, d'une sorte d'adoration, de dévotion, de culte.

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'occasion³² ». 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, hélas, sans écho.

La superstition est l'ennemi des religions monothéistes

« La superstition est plus injurieuse à Dieu que l'athéisme³³ ». Mais bien qu'elle soit assez mal vue des autorités religieuses, rien ne l'empêche d'aller bon train. Certaines coutumes sont encore vivaces, alors qu'elles ont été stigmatisées comme superstitieuses. La frontière est parfois très floue entre une coutume religieuse et une superstition et certains taxent de superstition ce que d'autres appellent religion. Le même acte peut parfois avoir une valeur religieuse ou superstitieuse : « le religieux embrasse un morceau de pain qui vient de tomber pour honorer Dieu ; le superstitieux accompagne le même geste pour se protéger ». La superstition serait donc un glissement du sentiment religieux où, un instant idolâtre, l'homme ne chercherait plus à servir Dieu mais seulement lui-même.

Pour les Chrétiens

L'idolâtrie est un péché par superstition allant à l'encontre du premier commandement et de l'adoration

25. Mohammed Aïssaoui, *Le Figaro*, 30 décembre 2004.

26. Chiffres cités par Frédéric Méridien, *Ma sorcière bien-aimée : spirites et magiciens*, Hermé, 1991.

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

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

29. *Ibid.*

30. *Ibid.*

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

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

33. Denis Diderot, 1713-1784, *Pensées philosophiques*.

divine. Défini par la bulle pontificale *Gratia Divina*, l'idolâtrie est la croyance, l'enseignement ou l'observation d'un culte, la vénération d'une idée, d'une pratique, d'une superstition, d'une personnalité vivante ou décédée qui ne relèvent pas de la foi catholique ou admise par elle. Idolâtrer quelque chose, c'est s'en occuper de façon immodérée jusqu'à négliger Dieu, considéré par le catholicisme comme seul digne de culte. Les catholiques romains et les églises orthodoxes citent l'œuvre de St Jean de Damas « Discours sur les images » pour justifier l'usage d'icônes. St Jean admet que la représentation du Dieu invisible est une faute mais que lors de l'incarnation où « le Verbe s'est fait chair³⁴ », le Dieu invisible est devenu visible et qu'en conséquence il est permis de représenter Jésus Christ. Les catholiques modernes ne pratiquent généralement pas la prostration ou le baiser d'icônes, et de plus, le Concile Vatican II a recommandé la modération dans l'utilisation d'images. La plupart des groupes protestants évitent l'emploi d'images dans tout contexte proche de la vénération.

Pierre-André Taguieff fait cette remarque : « alors qu'elle est censée, en principe, avoir mis fin aux pratiques de magie et de sorcellerie, la croyance au dieu transcendant du christianisme s'est montrée souvent compatible, chez tel personnage ou au sein de tel groupement religieux, avec les croyances au paranormal et à l'astrologie, avec le spiritisme ou l'occultisme, une prolifération de croyances "irrationnelles" aux frontières du religieux institutionnel, mais surtout à l'extérieur de celui-ci³⁵ ».

Selon l'Islam

L'idolâtrie qui consiste à adorer d'autres dieux qu'Allah est le premier péché³⁶. C'est ainsi que l'islam proscrie l'idolâtrie et le polythéisme. La plupart des branches de l'islam interdisent toutes les représentations artistiques figurées de la personne humaine, y compris celles de Mahomet, en les qualifiant de *shirk*, dont le sens originel est « association ». D'où, l'interdit d'associer un autre être au Dieu unique, Allah, qui s'apparente à l'idolâtrie. De plus, les images de Dieu ou sa représentation sont totalement bannies imposant un monothéisme absolu.

Judaïsme et superstition sont antinomiques

Car le judaïsme conçoit l'omniscience divine alors que la superstition tente d'influer sur « les forces de l'au-delà » à travers des pratiques complètement étrangères à sa spiritualité. On est alors conduit à considérer qu'il y a là la marque d'un manque de confiance en Dieu et on verse dans l'idolâtrie. C'est entre leurs mains que les hommes tiennent leur destin, Dieu leur ayant laissé le

libre-arbitre. La Loi biblique rappelle constamment l'interdit de l'idolâtrie, notamment dans le deuxième des dix commandements : « tu n'auras pas d'autre Dieu que moi ; tu ne te feras pas d'idole, ni de représentation quelconque de ce qui est en haut dans le ciel, de ce qui est en bas sur la terre ; tu ne te prosterner pas devant elles et tu ne leur rendras pas de culte » (*Ex. 20,3-5*). L'idolâtrie consiste à prendre pour objet de foi quoi que ce soit ou qui que ce soit qui ne soit pas Dieu lui-même, en tant que créateur du monde. Elle nie la liberté de l'homme. La Bible interdit « celui qui use de charmes ou de sorcellerie, qui opère un enchantement, qui consulte un esprit ou un oracle, qui interroge les morts³⁷ ». Certains prophètes dénoncent aussi la superstition. Ainsi Jérémie déclarait : « quant à vous, n'écoutez pas vos prophètes, vos devins, vos songeurs, vos astrologues, vos sorciers³⁸ ».

André Neher, dans « le silence de l'idole », se demande comment aborder l'idole sinon par le rire ? C'est ainsi que la parade biblique, en face de cet arsenal de jouets d'un sou est l'ironie. Il s'agit de ces innombrables divinités qui usurpent le divin : « l'idole a une bouche mais ne parle pas, des yeux mais qui ne voient pas, des oreilles mais qui n'entendent pas³⁹ ». Isaïe s'appuie sur la psychologie de l'idolâtre qui ne se rend pas compte du scandale qu'il y a à entrer dans cette image, dans cette idole que l'homme ne se contente pas de fabriquer, mais qu'il domine et qu'il dirige au gré de ses caprices.

Les dérapages de la superstition

Le mythe moderne du complot

Pierre-André-Taguieff explore et analyse le mythe moderne du complot et de ses interférences avec le champ, aux frontières floues de l'ésotérisme ou de l'occultisme⁴⁰. 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 - conquérir, dominer, contrôler - fait intervenir la « peur paranoïaque d'une conspiration » et constitue une machine

34. *Jean 1 :14*.

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

36. *Sourate 4.48*, 137 ; *sourate 47.34*.

37. *Deutéronome*. 18, 19-11.

38. *Jér.* 27,9.

39. *Ps. 115 :5-7*.

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

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 ».

« Une enquête publiée en 1987 par le magazine américain *Omni*⁴¹ établit 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 ovnis⁴². Deux sondages montrent une nette augmentation de la proportion des personnes disant avoir eu un contact avec un défunt : 27% en 1973, 42% en 1987. La thèse du complot politico-militaire se rencontre dans de nombreux résultats de sondages réalisés au Canada et aux Etats-Unis, notamment à partir des années 1990. En 2005, un sondage réalisé à l'initiative de CNN établit que 80% des Américains croient que leur gouvernement est entré en relation avec des extra-terrestres, mais qu'il dissimule les contacts. Dans l'enquête effectuée en France par la Sofrès en janvier 1993, 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-terrestres⁴³ ».

« Remarquez que les temps les plus superstitieux ont toujours été ceux des plus horribles crimes⁴⁴ ».

Le réenchantement du monde

Pierre-André-Taguieff rapporte également une hypothèse qui permet d'interpréter, aujourd'hui, cet attrait pour les croyances ésotérico-magiques : celle d'un réenchantement⁴⁵ du monde. « Les esprits humains ont le vertige du mystère. Le mystère est l'abîme qui attire sans cesse notre curiosité inquiète par ses formidables profondeurs⁴⁶ ». Ce constat nous conduit à une exploration de ce qu'il faut appeler aujourd'hui le 'bazar de l'ésotérisme'. Cette littérature « grand public » expose au grand jour des « secrets » soigneusement protégés, éclairant le lecteur inquiet sur les « puissances occultes » censées diriger la marche de l'Histoire, qui ont des intentions mauvaises et qu'il s'agit d'identifier et de débusquer⁴⁷. Ce réenchantement par le fantastique nous plonge dans l'illusion, consolante ou désolante. Pascal avait noté l'essentiel : « rien ne peut nous consoler, lorsque nous y pensons de près⁴⁸. »

Il est trop facile, reprend Pierre-André Taguieff, de mettre en cause les « marchands de spirituel sans scrupules⁴⁹ » 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 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 noir⁵⁰ ».

Mais il nous faut croire à quelque chose malgré tout⁵¹

Souligne Jean Claude Guillebaud car nulle société humaine ne peut vivre durablement dans la dérision ou la raillerie. Le fait de croire est constitutif du principe d'humanité et chaque homme a besoin d'une foi minimale pour accéder à sa propre humanité. « Ne croire rien, ou croire tout, sont des qualités extrêmes qui ne valent rien ni l'une ni l'autre » écrit Pierre Bayle⁵².

La croyance est aussi relationnelle car dans la vie quotidienne « il n'y a pas de communication possible, pas la moindre conversation si je ne crois pas ce que l'autre est en train de me dire⁵³ ». Pour Emmanuel Lévinas, « 'croire', n'est pas un verbe qui doit être employé à la première personne du singulier⁵⁴ ». Pour Y. Leibovitz, la volonté est ce qui permet de distinguer la croyance du savoir rationnel. « Alors que la foi est une décision, le

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

42. Boy/Michelat, 1993, pp. 209-211.

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

44. François-Marie Arouet dit Voltaire, 1694-1778, *Dictionnaire philosophique*.

45. Se soumettre à un pouvoir magique.

46. Lévi, 2000, p. 681.

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

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

49. Vernet, 2002, p. 125.

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

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

52. Pierre Bayle, *Réponse aux questions d'un Provincial*, chap. XXXIX.

53. Jacques Ellul, *Islam et Judéo-christianisme*, op. cit., p. 62.

54. Emmanuel Lévinas, « De la phénoménologie à l'éthique », entretien accordé à Paris en 1984 à Richard Kearney, *Esprit*, juillet 1997, p. 126.

rationalisme est une méthode de pensée⁵⁵. » Cela signifie que la croyance est un choix préalable.

Il nous faut donc réapprendre à croire. L'enjeu est immense. Si la rationalité ne doit pas être combattue au nom de l'irrationnel, comme on le voit faire trop souvent aujourd'hui, rappeler à la science et à l'économie qu'elles sont tributaires de croyances, voire de superstitions, ce n'est pas les combattre, c'est les ramener à leurs propres principes et, donc, les protéger contre elles-mêmes. « La raison, pour Gaston Bachelard, ne devrait pas être aveuglée par ses propres croyances ».

« Aujourd'hui, l'un des modèles de la raison qui semble prévaloir chez nombre de philosophes de notre temps, c'est une raison critique, une raison communicationnelle, une raison qui se défie précisément des vérités toutes faites et qui met davantage l'accent sur la dimension argumentative, intersubjective, la dimension de discussion⁵⁶ ». Ce concept fréquemment évoqué conclut Jean Claude Guillebaud est celui de « la "rationalité élargie" qui consiste à enrichir la rationalité, en partant du principe qu'aucun acte humain ne peut être compris si l'on s'en tient à une seule de ses dimensions. Pour cette raison, le croire humain, qu'il soit politique, idéologique ou religieux, exige un apprivoisement perpétuel, une interrogation consentie sous le regard de l'autre. La vraie conviction n'est pas magique mais construite ».

■ D'où vient que la superstition ne meurt point ?

Laurent PIETRA*

C'est une opinion assez commune que de considérer la croyance ou la religion des autres comme une superstition - ce qui la fait ressembler à une sorte d'hydre ; on a toujours de bonnes raisons de croire qu'on est exempt de superstition. Aussi entend-on par superstition plusieurs choses : bien souvent, la religion des autres nous semble être un ensemble de rites dépourvus de sens, et c'est ce genre de comportement ritualiste, formaliste que l'on dénigre par le vocable de superstition ; il s'agit de la croyance en une causalité irrationnelle, surnaturelle, comme si les choses étaient disposées pour nous, par un destin ou par une providence, où se manifesteraient des signes dont il faut tenir compte pour y adapter notre conduite ; très généralement, elle relève d'une croyance aux esprits, d'influences occultes, invisibles qui se révè-

lent clairement après coup, dit-on. Le superstitieux avoue, avec sa superstition, comme une faute, mais une faute qu'il vaut mieux commettre ; car on regrette le ridicule de notre comportement, tout en se persuadant que notre comportement influence favorablement la suite des événements - cela ne coûte rien de ne pas passer sous une échelle... Nous agissons suivant les signes envoyés par un univers ordonné où nous avons notre place et notre comportement devient un de ces signes au sens caché nous inscrivant dans un univers fait pour nous - pour notre malheur ou notre bonheur.

Une telle conception de l'univers, d'un ordre cosmique est aujourd'hui passablement abandonnée ; d'où vient alors que la superstition ne meure point dans le temps même où elle semble s'être considérablement affaiblie. Pour tenter de comprendre cela, il nous faut remonter non seulement un peu avant les Lumières qui combattirent si farouchement la superstition et qui imprimèrent si fortement le sentiment moderne à ce sujet, mais aussi à l'origine de la notion de superstition en examinant la distinction romaine entre *superstitio* et *religio*. La question de la superstition a donc beaucoup à voir avec la façon dont on interprète l'évolution du fait religieux, et pas seulement avec la marche triomphale de la Raison qui fait sortir l'homme de l'âge mythologique vers un âge scientifique par l'entremise d'un âge théologique - âge scientifique où les religions disqualifiées se survivraient sous la forme de superstitions aisément explicables par l'analyse de quelques mécanismes psychologiques.

Tout d'abord, nous établissons une séparation entre superstition et religion, mais celle-ci, loin d'être naturelle, met en évidence notre héritage latino-chrétien. Quand bien même considérerions-nous le christianisme comme une superstition, c'est par le christianisme que nous fut transmise cette opposition entre vraie religion et superstition et que fut définie pour nous la religion ; plus précisément, comme l'a montré Maurice Sachot, c'est Tertullien, en 197, dans son Apologétique, qui applique au mouvement chrétien les catégories de l'antique religion romaine.

Pour Tacite, Pline le jeune ou Suétone, c'est le mouvement chrétien qui est une superstition nouvelle, déraisonnable, funeste, malfaisante. Même si la *religio romana* n'a pas d'équivalent, chaque cité a sa propre religion, comme le dit Cicéron. Les conquêtes romaines s'étendant constamment, il faut donner un statut aux religions des peuples conquis en romanisant les dieux,

55. Yechayahou Leibovitz, « Une morale sans universel », entretien avec Llana Cicurel, présenté par Alex Derczanski, Esprit, novembre 1994, p. 63-67.

56. Jean Michel Besnier, « La raison et la quête contemporaine de l'unité », in *L'Irrationnel, menace ou nécessité*, op. cit., p. 122.

*Professeur de philosophie

les cultes étrangers et en y distinguant ce qui est légitime de ce qui est illégitime. Ainsi les religions étrangères sont légitimes dans la mesure où elles ont une base institutionnelle, comme système politico-religieux - ce qu'est la religion romaine, religion d'empire. Pour les Romains, du fait de la Diaspora et tant qu'il existe un établissement politique juif, existe le statut de *religio iudaica*; mais dès lors que ce dernier est aboli, le mouvement chrétien ne peut être qu'une survivance religieuse méprisable : une *superstitio* - substantif qui vient du verbe *superstare* ; "est dit *superstes* celui qui, par rapport à un événement, soit lui a survécu, soit y a assisté et, donc, peut en être témoin". La superstition, c'est la religion illégitime, car la religion a ou est un fondement institutionnel; la *religio romana* est une attitude de "respect scrupuleux envers l'institué" - *religere* ("se recueillir") est, comme le souligne Emile Benvéniste, la racine du terme *religio* qui a le sens de "scrupule". Elle "donne force aux institutions et en garantit la durée, par ce lien, par cet attachement du citoyen à respecter les institutions de sa cité" - on retrouvera très notablement ce trait dans la religion civile des philosophes modernes qui tentent de fonder un contrat social. Les rites et les pratiques personnelles "qui ne sont que les survivances d'un système politico-religieux qui n'existe plus" ne sont que des superstitions. *Religio* et *superstitio* sont à comprendre à partir des institutions latines: la première signifie "l'engagement du citoyen à servir sa cité", la deuxième peut "représenter une contestation de la légitimité des institutions romaines" - ce qui sera la source du martyr chrétien. Pour les Romains, ceci représente la spécificité et la supériorité de leur civilisation par rapport à celle des autres.

Comment le christianisme est-il alors devenu religion ? Le christianisme naissant d'un judaïsme hellénisé va d'abord se déterminer comme école philosophique (*haireisis*), comme la philosophie qui surpasse toutes les écoles ; il est "la seule philosophie sûre et appropriée", puisqu'il s'agit d'une vérité absolue, d'une vérité révélée. D'un point de vue romain, cela ne change rien à l'appellation de superstition du mouvement chrétien, car relever de la vérité philosophique ne procure aucun statut institutionnel dans le cadre latin - la réflexion philosophique latine, stoïcienne par exemple, sur la nature des dieux, fait bien partie de la religion mais ne la définit pas. L'expansion du christianisme dans la société romaine va conduire celui-ci à se glisser dans le cadre de la religion romaine et à en modifier la définition. Le retournement s'opère avec Tertullien qui affirmera que le christianisme est religion et l'antique religion romaine, superstition. La religion des Romains en devenant la religion chrétienne n'est plus alors seulement une réalité institutionnelle mais devient aussi une doctrine, une foi ; de même, la définition hellénistique

du christianisme évolue de la doctrine, de la vérité révélée vers l'institution, le système politico-religieux - dont le grand penseur sera saint Augustin avec sa Cité de Dieu ; l'Eglise catholique sera effectivement cette sorte d'empire romain chrétien, où le pape n'est pourtant pas empereur mais autorise le pouvoir temporel des princes, où le représentant du Christ est *pontifex maximus*, souverain pontife, titre initialement païen. Toutes les autres religions deviennent alors des superstitions, de même que toute autre philosophie que la philosophie chrétienne devient superstition - d'où sans doute notre difficulté, encore aujourd'hui, à classer ou à étudier sérieusement, par exemple, le bouddhisme... religion ou philosophie ?

On voit ici que ce n'est pas la psychologie qui permet de comprendre une évolution historique où les religions deviendraient ce qu'elles ont toujours été, c'est-à-dire des superstitions ; c'est plutôt l'histoire qui nous permet de comprendre notre psychologie au sujet de la superstition. La culture européenne pose toujours ce qu'elle croit, ce qui fait autorité en opposition à une superstition. La culture européenne, comme l'a bien montré Rémi Brague, est faite d'une succession de renaissances où l'Ancien est relu, renouvelé ; or cette opération n'est possible que si l'on fait le tri entre ce qui fait toujours autorité dans l'ancien et ce qui y est caduque, ce qui survit mais qui ne devrait pas - on ne peut qu'inviter ici à relire les magistrales *Considérations inactuelles* de Nietzsche. Notre culture suit en cela "la voie romaine"(par exemple, les Romains font leur la culture grecque, mais rejettent la politique des cités grecques incapables de faire de la loi un pacte entre des peuples, entre des groupes).

La superstition et sa condamnation récurrente correspondent donc au type de rationalité développé dans la civilisation européenne, dans le sillage de la civilisation romaine : la raison, la rationalité a toujours besoin de se poser en s'opposant à une superstition - et ce n'est pas seulement le cas de la rationalité définie par les philosophes des Lumières.

On comprend ainsi que la superstition ne meure pas, mais il nous reste à discerner pourquoi elle s'affaiblit - les différentes religions ont perdu leur rôle, leur importance sociale (la preuve en est qu'elles cherchent à les reconquérir) et devraient devenir des superstitions au sens romain ; pourtant toutes les confessions s'opposent violemment aux superstitions, aux bricolages des croyances "New-Age", et rivalisent philosophiquement pour prouver leur parfaite rationalité. Comme nous l'avons vu, superstition et religion sont intimement liées, par leur opposition même. Il ne peut y avoir de différence entre croyance raisonnable et croyance déraisonnable que s'il y a une croyance. Abandonner la croyance raisonnable conduit à abandonner la déraisonnable. La

croissance superstitieuse s'affaiblit donc lorsque la croyance religieuse s'affaiblit ; la croyance religieuse s'affaiblissant peut toujours donner lieu à une nouvelle superstition, mais c'est une illusion d'optique de croire que l'affaiblissement des religions augmente significativement les superstitions - les effets sont certes plus visibles (comme dans le cas des sectes), mais leur caractère spectaculaire ne leur donne pas automatiquement une importance statistique.

Il nous semble que l'affaiblissement de la croyance religieuse connaît deux moments principaux (il faudrait sans doute examiner aussi les conséquences des guerres de religion et de la "découverte" des Amériques) : le premier, au Moyen-Âge, consiste dans une rationalisation philosophique radicale du monothéisme avec la théologie négative, dont l'artisan est Maïmonide ; le deuxième, au XVII^e siècle, avec la révolution scientifique galiléenne-cartésienne, qui conduit à l'abandon du grand édifice chrétien de la scolastique.

Le premier moment qui produira des effets déterminants pour la naissance de notre modernité (laïque, areligieuse, agnostique) est paradoxalement un moment religieux. Un philosophe juif, Maïmonide, cherche à opérer une synthèse définitive entre la raison et la foi, entre la pensée philosophique grecque et les lois de Moïse. Maïmonide prend tellement au sérieux la transcendance divine, qu'il cherche à évacuer tout anthropomorphisme dans la conception de Dieu. Si Dieu a fait sortir son peuple d'Égypte d'une main puissante, une main puissante appartient à un homme et non à un Dieu transcendant ; il doit donc y avoir une interprétation allégorique, rationnelle de cela. Or, les anthropomorphismes fourmillent dans la Bible, c'est donc tout le texte biblique qui doit être lu de façon allégorique, rationnelle. Le Dieu du monothéisme devient alors absolument transcendant, on ne peut en parler que de manière négative, par la négation de ce qu'il n'est pas : il est erroné de dire que Dieu est puissant (anthropomorphisme), il est *non-faible* (négation de la privation) ; d'où le nom de théologie négative.

Les théologiens chrétiens reprendront eux aussi cette conception, l'incarnation de Dieu ne le rendant pas moins mystérieux - Dieu est-il puissant ? Il semble que oui, puisqu'il s'est incarné en un homme ; mais il semble aussi que non, puisqu'il a vécu parmi nous en serviteur et non en maître. La radicalisation de la transcendance d'un Dieu déjà unique rationalise à l'extrême la croyance et "désenchante le monde" ; que Dieu soit absolument transcendant ou qu'il se concentre en une seule vie humaine et c'est tout le monde des influences occultes, des esprits, en somme le monde de la superstition qui s'efface - ce thème est illustré dans la littérature récente par Tolkien dans ses célèbres ouvrages avec le départ des elfes.

Le deuxième moment, tout le monde en somme le connaît. C'est avec Galilée que quelque chose de déterminant pour la modernité a commencé ; cependant, ce quelque chose est bien peu souvent cerné, car on ne retient de lui que le fait que la Terre tourne. Comment cela pourrait-il affaiblir si gravement la croyance religieuse et plus précisément la foi chrétienne, et détruire le ressort de toute superstition ? D'autant que l'on sait que Galilée n'est pas le représentant de la Science face à l'Église obscurantiste : ses travaux étaient une commande papale et il était un chrétien sincère. On se trompe en croyant que la grande idée galiléenne est le mouvement terrestre - alors même que tout un chacun sait que cette idée est copernicienne. La grande découverte galiléenne est la relativité de tout mouvement physique : la Terre ne tourne pas plus qu'elle ne tourne pas, encore faut-il dire par rapport à quoi elle tourne pour pouvoir dire qu'elle tourne. Par rapport au Soleil nous tournons, par rapport à la Terre, nous ne tournons pas. En quoi le concept de relativité a-t-il un effet si délétère sur toute croyance ? Cela ne saute pas aux yeux ! On peut d'abord souligner que la Terre n'est plus au centre du monde : tout l'édifice construit depuis Aristote peut alors s'effondrer ; les êtres naturels ne peuvent plus être définis comme ce qui a son principe de changement en soi-même : la Terre ni ne tourne ni n'est immobile parce que ce serait dans sa nature, mais elle tourne parce que son mouvement est relatif au Soleil - même si Galilée croit encore que le mouvement inertiel est circulaire. Il n'y a que quelques décennies de Galilée à Newton, et déjà pour les premiers galiléens comme Descartes, il n'y a qu'un seul monde régi par les mêmes lois, les lois de la physique, les lois mathématiques. C'en est fini des univers étagés, peuplés d'esprits, d'un ordre cosmique centré sur la Terre et donc sur l'homme. Le monde céleste n'est plus un monde divin, où la matière dont sont faits les astres serait incorruptible (le fameux cinquième élément, la quintessence des alchimistes). La théologie chrétienne avait intégré dans un même système les vérités de foi et les vérités philosophiques, la métaphysique et la physique d'Aristote (la philosophie de saint Thomas d'Aquin est d'ailleurs toujours la philosophie officielle de l'Église catholique) : remettre en cause le système du monde de Ptolémée, les principes d'Aristote, c'est en même temps rendre douteux les dogmes religieux. Il faut alors insister sur l'atteinte grave que l'idée de relativité fait subir à toute forme de croyance : si mes sens me disent que je suis immobile et que le Soleil tourne autour de nous, alors que nous tournons autour du soleil, la vérité, la science ne peuvent plus être fondées sur la certitude sensible, sur les évidences de la perception. Or, la religion me demande de croire des témoins, des prophètes qui, même s'ils croient sans avoir vu, croient être en

relation avec Dieu, sentent, éprouvent cette relation. La présence divine ou spirituelle n'est certes pas de l'ordre du concept - où alors une démonstration suffirait pour convertir. La foi est quelque chose qui s'éprouve. Comment croire ce qui s'éprouve lorsque mon immobilité qui est évidente nous conduit à des idées fausses. Si je ne peux plus croire mes propres perceptions, comment croire à ce qui n'est pas évident, à ce qui relève de la foi. On ne peut plus guère trouver de causes surnaturelles à des effets visibles ; l'inexpliqué n'est plus inexplicable rationnellement on le rapporte avec plus de vraisemblance à la limitation provisoire de nos connaissances scientifiques. Les progrès constants de la science et la succession des révolutions scientifiques finissent par nous habituer à des vérités provisoires qui ne laissent plus de place à une vraisemblance de certaines croyances ou superstitions. Les explications irrationnelles pour les choses inexplicables ne nous paraissent plus valables, elles sont pour nous plus semblables au faux qu'au vrai. La croyance pour être vraisemblable doit être telle que, tout en pouvant douter d'elle, nous ne puissions y contredire : ce qui peut être contredit est semblable non au vrai mais au faux. Les religions et les superstitions ont tellement été contredites depuis quelques siècles que nous accordons l'autorité à la démarche scientifique. Les religions pour se maintenir doivent constamment montrer leur caractère raisonnable et les superstitions sont contredites de façon péremptoire par le discours scientifique - fantômes, astrologie, voyance...

Comme le dit Spinoza dans une de ses lettres à Hugo Boxel, "de ce que les sciences divines et humaines sont pleines de litiges et de controverses, on ne peut conclure que tous les points qu'on y traite soient incertains. [...] Pour ce qui est des spectres et des esprits je n'ai jusqu'ici entendu parler d'aucune propriété intelligible qui leur appartînt mais seulement de caractères à eux attribués par l'imagination et que nul ne peut comprendre."

La superstition peut toujours renaître : d'une part, elle se constitue par le rejet d'anciennes vérités que certains tentent de faire revivre en les réorganisant d'une nouvelle façon - la crédulité humaine n'aura sans doute jamais de fin - ; d'autre part, il faut bien noter que beaucoup de gens ne sont pas suffisamment éduqués, ou d'une manière insatisfaisante ; surtout dans nos sociétés où on attend une maîtrise toute extérieure des sciences et techniques, sans compréhension de leur sens - le sens n'est en général rien de rentable. L'absence d'éducation ou une éducation mal conçue et la nécessité d'abandonner des idées longtemps crues vraies fourniront toujours les bases suffisantes aux croyances superstitieuses. La bêtise humaine dépendra toujours de la détermination que l'on aura de la combattre.

■ Superstition et hiérarchie

Nicolas SALANDINI*

« La superstition ne semble autre chose qu'une crainte mal réglée de la divinité » confiait à ses lecteurs de « caractères » l'immense La Bruyère. Telle est sans doute une des visions les plus justes et épurées portant sur ce thème de l'illusion transmissible, sur cette horreur d'aveuglement, cette croyance impie, *superstition*. N'importe quel lecteur de dictionnaire abrégé pourra d'ailleurs en lire le contenu obscur agrémenté des quelques références à vocation d'instruire cette inénarrable crainte de cet irrationnel ténébreux, *notre* archaïsme.

Si La Bruyère a raison c'est que la superstition est bien cette déviation du divin. Elle émet un mensonge sur la nature et les signes du sacré et rompt l'impénétrabilité des voies d'un *au-delà* en y introduisant ainsi l'origine de codes purement humains. Or, c'est bien en ce point précis d'un infléchissement du lien de l'homme à ses mythes que se construit l'ampleur de ces erreurs pérennes. Quoi de plus décriées pourtant que cette matière du leurre, que cette poudre aux yeux du naïf, cette texture opaque dont la surface porte déjà le discrédit. L'aveu de ses propres superstitions ne semble-t-il d'ailleurs ne pouvoir se dispenser d'une certaine raillerie de soi, d'une complaisance vainement repentie de ses tendances primitives et honteuses. Qui de ce fait, se disant superstitieux, ne verrait en cette affirmation une occasion rêvée de se moquer de soi, de sa crédulité, de ses faiblesses et manques ? C'est donc ailleurs que dans l'évidente tromperie qu'il faudrait trouver non seulement la racine mais l'activité de nos superstitions. Celles-ci paraissent souvent trop évidentes à qui se pense lucide ou honnête vis-à-vis de ses mythes ou croyances.

Nous aimerions en ce sens proposer une esquisse de la superstition d'après sa propension à se fonder sur le présupposé d'une relation hiérarchique. La superstition se définit en effet d'après son rapport à un espace mis à distance, en ce sens repoussé, rabaissé, maintenu en un domaine d'occultation. Le mot lui-même, en son étymologie trahit ce projet à peine masqué d'assujettissement et de soumission. Celui-ci vient en effet de la formule latine *superstare* voulant dire *se tenir au-dessus*. Or c'est bien là, comme en son émergence même, que se tient précisément le fond de son projet. La superstition est un mode de propagation du sens reposant précisément sur l'impossibilité de dialoguer avec son fond. C'est-à-dire qu'elle met ainsi en regard

*Doctorant en philosophie

mais non en lien deux espaces distincts parce que séparés en ceci qu'elle se tient précisément au dessus et se dicte sans retenue ni question. Son contenu nous vient d'une instance supposée supérieure au sens où *elle se tient au-dessus*. Elle est dogmatique et aussi loin des lumières de la raison qu'elle s'établit sur le voilement de son fondement.

Dans un très beau texte intitulé *L'image-le distinct*, Jean-Luc Nancy distingue l'espace du « sacré » du « religieux » et place ainsi l'image sous l'égide du sacré, c'est-à-dire du sacrifice. « Or le sens de « sacré » ne cesse en effet d'être confondu avec celui de « religieux ». Mais la religion est l'observance des rites qui forme et qui maintient un lien (avec les autres ou avec soi-même, avec la nature ou avec une surnature). La religion n'est pas, de soi, ordonnée au sacré. (Elle ne l'est pas non plus à la foi, qui est encore une autre catégorie. »⁵⁷ Il y a en effet un hiatus entre le domaine de l'institution religieuse et la verticalité d'une image sacrée parce qu'en rupture. L'image n'est pas à proprement parler la chose mais ce qui s'en détache. Elle est en quelque sorte ce qui de la chose tirera la secrète puissance et portera ainsi à même la surface d'une distinction la force d'un *déchaînement*. Nous ne rejoignons pas là pour autant le projet d'un éloignement fictif ou d'une mise à distance artificielle. L'image dont il s'agit n'est pas un mensonge ni un détournement du divin mais plutôt le vecteur paradoxal de sa mise en présence. S'il y a ici un paradoxe c'est que cette idée de mise à distance, de rupture, de distinction semble le mieux dire la fonte de l'homme dans la matière de ses propres images. « L'image vient du ciel : elle n'en descend pas, elle en procède, elle est l'essence céleste et elle contient le ciel en elle. »⁵⁸ Elle se détoure et se sépare en ceci qu'elle constitue un monde en soi en qui déjà l'espace d'une relation et d'un dialogue se soulève tout *en se defixant*. La distinction de l'image constitue ainsi la garantie de l'hétérogène en l'unité de chaque élément, c'est-à-dire la promesse d'un dialogue non entre l'homme et le divin mais à l'intérieur de chacun d'entre eux. « L'image est nécessairement non religieuse, car elle ne relie pas la terre au ciel mais elle tire celui-ci de celle-là. »⁵⁹ L'image ainsi ne relie pas mais figure l'immanence absolue de toute relation. « Au commencement est la relation »⁶⁰ disait Gaston Bachelard. La relation n'est pas subsidiaire, elle ne constitue en rien l'association secondaire de deux éléments - tels l'homme et le divin - mais trouve en l'image l'émergence simultanée de ces deux *indissociables du cosmos*. « L'image me touche, et ainsi touché et tiré par elle, en elle, je me mêle à elle. Pas d'image sans que je sois aussi moi-même à son image, sans pourtant passer en elle, pour peu que je la regarde, c'est-à-dire pour peu que je lui prête égard. »⁶¹ La superstition au contraire

est toujours ce produit d'une relation a posteriori entre une cause ignorée et le tropisme d'un effet dont nous ne savons plus nous défaire.

Cette distinction entre la sphère du « sacré » et du « religieux » révèle en fait deux rapports au temps radicalement différents dont un en particulier semble correspondre à l'exacte temporalité de la scission entre l'origine de l'*Un supposé* et la *pluralité des mondes vécus*. D'un côté le temps vertical de l'immédiat détourné, de l'image ainsi sacrifiée, de l'autre celle linéaire et horizontale du lien construit entre la cause et l'effet. Nous l'avons dit l'image du distinct repose sur l'idée d'un *déchaînement* du lien construit entre les hommes et le divin. Nous aimerions maintenant montrer comment la superstition semble entretenir un certain rapport avec le système temporel de la causalité, celui-là même du continu, du plein. Car le temps de la cause est bien en nous ce prolix vecteur d'idées reçues, d'irrationalités dogmatiques. Prenons ici l'exemple du miroir brisé comme malédiction. Découpons-le parce qu'il est justement le plus commun et montre en ce sens presque idéalement le désormais trop classique et inévitable lien de cause à effet. La cause ici est le bris du miroir alors même que l'effet se traduit par les sept ans de malheur consécutifs à l'accident. Il n'est jusque là rien de plus infondé et mystérieux que ce lien faisant de la rupture de la surface réfléchissante du miroir la cause d'un malheur de sept ans. L'explication est pourtant simple et tient en la transcendance du temps de la cause. En effet, la qualité des miroirs était telle et les bourses si peu adaptées à leurs coûts, lorsque cette idée vit le jour, qu'il fallait alors sept ans d'économie afin d'imaginer leur remplacement. Nous avons là l'illustration parfaite d'une persistance d'un effet « l'idée des sept ans de malheurs » sans que n'en soit donnée la cause : « les difficultés propres aux restrictions relatives au remboursement du miroir brisé ». Le temps de la causalité ici engloutit, par l'oubli, la raison même de la cause. Le fond du problème vient du fait que cette fausse connaissance dérive d'un passé maintenu dans une sorte d'éloignement. La superstition nous montre ainsi comment celle-ci s'oppose aux images du *sacré*. Son contenu se déploie en fonction de sa référence à une motivation extérieure, c'est-à-dire à une cause

57. Jean-Luc Nancy. « *L'image-le distinct* » in « *Au fond des images*. » Ed. Galilée. 2003. p. 11.

58. Jean-Luc Nancy. « *L'image-le distinct* » in « *Au fond des images*. » Ed. Galilée. 2003. p. 20.

59. *Ibid.*

60. Gaston Bachelard. « *La valeur inductive de la relativité*. » Ed. Vrin. 1929. p. 210.

61. Jean-Luc Nancy. « *L'image-le distinct* » in « *Au fond des images*. » Ed. Galilée. 2003. p. 21

transcendante dont la définition linéaire du temps constitue le fondement.

Le problème qui se pose ici est majeur. Il est cependant trop important pour que nous puissions en explorer l'ampleur véritable. Disons simplement que l'origine du temps linéaire de la cause ne peut être que l'antériorité absolue et indépassable de l'Un. En ce sens, le temps de la causalité est bien celui de tout monothéisme et superstition. De là précisément la transcendance indépassable de la cause. Il n'existe en effet pas de cause qui ne soit qu'une cause, c'est-à-dire cause qui ne soit pas déjà l'effet d'une autre antériorité. Le temps de la cause médiatise car il est celui de la distance entre les hommes ainsi qu'entre eux et le divin.

Il est cependant une alternative temporelle que certains comme les poètes et les mystiques ont explorée. Cette alternative, c'est celle du temps vertical de l'immédiat, du sacré tel que nous le définissons, c'est-à-dire d'une temporalité dont l'unité d'origine n'est plus vraiment celle de l'Un mais plutôt du multiple et de la fusion. Une unité qui ne se dirait plus de l'Un mais du multiple, voilà précisément la définition que Gilles Deleuze donnait de l'anarchie⁶². Aussi sommes-nous surpris de voir ainsi un astrophysicien comme Michel Cassé rejoindre cette intuition d'une origine non hiérarchique et bigarrée quant à la question du *Parménide* de Platon, sur l'unité celui-ci répondait : « mais encore, lorsque le nombre d'objet tend vers l'un, et le langage vers zéro, il y a danger car il faut être deux pour dialoguer. Quand les physiciens arriveront à l'équation maîtresse du monde, ils seront résorbés dans cette équation et personne ne pourra la dire. Donc il est une forme « monothéiste » d'approche qui personnellement ne laisse pas de m'inquiéter. Pourquoi préférer l'un au deux ? Le deux, n'est-ce pas l'amour après tout ? La dualité dans la mécanique quantique est acceptée et c'est bénédiction pour l'explication des phénomènes. Elle tient même lieu de principe : ondes et particules sont dialectiquement liées, mais ne font pas un. »⁶³

■ Le superstitieux et le religieux

Emmanuel TONIUTTI*

L'étymologie du mot Superstition vient du latin *superesse* qui signifie « être superflu » ou encore de *superstare* qui veut dire « s'élever au-dessus ». Dans le temps des Anciens, la superstition signifiait la crainte des dieux. Pour aller dans ce sens, le Littré définit la super-

stition comme un « sentiment de vénération religieuse fondé sur la crainte ou l'ignorance, par lequel on est souvent porté à se former de faux devoirs, à redouter des chimères et à mettre sa confiance dans des choses impuissantes ».

Il faut ainsi retenir que la superstition a à voir avec la peur envers quelque chose d'étranger qui dépasse la raison de l'être humain et l'incompréhension de ce quelque chose qui procure un sentiment de danger.

Les effets psychologiques de la superstition amènent pour cela 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. Ainsi, la force des esprits invisibles sera canalisée dans un totem ; les maquettes des bateaux pendus aux plafonds des églises représenteront le signe de la protection de Dieu pour les marins... Le phénomène de la superstition se met ainsi naturellement en place lorsque l'être humain fait l'expérience de ce « quelque chose » d'insaisissable pour lequel il éprouve une telle frayeur qu'il doit en matérialiser les effets à travers un objet.

Il nous faudra donc distinguer plusieurs niveaux de compréhension du superstitieux. Car l'Homme est être de superstition. L'incompréhension de la mort crée chez lui une angoisse qui ne peut être apaisée que par l'effet du « superflu » ou du « s'élever au-dessus ».

Nous repérons ici deux interprétations du « superflu » et du « s'élever au-dessus » : l'une mineure, l'autre majeure. Les deux sont à tenir ensemble et à replacer dans l'humilité qui nous tient lorsque nous pensons notre petitesse devant la mort, devant la vie, face à soi-même et face aux autres. *L'une ne devrait pas aller sans l'autre*. Si l'interprétation mineure occulte l'interprétation majeure, elle nie le sacré de l'existence ; si l'interprétation majeure occulte l'interprétation mineure, elle se pose comme seule et unique interprétation du superstitieux voire du religieux. Nous nous mettrons d'accord ici sur le fait que ces deux termes recouvrent un même sens : le superstitieux et le religieux rendent compte du lien intime et étroit qui unit l'Homme à la nature et à l'univers. Aller de l'interprétation mineure à l'interprétation majeure revient à aller du superstitieux au religieux de manière qualitative.

Le superstitieux : l'interprétation mineure de la superstition

S'élever au-dessus du superflu signifie ici, matérialiser la frayeur ressentie autour d'un objet pour éviter le

62. Voir Gilles Deleuze et Félix Guattari, « *Mille plateaux* », les Editions de minuit, 1980, p. 196.

63. Michel Cassé et Edgar Morin « *Enfants du ciel*. » Odile Jacob. p. 55.

* Ph.D. in Théologie, Docteur de l'Université Laval, Québec, Canada

danger qu'il procure. La pierre posée au milieu du cercle attire les mauvais esprits ; la peur qui m'atteint lorsque je me retrouve seul, enfermé dans une pièce, contre ma volonté, m'amène à en appeler à un dieu imaginaire qui pourrait me libérer. Le superstitieux est lié à la puissance d'imagination de l'être humain. Cette imagination a une cause : le lien qui unit l'Homme à la nature de manière inconsciente. Nous ressentons inconsciemment la puissance de la nature à l'intérieur de nous-mêmes et nous pensons que cette toute puissance de la nature peut nous sauver lorsqu'elle nous met en danger.

Pourquoi parler d'une interprétation mineure de la superstition ?

Parce que dans ce cas l'être humain se trouve dans l'impossibilité de rationaliser les événements qui l'entourent. Il interprète le danger comme le déchaînement de la puissance de la nature contre lui-même. Et cette attitude se transforme en 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 assure ainsi l'immortalité potentielle. Il s'agit d'une interprétation mineure car non raisonnée. Il en va autrement de l'interprétation majeure.

Le religieux : l'interprétation majeure de la superstition

Il ne s'agit pas de donner une force de vertu supplémentaire au religieux sur le superstitieux. Mais le religieux tend à comprendre le comportement de la superstition pour lui donner du sens et l'enraciner dans la quête spirituelle de l'être humain.

Le religieux est la compréhension du sacré.

Qu'est-ce que le sacré ? C'est l'appréhension fondamentale de l'inconditionné à l'intérieur de soi-même. Qu'est-ce que l'inconditionné ? Il s'agit du principe originel et fondamental de toute chose, l'impulsion primitive qui n'est soumise à aucune condition mais dont tout dépend de manière infinie. Les traditions l'auront traduit par le mot « Dieu ». Le comportement religieux « s'élève au-dessus » du superflu qui consiste à ressentir dans la nature un élément de crainte ; il comprend la nature comme l'élément primordial auquel il appartient de façon ultime. Il fait l'expérience intime du sacré au sein de lui-même. Au lieu d'en éprouver de la crainte, il en éprouve de la fascination, de l'assurance, il fusionne avec la nature.

Le religieux est l'attitude mystique.

Qu'est-ce que la mystique ? C'est la communion intime au mystère de la vie, c'est le fait de sortir de la rationalité extérieure des choses pour en comprendre le non visible, le non perceptible, l'incommensurable. C'est la participation à ce qui nous paraît totalement irrationnel bien que cela nous semble familier. C'est l'intuition de la participation de notre être intérieur à l'ensemble du cosmos qui nous entoure.

Pourquoi parler d'une interprétation majeure de la superstition ?

Parce que dans ce cas l'être humain rationalise l'appréhension intuitive du monde dans lequel il vit pour entrer en harmonie avec les événements qui l'entourent. Il interprète la nature, non pas comme un danger, mais comme la présence de sa puissance à l'intérieur de lui-même. Et cette attitude se transforme en sentiment d'agir dans le monde. Un monde dans lequel la prise de conscience du sacré amène à la compréhension mystique que la nature et les hommes ne font qu'un ; à la compréhension mystique que les hommes sont frères et égaux devant l'inconditionné qui remplit toute chose. Il s'agit d'une interprétation majeure car raisonnée.

L'interprétation mineure se fabrique ses propres dieux. Elle traite du superflu de l'humanité. L'interprétation majeure communie à l'inconditionné. Elle s'élève au-dessus du superflu pour donner du sens à l'humanité. Et pourtant, l'être humain le plus sage qui soit, le plus avancé qui soit sur la voie mystique du religieux, lorsqu'il se trouve en état potentiel de danger qui est prêt à lui ravir sa vie, se trouve renvoyé au superflu contre son gré ; car le danger le met face à sa propre mort. Que nous le voulions ou non, nous sommes ainsi tous des êtres de superstition, car intimement liés à la nature. Du superstitieux au religieux, il y a un pas à franchir ; la reconnaissance ultime que nous appartenons à un monde qui nous dépasse ; l'acceptation que ce qui nous dépasse fait partie intégrante du sens à donner à notre vie. Nier que tout homme est un être de superstition revient à nier le fondement même de la vie dans lequel l'Homme s'enracine ; une nature dont il ne maîtrise ni les causes, ni les effets, car il n'est pas Dieu.

■ Médecine et superstition, côté médecin

Dr Christophe RASPAUD*

« Docteur, existe-t-il des risques pour mon mari si en plus de la chimiothérapie, nous voyons un magnétiseur..., il prend des gélules à base de... censées l'aider à se débarrasser de ces cellules cancéreuses », qui n'a pas déjà entendu ce type de discours dans sa consultation ?

Tous les jours dans nos cabinets de consultation lorsque nous traitons des maladies graves et mortelles, la superstition et la médecine s'affrontent encore. Parfois cette dualité est avouée, parfois elle est cachée, tout dépend du rapport médecin-malade. Que devons-nous répondre à ces familles qui ont peur et doivent se défendre contre une maladie réputée fatale ? Devons-nous les encourager dans des croyances superstitieuses ou les ramener vers la raison en leur proposant uniquement notre médecine rationnelle ?

Essayons de comprendre pourquoi "superstition et médecine" sont si proches. La pratique médicale existe depuis plusieurs millénaires. Elle a longtemps été un mélange de croyances religieuses ou philosophiques basé sur des pratiques magiques souvent irrationnelles. Ce n'est seulement que depuis environ 200 ans qu'elle se développe de façon rationnelle avec une certaine efficacité. La médecine rationnelle, issue de l'université, était au début réservée à la classe aisée de la population laissant au peuple l'autre médecine, guérisseurs, rebouteux et autres sorciers... Mais cependant, cette même classe aisée n'hésitait pas à revenir vers ces médecines ancestrales quand la faculté baissait les bras. Depuis des millénaires, la maladie et la mort ont été intimement liées à la religion omniprésente. Chaque peuple a son lot de superstitions, et ceci indépendamment de la forme de société dans laquelle il s'inscrit ou de la religion dominante. Dans l'Égypte ancienne, en Orient et en Extrême-Orient de nombreux témoignages ont été retrouvés, et plus proche de nous dans le christianisme moyenâgeux. Dieu ou les dieux envoyaient "mort ou maladies" pour punir l'Homme de sa mauvaise conduite et le purifier. Pour se protéger de ces punitions il était utilisé des amulettes, des icônes, des reliques ou des plantes médicinales. Ces dernières étaient préconisées après observation de leur utilisation et effet sur les animaux ou par hasard sur l'homme.

Dieu, ayant tout pouvoir sur le corps et la vie de

l'homme, la médecine fut rapidement contrôlée par les religieux et quand celle-ci était inefficace, l'existence d'une autre médecine utilisant des prières, des phrases ou des onguents pouvant guérir, était considérée comme secrète, mystérieuse et même diabolique. La peur liée à la superstition en fait quelque chose d'excessif, le superstitieux cherche à conjurer sa terreur par des rites et un culte excessif.

Au XVI^e siècle, la peste était combattue par l'utilisation de lotions à base de vinaigre, et des cures préservatrices constituées d'odeur de bouc étaient recommandées. La frigidity féminine se guérissait par une infusion de fourmis volantes et l'impuissance masculine se traitait en assaisonnant les repas de sel de lézard. La panacée universelle était la "poudre de sympathie" composée de vitriol calciné et la croyance voulait que la corde d'un pendu protégeait des maux de tête. Dès qu'une personne éternuait il fallait rapidement lui adresser un « Dieu vous assiste » ou « Dieu vous conserve » car la grande aspiration provoquée au moment du phénomène pouvait occasionner la rupture d'un vaisseau dans une partie délicate du poumon. Lorsque des œufs de poules étaient ramassés le vendredi saint et mangés le jour de Pâques, ils protégeaient des fièvres pendant un an...

Elle peut s'appeler médecine superstitieuse, primitive ou populaire, cette médecine paléolithique (Joseph Delteil, la cuisine paléolithique, éd. Robert Morel, 1964) est apparue dès le commencement par pur instinct, de bouche à oreille, pour parvenir jusqu'à nous. Elle se résume à des formules et recettes médico-magiques. Pour se démarquer de quelque chose de diabolique et peut-être pour être rassurante, souvent les phrases prononcées pour "guérir" sont constituées de prières à Marie et Jésus, associées à de nombreux signes de croix.

Avoir un don de guérison n'est pas chose facile. La transmission se fait du plus âgé au plus jeune. La personne ne possède le don de guérir que pour une ou deux maladies et son don est perdu s'il divulgue la phrase associée à ce don. Le mystère autour de ces personnages entretient la croyance.

Malheureusement, beaucoup sont des charlatans qui exploitent la crédulité des gens. Aujourd'hui encore devant l'échec ou en complément de notre médecine moderne, les marchands de rêves font recette.

Pourtant, le plus troublant pour un médecin dit rationnel, c'est de constater que certains, peu nombreux, doivent avoir un véritable don rendant parfois cette médecine « paléolithique » ou populaire efficace, en particulier pour les barreaux de feu, les soigneurs de migraine, les guérisseurs d'eczéma ou de verrue. Le psychisme, l'autosuggestion jouent-ils un rôle important dans la guérison quand celle-ci est possible ? Parfois, en particulier pour enlever le feu, la médecine

* Pneumologue. Toulouse

traditionnelle fait appel à cette médecine irrationnelle, mais c'est toujours sous le couvert du secret. À ce jour, tout ce qui n'est pas expliqué n'existe pas et reste du domaine du charlatanisme. Mais la terre a longtemps été plate et les charlatans pensaient qu'elle était ronde ! Plus proche de nous l'asthme était une maladie psychologique ! Ce que nous n'arrivons pas à expliquer sera peut être explicable un jour nous permettant de différencier les gens sincères des charlatans.

Je me suis amusé à demander dans une population médicale et paramédicale (aides soignantes et infirmières), si elle croyait ou non à l'existence d'une médecine dite irrationnelle (aux pouvoirs des barreaux de feu et autres guérisseurs). Sur 40 personnes, 29 m'ont répondu oui, 9 non et 2 ne savaient pas. Cette population pourtant baignée par la médecine rationnelle, peut-être justement à cause de la connaissance de nos limites, laisse une porte ouverte importante à l'irrationnel. Dans les deux populations les croyances étaient limitées principalement aux barreaux de feu, guérisseurs de migraine, verrues et lumbago. Pour les deux groupes, l'important était le confort du malade et beaucoup de médecins pensent qu'il s'agit surtout d'un effet placebo. Longtemps le médecin tout puissant, de part ses connaissances, avait le pouvoir de vie et de mort sur son patient selon qu'il était curable ou incurable. Toute guérison inattendue était liée à un miracle, phénomène amplifiant sûrement la superstition. C'est à nous médecins d'être un peu plus humbles en reconnaissant nos limites et nos insuffisances. Ainsi, les malades comprendront peut-être ce que nous pouvons et ne pouvons pas espérer leur donner. La superstition agit comme une médecine préventive contre la maladie et la mort. Elle nous permet de nous protéger dans notre environnement hostile. C'est le fruit de l'ignorance et de la peur de ce que l'on ne connaît pas ou que l'on ne comprend pas. Pour la croyance populaire, la superstition est une tentative d'influer sur sa vie et sur sa mort. A la question de notre patiente du début, ma réponse dépendra toujours du malade lui-même. Celui-ci a-t-il vraiment besoin de telles croyances pour se rassurer et lui permettre de garder un espoir de guérison ? Dans l'affirmative, je demande toujours à voir la composition des fameuses gélules et je les mets en garde contre les charlatans qui abusent des gens dans la détresse. Je ne m'oppose en pratique jamais aux actions qui ne me semblent pas dangereuses pour mon patient. De toute façon, malgré nos connaissances, nous devons toujours rester curieux et ne jamais oublier que l'observation de phénomènes doit être de mise, en essayant toujours d'accepter les résultats et en cherchant à les expliquer même si dans l'immédiat nous n'avons pas les clés nous permettant de le faire.

Bibliographie

- Jean Louis Clade : Médecines et superstitions en Franche-Comté autrefois. Editions Cabédita
- Georges Vergnes : La médecine venue du fond des âges ou ces prières qui guérissent. Edition du Basileus

■ Quand la magie était un crime

Lucien REMPLON*

La consultation des archives judiciaires de l'ancien temps et spécialement celles du Parlement de Toulouse permet de prendre conscience de l'extrême rigueur dont la justice fit preuve à l'égard des pratiques de magie et de ce qu'elle qualifiait avec une étonnante facilité de « sorcellerie ». Encore le mot « pratique » était-il compris dans un sens pour le moins extensif...

On a beau jeu de stigmatiser les effroyables ravages de l'Inquisition par delà les Pyrénées mais, dans le royaume de France, la lueur sinistre des bûchers ne manquait pas d'intensité. Alors que la Réforme et la Renaissance provoquent un éveil intellectuel ouvrant l'ère de la pensée moderne, les poursuites criminelles pour cause de magie continuent. Des hommes, considérables par leur savoir et leur position sociale, donnent un fondement juridique qui nous surprend à de telles poursuites : le procès d'Urbain Grandier et des Ursulines de Loudun se déroule en 1634 !

« Ce qui confond l'esprit, c'est de voir, en plein XVII^e siècle, des magistrats éclairés comme l'étaient nos parlementaires, appliquer des peines atroces à des infortunés dont le crime, le plus souvent, consistait en des superstitions ridicules ou, qui pis est, en trouble mental. »⁶⁴

Le sort réservé, par notre Parlement, à un religieux nommé Jean Dusel est descriptif de cette rigueur. Nous sommes en 1614. Pendant qu'à Paris, la régente Marie de Médicis, en proie à toutes les superstitions, s'entoure d'une cohorte d'astrologues, de jeteurs de sort, de devins et d'autres charlatans, les procès retentissants se succèdent à Toulouse. Le moine Burdeüs et ses complices viennent de monter à l'échafaud, accompagnant la sulfureuse Violante de Batz.⁶⁵ Bientôt, ce sera

* Procureur général honoraire.
Président des « Toulousains de Toulouse »

64. E.Vaïsse-Cibiel : *Un procès de magie au Parlement de Toulouse* ; Académie des Sciences, Inscriptions et Belles-Lettres ; Mémoires 1867, p.152.

65. L'histoire de la belle Violante (de Batz ou de Castro) a suscité une abondante littérature. Citons seulement : J.Maziol ; Discours rentrée solennelle Conférence du Stage ; 30 novembre 1947 et Roger Merle : *Les grandes affaires criminelles de Toulouse* ; Privat 1995.

le tour de Lucio Vannini⁶⁶ puis, à peine quelques années plus tard, Montmorency.⁶⁷ Et, entre temps, les magistrats toulousains auront sévi contre l'un des leurs : La Roche-Flavin.⁶⁸ Ils viennent aussi de condamner à mort un nommé Blanchard, un faussaire si habile qu'on le croyait inspiré du démon ! On disait qu'avant de mourir, il avait dénoncé bien des gens qui, comme lui, pratiquaient la magie.

Un prêtre, ancien « Jacobin » devenu vicaire de Saint-Pierre des Cuisines, nommé Jean Dusel se crut-il compromis par ces révélations ? On l'a supposé...

Le greffier Malenfant a laissé, sur la vie judiciaire de cette époque, des relations d'un intérêt capital.⁶⁹ Il nous apprend « avec une religieuse horreur conforme à l'esprit du temps »⁷⁰ que Jean Dusel enferma, dans un sac, « plusieurs cahiers de magie écrits de sa main » et aussi, « comme Dieu l'aveuglait ... plusieurs obédiences qu'il avait eues de ses supérieurs Jacobins ». ⁷¹ Ce sac, Jean Dusel, va le dissimuler près du mur qui séparait le cimetière de sa paroisse de l'enclos des Chartreux. Mais, à quelque temps de là, ce mur, menaçant de ruine, est abattu par des maçons qui trouvent le sac et le portent aux pères Chartreux. C'est ainsi que l'affaire commence ... D'abord, devant les juges de l'Officialité. Une perquisition provoque la découverte de documents qui nous paraissent sans intérêt. Au contraire, la détention de « deux oraisons en forme de conjurations, l'une pour guérir le mal des yeux, l'autre le mal de dents » fut jugée de la plus haute gravité. Mais, au moment où la juridiction religieuse allait rendre sa sentence, le Parlement intervient et revendique sa compétence.⁷² Qui condamnerait, le premier, Jean Dusel ? Ce fut l'Officialité qui, le 13 octobre 1614, en prononçant la déchéance du privilège du titre clérical, livrait le malheureux au bras séculier. Sans égard pour cette décision et, dans le désir évident d'affirmer la plénitude de sa compétence, le Parlement ouvrit une nouvelle procédure avec experts et témoignages. On arrive ainsi, nous dit naïvement Malenfant à « des découvertes horribles... par où la Cour jugera qu'il pratiquait ses abominations. » Le scrupuleux greffier concède cependant qu'« il ne fut point prouvé que cet homme eut fait aucune faute, ni pratiqué aucun magicien, ni faux monnayeur qui l'eussent déféré » mais il nous explique les motifs de sa condamnation : « sa prévention ne fut que d'avoir écrit les cahiers dans lesquels, à la vérité, il y avait des choses abominables contre la majesté de Dieu, pour exalter le pouvoir du diable ; et les principes de ces méchancetés se faisaient par le moyen de la Sainte-Messe, du Saint-Sacrement, des prières de l'Eglise et des psaumes de David. » Autrement dit, le malheureux Jacobin fut puni pour la détention de « cahiers de magie » et d'oraisons pour guérir les maux d'yeux et de dents ! Il allait payer de sa vie « la faiblesse d'avoir

cédé à l'attrait mystérieux de l'inconnu. »⁷³

Le 24 octobre 1614, le Parlement rendit son arrêt, la Grand'Chambre et la tournelle assemblées.⁷⁴ Convaincu des crimes d'hérésie, sortilèges, magie, Dusel était condamné à être « deslivré ès mains de l'exécuteur de la haute justice. » Le jour même, place du Salin, il fut « pendu et étranglé et après son corps bruslé ensemble les dits caractères et cahiers de magie et poudre et les cendres jetées dans le vent. »

Ce procès n'était, malheureusement que banal et le procès de Vannini, qui allait lui succéder aurait un tout autre retentissement...

Ainsi allait la justice dans un siècle où allait s'épanouir « l'honnête homme »... Ce n'est qu'un de ces paradoxes qui foisonnent dans l'histoire de l'Humanité...■

66. Sur le procès de Vannini également de nombreux écrits dont E. Vaïsse-Cibiel ; Mémoires Académie des Sciences, 6ème série, tome 5 et L.Remplon ; L'Auta ; décembre 1996 ; N° 620.

67. Sur l'affaire Montmorency : L.Remplon ; La gazette des Tribunaux du Midi ; 7 et 14 février 1997.

68. Sur le procès de La Roche-Flavin : L.Remplon ; L'Auta ; décembre 1996 ; N°621.

69. Issu d'une lignée de parlementaires, Etienne de Malenfant abandonna une charge de conseiller pour prendre la robe de greffier. Il assumait cette charge pendant 42 ans et les *Mémoires* qu'il a laissées sont le pendant de l'œuvre de Lafaille pour l'Hôtel de Ville. .

70. Vaïsse-Cibiel : Opus cité.

71. Par « obédience », il faut entendre : lettre délivrée par un supérieur à un religieux appartenant à un ordre enseignant tenant lieu d'un brevet de capacité. .

72 L'attitude des parlementaires toulousains ne doit pas surprendre ; à la même époque deux autres Parlements ont affirmé des droits analogues. Le parlement de Bordeaux, en 1609, en commettant Pierre de Lancre pour réprimer la sorcellerie en Pays Basque et le Parlement d'Aix-en-Provence, en 1611, en jugeant Gauffredi. .

73. Vaïsse-Cibiel opus cité. .

74. La Cour était présidée par Monsieur de Clary, à qui Toulouse doit l'édification de la somptueuse façade de l'Hôtel de Pierre. Dans la composition de la juridiction de jugement, on trouve tous les grands noms du monde judiciaire local : De Caminande, Berthier, Assézat, De Pins, Cambolas, Mansencal, Nupces....

Dr Jacques POUYMAYOU*

C'était il y a bien longtemps dans une ville du sud de l'Italie. Un riche habitant n'arrivait pas à trouver le sommeil, malgré la mollesse et la fragrance de son matelas rempli de pétales de roses. Au matin, épuisé et agacé il ordonna à son esclave (car il y avait des esclaves à cette époque) d'éventrer le matelas afin de savoir pourquoi il n'avait pu dormir. Ainsi fut fait et quelle ne fut pas sa surprise de constater que le coupable de son insomnie était un pétale de rose malencontreusement plié en deux. Il faut préciser que cet homme, au sommeil si délicat était un habitant de *Sybaris*. C'était une colonie grecque où les fondateurs avaient débarqué vers 710 av. J.C., chassés par la misère de leur patrie, le courroux de leurs concitoyens, ou les deux. Ils fondèrent une nouvelle cité, comptoir commercial sur la cote d'Italie du sud, comme il y en avait beaucoup à cette époque où la Grèce se débarrassait de bouches inutiles, de citoyens tapageurs ou d'ambitieux en mal d'aventure. Ils partaient fonder des relais commerciaux sur le pourtour méditerranéen. Au fil du temps, la cité prit une expansion telle que, aux alentours de 535 av J.C., ses 9 kilomètres de murailles abritaient près de 300 000 habitants. De surcroît, elle dominait, entre mer Thyréénienne et mer Ionienne les autres cités grecques de la région, soumettait quatre peuples voisins et vingt cinq cités qui lui payaient tribut et fondaient même ses propres colonies qui battaient monnaie à l'effigie de celle de *Sybaris*. Ses habitants à la mollesse légendaire étaient des adeptes du plaisir considéré comme une fin en soi : des Hédonistes.

Pour éviter toute « pollution sonore », les chaudronniers et autres métiers bruyants étaient bannis hors des murailles. De même, les chiens, coqs et autres animaux tapageurs étaient interdits de séjour afin de ne pas troubler le repos des citoyens. Bien sûr, ces derniers s'habillaient d'étoffes les plus fines, les plus soyeuses et passaient leur temps en plaisirs de la table (Il y avait l'élection annuelle du meilleur cuisinier, du repas le plus réussi, du mets le plus sapide) de l'esprit et de l'art.

L'Hédonisme était tellement poussé qu'un Sybarite est rapporté avoir sué à grosses gouttes au spectacle d'un esclave en train de creuser un fossé. On conseillait d'ailleurs à ces derniers de ne pas lever les bras trop haut de peur de se fatiguer en maniant la pioche.

L'armée elle-même n'était pas en reste puisque la cavalerie (qui donnait à la cité la supériorité militaire sur les

viles voisines et assurait la sécurité et l'hégémonie de *Sybaris*) était accoutumée de danser de manière harmonieuse au son de la musique avec des chevaux artistes qui auraient sans doute fait le bonheur des grandes écoles équestres comme le Cadre Noir ou l'école de Vienne. Cette prospérité devait déclencher la jalousie et l'envie de ses voisins dont la plus acharnée était CROTONE. Elle prit prétexte du meurtre de ses ambassadeurs sur l'ordre du tyran de SYBARIS, TEYLIS, pour mettre sur pied une coalition regroupant les autres cités de la Grande Grèce. Malgré la supériorité de sa cavalerie, l'armée sybarite fut défaite. En effet un oracle disait que SYBARIS serait vaincue par la musique. Le mystère de cette prédiction fut résolu au jour de la bataille quand un musicien transfuge de SYBARIS fit jouer par les troupes coalisées la musique sur laquelle les chevaux avaient coutume de danser. Et la supériorité de la cavalerie Sybarite disparut dans le ballet de ses chevaux permettant la victoire de l'armée coalisée menée par le célèbre MILON de CROTONE⁷⁶ vêtu d'une peau de lion et armé d'une massue en hommage à HERAKLES dont on le disait l'égal. C'était en 510 av J.C.

La ville fut prise, livrée au pillage et ses habitants massacrés ou emmenés en esclavage. Non contents de pratiquer ce rite que les ROMAINS appelleraient DEBEL-LATIO qui consistait à raser à fleur de terre tous les bâtiments que le feu n'avait pas détruit, les vainqueurs (peine qui ne sera même pas infligée à CARTHAGE) dévièrent le cours de deux fleuves voisins pour que leurs eaux viennent recouvrir le site même de la ville maudite. Aujourd'hui, les restes de SYBARIS reposent sous le limon marécageux des eaux du COSCILE et du CRATI dont le courant se joint au vent de la mer toute proche pour faire onduler mélancoliquement les roseaux, seul monument funéraire de ce qui fut une opulente cité.

Mais SYBARIS n'est pas morte, contrairement à ce qu'auraient voulu ses vainqueurs. Non seulement son souvenir et ses fastes vivent toujours dans l'évocation de cette philosophie du plaisir qu'est l'HEDONISME (et non l'EPICURISME comme on le pense trop souvent à tort) mais aussi et surtout dans la colonie qu'elle a fondée à proximité et où l'on peut admirer sans doute les plus beaux temples grecs, je veux parler de l'ancienne POSIDONIA actuellement connue sous le nom de PAESTUM. Et les hommes ne sont pas prêts d'oublier SYBARIS, ce qui est le plus grand hommage qu'on puisse lui rendre.

75. Ou les philosophies du plaisir.

76. Jacques Pouymayou, « Milon de Cretone », revue *Médecine & Culture* n° 3.

* Anesthésiste-réanimateur – Toulouse.

Un couple va chez un marchand de meubles et achète une armoire. Pendant l'absence de son mari, représentant de commerce, la dame monte l'armoire. La maison se trouve près d'un arrêt de bus. Dès que l'armoire fut entièrement montée, un bus passe et les étagères tombent. La dame ne se décourage pas et remonte l'armoire. Le bus repasse et les étagères tombent. Excédée, elle appelle le vendeur et lui fait part de la mauvaise qualité de l'armoire qu'elle venait d'acheter. Le service après-vente lui envoie, dans la journée, un dépanneur. Celui-ci dit à la dame qu'il allait monter les étagères de l'intérieur et rester un moment dans l'armoire pour voir ce qui s'y passe. Dès qu'il rentre et s'enferme dans l'armoire, le mari qui devait être en déplacement, revient contre toute attente à la maison. Dès qu'il entre, il ouvre l'armoire et découvre tout surpris le dépanneur qui s'empresse de le rassurer en lui disant : « vous n'allez pas me croire, mais j'attends le bus !... »

Un monsieur se présente avec son fils, asthmatique, à la consultation. Le médecin demande l'âge de l'enfant. Le père répond, 13 ans. Le médecin étonné, demande au père si c'est bien 13 ans parce que l'enfant donnait l'impression d'avoir 5 ou 6 ans, pas plus. Tout au long de la consultation, le médecin redemandait au père, vous êtes sûr qu'il a 13 ans, il n'a pas d'autres problèmes, hormonaux, par exemple. Non docteur, répond le père, mon fils a bien 13 ans. Mais le médecin, intrigué, revenait à la charge et reposait les mêmes questions. Alors le père s'énerve et dit au médecin : « docteur, vous vous occupez de l'asthme de mon fils, moi, je m'occupe de sa carcasse !... »

En fin d'hospitalisation, un patient se plaint de son bilan qu'il juge incomplet alors qu'il a subi tous les examens possibles. Sa famille excédée lui promet qu'un jour, il aura une « autopsie » ! Le patient ne comprend pas et demande ce que veut dire « autopsie ». On lui dit que c'est un examen complet mais ce n'est pas pour tout de suite ! Le patient se calme et fait promettre de pratiquer l'autopsie « sous anesthésie » !

Quelques perles

Terminus : le dernier minus. J'ai passé une nuit noire. Je suis alcoolique à l'eau. J'ai des douleurs chaque fois que je vais « au rapport ». J'ai de la « cigale » dans la tête. L'extra-levure. Je n'arrive pas à respirer par l'oreille ! J'ai été opéré d'une « carcasse bilatérale » (cataracte !). Chaque fois que je suis en voiture, je mets

ma ceinture de « sécurité sociale ». La maladie d'Eisenhower (d'Alzheimer).

Les Egyptiens transformaient les morts en momies pour les garder vivants. Les Amazones étaient comme des femmes mais encore plus méchantes. Les empereurs organisaient des combats de radiateurs. Clovis mourut à la fin de sa vie. Charlemagne se fit châtrer en l'an 800. Les mauvais élèves étaient souvent décapités. Quand les paysans avaient payé leurs impôts, ça leur faisait un gros trou aux bourses. La mortalité infantile était très élevée sauf chez les vieillards. Les enfants naissaient souvent en bas-âge. Jeanne d'Arc n'aimait pas trop qu'on la traite de pucelle. L'armistice est une guerre qui finit toujours le 11 novembre. Les Américains vont souvent à la messe car les protestants sont très catholiques. La Chine est le pays le plus peuplé avec un milliard d'habitants au kilomètre carré. Pour mieux conserver la glace, il faut la geler. Un kilo de mercure pèse pratiquement une tonne. Le passage de l'état solide à l'état liquide est le *niquéfaction*. La climatisation est un chauffage froid avec du gaz, sauf que c'est le contraire. Les fables de La Fontaine sont si anciennes qu'on ignore le nom de l'auteur. Les Français sont de bons écrivains car ils gagnent souvent le prix Goncourt. Les peintres les plus célèbres sont Mickey l'Ange et le Homard de Vinci. Pour faire des œufs, la poule doit être fermentée par un coq. Les poissons sont bien adaptés à l'eau ; on dit qu'ils ont le pied marin. Grâce à la structure de son œil, un aigle est capable de lire un journal à 400 mètres. La femelle du corbeau s'appelle la corbeille. Après un accident de voiture, on peut être handicapé du moteur. Socrate et sa célèbre « maillotte ». Socrate a bu l'Agora.



LES LIVRES



La foire aux illuminés, de Pierre-André Taguieff, (Essai, Edition mille et une nuits), 612 pages, 23 euros.

La foire aux « *Illuminés* » porte sur la production, la circulation et la réception de ces produits ésotérico-complotistes ordinairement négligés ou méprisés par les travaux universitaires. L'auteur nous invite à explorer ce qu'il faut bien appeler le bazar de l'ésotérisme, cette nouvelle culture populaire massivement diffusée sur Internet. Ce stock de rumeurs, de légendes et de croyances ne cesse d'être exploité par des entrepreneurs culturels spécialisés dans « l'ésotérisme » au sens ordinairement vague et attrape-tout du terme, renvoyant à « tout ce qui exhale un parfum de mystère ».



Une rage d'enfant, de André Glucksmann, (Editions Plon), 290 pages, 19,5 euros.

Sur la photo, il a quatre ans et plusieurs identités. Qui est-il ? Où est-il ? Occupation. Libération. Révolution. Dissidence. Par deux fois l'enfant choisit la France puis s'invente des parrains poètes : Hugo, Baudelaire, Mallarmé. À ses yeux, le crime d'indifférence – le pire parce qu'il autorise tous les autres – est porté par le double aveuglement de ceux qui trouvent que le monde tourne définitivement rond et de ceux qui le décèlent incurable. 'Je ne suis pas prophète d'apocalypse, tout juste un penseur aux aguets'.



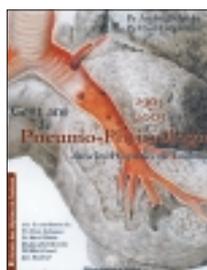
Telling, La Grande Intrigue – II de François Taillandier, (Edition Stock), 220 pages, 15 euros.

L'histoire de cinq familles racontée sur cinq générations. Tel est le projet ambitieux de 'La Grande Intrigue' avec laquelle François Taillandier renouvelle le roman familial et sociologique. Les événements relatés se situent entre 1955 et 2010 et se déroulent dans cinq types de lieux : le monde rural, la province, la ville classique, la banlieue moderne, l'espace mondialisé.



« *Entre les murs* » de François Bégaudeau, (Editions Verticales), 270 pages, 16,90 euros. Prix France Culture – Télérama.

«Entre les murs» s'inspire de l'ordinaire tragi-comique d'un professeur de français. Dans ce roman, au plus près du réel, François Bégaudeau révèle et investit l'état brut d'une langue vivante, la nôtre, dont le collège est la plus fidèle chambre d'échos et trace le portrait en miroir d'élèves impertinents et de profs ironiques ou blasés.



« *Cent ans de Pneumo-Phtisiologie dans les Hôpitaux de Toulouse (1905-2005)* » du Pr André Delaude et du Pr Paul Léophonte (Editions Hôpitaux de Toulouse), Cellule communication, Hôtel-Dieu, Toulouse.

Cet ouvrage fait le récit des étapes successives depuis le projet initial de création d'un sanatorium en 1905 puis du bloc de phtisiologie à l'Hôpital Purpan, fonctionnel à partir de 1946 et ensuite du regroupement à l'Hôpital Larrey en une entité unique, la Clinique des voies respiratoires.

REFLEXIONS SUR... LA PHOTOGRAPHIE

Dr Laurent ARLET*

* Rhumatologue. Toulouse

L'image est une ressemblance, la photographie est un regard, elle n'est jamais la réalité, elle est toujours un regard sur la réalité, une manière de s'appropriier la réalité.

Cette série de clichés rassemble des photographies autour de la couleur, de la manière d'utiliser la couleur en photographie.

Comme le peintre qui utilise ses tubes de couleur et ses pinceaux et comme il peut maintenant utiliser l'ordinateur et la souris, je me sers de la matière que je rencontre : verre de différentes natures, glace, carrosserie de voiture, pour jouer à la fois sur le support souvent irrégulier mais aussi sur les jeux de lumière et de couleur.

C'est Brassai qui a pu dire à propos de la couleur en photo-graphie : « si l'on veut faire de la couleur en photo, ce n'est pas du sujet qu'il faut partir, même s'il se prête à la couleur, car ce sera toujours un «sujet», un «document» en couleur, mais de la couleur même, des couleurs en liberté qui vous

donnent parfois la sensation d'un tableau bien peint, même si le sujet par lui-même n'a aucune espèce d'intérêt, n'est qu'un simple support de la couleur ». Certaines de ces photographies paraîtront peut-être le fruit d'un travail de retouche numérique ou de superposition de négatif. Or il n'y a que celui du regard et de sa prolongation digitale jusqu'au déclencheur. Ce que l'œil a perçu dans les limites du cadre qu'il a choisi, vous est restitué sans artifice.

La photographie ne sera jamais la réalité, elle ne doit pas l'être et c'est ainsi qu'à l'instar des autres formes d'art, elle acquiert lentement ce statut ; Car, derrière l'appareil photographique, il y a toujours une émotion, émotion du moment, selon l'humeur du moment, émotion de l'instant devant ce qui est vu et ce qui est perçu. Un instant miraculeux, rencontre mystérieuse du regard et de la lumière, alchimie idéale, un instant de perfection que la photographie nous permet de prolonger et qui permet le partage.

L'art est à l'état latent dans la nature, dans la nature créée ; il nous dépasse et nous submerge ; l'homme en contemplation perçoit cet art immanent et se trouve alors en état de le transmettre.



Arobace



Impressionisme



Réflexion



*Clocher
aux quatre reflets*

■ De bouche à oreilles

Serge KRICHEWSKY*

Dans l'œuvre de Wolfgang Amadeus MOZART (1756-1791), la voix occupe une place centrale. Place essentielle, due à une philosophie de la transparence du discours musical ; et structurelle car en Europe à son époque, plus encore qu'à la période baroque, toute musique n'était plus que mélodie accompagnée. Durant quelques 620 numéros d'opus, toutes les formes seront bonnes au musicien pour magnifier l'expression de la voix humaine ou instrumentale. Ainsi, la mélodie mozartienne sera le carrosse d'or sur lequel la voix immortelle du compositeur traversera, immatérielle, les lieux et les siècles.

Les Lumières, la lumière

Cet homme si sensible aux Lumières de la fin du XVIII^e siècle – notamment après son initiation à la franc-maçonnerie en 1784 – avait lui-même fait vœu de la clarté la plus pure pour sa musique. C'est un processus historique complexe qui a permis à un génie comme MOZART de laisser une œuvre à la fois profondément humaine (certains l'ont comparée à celle de SHAKESPEARE) et d'une délicatesse proche de l'apesanteur. Car le génie n'explique pas tout.

MOZART fut très proche du dernier fils de J.S. BACH, Jean-Christien dont il partageait le goût pour la musique italienne ; surtout, il fut l'élève et l'admirateur de Joseph HAYDN. Celui-ci, de 24 ans son aîné, lui survivra et sera le seul, en voyage à Londres, à passer la nuit de Noël 1791 à le pleurer. Le seul probablement à avoir pu prendre la mesure de la personnalité musicale de Wolfgang. Il faut ici corriger le mythe de la « facilité » et de la « divine inspiration » qui colle encore trop à l'image du prodige. Doté de capacités d'assimilation hors du commun, s'appuyant sur une mémoire et une culture exceptionnelles, MOZART fut aussi toute sa vie



un travailleur acharné, un explorateur de formes et un technicien accompli de l'art musical. Malgré l'indifférence croissante du public viennois, son art fut abouti au point de nous faire oublier la moindre trace de ce travail.

De tous, peut-être le plus grand

Tous les grands compositeurs de l'histoire de la musique, indépendamment des lieux et des époques, ont reconnu la portée immense de l'œuvre de MOZART, proportionnelle à l'humilité de son auteur. La grandeur de Jean-Sébastien BACH, dont une bonne part de la production repose sur la musique d'église protestante

(cantates, messes et passions, musique d'orgue) ne peut s'apprécier pleinement sans une approche de la liturgie luthérienne. En revanche, par la pluralité des genres abordés, l'imédiateté et la clarté de son langage avant tout mélodique, la musique de MOZART semble avoir atteint une certaine forme d'universalité dont peu d'êtres humains, mêmes exceptionnels, peuvent se prévaloir. « La musique doit humblement chercher à faire plaisir... L'extrême complication est le contraire de l'art. Il faut que la beauté soit sensible, qu'elle nous procure une jouissance immédiate... Voyez Léonard de VINCI, voyez MOZART. » Claude DEBUSSY, l'auteur de ces lignes si justes ne put obtenir que la recon-

naissance respectueuse des musiciens et d'une poignée de mélomanes, seuls aptes à apprécier son génie plus hermétique.

« Celle-ci chante pour le cœur »

Aloysia WEBER, belle-sœur de MOZART fut le grand rendez-vous manqué de la vie amoureuse du musicien, et tout au plus une de ses interprètes de prédilection. Il se consola en composant à plusieurs reprises pour sa voix des arias d'opéra et des airs de concert. Parmi les plus beaux, on trouve le très intime « Nehmt Meinen Dank » (K383), un miracle de simplicité et de sensualité vocale au charme insaisissable, qui se referme sur ces mots tremblants : « À jamais, mon cœur restera avec vous. » À chacun son cœur, à tous le cœur de MOZART...

* Serge Krichewsky est haoboïste à l'Orchestre National du Capitole de Toulouse. Il y a été reçu en 1995 après des études au Conservatoire de Musique de Paris. Avec quelques collègues, il a fondé en novembre 2000 la saison de musique de chambre « Les Clefs de St Pierre » qui se déroule à l'Auditorium St Pierre des Cuisines de Toulouse

Si l'œuvre de MOZART est, sur le plan philosophique une question sur ce que peut être la beauté dans le plus abstrait des arts – la musique, elle est en même temps une réponse, une des réponses possibles, mais ô combien définitive et limpide à cette question. Sur le versant humain, nous nous trouvons en face d'une énigme autrement insoluble : celle du génie. Un autre Viennois célèbre, devenu lui aussi indésirable aux Viennois, refusa de s'y attaquer sérieusement. Il ne connut pas MOZART si ce n'est par le hasard des commémorations, et il s'y entendait peu en musique. Sigmund FREUD était lui aussi un homme de parole et, dans d'autres sphères, il avait une assez bonne oreille ! Pour longtemps encore, la voix de MOZART nous parle par la bouche de ses interprètes et murmure à nos oreilles. À travers elles, sa musique touche à la fois notre esprit, notre sens et notre cœur, avec plénitude et simplicité. Et dans l'environnement sonore d'aujourd'hui, cette musique est une des rares à pouvoir encore nous apporter quelque sérénité, à permettre à la grâce de nous effleurer de son aile.

■ Mozart a beaucoup *nui* à la musique

Didier DESCOUENS*

Titre iconoclaste, s'il en est, pour un 250^e anniversaire. Pour continuer dans la même veine nous pourrions ajouter : il n'est pas le seul. La liste pourrait s'enrichir de Jean-Sébastien Bach voire de François Couperin. Non pas qu'ils aient été mauvais voire même qu'ils aient eu l'intention de nuire, c'est tout le contraire. Ils ont été bons, très bons, et pour Mozart, le meilleur qui ait jamais existé. Malgré eux et sans en prendre véritablement conscience, ils ont été des géants dont l'ombre a étouffé toute végétation à leur pied. On écoute du Couperin sans savoir que ce patronyme a été celui d'une dynastie de musiciens parmi les plus prolifiques qui aient existé de 1586 à 1860, avec au moins 14 compositeurs ou compositrices. On écoute du Bach, mais qui se souvient des glorieux aïeux de Jean-Sébastien et qui connaît les noms des fils et des descendants ? Et Mozart ? Nombreux sont ceux qui connaissent le père Léopold, et pour cause ! Mais qui connaît le fils ? Car des fils il y en a eu. Comment alors exister, surtout en tant que musicien, dans l'ombre de ce père. Ce sont ces deux êtres, mal connu pour le premier, totalement oublié pour le second, dont j'aimerais vous dire un mot et défendre la mémoire.



Léopold Mozart

Paradoxalement, la tâche est plus difficile pour Léopold car on croit le connaître. Dans son film *Amadeus*, Milos Forman a esquissé une approche intéressante mais très orientée du personnage. Psychorigide, sans cœur, parfois haineux, autant de clichés qui cadrent mal avec

la réalité historique. Comme son fils, Léopold sera reçu par l'intelligentsia viennoise en tant que franc-maçon. Sur des arguments contraires, on peut en déduire qu'ils étaient meilleurs juges, non seulement pour apprécier ses valeurs, mais parce qu'ils étaient ses contemporains. Cependant, si vous avez la curiosité de connaître Léopold, il est plus facile et surtout plus agréable de s'intéresser à sa musique que de lire sa correspondance. Là, tout bascule et le musicien prend de l'ampleur.

Premier trait : Léopold est un des plus grands pédagogues de son temps pour ses enfants - ce qui sera son plus grand titre de gloire - mais aussi pour avoir mis au point une méthode de violon qui succède aux travaux de Tartini et restera la base de l'enseignement de cet instrument pour longtemps.

Second trait : sa musique est l'antithèse du personnage sombre et triste qu'on présente habituellement. Elle est extraordinaire, surtout au regard de la production de ses contemporains. Quelques œuvres ont été, par erreur, attribuées à son fils comme la symphonie K.17. « *La symphonie des jouets* » longtemps attribuée à Joseph Haydn est également l'œuvre de Léopold. C'est une symphonie très originale qui cherche et recrée avec bonheur l'environnement ludique de l'enfance.

Léopold s'intéressera toute sa vie à la musique descriptive et fera de l'originalité un système. Il nous gratifie d'une 'symphonie campagnarde', *le mariage paysan*. Le comble réside dans la '*symphonie de la chasse*' où il recommande expressément de tirer quelques salves de mousquets, à des moments bien précis sur la partition et juge utile de faire venir une meute de chiens pour les faire aboyer, là aussi, à des endroits strictement marqués pendant six mesures. Il avait ajouté qu'il serait souhaitable que les cornistes qui s'étaient vus pour l'occasion, attribuer un cor de chasse jouent aussi fort que possible. Cette œuvre est peu souvent donnée, on le comprend aisément.

Il a exploré des voies extraordinaires pour l'époque, qui devaient en faire un John Cage ou un Ligeti de son temps. Il a écrit des concertos pour Tympanon, des concertos pour cornemuse, et pour... cor alpestre. Le cor alpestre est un instrument charmant de 4 à 5 mètres de long, taillé dans un tronc d'arbre dans lequel on

*Oto-Rhino-Laryngologiste - Toulouse

souffle avec vigueur pour tenter d'obtenir cinq notes de musique, pas une de plus. Ainsi, si Léopold a bien reçu la lumière, on peut dire qu'auparavant, il était déjà un peu « allumé » !



Franz Xaver Mozart

Triste privilège d'être, des trois Mozart, le plus méconnu. Sa production reste très discrète et réservée à des collectionneurs. Beaucoup moins fantasque que son grand père, difficile héritier de son père, il ne démerite pas et va illustrer le passage

du classicisme vers le romantisme. Il ne connaîtra ni son grand père ni son père car il naît en juillet 1791 et son père meurt en décembre. Son destin sera forgé par sa mère Constance qui est la première instigatrice du mythe Mozart, aidée en cela par son nouvel époux tout acquis à cette cause. Il lui fallait un musicien pour parachever cette œuvre.

Elle choisira entre ses deux fils, Karl et Franz Xaver, le plus jeune. Non parce qu'il fût le meilleur mais parce qu'il était plus malléable. Elle va reproduire les mêmes schémas d'éducation qu'elle avait tant reproché à Léopold pour son fils Wolfgang. Elle va lui donner les meilleurs maîtres de musique viennois de l'époque, Joseph Haydn, Antonio Salieri - l'éternel rival de

Mozart qui se consolera en enseignant la musique à son fils -, Abrestberger qui sera le maître de musique de Beethoven et surtout Johan Nepomuk Hummel. Avec de tels maîtres, il ne pouvait être que bon musicien et il fut aussi un bon pédagogue. Sa mère exigera de lui qu'il signe ses compositions du nom de son père. Même libéré de la tyrannie de sa mère, lorsqu'on lui demandait de produire une œuvre, c'était pour l'inauguration d'une statue de son père ou d'une rue qui portait son nom, mais jamais avec son prénom.

De ces deux musiciens, seul Léopold avait choisi sa place. Il avait accepté de laisser le pas à son fils qu'il avait, en grande partie, fabriqué. En ce qui concerne Franz Xaver il n'en fut pas de même : sa place lui a été imposée par sa mère mais c'est surtout son père qui l'a étouffé.

Cet arbuste de bonne lignée, au berceau duquel tant de bons et prestigieux pédagogues s'étaient penchés, aurait dû devenir un arbre puissant. Mais où qu'il aille, l'ombre portée de son père ne lui a pas permis de croître.

La conclusion peut paraître paradoxale voire triviale, mais elle est intéressante à plus d'un titre. Si aujourd'hui, nous pouvons réhabiliter ou du moins approcher certains musiciens méconnus, la palme en revient au C.D. Ce nouveau support a permis une large démocratisation de la musique et de porter sur elle une vue synoptique qu'aucune génération avant la nôtre n'a pu avoir.

CINEMA

■ L'incrédulité chronique du spectateur

Stéphane SOUCHU*

Quelle est la place tenue aujourd'hui par la croyance au cinéma ? Quel crédit accorde-t-on encore aux histoires qu'il nous raconte ? En préambule à quelques réflexions théoriques, évoquons une image : celle d'une salle qui retient son souffle dans l'obscurité... et sursaute soudain comme un seul homme. Puis quelques rires fusent ; ça se relâche dans les fauteuils, avant de se crispier à nouveau. On sait sur quel type de fréquence électrique peut se retrouver branchée une salle de cinéma. À l'affiche ? Le dernier film d'horreur à voir ce mercredi : *Horribilis*, qui sera dès la semaine suivante concurrencé par une nouvelle sortie - *Reeker, Mortuary, Silent Hill*, ou autre *Destination Finale 3*⁷⁷... Car le cinéma d'horreur se

porte bien, en salles comme en vidéo-club. L'offre est soutenue, son succès ne se dément pas, il ne s'est jamais démenti. Cette pérennité est une exception dans le cinéma de genre, expression désuète et vague qui convient ici parfaitement pour définir clairement un ensemble de films.

Et quand il eut passé le pont, les fantômes vinrent à sa rencontre, disait un intertitre de *Nosferatu le Vampire*, le film réalisé par Murnau en 1922. En 2006, il semble que le public ne se lasse pas de franchir ce pont en entrant simplement dans la salle, pour s'asseoir et attendre que se manifeste brutalement quelque apparition, afin de se repaître de sensations.

Rappel : d'une manière générale, les films sont faits pour nous raconter des histoires, car le cinéma produit cet incomparable effet de réel qui nous permet d'y croire. D'un côté, il y a le réalisme («objectif» dans le sens photographique du terme) combiné au mouvement, de

* Critique de cinéma

77. Exemples de films sortis en France entre fin mars et début juin 2006.

l'autre, la salle et la projection - un dispositif qui exerce sur le spectateur une contrainte suffisante pour capter et maintenir son attention. Près de 20 ans après l'invention du cinématographe, les principaux procédés de narration qui ont cours encore aujourd'hui étaient codés. Le cinéma de fiction est assurément irrésistible, notre attention durablement captive de ses effets. Mais le fil de la croyance qui nous lie aux images de cinéma est devenu aujourd'hui ténu et comme évanescant ; le film d'horreur et ses modalités expriment ce syndrome sous la forme d'un paradoxe.

La pérennité du genre-horreur s'explique avant tout par l'effet d'un renouvellement continu du public *teenager* américain et mondial auquel il s'adresse principalement. Il se décline en différentes sous-catégories, parmi lesquels le *slasher* qui, de par ses succès, apporte régulièrement la preuve d'une excellente adéquation marketing. En général, il met en scène des lycéens sur leur campus ou en vacances, devenant les proies d'un tueur en série qui les extermine les uns après les autres.

Le *slasher* use et abuse de ses effets, à commencer par celui qui consiste à prendre le spectateur par surprise. Tueur derrière la porte, sous la banquette, au téléphone, quiproquos (mais non ce n'est pas le tueur : ce n'est que le livreur de pizzas). Le *slasher* poursuit un objectif quasiment exclusif : produire de la sensation pure. Il instrumentalise l'effet-cinéma à cette fin, et en joue comme d'un ressort strictement psychophysiologique auprès d'un public averti et consentant (ces films, américains pour la plupart, sont produits dans des conditions d'expertise et de rationalisation toutes hollywoodiennes). La croyance accordée naturellement à l'image cinématographique est poussée à sa limite, à son point de rupture ; le film mène le spectateur au seuil d'une béance psychologique par l'angoisse qu'il suscite, amplifiée par le collectif de la salle. Jusqu'au «Bouh !» dans l'image qui fait hurler ou bondir, instant de décharge et de délivrance. Et cela, *ad libitum*. La phase d'adhésion à l'image est enchaînée à un recul ; le cri de surprise ou d'effroi est toujours doublé d'un rire, de qui se reprend et s'amuse de s'être une fois de plus laissé prendre au pouvoir de suggestion cinématographique - phénomène bien connu.

C'est dans ce dédoublement que l'adolescent-spectateur expérimente objectivement ses propres réactions, et tire des films un enseignement essentiel sur leur fonctionnement. En expérimentant l'effet plutôt qu'en en recueillant le sens de manière inconsciente et globalement subie, il casse de lui-même le fil qui le relie aux images. On peut mettre en avant l'aspect transgressif, le spectacle de la violence, l'interdiction aux mineurs pour évoquer le caractère initiatique de ce type de cinéma. Mais l'important ici, c'est d'apprendre à se détacher de ce qu'on voit sur un écran. On parle de *crise d'ado* pour décrire la fronde d'un jeune contre des personnes,

figures d'autorité. On pourrait aussi bien appliquer l'expression à cette forme de défiance contre le pouvoir des images qui se seront jusqu'alors imposées à l'enfant qu'il était, avec au moins autant de préemption que la parole des adultes.

Le film d'horreur fait donc office de passerelle entre deux modes de consommation audiovisuelle. Le premier est inconditionnel et passif, c'est celui de l'enfance. Le second est celui de l'adolescence : il est critique et distancié. Là réside le paradoxe : venu chercher des émotions fortes, le jeune spectateur acquiert un savoir sur les films, mais ce mûrissement est déjà synonyme d'une lassitude.

En 1996 sortait sur les écrans français *Scream*, réalisé par Wes Craven, qui allait relancer la vogue du *slasher*. Le succès considérable rencontré par ce film entraîna la production de *Scream 2*, puis de *Scream 3*. Mais la saga a connu des avatars plus remarquables, avec la série des *Scary Movie* entamée en 2000 (le n°4 est sorti en juin 2006). Les *Scary Movie* sont des films parodiques du genre horreur, conçus pour récupérer le public fatigué de ses effets d'épouvante, en lui offrant l'alternative de la dérision et du pastiche. Cette série n'a pas de lien direct avec *Scream*, si ce n'est qu'elle le cite à titre de modèle, parmi de nombreuses autres références à détourner.

Là, rien de bien nouveau, car depuis au moins 20 ans en France, le second degré foisonne à la télé comme au cinéma. Néanmoins, cet enchaînement de films est révélateur d'une logique à long terme de conditionnement du jeune spectateur, suivi de très près dans son évolution, pour se voir toujours proposer le bon produit au bon moment.

La croissance ininterrompue de l'offre audiovisuelle a de toute façon modifié en profondeur notre appréhension des images. À leur multiplication répond une certaine qualité d'attention qui relève plutôt de la consommation : experte, flottante, versatile. Il est devenu difficile d'établir des critères solides pour évaluer un film, car il y a trop de films, trop de sources d'images. Une tradition de la critique est ébranlée : celle qui distinguait des auteurs, des chefs d'œuvres, et garantissait au spectateur le sérieux, le sublime.

Nous sommes et demeurons aujourd'hui à l'état d'adolescence vis-à-vis des films ; nous oscillons entre amusement et incrédulité. La veine parodique prospère sur les ruines de la croyance perdue en l'image, support du mythe, des récits édifiants, mais aussi de l'Art. L'enfance révolue du spectateur nourri de fictions, d'identifications imaginaires prodiguées par la télé et le cinéma (qui auront en grande partie forgé sa personnalité), débouche systématiquement sur une posture de non-dupe. C'est un trait caractéristique et prédominant du spectateur contemporain.