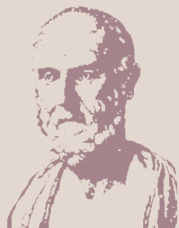


Décembre 2016



La Jalousie

G. Laurent
G. Compaci
J.P. Bounhoure
A. Querian
E. Attias
G. Pirlot
P. Léophonte
P. Carles
J. Pouymayou

L'accompagnement des patients
en cancérologie

Maladie coronaire et sexe féminin

Histoire de la chirurgie cardiaque

internet :
revue médecine et culture

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

Sommaire

<i>Editorial</i>	7
<i>Guy Laurent, Gisèle Compaci</i> L'accompagnement des patients en cancérologie	9
<i>Jean Paul Bounhoure</i> Maladie coronaire et sexe féminin	22
<i>Aristide Querian</i> Histoire de la chirurgie cardiaque	33
<i>Elie Attias</i> Réflexions sur la jalousie	49
<i>Gérard Pirlot</i> La jalousie : du pathologique à la « normalité » d'un affect inscrit au plus profond de l'humain et de l'humanité.....	80
<i>Paul Léophonte</i> Un génie <i>presque</i> oublié, Laennec	97
<i>Pierre Carles</i> Et Zeus nomina les étoiles	120
<i>Jacques Pouymayou</i> L'homme qui détourna le fleuve	136
Apopthéose	147
<i>Les Livres</i>	159
<i>Nous remercions tous les intervenants</i>	171
<i>Sommaire de tous les articles de la revue</i>	175
<i>Correction sommaire revue numéro 24</i>	185

EDITORIAL

Nous remercions les intervenants et les confrères qui nous soutiennent régulièrement et qui permettent à cette publication d'atteindre sa treizième année.

La revue *Médecine et Culture* se trouve sur internet, à la Bibliothèque Nationale de France et depuis cette année à la Bibliothèque de l'Académie de Médecine. Elle est répertoriée dans le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue française au CHU de Rouen et dans quelques bibliothèques universitaires, notamment au CHU de Toulouse.

Le volet médical s'intéresse à l'accompagnement des patients en cancérologie, aux femmes qui paient un lourd tribut aux maladies cardiovasculaires et aux différents stades évolutifs de la chirurgie cardiaque.

La Jalousie sera le thème de la partie culturelle. Selon Montaigne, elle « *est de toutes les maladies de l'esprit celle à qui le plus de choses servent d'aliment et le moins de choses de remède*¹... » et serait responsable de la fréquence et de l'intensité des conflits humains que ce soit à l'échelle individuelle ou à l'échelle des nations. Tant d'écrivains lui ont consacré des chefs-d'œuvre. Puis, fidèle au raisonnement médical, Gérard Pirlot ira du pathologique au « normal » pour comprendre

¹ Montaigne, *Les Essais*, livre III, chapitre I.

les mouvements psychiques internes concernant la genèse de cet affect particulier.

Le corps médical et en premier, le pneumologue, prendront plaisir à lire, avec une certaine nostalgie, la chronique de Paul Léophonte qui nous rappelle la découverte de Laennec portant sur une technique d'examen du malade, l'auscultation médiate du thorax, et surtout son champ d'application qui a ouvert une voie inédite fondamentale à la démarche diagnostique.

Pierre Carles présente les signes du Zodiaque connus depuis la plus haute Antiquité et dont le rôle dans l'histoire des peuples, dans la formation des calendriers et dans la fixation des fêtes publiques, est essentiel.

Jacques Pouymayou s'est intéressé dans une chronique à la collision entre le progrès technique et la tradition et sa Nouvelle retrace l'histoire de son fleuve natal, l'Adour.

**Meilleurs vœux.
Bonne et heureuse année 2017**

L'accompagnement des patients en cancérologie

*Du Patient Navigator à la procédure AMA
(Assistance des Malades Ambulatoires)*

Pr Guy LAURENT

Département d'Hématologie, Institut Universitaire du Cancer
de Toulouse-Oncopole

Gisèle COMPACI

Infirmière de coordination
IUCT-CHU de Toulouse

Résumé

En cancérologie, le parcours de soins s'articule principalement en trois parties distinctes : la phase initiale de prise en charge qui se déroule des prodromes à la consultation d'annonce, la phase active de traitement et, si la maladie est contrôlée, l'après-cancer. Pendant cette trajectoire, le patient est vulnérable aux effets du traitement et aux difficultés psycho-sociales dans un contexte majoritairement ambulatoire. La relation hôpital-ville est donc critique. Le lien classique basé sur l'appel à la demande du patient ou de son médecin généraliste (MG) vers l'unité de soin nous paraît dépassé. Sur la base de l'expérience Nord-Américaine du Patient Navigator, nous proposons un modèle alternatif dit AMA (Assistance des Malades Ambulatoires) basé sur l'appel systématique planifié au domicile du patient par une infirmière dite de navigation spécialisée en oncologie (INSO). Le binôme INSO-médecin AMA assure le lien fonctionnel de la relation hôpital-ville. Dans notre institution (Institut Universitaire Cancer de Toulouse-Oncopole), le modèle AMA se décline aujourd'hui en AMA1 appliqué à la phase active de traitement et AMA-AC dédié à l'après-cancer. En onco-hématologie, l'AMA s'est développée avec l'aide du CHU de Toulouse relayée par des financements institutionnels dont l'Agence Nationale de la Recherche via le projet PHUC CAPTOR ainsi que plusieurs autres sources publiques ou privées. L'expérience AMA porte aujourd'hui sur plus de 2000 patients.

Il ressort de cette expérience que :

1) AMAI est une procédure faisable, évaluable et efficace tant pour le gain de temps médical que pour la qualité des soins.

2) AMAI réduit les hospitalisations secondaires, améliore l'observance des traitements et probablement la survie.

3) AMA représente un modèle de « soins partagés » plébiscité par les patients et les MG et s'avère une alternative prometteuse au suivi classique dit « tout-oncologue ». L'AMA est appliquée dans plusieurs centres français, et désormais en Afrique de l'Ouest où cette procédure pourrait limiter l'abandon thérapeutique, un fléau dans les pays à ressources limitées. L'AMA est sans doute applicable à d'autres maladies chroniques.

Généralités : le parcours de soins en cancérologie

En cancérologie, le parcours de soins s'articule principalement en trois parties distinctes : la phase initiale de prise en charge qui s'étend des prodromes à la consultation d'annonce, la phase active de traitement consistant généralement en l'administration répétée de cures espacées de chimiothérapies ou d'un traitement continu par voie orale et, si la maladie est contrôlée, l'après-cancer.

Ces trois composantes posent des problèmes spécifiques : pour la phase initiale, planification et réalisation d'examen complémentaires spécialisés de plus en plus complexes dans un délai raisonnable, pour la phase active, détection et traitement des effets indésirables sans trop diminuer l'intensité de traitement, et pour l'après-cancer faire face aux séquelles et aux troubles psychologiques et difficultés sociales pour assurer le mieux possible le retour à la norme, y compris le retour au travail. Ces trois composantes ont en commun la nécessité d'un suivi personnalisé d'un patient devenu vulnérable au plan physique et psychologique et d'une

bonne coordination entre d'une part, l'unité d'oncologie et d'autre part, le patient, l'aidant, son médecin généraliste (MG) et éventuellement d'autres spécialistes.

Dans ce contexte, le lien ville-hôpital est majoritairement confié, notamment pour la gestion des effets indésirables, à l'appel téléphonique rentrant : c'est-à-dire, orienté du malade (ou de son MG) vers l'unité de soins. Nous, comme d'autres, avons remis en cause l'appel rentrant. En effet, l'appel rentrant s'avère peu fiable, complexe à gérer (demandes multiples), anxiogène pour tous les acteurs de la chaîne d'intervention, à commencer pour les malades, et consommateur de temps pour les MG et l'équipe d'oncologie (surtout les infirmières de secteur d'hospitalisation). Son efficacité à gérer les problèmes et réguler les hospitalisations secondaires reste très incertaine. La complexification des soins, l'hyper-spécialisation des personnels, une disponibilité réduite et la multiplication des lignes d'appel concourent à considérer l'appel rentrant comme une menace quant à l'organisation et la rigueur des soins ainsi qu'à la sécurité. Le modèle basé exclusivement sur l'appel rentrant nous paraît dépassé dans la gestion du parcours de soins en cancérologie (et sans doute dans d'autres maladies chroniques). Nous défendons un modèle alternatif basé sur l'appel sortant (orienté de l'unité de soins vers le patient).

Historique : le « Patient Navigator »

Historiquement, en cancérologie, l'appel au domicile a été développé aux États-Unis (EU) par des oncologues new-yorkais confrontés aux difficultés rencontrés par des patients précaires durant la phase initiale du par-

cours de soins. L'initiative en revient au Dr Friedman (1989), responsable à cette date de l'unité d'oncologie de l'hôpital d'Harlem (New York). À cette époque, le district d'Harlem détenait tous les records d'insalubrité et de décès prématurés. Le Dr Freeman avait même rapporté dans le prestigieux *New England Journal of Medicine* les résultats d'une enquête qui montrait que les résidents de ce district, confrontés à la misère et à la violence, présentaient les indicateurs sanitaires du Bangladesh ! (McCord et al., 1990). Le Dr Freeman était plus précisément sénologue et à ce titre détenait les plus mauvais résultats thérapeutiques des pays développés en raison d'une très forte incidence de formes avancées de cancer du sein (Freeman et al., 1989). Il en avait analysé les raisons : alors que le dépistage systématique était en net progrès, ces patientes pour la plupart noires, pauvres et peu éduquées ne se rendaient pas aux convocations ou confondaient les rendez-vous. Les délais de prise en charge thérapeutique étaient ainsi incroyablement prolongés (un an en moyenne, ce délai étant voisin de celui aujourd'hui estimé dans les pays du Sud). L'idée d'Harold Friedman a été d'aider les patientes par des appels téléphoniques sortants (voir plus haut) au domicile des patientes. Cette tâche a été initialement confiée à des bénévoles. Le concept du « Patient Navigator » était né. Le Patient Navigator a permis d'améliorer la fluidité de la phase initiale du parcours de soins et de raccourcir significativement les délais de prise en charge thérapeutique. Dans une de ses premières publications en 1995, Freeman rapporte que le Patient Navigator a permis de diviser presque par 2 le délai de la réalisation de la biopsie chez ces patientes défavorisées (Freeman

et al., 1995). Ultérieurement, il montrera que le Patient Navigator permet de diviser par 4 la période comprise entre le dépistage et le début du traitement (*Freeman et al.*, 1995). Il est rapidement apparu sans surprise que le Patient Navigator profitait surtout aux patients sociologiquement à risque (ressources limitées, absence d'assurance, faible niveau éducatif, langue anglaise non maîtrisée, illettrisme, solitude). Cette longue marche a abouti en 2006 (17 ans après la publication princeps d'Harold Friedman !) au « *Nurse Navigator Act* » faisant du *Nurse Navigator* une des composantes de l'accréditation des centres de cancérologie aux États-Unis. Dès 2010, les autorités fédérales américaines ont lancé des appels d'offre pour évaluer le Patient Navigator (PNRP : *Patient Navigator Research Programs*). L'intérêt du Patient Navigator a été ainsi confirmé par des études randomisées dans les groupes à risque puis dans les groupes sociologiques standards. Si le Patient Navigator est aujourd'hui appliqué dans la plupart des grands centres américains (qui le plus souvent l'autofinancent), il reste limité à la prise en charge diagnostique et ne s'adresse ni à la phase active de traitement, ni à l'après-cancer. Depuis ses origines, le Patient Navigator fait appel à des bénévoles (souvent partageant la même ethnie) et seulement occasionnellement à des infirmières.

Si l'objectif initial du Patient Navigator (PN) était purement organisationnel, il s'est rapidement avéré que les échanges inévitables entre le patient et son soutien avaient pour conséquence une meilleure compréhension de la maladie et du traitement de la part du patient, une amélioration de la communication entre patients et soignants, conférant une certaine éducation et une

responsabilisation du patient. Ces considérations ont progressivement étayé le concept de « Patient Activation » (PA). Par sa composante éducative, le PA s'est avéré un succès en termes de qualité de vie et de discipline dans le suivi (*Cegala et al.*, 2000). Le PN-PA a été parfois étendu à d'autres situations que la phase initiale en particulier dans l'accompagnement du patient chez qui l'on vient de détecter la présence de sang dans les selles (*Jean-Pierre et al.*, 2016). Aux États-Unis, l'extension du PN-PA a conduit les centres concernés à la mise en place de programmes de mise à niveau destinés aux bénévoles (*Hendren et al.*, 2010).

L'extension du concept de Patient Navigator à la phase active de traitement : la procédure AMA

Dans les sociétés européennes plus égalitaires, et par exemple, dans notre système de santé, la phase diagnostique ne semble pas poser des difficultés de même amplitude (même si de nombreuses questions restent sans réponse à commencer par le délai entre la première consultation et la date initiale de traitement hors cancer du sein). Par contre, la gestion de la phase active reste problématique, dans la mesure où les chimiothérapies génèrent un taux élevé de complications à domicile, en particulier de complications infectieuses. À titre d'exemple, dans le traitement des lymphomes, le schéma standard RCHOP induit au moins 50% de neutropénie fébrile et un taux de mortalité par complications septiques de 3% à 10% selon l'âge. Dans la « vraie vie » (i.e., hors essai), cette toxicité encourage à la réduction de dose. En vraie vie, la compliance de la chimiothérapie, y compris en Midi-Pyrénées, est médiocre (selon les patholo-

gies entre 25% et 40% des patients restent sous-traités) (Borel *et al.*, 2015 ; Bouvet *et al.*, 2015). Toutefois, la diminution de l'intensité du traitement n'est pas sans diminuer l'efficacité thérapeutique. Ainsi, nous avons montré qu'une réduction de plus de 15% de l'intensité de traitement est associée à une réduction de 2 ans de la survie (Borel *et al.*, 2015). Sur la base de ces considérations, on conçoit que la qualité de la surveillance et de l'accompagnement physique et psychologique du patient peut avoir un impact important non seulement sur la sécurité mais aussi sur l'efficacité des traitements, et donc sur la durée de réponse et la survie. Dès 2006, nous avons fait l'hypothèse que l'application du concept de Patient Navigator à la phase active de traitement pourrait améliorer la sécurité et l'efficacité des soins. Le terme de « Nurse Navigator » (l'infirmière spécialisée dans l'appel au domicile du patient) a été traduit sous le terme d'infirmière de navigation spécialisée en oncologie (INSO). Le modèle a été évalué sous le terme d'AMA (Assistance des Malades Ambulatoires).

L'expérience AMA au CHU de Toulouse

L'AMA est désormais déclinée en AMA1 pour la phase active et AMA-AC pour l'AMA de l'après-cancer.

AMA1, comme le Patient Navigator, est basé sur un appel sortant par l'INSO pendant la chimiothérapie. AMA1 place clairement l'INSO au centre du dispositif de surveillance. Ainsi, une des originalités d'AMA est de reconnaître implicitement un certain transfert de compétence de l'oncologue vers l'INSO, ce qui est inimaginable aux É-U. AMA1 consiste en des appels

proactifs, systématiques, planifiés, de durée limitée (10 min), bi-hebdomadaires pour les chimiothérapies à risque, plus espacées pour les traitements moins intensifs. Lors de l'appel, l'infirmière recueille les informations (une vingtaine d'items) à partir d'un logiciel dédié. Les infirmières appliquent un arbre décisionnel : grade 0 = pas de symptôme, grade 1 = symptômes prévisibles nécessitant une intervention mais pas l'intervention directe de l'oncologue (ex : fièvre avec mise sous antibiotiques) et enfin, grade 2 = problèmes non résolus (ex : diarrhées) ou pronostic vital en jeu (ex : aplasie et signes pulmonaires). Le grade 2 impose une réactivité immédiate de l'oncologue. AMA1 fonctionne donc à partir d'un tandem INSO-médecin AMA. Dans notre centre, à ce jour, 2035 patients traités pour lymphome ont bénéficié d'AMA1. La procédure a été évaluée à partir d'une cohorte de 382 lymphomes agressifs (10428 appels, 1738 heures de travail). Nous n'avons observé ni refus d'inclusion (sauf 1), ni appel manqué. L'infirmière est intervenue dans 22% des appels. Seuls 7% des appels ont mobilisé l'oncologue ou le MG. AMA1 réduit de 50% les hospitalisations secondaires, améliore l'observance des traitements d'un facteur 3 (la non-observance est définie par des concessions de dose-intensité d'au moins 15%) et probablement la survie (*Compaci et al.*, 2011 ; *Borel et al.*, 2015 ; *Lamy et al.*, 2016). AMA1 est une procédure faisable, évaluable et efficace tant pour le gain de temps médical que pour la qualité des soins. Une enquête de satisfaction auprès des MG a révélé que si pour 40% des MG, AMA1 contribuait à leur « exclusion » du parcours de soins, plus de 80% considéraient la procédure comme utile à leurs patients. Une enquête de satis-

faction auprès des patients est actuellement en cours. Elle devrait nous permettre de confirmer qu'AMA est plébiscité par les patients et que le modèle répond aux besoins attendus par les patients et les aidants. Initialement conçu pour les lymphomes, le concept AMA a été étendu à d'autres pathologies. Par exemple nos collègues oncologues de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole ont adapté la procédure AMA à leurs besoins prioritaires : l'accompagnement des patientes traitées par chimiothérapies néo-adjuvantes pour cancer du sein (programme CoAch). AMA1 se développe dans 5 autres centres en France : CHU de Rennes, CLLC de Rouen, Centre Léon Bérard-Lyon et CHU de Lyon Sud.

AMA-AC (AMA de l'après-cancer) : le succès d'AMA1 nous a encouragés à développer un modèle similaire dans l'après-cancer. Dans le modèle AMA-AC, le malade consulte à intervalle fixe son MG. Celui-ci remplit une grille dite des « événements médicaux » couvrant tous les organes et fonctions correspondantes. Cette grille est ensuite adressée à l'infirmière de coordination qui rappelle ensuite le malade à domicile pour l'évaluation psychologique (échelles psychométriques) et sociale (situation professionnelle). Ce triple dossier médical, psychologique et social est adressé à l'oncologue ; celui-ci en fait une synthèse qu'il transmet au médecin généraliste et le cas échéant décide d'une intervention. Dans AMA-AC, le malade n'est donc pas systématiquement revu par l'oncologue même s'il est autorisé à le solliciter directement. AMA-AC est donc une alternative au suivi classique « tout oncologue », lequel pouvant être considéré sur la base de nombreux travaux comme superficiel, médico-

centré, improductif et finalement inefficace. Notre expérience pilote sur 282 malades confirme la faisabilité d'AMA-AC. Seulement 6% des patients ont souhaité revoir l'oncologue (peur de la rechute – non confirmée – sur la base de symptômes non spécifiques). AMA-AC est à présent développé depuis 3 ans dans notre centre et devrait être mis en place dans d'autres centres dont le service d'hématologie de l'hôpital Saint Louis à Paris (Pr Thiéblemont) avec qui nous collaborons. AMA-AC est plébiscité par les patients et les MG, AMA-AC est fiable, reproductible, très efficace à détecter les complications de l'après-cancer : complications physiques (rechutes, séquelles, pathologies associées), composante psychologique (anxiété, dépression, syndrome de stress) et composante sociale (notamment les difficultés de retour au travail). L'évaluation d'AMA-AC a été publiée récemment (*Compaci et al., 2015*). Dans ce travail, nous montrons qu'AMA-AC détecte pendant la première année de l'après-cancer 13% de complications graves dont la moitié potentiellement mortelles (pathologies thrombo-emboliques, cardiaques ou seconds cancers). L'amélioration de la productivité et le gain de temps médical sont évidents.

AMA dans les pays du Sud (AMAFRICA)

AMA se prête bien aux besoins des patients traités par chimiothérapie dans les pays aux ressources limitées. Le transfert de compétence vers l'INSO est une nécessité dans ces pays où le nombre d'oncologue est très réduit. Une collaboration s'est développée avec la Côte d'Ivoire. Grâce au soutien de la Fondation Pierre Fabre, nous avons initié le projet AMAFRICA en partenariat

avec le service d'hématologie du CHU d'Abidjan (Pr Koffi). Il s'agit d'une étude randomisée AMA *versus* non-AMA chez des patients porteurs de lymphomes agressifs traités en première ligne par chimiothérapie. Une partie du financement est consacré à l'achat d'une flotte de téléphone portable. Nous avons assuré la formation de l'INSO. Le critère de jugement principal est le taux d'abandon thérapeutique estimé à 40% dans le bras contrôle. Ce taux d'abandon (ou de refus) correspond aux données rapportées dans les trop rares études consacrées au sujet (*Gupta et al.*, 2013) et peut même dépasser 90% pour les fillettes en Asie (*Wang et al.*, 2011). Ces chiffres illustrent l'enjeu à l'échelle mondiale. Nous pensons que l'accompagnement au sens général du terme et sous des formes adaptées aux pays concernés, représente une des approches possibles pour réduire cette forme d'inégalité de santé entre le Nord et le Sud.

En conclusion, l'accompagnement du patient cancéreux à chacune des étapes du parcours de soins peut améliorer la relation soigné-soignant, la compréhension des enjeux, la sécurité des soins, la qualité du traitement et potentiellement la survie. Le personnel impliqué dans ce type de projet sont soit des bénévoles formés (Patient Navigator), soit des infirmières (AMA). Dans notre système de soins, nous disposons en effet, d'une réserve de personnel hautement qualifié naturellement dédié à cette tâche. Ces infirmières dites de coordination (les INSO dans AMA) sont au centre de ces dispositifs et assument un transfert de compétence de plus en plus poussé comme l'autorise désormais l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, au bénéfice des patients,

des aidants et des médecins généralistes. Au-delà de la cancérologie, AMA est une procédure sans doute applicable à d'autres maladies chroniques, à des situations précaires (âge, comorbidités multiples, niveau éducatif faible) ou lorsque le parcours de soins implique des procédures complexes.

Références

- 1 - Borel C, Lamy S, Compaci G, Récher C, Jeanneau P, Nogaro JC, Bauvin E, Despas F, Delpierre C, Laurent G. A longitudinal study of non-medical determinants of adherence to R-CHOP therapy for diffuse large B-cell lymphoma: implication for survival. **BMC Cancer**. 2015, Apr 15;15 (1): 288.
- 2 - Bouvet E, Borel C, Obéric L, Compaci G, Cazin B, Michallet AS, Laurent G, Ysebaert L. Impact of dose intensity on outcome of fludarabine, cyclophosphamide, and rituximab regimen given in the first-line therapy for chronic lymphocytic leukemia. **Haematologica**. 2013, Jan 98(1): 65-70.
- 3 - Cegala DJ, Marinelli T, Post D. The effects of patient communication skills training on compliance. **Arch Fam Med**. 2000, Jan 9(1): 57-64. PubMed PMID: 10664643.
- 4 - Compaci G, Ysebaert L, Obéric L, Derumeaux H, Laurent G. 2011. Effectiveness of telephone support during chemotherapy in patients with diffuse large B cell lymphoma: The Ambulatory Medical Assistance (AMA) experience. **Int J Nurs Stud**. 2011, 48: 926-932.
- 5 - Compaci G, Rueter M, Lamy S, Oberic L, Recher C, Lapeyre-Mestre M, Laurent G, Despas F. Ambulatory Medical Assistance - After Cancer (AMA-AC): A model for an early trajectory survivorship survey of lymphoma patients treated with anthracycline-based chemotherapy. **BMC Cancer**. 2015, Oct 24;15(1): 781.
- 6 - Freeman H, Wasfie TJ. Cancer of the breast in poor black women **Cancer**. 1989, Jun 15;63 (12): 2562-9.
- 7 - Freeman HP, Muth BJ, Kerner JF. Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. **Cancer Pract**. 1995, Jan-Feb;3 (1): 19-30.

- 8 - Gupta S, Yeh S, Martiniuk A, Lam CG, Chen HY, Liu YL, Tsimicalis A, Arora RS, Ribeiro RC. The magnitude and predictors of abandonment of therapy in paediatric acute leukaemia in middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2013, Jul; 49 (11): 2555-64.
- 9 - Hendren S, Griggs JJ, Epstein RM, Humiston S, Rousseau S, Jean-Pierre P, Carroll J, Yosha AM, Loader S, Fiscella K. Study protocol: a randomized controlled trial of patient navigation-activation to reduce cancer health disparities. **BMC Cancer**. 2010, Oct 13; 10: 551.
- 10 - Jean-Pierre P, Cheng Y, Wells KJ, Freund KM, Snyder FR, Fiscella K, Holden AE, Paskett ED, Dudley DJ, Simon MA, Valverde PA; Patient Navigation Research Program. Satisfaction with cancer care among underserved racial-ethnic minorities and lower-income patients receiving patient navigation. **Cancer**. 2016, Apr 1; 122 (7): 1060-7.
- 11 - Lamy S, Bettioli C, Grosclaude P, Compaci G, Albertus G, Récher C, Nogaro JC, Despas F, Laurent G, Delpierre C. The care center influences the management of lymphoma patients in a universal health care system: an observational cohort study. **BMC Health Serv Res**. 2016, Aug 2; 16 (a): 336.
- 12 - McCord C, Freeman HP. Excess mortality in Harlem. **N Engl J Med**. 1990, Jan 18; 322 (3): 173-7.
- 13 - Wang YR, Jin RM, Xu JW, Zhang ZQ. A report about treatment refusal and abandonment in children with acute lymphoblastic leukemia in China, 1997-2007. **Leuk Res**. 2011, Dec 35 (12): 1628-31.

Maladie Coronaire et sexe féminin

Pr Jean Paul BOUNHOURE

Professeur à l'Université

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Contrairement à une notion fautive, largement répandue, le sexe féminin paie un lourd tribut aux maladies cardiovasculaires. La maladie coronaire est la première cause de mortalité chez les femmes en Europe, la deuxième en France, elle tue 7 fois plus que le cancer du sein dans les pays industrialisés. Classiquement l'athérosclérose coronaire est considérée comme une pathologie frappant principalement les hommes, les femmes jusqu'à la ménopause étant considérées comme protégées par leur statut hormonal. En Europe, le taux de décès des femmes atteint 42% et 48,5% aux USA. Surtout fait paradoxal, le taux de décès par infarctus du myocarde a augmenté de près de 10% chez les femmes « jeunes » de moins de 55 ans. Les statistiques de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) montrent que la mortalité cardiovasculaire est aujourd'hui plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La pathologie cardiovasculaire féminine est devenue un véritable problème de santé publique avec l'augmentation de facteurs de risques cardiovasculaires spécifiques au sexe féminin. L'impact des maladies cardiovasculaires sur la mortalité et la morbidité dans le sexe féminin reste encore très largement sous estimé par les pouvoirs publics, le corps médical, les médias, et les femmes elle mêmes. Le risque cardio neuro vasculaire est sous évalué, insuffisamment détecté et en général, sous traité. Contrairement aux hommes, les femmes sont moins

fréquemment soumises à des investigations diagnostiques et à des interventions thérapeutiques recommandées par les *guide lines* des Sociétés savantes. Ce fait surprenant fut décrit pour la première fois par Healy, Directrice du *National Health Institute* aux USA, comme le Syndrome de Yentl l'héroïne Juive d'Isaac Singer qui dut se déguiser en homme, pour pouvoir bénéficier d'un enseignement supérieur et être éduquée selon la philosophie du *Talmud* [1].

Au cours des dernières décennies, les progrès dans la prévention et la prise en charge des syndromes coronariens aigus ont réduit, entre 2002 et 2010, la mortalité due à la maladie coronaire, de 32% chez les hommes mais seulement de 25% chez les femmes. La proportion de femmes de moins de 60 ans, hospitalisées pour un syndrome coronarien aigu avec sus décalage de ST a progressé de 11,8 à 25,5% durant cette période, élévation due à l'augmentation des principaux facteurs de risque athérogènes tels le tabagisme actif, l'obésité, le diabète, le stress et la sédentarité. Fait paradoxal, les femmes ont moins de lésions coronariennes obstructives que les hommes mais une mortalité plus importante. La pathologie principale demeure l'infarctus du myocarde, cause de 20% des décès féminins, suivi par les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, 15% des décès et les autres pathologies vasculaires, 10%.

La progression des maladies cardiovasculaires peut s'expliquer par les modifications des comportements féminins et le mode de vie des femmes dans les pays occidentaux, devenus comparables à ceux des hommes dans le monde actuel [2].

L'effet protecteur des oestrogènes naturels circulants est dû à un effet vasodilatateur direct sur les parois vasculaires, l'amélioration de la fonction endothéliale, un effet régulateur sur les lipides, la coagulation et les marqueurs inflammatoires. Cet effet pourrait être amoindri par la progression des facteurs de risque athérogènes, en particulier l'exposition précoce et prolongée au tabac, phénomène courant de nos jours dans le sexe féminin. Fait majeur et angoissant, une enquête de la Fédération de cardiologie constate que la première cigarette est fumée en moyenne à l'âge de 11 ans. Le tabagisme progresse dans les collèges et les lycées, toutes les collectivités. Il a un effet particulièrement délétère chez les jeunes femmes avec un risque de maladie coronaire de 60% par rapport aux hommes [3]. On constate aujourd'hui, la prévalence croissante du diabète, de l'obésité, des dyslipidémies et de la sédentarité.

Mais les conditions mêmes de la vie féminine ont changé, la place de la femme n'est plus restreinte aux travaux domestiques, aux charges de la vie familiale et à la maternité. Les femmes exercent en fait deux professions cumulant avec les contraintes de la vie familiale des responsabilités croissantes dans la vie professionnelle. Elles occupent de multiples fonctions dans les entreprises privées ou publiques, l'enseignement et la recherche, les professions médicales et paramédicales. Cette vie trépidante, source de contraintes au travail, de difficultés relationnelles, cause de stress psycho-émotionnels répétés, peut entraîner des dépressions dont on connaît le rôle délétère sur l'évolution de la maladie coronaire et de l'insuffisance cardiaque et

participent au phénomène actuellement connu du stress permanent.

La maladie coronaire chez la femme a des aspects spécifiques

La localisation et la morphologie des lésions athéromateuses coronaires sont particulières dans le sexe féminin. Les lésions des artères épicaardiques sont moins étendues et moins obstructives chez la femme que chez l'homme. Un ensemble de processus thrombogènes et inflammatoires sont impliqués dans la genèse et la progression des lésions athéromateuses, différentes des lésions masculines. Les plaques athéromateuses entraînent plutôt qu'une sténose sévère un remodelage artériel concentrique réduisant la lumière vasculaire créant des plaques composées de cellules musculaires lisses et d'une matrice riche en proteoglycanes sans centre nécrotique. L'érosion entraîne la formation de thrombus au niveau de la plaque avec leur possible migration embolique en distalité. Il s'effectue une diminution de la lumière artérielle concentrique alors que l'atteinte chez les hommes donne des sténoses obstructives plus focales [4]. Toutefois, chez les femmes les plus âgées, comme dans le sexe masculin, la rupture d'une plaque vulnérable avec thrombose aigue explique la survenue de nécroses myocardiques étendues s'il n'y a pas de désobstruction rapide. On constate aussi, particulièrement chez les femmes de moins de 50 ans, non athéroscléreuses, des dissections coronaires spontanées avec un hématome intra mural obstructif sans facteur déclenchant. De plus, on peut observer chez des patientes souffrant de douleurs

angineuses et ayant des tests d'effort anormaux ou au cours de syndromes coronariens aigus, l'absence totale d'obstruction coronaire ou de lésion artérielle, c'est-à-dire des coronaires parfaitement normales à l'angiographie. Dans l'étude WISE, (*Women Ischemia Syndrome Evaluation Study*) la mesure de réserve du flux coronaire, c'est-à-dire la capacité de la microcirculation à répondre à des stimuli vasodilatateurs montre une vasoréactivité anormale rendant compte de syndromes douloureux en l'absence de sténose coronaire significative. On parle alors d'angor micro vasculaire pour désigner cette atteinte sans anomalie des artères épicardiques à la coronarographie. Le mécanisme physiopathologique est une atteinte microcirculatoire, avec lésions des petits vaisseaux de calibre inférieur de moins de 500 μ m de diamètre causant une ischémie sans sténose des vaisseaux coronaires principaux [5].

La première difficulté dans le diagnostic de la maladie coronaire de la femme est de savoir l'évoquer

Car pour ce sexe, la symptomatologie douloureuse est très souvent atypique, trompeuse, surtout chez les femmes de moins de 50 ans. Paradoxalement, ces patientes malgré les difficultés du diagnostic clinique, le faible apport de l'interrogatoire, subissent moins d'explorations que les hommes. Dans la maladie coronaire stable, les douleurs thoraciques sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme et représentent un motif de consultation courant. Par contre, la douleur angineuse caractéristique, typique, de siège rétro sternal à l'effort est presque exceptionnelle. Les douleurs ont un siège latéral, sont ponctuelles, mal rythmées par

l'effort, avec quelquefois des sensations de malaise mal défini, d'angoisse. L'asthénie, la dyspnée et une fatigabilité à l'effort, des douleurs dorsales, des palpitations ou lipothymies, des nausées et vomissements sont souvent les signes d'appel. Devant ces signes, le médecin risque de ne pas s'orienter vers une origine cardiaque. L'électrocardiogramme de repos est le plus souvent normal ou peut présenter des anomalies de la repolarisation non significatives.

De manière paradoxale, l'enquête diagnostique est moins approfondie chez les femmes. Ces patientes se plaignant de troubles fonctionnels cardiaques, subissent moins d'examen complémentaires à visée diagnostique que les hommes. Dans l'étude française PARITE le dépistage de l'ischémie myocardique est beaucoup moins réalisé chez la femme (22,6%) que chez les hommes (44,2%) [6]. Dans l'enquête de *L'Euroheart Survey*, les femmes subissent 5 fois moins d'épreuves d'effort que les hommes et ceci même après ajustement sur l'âge, les comorbidités, la durée et la sévérité des symptômes. De plus, les tests d'effort sont fréquemment ininterprétables, ayant une moins bonne valeur diagnostique que chez l'homme sans qu'il y ait d'explication précise. On constate une plus faible sensibilité et une plus faible spécificité que dans le sexe masculin. Il existe une controverse concernant la pertinence de l'indication d'une épreuve d'effort pour faire le diagnostic d'ischémie myocardique chez la femme mais un grand nombre de tests d'effort sont non contributifs parce qu'ils sont le plus souvent sous maximaux, vu la faiblesse musculaire, la désadaptation à l'effort sur bicyclette ergométrique. Il est indispensable d'appliquer un protocole adapté, en fonction de l'âge de la patiente,

de sa taille, de son poids avec des incréments de charge faiblement croissants, pour que le test soit valide. La faible valeur diagnostique de l'épreuve d'effort impose la nécessité d'explorations plus sensibles et le recours à l'imagerie. La scintigraphie a une bonne sensibilité : les défauts de perfusion myocardique sont précoces, nettement visibles et cette technique possède une très bonne valeur pronostique en fonction du nombre de territoires myocardiques mal perfusés.

La sensibilité et la spécificité de l'échocardiographie de stress sont excellentes pour exclure la maladie coronaire chez la femme jeune et elle peut détecter des anomalies de la contractilité segmentaire significatives, traduisant une ischémie localisée.

Il y a 40 à 50% de moins de coronarographies réalisées chez la femme alors que cet examen est la pierre angulaire du diagnostic. Celle-ci met en évidence des lésions artérielles moins obstructives et moins étendues que chez l'homme. En dehors de l'athéromatose obstructive classique, d'autres mécanismes sont incriminés : érosion de la plaque, spasmes coronariens, dissections coronaires spontanées et dysfonction microcirculatoire et endothéliale pour l'ischémie myocardique chronique. Chez les femmes âgées, en général après 75 ans, la rupture de plaque comme chez l'homme avec thrombus occlusif est en cause. La recherche d'une dysfonction microvasculaire implique la pratique de tests explorant la réserve du flux coronaire, c'est-à-dire la capacité de vasodilatation de la microcirculation. L'étude WISE a montré que les femmes ayant un angor microvasculaire, des douleurs et de l'ischémie à l'effort avec des coronarographies normales avaient au cours

d'un suivi de 5 ans des risques élevés d'évènements coronariens [5].

Des inégalités dans la prise en charge thérapeutique contribuent à la surmortalité féminine

Les recommandations ne diffèrent pas selon le sexe mais elles sont pour des raisons inconnues moins appliquées chez la femme. La parité homme-femme lors du traitement de la maladie coronaire n'est pas encore atteinte en France, ce qui peut expliquer la surmortalité féminine. De manière générale, les femmes sont adressées plus tard que les hommes pour une exploration coronaire et un traitement interventionnel dans les syndromes coronariens aigus. C'est ce que montre l'étude SPIRIT WOMEN, étude interventionnelle menée chez 1600 patientes. Cette étude a été conçue pour évaluer l'efficacité du stent actif XIENCE à libération d'éverolimus chez la femme. Le délai d'intervention est plus court chez les hommes pour la réalisation de la revascularisation percutanée, les femmes étant adressées 5 jours plus tard [7]. Dans l'étude de l'*Euro Heart Survey* la revascularisation percutanée ou chirurgicale est 3 fois moins appliquée chez la femme que chez l'homme. À lésions coronaires égales, les femmes sont traitées moins souvent par angioplasties coronaires. Au cours des techniques invasives, les saignements et les hématomes au point de ponction, les hématomes retro péritonéaux sont de moins en moins fréquents avec les progrès techniques et l'utilisation de doses d'anticoagulants ajustées au poids des patients mais le risque hémorragique est 2 à 3 fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Pour réduire les

taux des complications hémorragiques, l'utilisation de la voie radiale est aujourd'hui largement pratiquée mais le calibre réduit de cette artère chez la femme rend son utilisation deux fois moins fréquente chez la femme que chez l'homme.

Malgré les *guide lines*, plusieurs études ont montré que l'aspirine, les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, l'héparine et les statines étaient moins souvent prescrits chez la femme que dans le sexe masculin, aussi bien en phase aigue qu'à long terme. Les femmes reçoivent moins d'aspirine, d'antiagrégants plaquettaires, d'héparine de bas poids moléculaire que les hommes dans les syndromes coronariens aigus [8]. À la sortie de l'hôpital, après un infarctus, les traitements recommandés sont irrégulièrement prescrits, souvent utilisés à doses insuffisantes et prématurément interrompus. Les méthodes de réadaptation avec entraînement à l'effort, dans des établissements spécialisés dont l'efficacité a été prouvée pour la prévention des récives, sont beaucoup moins pratiquées que dans le sexe masculin.

Fait majeur, l'infarctus du myocarde survenant chez des femmes est associé à un taux de décès important. Les décès surviennent soit chez des femmes jeunes à haut risque (en particulier les patientes jeunes ayant une grande consommation tabagique, les diabétiques, ou celles cumulant les facteurs de risque athérogènes syndrome métabolique, association, dyslipidémies – tabagisme – contraceptifs) soit chez des femmes âgées de plus de 75 ans avec plusieurs comorbidités [8]. Le pronostic de l'infarctus dans le sexe féminin est médiocre avec une mortalité supérieure à celle du sexe masculin malgré le recours aux techniques actuelles de

revascularisation rapide. Malgré des progrès, le délai d'intervention est plus long chez la femme que chez l'homme, une durée d'ischémie myocardique de plus de 4 heures est constatée chez 42% chez les femmes versus 30% chez les hommes. Pour les infarctus typiques, classiques, avec un susdécalage du segment (SCAST +) les taux de décès actuels sont de 5,5% chez l'homme alors qu'ils dépassent 10% chez les femmes [9].

En dépit d'avancées considérables, beaucoup de progrès restent à faire, dans la prévention, la détection et le traitement des cardiopathies du sexe féminin. Pendant des décennies, la recherche physiopathologique, épidémiologique et pharmacologique a été centrée sur le sexe masculin, **conduisant à une mauvaise appréciation des différences entre les deux sexes dans la pathogénie, la survenue et le traitement des cardiopathies**. Aussi longtemps que les femmes seront sous représentées dans les études et les essais cliniques nous manquerons de données précises concernant 51% de la population. Tous les auteurs s'accordent pour demander une meilleure coordination des soins, des études thérapeutiques prolongées, comportant des effectifs conséquents, dévolues à la pathologie cardiaque féminine, surtout dans les domaines de la maladie coronaire et de l'Insuffisance cardiaque, la recherche de nouveaux contraceptifs. Des campagnes d'information semblent nécessaires, vu la méconnaissance des femmes elles-mêmes des facteurs de risque, des dangers du tabagisme, le caractère souvent trompeur des symptômes et la sous estimation du risque des médecins eux-mêmes. La femme doit être une cible prioritaire des actions de prévention primaire. La détection des sujets à

risque doit être développée et mieux organisée vu les transformations saisissantes de la vie féminine au cours des dernières décennies.

Références

- 1 - Healey B, The Yentl Syndrome. *N Engl J Med.* 1991, 325, 274-6.
- 2 - World Health Organization, Women and health. 2009, [http// www int/gender/women health / full report 20091104](http://www.int/gender/women health / full report 20091104) in PDF.
- 3 - Huxley R, Cigarette smoking as a risk factor of coronary disease in women compares with men, a systematic review and meta analysis of prospective cohort study *Lancet.* 2011, 378, 1297-1305.
- 4 - Shaw LJ, Buardini R, Merz CN, Women and ischemic heart disease. Evolving knowledge, *J Am Coll Cardiol.* 2009, 54, 1561-1575.
- 5 - Gulati M, MC Clure C, Johnson D et al., Adverse cardiovascular outcomes in women without obstructive coronary disease. *Arch Int Med.* 2009, 169, 843-53.
- 6 - Mounier Vehier C, SimonT, Ferrini M et al., Gender related differences in the management of hypertension. *Arch Cardio Vasc Dis.* 2012, 105, 271-80.
- 7 - Morice MC, Mikwail GW, Modena MG, Evaluation of the stent Xience. *Eurointervent. Journal.* 2012, 8, 325-35.
- 8 - Solimene Mc, Coronary disease in women, a challenge for the 21st century. *Neth Heart J.* 2010, 18, 5986602
- 9 - Madika AL, Mounier-Vehier C, La maladie coronaire de la femme : de vraies spécificités à bien connaître pour améliorer la prise en charge. *Presse med.* 2016, 45, 577-87.
- 10 - Giulati M, MC Cure C, Johnson BD et al., Adverse cardiovascular outcomes in women with non obstructive coronary disease. *Arch Int Med.* 2009, 169, 843-50.
- 11 - Spaulding Infarctus du myocarde et sexe féminin, Journée Pathologie cardiaque et sexe féminin. Académie Nationale de médecine, 18.10.2016, J.-P. Bounhoure – A.Vaccheron organisateurs.
- 12 - Maas AH, Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. *Eur Heart J.* 2012, 32, 1362-68.

Histoire de la chirurgie cardiaque

Dr Aristide QUERIAN
Chirurgien cardio-vasculaire

On peut considérer que la Chirurgie Cardiaque est née il y a 50 ans. Avant cette période, il était impensable de toucher le coeur, qui était considéré, depuis Aristote et Hippocrate, comme « le siège de l'âme ». Ainsi, pour les chirurgiens, opérer le coeur était impensable voire même un sacrilège. Mais ce tabou sera rapidement bousculé.

Il faut savoir que, jusqu'au 18^e siècle, on ne connaissait pas du tout les maladies cardiaques. C'est à partir du XIX^e siècle que les maladies cardiaques vont commencer à être connues et ceci grâce à des confrontations anatomo-cliniques.

La fin du XX^e siècle va être marquée par des bouleversements sans précédent et les découvertes vont se succéder à une grande vitesse, et vont permettre l'éclosion de cette chirurgie.

En 1912, c'est la mise au point des sutures vasculaires par Alexis Carrel (1912, Prix Nobel). Il pratique les premières transplantations de rein sur des chiens. Il a aussi été le premier à démontrer qu'un coeur de poulet placé dans un milieu nutritif pouvait se contracter pendant plus de 25 ans (durée de vie de la poule étant de 10 ans) évoquant ainsi la possibilité de conservations des organes.

Plus récemment, en 1929, c'est la découverte du cathétérisme cardiaque par Werner Forssmann qui pratique un jour sur lui-même le premier cathétérisme en introduisant dans une veine un cathéter et le suivant par radio jusqu'aux cavités cardiaques sous radioscopie. Vingt ans

plus tard, en 1950, un Français Cournand va généraliser le procédé par prise de pression et injection de produits de contraste et va étudier les anomalies des valves cardiaques.

D'autres progrès ne vont pas tarder à révolutionner les maladies cardiaques comme la réanimation post-opératoire, la coronarographie, l'échographie, le scanner, l'IRM, le monitoring, la stimulation cardiaque etc.

L'histoire de la Chirurgie Cardiaque peut se résumer à trois périodes :

- *période extra-cardiaque*, autour du cœur avant 1948
- *Période intra-cardiaque 1948-1956* avec des objectifs limités
- *période avec CEC depuis 1956, ou intra-cardiaque*

Période extra-cardiaque

Cette période se situe avant 1948. En 1810, le Baron LAREY, chirurgien de Napoléon, évacue un épanchement péricardique en insérant un cathéter : le patient décède, mais l'idée était bonne.

En 1894, Williams Daniel à Chicago renouvèle le geste de Larrey pour une plaie thoracique. L'hémorragie était provoquée par une plaie de l'AMI (artère mammaire interne) qui saignait dans le péricarde. Il opère sur une table de cuisine un garçon de 13 ans avec succès.

En 1896, un jardinier, Justus, sortant d'un café à moitié ivre, est blessé au cours d'une rixe par un couteau de cuisine. Comme il continue de respirer, les policiers l'amènent à l'hôpital. Le Dr Ludwig Rehn à Francfort, chirurgien de service, décide de tenter quelque chose.

Il aborde le thorax gauche, incise le péricarde ; dès l'ouverture du sang coule à flot et les contractions du cœur repartent. Il trouve alors une plaie sur le cœur de 2 cm, il colmate la plaie avec un doigt puis réussit à faire quelques points de suture au catgut. Justus est sauvé. Cet exploit aura un grand retentissement dans toute l'Europe. Pour la première fois, un homme avait maîtrisé l'organe mythique. Désormais, le cœur ne sera plus considéré comme un organe tabou. (il va réaliser 124 interventions en 10 ans).

En 1939, Robert Gross réalise la première ligature d'un canal artériel et, en 1944, Crafoord réalise la correction d'une coarctation aortique.

Période intra-cardiaque à cœur fermé (1947-1955)

En 1943, Blalock fait le premier shunt palliatif pour la maladie bleue (Tétralogie de Fallot). Madame Taussig était cardiologue dans un service de cardiologie infantile. Elle constate que les enfants atteints de maladie bleue ou maladie de Fallot ont des difficultés à oxygéner leur sang en raison d'une CIV et d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Elle demande à Blalock, chirurgien, d'anastomoser l'artère sous-clavière à l'artère pulmonaire pour mieux oxygéner le sang de ces enfants. Ce sera un tournant. Pour la première fois, on va traiter une malformation cardiaque par une autre malformation. Bien que cette opération soit palliative, elle va sauver de nombreuses vies avec des résultats spectaculaires. En effet, dès la fin de l'intervention, les enfants qui étaient bleus à l'entrée à l'hôpital deviennent roses à leur sortie. Ils vont pouvoir atteindre l'âge adulte et pourront subir une correction totale secondairement. Cette intervention

de Blalock Taussig aura un retentissement mondial. Pour la première fois, on sauvait des enfants voués à la mort. Cette intervention sera rapidement introduite en Europe. En 1947, le Pr Dallaines invite le Dr Blalock à Paris pour une démonstration. Comme il ne parle pas du tout l'Anglais, il demande au Dr Charles Dubost, chirurgien digestif qui parlait couramment l'anglais, d'aider le Dr Blalock. Charles Dubost dira plus tard à un de ses amis que Blalock l'avait tellement impressionné qu'il avait décidé d'abandonner estomac et rectum « pour se consacrer entièrement à cette nouvelle chirurgie ».

Un jour, Bailey avait vu son père mourir dans les bras de sa mère quand il était enfant, à cause d'un rétrécissement mitral, ce qui sans doute le poussera à trouver une solution, une fois devenu chirurgien. En 1948, il réalise une dilatation de l'orifice mitrale avec le doigt, mais les trois premiers malades décéderont rapidement. Il lui est alors interdit d'exercer la chirurgie dans son hôpital. Il recueille l'opprobre de ses confrères qui considéraient à l'époque comme un sacrilège d'avoir osé touché le cœur. On l'appelle le boucher de Hahnemann. Mais il va récidiver dans d'autres hôpitaux et va obtenir de bons résultats.

En 1953, Charles Dubost invente le dilatateur mitral qui sera utilisé partout pendant quelques années.

En 1952, le Ministre de la guerre du Canada demande à Wilfred Bigelow d'étudier les effets du grand froid sur les marins et les aviateurs naufragés dans des mers glaciales car l'hibernation de certains animaux reste toujours un mystère. Bigelow comprend vite l'intérêt de ses recherches pour la chirurgie cardiaque à cœur ouvert.

Bigelow commence à travailler sur les chiens et précise les conditions techniques. Il constate que si la tempé-

rature corporelle descend à 28°C une fibrillation ventriculaire irréversible peut s'installer, mais à 30°C on peut arrêter la circulation pendant 5 à 8 minutes sans dommage. Bientôt cette méthode sera appliquée chez l'homme avec succès jusqu'en 1964.

Le patient sera plongé dans une baignoire remplie de glaces. Il sera frictionné pour éviter des engelures. Dès que la température descend à 32°C, on le sort rapidement et on l'installe sur la table d'opération. Pendant ce temps, la température continue à baisser jusqu'à 30°C. On clampé alors la VCS (veine cave supérieure), la VCI (veine cave inférieure) et l'aorte. En cinq minutes, on arrive ainsi à fermer des communications inter auriculaires. Puis, on réchauffe le patient avec des couvertures chauffantes. Cette technique sera appliquée à l'homme avec succès, puis abandonnée en raison des progrès du cœur-poumon artificiel.

En 1953, Walter Lillehei, à Minneapolis, met au point la circulation croisée pour la fermeture des communications inter-ventriculaires chez des enfants atteints de la maladie de Fallot ou Maladie bleue.

La mère ou le père de l'enfant sert d'oxygénateur. Le sang veineux de l'enfant est récupéré, venant de la VCS et de la VCI ; ce sang est injecté dans la veine fémorale du donneur puis le sang oxygéné du donneur est injecté dans l'aorte de l'enfant. 45 enfants seront opérés en un an. Mais c'est un procédé acrobatique et dangereux pour le donneur et le receveur. Il sera abandonné à cause de la survenue de bloc AV et de fibrillation.

Période CEC après 1956

Mais toutes ces méthodes étaient limitées. Il fallait un système de dérivation du sang pendant la durée du geste opératoire. C'est à H. Gibbon, en 1953, que l'on doit les premières études du cœur-poumon artificiel. Il va construire un appareil avec des tuyaux d'arrosage et des éponges de cuisine en aluminium.

Le sang veineux du patient sera recueilli dans le tube en plastique, en communication avec une arrivée d'oxygène, puis réinjecté par une pompe dans l'aorte du patient (la pompe était la même qu'utilisait les éleveurs de vaches pour traire le lait).

Parallèlement, un interne de Lillehei, De Wall, en 1955, va simplifier au maximum l'appareil de Gibbon et construire un autre appareil plus facile d'utilisation.

Principe de la CEC

C'est une technique qui remplace temporairement le cœur et le poumon. Elle comprend un oxygénateur qui remplace le poumon et une pompe qui remplace le VG. L'intérêt est d'obtenir un cœur exsangue et immobile pendant la correction. Le sang veineux recueilli dans les veines caves se dirige vers l'oxygénateur où s'effectuent les échanges gazeux. Puis, le sang est réinjecté par une pompe à galet dans l'aorte qui sera clampée à son origine au-dessus de la naissance des coronaires pendant toute la durée de l'intervention.

Il existe :

- un échangeur thermique qui peut faire varier la température corporelle. On fait descendre ainsi la température corporelle puis on réchauffe en fin d'intervention :

- des lignes d'aspiration du cœur pour rendre le champ opératoire exsangue ;
- et aujourd'hui, plusieurs modèles à usage unique et jetables (autrefois 3 heures pour préparer la CEC).

C'est à Lillehei, en 1955, qu'on doit la première intervention à cœur ouvert sous hypothermie dans le monde. Il s'agit d'un géant de la chirurgie, un pionnier. Il va former plus de 150 chirurgiens à travers plus de 40 pays dans le monde et en particulier Shumway et Barnard.

En 1956, Ch. Dubost invite De Wall à Paris et réalise la première CEC en Europe.

En 1958, la première intervention à cœur ouvert est réalisée à Toulouse par le Pr Enjalbert et le Pr Eschapasse.

Après la mise au point de la CEC, la difficulté des 20 années suivantes sera la protection du myocarde pendant l'arrêt circulatoire. En effet, pour protéger le cœur pendant le calmage aortique, il était nécessaire de déclamer l'aorte toutes les 5 minutes pour revasculariser le myocarde.

En 1959, Shumway propose l'hypothermie cardiaque par glaçage dans le sac péricardique.

À partir de 1975, la cardioplégie cristalloïde potassique sera une grande découverte qui va abaisser de manière significative la mortalité opératoire. On arrive ainsi à arrêter le cœur pendant une heure à une heure et demi, sans conséquences pour le myocarde. Si l'intervention est plus longue on pouvait aussi baisser la température corporelle grâce à l'échangeur thermique.

C'est à partir de 1960 que va commencer la chirurgie cardiaque moderne. En 1960, un soir, Albert Starr va avec des amis dans un bar et commande un verre de whisky. Il voit au niveau de la bouteille une sorte de valve qui permet de doser la quantité de whisky et grâce

à une bille le liquide ne peut plus couler. Il rentre chez lui et réfléchit. Plusieurs semaines plus tard, il construit une valve avec une cage et une bille à l'intérieur. Il va trouver le chirurgien de l'hôpital et lui présente cette valve pour remplacer une valve mitrale ou aortique pathologique. Il sera poliment éconduit pour cette idée saugrenue. Personne à ce moment n'a l'idée de remplacer des valves cardiaques. Mais il n'abandonne pas et continue à perfectionner sa valve.

Deux ans plus tard, il publie six cas de remplacement avec sa valve lors d'un congrès avec succès. Depuis, d'autres prothèses seront commercialisées : prothèse de Bjork, de Bailey, de St Jude Shiley Cooley, etc.

Mais l'inconvénient majeur de ces prothèses est la survenue d'accidents thrombo-emboliques nécessitant un traitement anticoagulant à vie. C'est la raison pour laquelle d'autres chirurgiens vont mettre au point des homogreffes et des hétérogreffes

En 1962, ce fut l'implantation de la première homogreffe par Ross. En 1965, implantation de la première hétérogreffe porcine par Binet et Carpentier.

Au début, les valves étaient conservées dans de la formaldéhyde et les résultats n'étaient pas bons concernant leur durée. Grâce au professeur Carpentier, la glutaraldéhyde sera la méthode de choix avec des durées de vie supérieure à dix ans. Encore aujourd'hui, ces hétérogreffes sont utilisées couramment dans le monde.

L'avantage de ces prothèses biologiques est la non nécessité de prises d'anticoagulants. Cependant, la durée de vie de ces prothèses est plus courte que les prothèses mécaniques. Toujours, A. Carpentier met au point la technique de plastie des insuffisances mitrales.

Chirurgie des coronaires

En 1946, Vienberg met au point une technique de revascularisation du myocarde en faisant passer l'AMI par un tunnel dans la paroi du VG avec quelques bons résultats.

De 1958 à 1962, Mason Sones met au point la technique de coronarographie ce qui va révolutionner la chirurgie des coronaires. Car à cette époque il n'y avait aucun traitement pour les maladies coronariennes, ni médical ni chirurgical.

Dix ans plus tard, en 1968, un Argentin, le Dr Favaloro, va publier les premières séries de pontages coronariens avec des veines saphènes, avec de bons résultats puis on va utiliser les AMI (artère mammaire interne). On utilise toujours des veines saphènes et surtout les artères mammaires internes, aujourd'hui, parfois les deux, mais les pontages avec les AMI sont plus performants qu'avec des veines.

En 1977, Gruntzig publie les premières angioplasties avec de bons résultats. L'angioplastie se fait sous anesthésie locale et demande deux à trois jours d'hospitalisation, tandis qu'un pontage nécessite 24 heures de soins intensifs, une semaine d'hospitalisation et deux mois de rééducation.

C'est ainsi que toute la chirurgie cardiaque moderne a été créée entre 1960 -1970

Greffes du cœur

Vers 1960, Shumway étudiait sur les chiens des techniques de protection du myocarde par hypothermie. Comme ces techniques duraient environ une heure et comme il ne pouvait rien faire d'autre, l'idée lui vient de

prélever le cœur et de le greffer de suite. C'est ainsi qu'il met au point la technique de greffe du cœur. Un jour, le Pr Barnard rend visite au laboratoire de Shumway et lui pose la question pourquoi ne pas réaliser cette greffe chez l'homme. Mais à cette époque la réglementation Américaine n'était pas encore favorable.

De retour en Afrique du Sud et sans aucun travail expérimental, il ose effectuer, le 3 décembre 1967 la première greffe du cœur chez un homme en copiant la technique de Shumway. C'est une révolution mondiale. Tout le monde parle de Barnard. Il sera invité dans le monde entier. Ce premier malade décède au bout de 15 jours. À cette époque, on maîtrisait mal les problèmes de rejets, on était peu familier avec l'immunothérapie et leurs traitements n'étaient pas bien connus, sauf la Cortisone et l'Azatopirine.

En 1968, Shumway commence sa série de greffes cardiaques. En France, le Pr Cabrol réalise la première greffe cardiaque en Europe en 1968 (Clovis Robain, décédé 3 jours après).

Les résultats ne sont pas très satisfaisants et la survie à un an est de l'ordre de 10%. Ainsi, de 1968 à 1971, cette chirurgie sera mise en veilleuse sauf pour Shumway et pour Cabrol. Le service du Pr Cabrol à la Pitié va réaliser, de 1968 à 2006, environ 1650 greffes du cœur.

En 1972, Borel découvre, par hasard, sur des champignons recueillis en Norvège, la Ciclosporine qu'il croyait être un antibiotique. Il s'avérera que la Ciclosporine est un excellent produit antirejet pour les greffes. Cette découverte va relancer les greffes du cœur et on va obtenir de bons résultats.

Actuellement, la survie à un an est de 72%, à 5 ans de 60% et à 10 ans de 40%. À Marseille, Mr Vitria, qui fut

opéré par le Professeur Henry, a vécu plus de dix-huit ans.

Mais le principal obstacle reste le manque de donneur. Il y a plusieurs centaines de malades sur une liste d'attente. C'est le point de départ des cœurs artificiels.

Le cœur artificiel

Compte tenu de ces problèmes de donneurs, beaucoup de chirurgiens se tournent vers le cœur artificiel pour deux raisons : soit pour l'attente d'une greffe, soit suite à un rejet de greffon. Aujourd'hui, le remplacement du cœur par un cœur artificiel de longue durée n'existe pas. En revanche, il existe des systèmes d'assistance circulatoire mécanique. Ce sont des pompes mono ou bi-ventriculaire. Le Jarvik 2000 est une turbine placée dans le ventricule gauche qui permet d'améliorer le débit du VG (ventricule gauche). Il existe quelques patients porteurs depuis quelques années.

Mais tous les systèmes d'assistance mécanique artificiels nécessitent de l'énergie électrique et un fil électrique traversant la peau.

En 1969, Denton Cooley, à Houston, réalisera la première pose de cœur artificiel. Le dispositif de fonctionnement était une machine externe de 250 Kg. Avec une survie de 64 h. Le problème majeur étant l'alimentation par batteries externes rechargeables.

En France, Alain Carpentier va étudier et réaliser, en collaboration avec Jean-Luc Lagardère, un cœur artificiel qui, après plus de 15 ans d'études, sera utilisé chez 4 patients depuis quelques mois. Pour le moment, la durée de vie ne dépasse pas encore 2 mois.

Conclusion

On peut envisager plusieurs hypothèses concernant l'avenir de cette chirurgie :

- les cellules souches pour régénérer le myocarde des greffes de cœurs d'animaux (cochons) par l'amélioration et la découverte de nouveaux procédés anti-rejets.
- la disparition de la chirurgie des coronaires si un traitement de l'athérome est trouvé comme la disparition de l'ulcère gastrique.

Un jour, on trouvera sans doute la résolution du problème entre donneur et receveur, la désensibilisation du receveur est déjà pratiquée aux USA et même dans certains centres en France. Mais cette technique est longue et coûte très cher.

En 2014, on a pratiqué en France 20.000 remplacements valvulaires, 15.000 pontages coronariens, 364 greffes cardiaques et plus de 50.000 angioplasties coronariennes. Tous les ans il y a en France plus de 150.000 décès d'origine cardiaque, première cause de mortalité devant le cancer.

La Jalousie

Réflexions sur la jalousie

Dr Elie ATTIAS

Pneumo-Allergologue - Toulouse

Directeur de la revue Médecine et Culture

« Notre être est cimenté de qualités malades ; l'ambition, la jalousie, l'envie, la vengeance, la superstition, le désespoir logent en nous d'une si naturelle possession... La jalousie est de toutes les maladies de l'esprit celle à qui le plus de choses servent d'aliment et le moins de choses de remède²... Cette nôtre exaspération immodérée et illégitime contre ce vice naît de la plus vaine et tempétueuse maladie qui afflige les âmes humaines, qui est la jalousie. Celle-là et l'envie, sa sœur, me semblent des plus ineptes de la troupe... Lorsque la jalousie saisit ces pauvres âmes faibles et sans résistance, c'est pitié comme elle les tire et tyrannise cruellement ; elle s'y insinue sous titre d'amitié ; mais depuis qu'elle les possède, les mêmes causes qui servaient de fondement à la bienveillance servent de fondement de haine capitale³ ».

Les hommes ont besoin d'un modèle existentiel qu'ils imitent. Ils cherchent à copier les désirs et les qualités qu'ils perçoivent chez autrui parce qu'ils pensent qu'ils en sont démunis. René Girard précise que « dès que nous désirons ce que désire un être proche de nous, la rivalité est inévitable... La rivalité mimétique est

² Montaigne, *Les Essais*, livre III, chapitre I.

³ Montaigne, *Les Essais*, livre III chapitre 5.

responsable de la fréquence et de l'intensité des conflits humains⁴ » que ce soit à l'échelle individuelle ou à l'échelle des nations. Nous connaissons l'histoire biblique des deux frères, Caïn et Abel, dont le métier, le caractère et l'esprit étaient différents : Caïn est décrit comme agriculteur et Abel comme berger. Un pacte tacite les tenait à distance, chacun dans son territoire jusqu'au jour où le dialogue devient impossible et aboutit à la violence. Caïn, parce qu'il jalouse son frère Abel, rompt cet équilibre fragile et le tue. « Nous croyons naïvement, écrit J-P Dupuy, que la violence des conflits humains est d'autant plus forte que l'enjeu est important. Et pourtant, l'histoire nous montre que c'est souvent à propos d'objets dérisoires que les nations et les peuples s'entredéchirent... »⁵.

Il convient, pour mieux cerner le sujet, de poser quelques définitions de la jalousie. Nous exposerons la théorie du désir mimétique que René Girard explore dans sa première œuvre, *Mensonge romantique et vérité romanesque*, un travail qu'il poursuivra, plus tard, dans *Les feux de l'envie* avec le théâtre de Shakespeare. Nous aborderons ensuite brièvement la critique de cette théorie par Jean-Paul Dupuy⁶, puis nous donnerons son point de vue sur la jalousie. Nous découvrirons, enfin, comment Julia Sissa⁷, après avoir elle-même expérimenté ce sentiment, retrace une histoire de l'amour et, par conséquent, de la jalousie.

La jalousie est rarement sans objet et peut prendre des formes différentes. On peut distinguer la jalousie motivée

⁴ René Girard, in *Violence, victime et vengeance*, p. 15-18.

⁵ Jean-Pierre Dupuy, *La jalousie, une géométrie du désir*, Editions Seuil.

⁶ Jean-Pierre Dupuy, *La jalousie, une géométrie du désir*, Editions Seuil.

⁷ Giulia Sissa, *La jalousie. Une passion inavouable*, Odile Jacob.

par l'envie et la jalousie amoureuse où il y a un rival réel ou supposé.

La *jalousie amoureuse* est une émotion secondaire, empreinte souvent d'agressivité, fondée sur le désir de posséder exclusivement la personne aimée et sur la crainte obsédante qu'elle n'éprouve un sentiment de préférence pour un rival et ne soit infidèle. Ce sentiment peut également être fondé sur l'imagination et non sur des faits, atteindre parfois le délire pathologique et s'accompagner d'un comportement violent.

La *jalousie* peut également être un sentiment d'*envie* à l'égard de quelqu'un qui possède ce que l'on n'a pas ou ce que l'on voudrait avoir, comme la richesse, le succès, la gloire, les talents, une situation professionnelle ou des choses de la vie tout à fait futiles... Elle peut aussi s'immiscer dans une relation d'amitié et se révéler tout aussi destructrice. Elle s'accompagne souvent d'hostilité et de dépit. Elle révèle souvent un manque de confiance en soi et la peur de perdre l'être aimé ou l'amitié d'une personne, par exemple.

Mais quelle que soit son intensité, la jalousie est synonyme de malaise surtout pour celui qui la vit ou qui la subit. Si elle prend des proportions démesurées elle pourrait devenir une source de conflits et parfois même se transformer en haine profonde.

Le désir et la rivalité mimétiques selon René Girard⁸

« *L'homme désire toujours selon le désir de l'Autre* » : est le postulat du désir mimétique qui engendre la rivalité, mais qui, en retour, est renforcé par la rivalité. À l'origine de tous nos conflits et de toutes nos crises il y a le « désir triangulaire », appelé aussi « désir métaphysique » qui est désir « selon l'autre », c'est-à-dire *désir* d'être l'autre en possédant ce qu'il possède et où l'on retrouve un *sujet*, un *objet* et un *médiateur* qui indique au sujet ce qu'il doit désirer. Cette imitation – *mimésis* – est suscitée par un modèle, présent ou absent, qui devient un objet de convoitise que le sujet admire et finit souvent par jalouser.

D'une manière générale, l'imitation va nous permettre de nous adapter à notre environnement naturel et social. Quand elle positive, elle nous permet d'apprendre et de progresser : Girard l'appelle *mimesis d'apprentissage* ; mais elle peut être négative et créer des rivalités des uns à l'égard des autres, il l'appelle alors *la mimesis de rivalité*.

L'hypothèse girardienne repose donc sur l'existence d'un troisième élément, l'*Autre* qui est le médiateur du désir. Le schéma devient alors triangulaire et les trois sommets du triangle représentent l'*Objet*, le *Sujet*, le *Médiateur* (ou modèle). Dans cette configuration, le sujet ne désire l'objet que parce que cet objet est désigné comme désirable par un tiers, le médiateur.

Le modèle n'a pas un rôle passif. Il tend donc toujours à susciter lui-même la concurrence, c'est-à-dire à provo-

⁸ - René Girard, *Mensonge romantique et vérité romanesque*, Editions Grasset.

- Simone Manon, *PhiloLog* - <http://www.philolog.fr>.

- sophia-cholet.over-blog. Le Désir Mimétique, un concept-clé de la pensée de René Girard, par Jean-Michel Logeais.

quer l'émergence d'un *rival* qu'il lui appartiendra ensuite de supplanter.

- Dans *Le Rouge et le Noir*, Stendhal décrit Mr de Rénal qui désire faire de Julien Sorel le précepteur de ses enfants, non point parce qu'il apprécie la culture de Julien mais parce qu'il imagine que son grand rival, Valenod désire aussi utiliser Julien.

- *La publicité* met en scène des objets susceptibles de flatter le désir du consommateur. Or, ce ne sont pas les propriétés intrinsèques de l'*objet* qu'elle montre. Le désir qu'éprouve le sujet pour l'*objet* n'est rien d'autre que le désir qu'il a du prestige qu'il prête à celui qui possède l'objet. Dans ce cas précis, le pôle sujet c'est moi-même, le consommateur qui regarde ce spot publicitaire. Le pôle objet c'est ce parfum, cette voiture, ce café, etc., mis en scène dans ce spot. Le pôle médiateur renvoie à la personne qui nous est montrée dans ce spot comme jouissant déjà de l'objet en question et comme possédant certains attributs prestigieux. Elle va « désigner » aux sujets-consommateurs que nous sommes l'objet comme désirable et nous sommes censés avoir envie de cet objet d'autant plus que celui-ci est désiré ou possédé par quelqu'un d'autre auquel nous voudrions ressembler.

Comme le désir, chez l'homme, passe par une médiation, René Girard va distinguer deux types de médiation, externe et interne, qui structurent le désir mimétique :

Dans la *médiation externe*, telle qu'elle est mise en scène par Cervantès dans *Don Quichotte* ou par Flaubert dans *Madame Bovary*, l'imitateur et son modèle ne sont pas de même niveau, tant social que moral. Le médiateur,

celui qui désigne au sujet celui qui est désirable est inaccessible et ne fait pas partie de l'univers du sujet. Le modèle est alors un objet d'admiration avec lequel l'imitateur ne peut jamais entrer en concurrence ; il est juste victime d'illusion.

C'est ce que fait Don Quichotte qui admire particulièrement Amadis de Gaule, héros d'un livre de chevalerie. S'étant nourri de ce livre, Don Quichotte voit dans Amadis un modèle et il veut l'imiter. Ainsi, pour devenir un parfait chevalier, il suffit d'imiter les actes d'un chevalier parfait. Ce modèle, il ne peut pas rivaliser avec lui car il ne peut ni le rencontrer, ni le voir, ni l'entendre. Le désir triangulaire auquel succombe le héros de Cervantès ne débouche sur aucune rivalité mais seulement sur une grave perte du sens du réel.

Dans le cas d'Emma Bovary, l'héroïne de Flaubert, on peut repérer la même structure. Emma est fascinée par les héroïnes des romans dont elle se nourrit. Si elle prend des amants, c'est parce que son désir est d'ordre *mimétique* : il n'est que l'imitation du désir de ses modèles admirés dans ses lectures.

Dans la *médiation interne*, en revanche, le médiateur qui sert de modèle au sujet appartient à son univers. Ils sont de condition équivalente. Il pourrait s'agir de deux amis, de deux collègues, de deux frères, etc.

Contrairement à ce qui se passe dans la médiation externe, le sujet croit dans l'autonomie de ses désirs et ne reconnaît pas que son désir est l'imitation d'un autre. C'est ce que René Girard appelle le *mensonge romantique* qui nous empêche de voir *l'Autre*, le médiateur, celui dont nous ne faisons qu'imiter les désirs et qui consiste à croire que nous désirons par nous-mêmes,

spontanément. En revanche, la *vérité romanesque* que mettent en scène les grands auteurs de la littérature, c'est cette révélation de la nature mimétique des désirs, vécue par les auteurs eux-mêmes parce qu'ils ont eux-mêmes fait l'expérience de crises mimétiques.

Dans ce type de médiation interne, l'imitation peut mal tourner et le modèle peut, d'un instant à l'autre, se transformer en rival et son admiration pour le modèle peut se métamorphoser en haine. Car ce qui fait la séduction de telle femme à ses yeux, c'est d'être désirée par un homme qu'il imite parce qu'il revêt pour lui un certain prestige. Il n'est pas exclu que son modèle puisse l'empêcher de posséder l'objet de son désir en se l'appropriant.

En d'autres termes, dans le *désir mimétique*, le sujet fait de celui qu'il admire – son médiateur ou son modèle – un être qui a tout, qui est tout et qui ne manque de rien, une source de rivalités mimétiques.

Trois exemples :

- Wagner exerce une certaine fascination sur Nietzsche mais qui se transformera plus tard en haine. Wagner connaît tous les succès ; Nietzsche n'est pas reconnu pour son œuvre, échoue avec les femmes, est malade, etc. D'où la mégalomanie de l'auteur dans un livre comme *Ecce homo*. Si l'Autre réussit c'est, pense le sujet désirant, qu'il a quelque chose de plus que lui. Mais comment être comme l'Autre ou mieux, comment être l'Autre ? En ayant notamment ce qu'il a, en désirant ce qu'il désire. C'est ainsi que le sujet va s'employer à désirer les « objets » désirés et/ou possédés par l'Autre, non pas en vertu d'une valeur qui serait liée à leur nature même mais seulement pour autant que

l'Autre les possédant, ils aient par là-même une valeur. Ce n'est que l'Autre, ou mieux, ce que j'imagine de l'Autre qui donne la valeur à ces « objets » et les rend ainsi désirables.

- Si l'on donne à dix enfants du même âge dix jouets identiques, il est plus que probable que certains pourraient imaginer qu'il y ait un plus dans le jouet de l'autre et que cette distribution n'aille pas sans conflits.

- Lorsqu'un objet, peu coté au départ, est mis aux enchères, il pourrait se voir estimé toujours davantage au fur et à mesure que convergent vers lui les désirs rivaux.

On comprend, dès lors, que, *dans le désir mimétique*, l'objet passe au second plan au fur et à mesure que le sujet est fasciné par son modèle. La rivalité avec l'Autre se cache derrière l'objet et elle est la source des conflits. L'intensité du désir ne tient donc pas, contrairement à ce que l'on pense, à l'objet lui-même mais à la rivalité avec l'Autre qui se cache derrière l'objet et qui va prendre parfois la figure de l'obstacle. Il est tout à fait persuadé « qu'il a toujours voulu posséder cet objet » et que si un autre désire éventuellement le même objet, c'est son désir à lui sujet qui est chronologiquement antérieur au désir de l'Autre. Au sein de la médiation interne, le sujet qui désire et le médiateur finissent par s'imiter l'un l'autre. D'où le phénomène de « *médiation double* » ou « *réciproque* ». Le désir du sujet (S) est d'abord imitation du désir du modèle (M) ; mais le désir de (S) rend alors plus intense le désir de (M) et l'imité devient à son tour l'imitateur. Puis, à mesure que la rivalité s'exacerbe, l'objet du désir est

peu à peu oublié et seuls comptent alors les antagonistes de plus en plus obsédés les uns par les autres.

Ces antagonistes deviennent ainsi de plus en plus semblables alors même qu'ils sont persuadés de l'existence entre eux de la plus grande différence. Le désir mimétique en vient donc à s'emballer en conduisant à une *indifférenciation* toujours plus grande entre les rivaux, une symétrie d'autant plus grande que ces rivaux se croient différents.

Cette contagion du désir mimétique ne concerne pas seulement les relations entre deux individus mais elle a souvent tendance à gagner progressivement toujours plus de monde. Proust, par exemple, met en scène cette contagion dans la haine/fascination dont sont victimes les membres des deux salons littéraires : celui de Madame Verdurin et celui de la duchesse de Guermantes. Les uns et les autres passent leur temps à exclure ceux d'en face en essayant de sauvegarder leur différence. En réalité, les personnes appartenant à l'un ou à l'autre de ces salons ne rêvent que d'une chose : faire comme leurs concurrents. Et finalement, la plus fervente du salon Verdurin, Madame Verdurin en personne, va passer au salon de Guermantes et l'un des piliers du salon de Guermantes, Charlus, va passer au salon Verdurin.

L'intensité, voire la violence de ce désir mimétique a tendance, de nos jours, à se manifester toujours davantage et avec toujours plus d'insistance dans les rapports humains. Il tend à abolir les différences qui nous distinguent et qui permettent de situer chacun et toutes choses, tous les aspects des cultures humaines, la compréhension et l'organisation du monde et donc à rendre confus tous les repères préexistants. Cette question est centrale dans l'hypothèse girardienne. Et « *Seul l'être*

qui nous empêche de satisfaire un désir qu'il nous a lui-même suggéré est vraiment objet de haine⁹ ». En effet, « Dès que nous désirons ce que désire un être proche de nous dans le temps et dans l'espace, c'est le même objet qui nous attire tous les deux et la rivalité est inévitable [...] La rivalité mimétique est responsable de la fréquence et de l'intensité des conflits humains. La double imitation est le fonds indestructible des rapports humains, elle est le moteur du conflit¹⁰ ». Le modèle se transforme en obstacle et les effets pervers de cette rivalité mimétique que sont la haine, la jalousie ou l'envie pourraient conduire à la violence.

La critique de Jean-Pierre Dupuy et sa définition de la jalousie

Dans son dernier livre¹¹, Jean-Pierre Dupuy, critique l'œuvre de René Girard, en un point essentiel, la théorie du désir mimétique où le sujet envie le modèle qui a éveillé en lui le désir pour un objet que pourtant ce modèle se réserve. Or, d'après Jean-Pierre Dupuy, cette théorie échoue à rendre compte de la jalousie. Selon lui, rien ne serait plus faux que de mettre ensemble, comme dans le langage courant, l'envie et la jalousie. On dira, par exemple, que « la jalousie procède de la peur de perdre quelqu'un tandis que l'envie implique le désir d'obtenir quelque chose¹² ». Que ce soit la jalousie ou l'envie, trois termes sont en jeu :

Dans *l'envie*, ce sont le sujet, le rival et l'objet de la rivalité. L'objet n'est que le support de la rivalité. Le

⁹ René Girard, *Mensonge romantique et vérité romanesque*, Editions Grasset.

¹⁰ René Girard, *in* Violence, victime et vengeances, p.15-18.

¹¹ Jean-Pierre Dupuy, *La jalousie, une géométrie du désir*, Editions Seuil.

¹² Peter Toohey, *Jealousy*, New Haven, Yale University Press, 2014.

souci constant du sujet restera de ne pas perdre la lutte qui l'oppose au rival. Comme le note J.Pierre. Dupuy : « *C'est parce qu'elle montre que les Jones possèdent X que la publicité donne aux Smith l'envie de l'acquérir et, d'ailleurs, il n'y a pas besoin de publicité pour cela, les Smith sont assez torturés par l'envie qu'ils éprouvent pour les Jones pour découvrir tout seuls ce que ces derniers possèdent* »¹³.

Dans *la jalousie*, le triangle devient le sujet, le rival et l'être aimé du sujet. Le souci constant, ici, c'est de ne pas perdre l'être aimé qui tourmente le sujet. L'être jaloux est rongé par l'angoisse de perdre un bien qu'il possède. Dans la jalousie amoureuse, le monde est formé par *l'étreinte des deux amants*. Dans l'Opéra de Mozart, Don Giovanni n'imité ni n'envie le paysan Masetto, qu'il méprise ; mais il ne peut supporter le cercle amoureux qu'il forme avec Zerlina. Son désir commence par la jalousie. Celle-ci est, comme chez Proust, antérieure au désir.

Jean-Pierre Dupuy met l'accent sur la représentation la plus troublante de la jalousie en se référant à l'un des tableaux que lui a consacrés le peintre norvégien Edvard Munch au tournant du XX^e siècle¹⁴ : ce qui frappe le regard, ce sont les traits décomposés du sujet au premier plan, ses yeux exorbités et son teint de cire ; on sent que cet homme fou de douleur pourrait commettre un meurtre. Mais les amants enlacés qui semblent quitter la pièce en direction d'une destination inconnue, et qu'il ne peut voir que par les yeux

¹³ Jean-Pierre Dupuy, *L'Enfer des Choses*, Editions Seuil.

¹⁴ Edward Munch, *Jealousy*, 1895, technique huile sur toile, 66,8 x 100 cm, collection Rasmus Meyer, Bergen, Norvège.

de l'esprit, sont-ils bien réels ? Ne sont-ils pas nés de l'imagination soupçonneuse du sujet ? Le bras de l'homme enserrant sa compagne crée en tout cas un monde dont le sujet se trouve exclu, ce qui semble donner raison à la formule de Roland Barthes : « *La jalousie est une équation à trois termes permutable : on est toujours jaloux de deux personnes à la fois : je suis jaloux de qui j'aime et de qui l'aime*¹⁵ ».

Parmi les critiques adressées à la théorie girardienne, Jean-Pierre Dupuy précise, en creux, *son approche de la jalousie*. Il s'agit principalement de voir si l'on peut défendre malgré tout, l'idée que tout désir humain passe par la médiation d'un modèle. La théorie du désir mimétique, mérite-elle bien ce nom de « mimétique » ? Imaginons une foule regroupée autour d'un objet central : ce peut être un feu de joie, un amuseur public... Qui aurait la force de s'exclure du petit monde qui s'est ainsi constitué ? Cela s'explique par la jalousie et non par le désir mimétique. Il s'agit d'éviter le mal-être que l'on éprouverait par jalousie si on n'entrait pas dans la foule. La souffrance du sujet qui se voit exclu d'un monde auquel il pensait ou voulait appartenir et où il espérait s'épanouir est beaucoup plus traumatisante. C'est l'explication par la jalousie qui peut le mieux en rendre compte : « Imaginons un homme, un étranger, appelé pour un temps limité à travailler avec une équipe prestigieuse déjà formée depuis longtemps et qu'il croit soudée. Se pensant inférieur à ses collègues qu'il admire, il hésite à s'imposer. Ce faisant, il ne perçoit que deux choses essentielles : l'équipe, loin d'être unie,

¹⁵ Roland Barthes, *Fragments d'un discours amoureux*, Paris, Seuil, « Tel Quel », 1977, p. 80.

comporte deux camps qui se haïssent et se combattent sans merci ; chacun des deux camps compte sur l'autorité qu'elle prête à l'étranger pour arbitrer en sa faveur. Il suffit un jour qu'un incident minime mette le feu aux poudres pour que ses hôtes, soudain miraculeusement unanimes, rejettent l'étranger avec une violence qui le laisse meurtri¹⁶ ». Et pourtant, il a réussi à ressouder le groupe. Certes, ce fut par son exclusion. On aura reconnu par cet exemple la logique de la victime émissaire décrite par René Girard. Mais ce qui n'a pas été décrit, c'est le type spécifique de la souffrance que ressent l'exclu. La jalousie se traduit par cette souffrance car la logique de l'auto-exclusion est une composante importante de la jalousie.

J.Pierre Dupuy émet l'hypothèse selon laquelle *la jalousie précède le désir*, au point de le fonder plutôt que d'être fondé par lui. Il cite Jean-Baptiste Lamothe¹⁷ qui met en scène, dans une de ses nouvelles, un jeune parisien de treize ans, Philippe, que ses parents ont envoyé en Angleterre passer le mois de juillet dans la famille Rofle, dont le fils John, qui a l'âge de Philippe, est le prétexte du séjour à visée linguistique. John ennue Philippe, enfant unique que sa mère a toujours couvé, mais dont elle a accepté de se séparer pour le bien de ses études. Il passe son temps fourré dans les jupes de M. Rofle. Il ne la quitte pas d'autant plus que M. Rofle est absent toute la semaine. Sitôt arrivé de Londres, M. Rofle entraîne sa femme dans une chambre à coucher, suivi de Philippe qui s'accroche à sa robe. M. Rofle referme brutalement la porte sous le nez de

¹⁶ Jean-Pierre Dupuy, *La jalousie, une géométrie du désir*, Editions Seuil.

¹⁷ Jean-Baptiste Lamothe, « Le garçon en culotte de golf », in *La Valise rouge et autres récits*, Paris, Editions de la Table Ronde, 1954, p. 125-157.

Philippe. Fou de rage et de désespoir, celui-ci trépigne et se met à casser des objets dans le salon. M. Rofle écrit au père de Philippe lui signifiant son regret de ne pouvoir recevoir Philippe l'été prochain parce qu'il a eu un comportement inadéquat. L'humiliation de Philippe est à son comble. Le sujet a devant lui un monde clos qui l'exclut, et non pas deux êtres distincts dont l'un serait le modèle et l'autre objet. C'est ainsi que se définit la jalousie par contraste avec le triangle mimétique.

La jalousie n'est pas l'angoisse de la perte, comme on le dit souvent, mais son acceptation. Dans son roman, *La Folie du roi Marc*, Clara Dupont-Monod prend le point de vue du roi cocufié par son fils adoptif Tristan qui s'adresse, fou de douleur, à la perfide Isolde, son épouse, en ces termes : « *Je sus que je t'aimais d'un amour absolu, bien au-delà des souffrances, des peurs et des attentes, bien au-dessus des lois de l'amour. Je sus que je t'aimais parce que, dans l'heure qui suivit notre rencontre, j'acceptai de te perdre* ». Ici, la jalousie est la condition de l'amour.

C'est la leçon de Proust telle que la restitue Nicolas Grimaldi dans son livre, *Essai sur la jalousie. L'enfer proustien*, où il se contente de lire l'œuvre de Proust à travers le prisme de la jalousie. Au début de son ouvrage, il écrit : « *Presque toujours la jalousie est comme l'ombre de l'amour. Elle le double, elle l'accompagne, elle le suit. Aussi, croit-on spontanément qu'il ne puisse y avoir de jalousie sans amour. Proust est le seul à avoir inversé ce rapport et à avoir fait de l'amour le double de la jalousie. L'amour, chez lui, ne précède pas la jalousie, il la suit. Aussi se caractérise-t-il bien moins par le plaisir que nous procure la présence*

d'une personne que par la douleur qu'a fait naître son absence. C'est cette douleur qui fait alors de sa présence un besoin, comme le seul analgésique qui puisse apaiser l'angoisse de ne savoir ce qu'elle fait. Si on n'a pas pu sentir la violence de l'amour qu'en s'étant senti broyé par celle de la jalousie, il va de soi qu'on aura donc cessé d'aimer en ayant cessé d'être jaloux. Cette jalousie qui va susciter l'amour mais qu'aucun amour n'a fait naître est une psychopathologie de l'imaginaire¹⁸ ».

Mais Proust ne fut pas le premier, ni le seul, à le formuler ainsi. Molière l'avait précédé. Don Juan déclarait : *« La tendresse visible de leurs mutuelles ardeurs me donna de l'émotion ; j'en fus frappé au cœur et mon amour commença par la jalousie¹⁹ ».*

Puis, Nicolas Grimaldi se pose la question : comment Swann a-t-il pu tomber amoureux d'une femme qui n'était pas son genre, qui lui déplaisait fortement et qu'au départ il n'aimait pas ? Reprenons la réponse donnée par Proust : *« Certes, Swann avait souvent pensé qu'Odette n'était à aucun degré remarquable (...), mais depuis qu'il s'était aperçu qu'à beaucoup d'hommes Odette semblait une femme ravissante et désirable, le charme qu'avait pour eux son corps avait éveillé en lui un besoin douloureux de les maîtriser entièrement dans les moindres parties de son cœur. Et il avait commencé d'attacher un prix inestimable à ces moments passés chez elle le soir, où il l'asseyait sur ses genoux (...)»²⁰ ».*

¹⁸ Nicolas Grimaldi, *Essai sur la jalousie. L'enfer proustien*, Paris, PUF, 2010 ; ci-après *EJ*.

¹⁹ Molière, *Don Juan*.

²⁰ Marcel Proust, *Du côté de chez Swann*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », t. I, 1954 ; ci-après CS ; cité in *EJ*, p. 50.

Contre toute attente, le triangle mimétique semble clairement mis en place. Les médiateurs du désir de Swann pour Odette, ce sont ces hommes qui gravitent autour d'elle. Cependant, quelques lignes plus loin, le narrateur ajoute ceci, qui ruine l'interprétation en termes de désir triangulaire : « *Aussi, (...) le suprême (plaisir qu'elle pouvait lui causer) étant de le garantir, pendant le temps que cet amour durerait et l'y rendait vulnérable, des atteintes de la jalousie*²¹ ».

Ce passage s'éclaire si on le rapporte à ce qu'écrit Nicolas Grimaldi du désir jaloux, lequel ne fait qu'un, chez Proust, avec l'amour : « *Que nous ayons besoin d'être sans cesse auprès d'une personne, non pour le charme dont elle rayonne ou pour le plaisir qu'elle nous procure, mais uniquement pour n'avoir pas à nous angoïsser de son absence en ne sachant ce qu'elle fait, c'est tout ce qui fait, chez Proust, le sens de l'amour. C'est moins l'amour qui nous attache à une personne que la jalousie qui nous la rend indispensable. Nous désirons bien moins le plaisir qu'elle nous donne que nous ne souffrons d'imaginer celui que d'autres pourraient lui donner*²² ».

Le désir de Swann pour Odette n'est pas un désir imité. Il veut Odette à lui simplement pour qu'elle ne soit pas possédée par d'autres hommes. « *Contrairement à ce qu'on croit ordinairement, ce n'est donc pas, chez Proust, parce qu'on est amoureux qu'on est jaloux. C'est la jalousie qui nous rend amoureux, rien qu'en nous faisant désirer la présence d'une personne comme la fin d'une angoisse. Non que sa présence nous émerveille, ou*

²¹ *Ibid.*

²² Nicolas Grimaldi, *Essai sur la jalousie. L'enfer proustien*, p. 23, Paris, PUF, 2010.

nous charme, ou nous comble. Mais elle est la seule à nous procurer un apaisement opiacé. Le narrateur ne cessera de le répéter. Ce calme que me procurait mon amie était un apaisement plutôt qu'une joie²³ ».

Il ne nous aura pas échappé que le plaisir sexuel n'y joue aucun rôle notable. Proust voit dans la volupté le moyen, au moins temporaire, de se suffire à soi-même. Et c'est là une nouvelle source d'angoisse pour le jaloux. Nicolas Grimaldi précise : *« Un des thèmes les plus constants de la jalousie, chez Proust, est qu'en tenant une personne dans nos bras, elle nous échappe encore. Son corps ne nous procure que l'illusion de sa présence. Car elle n'habite pas son corps. Elle s'enfuit vers ce qu'elle désire ou ce qu'elle attend. Donc, nul ne possède personne tant que la volupté ne l'a pas réunie à elle-même en comblant son attente et engourdissant son désir. Seul l'amant qui a accompagné sa maîtresse dans la volupté jusqu'à la faire pleinement adhérer à soi la tient alors tout entière. Lui seul la possède²⁴ ».*

Ici, au contraire, le plaisir sexuel est l'enjeu de la jalousie, c'est justement ce qu'il redoute. L'esprit jaloux n'exclut pas la possibilité d'une jouissance réciproque, il la postule presque inévitablement dans le couple adultère. Tel l'Honoré des *Plaisirs et les Jours*, le sujet s'écrit : *« Je veux bien qu'on lui donne du bonheur, je veux qu'on lui donne de l'amour, mais je ne veux pas qu'on lui donne du plaisir. Je ne veux pas qu'on excite ses sens, qu'on lui donne du plaisir plus que je ne lui ai donné (...) Je ne suis jaloux que du plaisir, c'est mon*

²³ Marcel Proust, *La prisonnière*, op. cit., p. 77.

²⁴ Nicolas Grimaldi, *Essai sur la jalousie. L'enfer proustien*, p. 29, Paris, PUF, 2010.

*corps qui est jaloux*²⁵. » Il n'y a pire tourment jaloux que celui de l'homme imaginant sa compagne dans les bras d'un autre.

Par ailleurs, Nicolas Grimaldi consacre un chapitre entier de son livre sur la jalousie à un cas particulièrement retors : la « *jalousie après coup* », selon l'expression de Proust lui-même. Une nouvelle de Jean-Baptiste Lamothe explore les tourments de celui qui souffre de ce mal spécifique²⁶. C'est un Français qui se réfugie dans une pension de famille de la campagne anglaise afin de se remettre d'une rupture amoureuse. Une jeune femme attire son attention et il tombe amoureux d'elle. Il apprend que l'année précédente, elle a eu une relation tumultueuse avec un homme qui occupait la chambre qu'il occupe et qui est reparti dans sa ville natale. Il va alors chercher à tout savoir sur cet amant passé qui ne finit pas de l'obséder. Sa fixation le mène à la déraison. La relation amoureuse qui s'esquissait entre sa voisine et lui aboutit à un *fiasco*. Il serait réducteur, une fois encore, de voir dans l'amant passé le médiateur du désir du Français pour sa voisine. L'amant passé est aussi inerte que la poupée que l'on dresse en rivale du bébé. L'amour commence par la jalousie. Le sujet ne peut accepter d'avoir été exclu d'une liaison qui impliquait la femme qu'il a décidé d'aimer.

Nicolas Grimaldi résume sa lecture de la « *jalousie après coup* » en ces termes : « *La jalousie vit au présent tout ce qu'elle représente. Elle s'est affranchie de tout rapport au temps. Si elle était suscitée par des faits, fondée sur la réalité, elle serait soumise aux mêmes*

²⁵ Marcel Proust, *Le Côté de Guermantes*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », t. II, 1954, p. 161-162.

²⁶ Jean-Baptiste Lamothe, « La pension de famille », in *La Valise rouge et les autres récits*, *op. cit.*, p. 125-157.

déterminations temporelles que la réalité. Mais... la jalousie se développe par la seule spontanéité de l'Imagination, aussi indépendamment de toute raison que de toute réalité. En imaginant ce qu'elle soupçonne, elle le vit. En le vivant, elle se le rend présent. Aussi comprend-on qu'en soupçonnant rétrospectivement de très anciennes trahisons, elle les vive avec autant de douleur et d'intensité que si elle les découvrait. Car il n'y a pour la jalousie ni passé ni avenir, et ce qu'elle imagine est toujours le Présent²⁷ ».

Le désir mimétique exige un médiateur réel, vivant et bien présent. Les médiateurs virtuels ou absents ne lui conviennent pas. Mais la force terrible de la jalousie, c'est que son imagination n'a pas de borne. Elle rend présent tout ce qu'elle envisage.

L'un des passages les plus poignants de *Tristan et Isolde*, l'opéra de Richard Wagner, poursuit Jean-Pierre Dupuy, se situe à la fin du deuxième acte. Protégés par la nuit, les deux amants redoutent le jour qui va bientôt se lever sur leur forfait, l'adultère de la reine Isolde et la trahison de Tristan, le fils adoptif. Le livret et la musique insistent sur ce petit mot « *et laisse le jour céder à la mort, que la nuit, pour nous, soit éternelle !* » Et, unie à Tristan : « *Chasse donc la crainte, gracieuse mort, mort d'amour ardemment désirée*²⁸ ! » Survient Marke, ce mari trompé, ce père abusé, ce roi à jamais déshonoré.

On devine que la logique de la jalousie s'est emparée de lui et que le vieux Marke s'est approprié Isolde moins

²⁷ Marcel Proust, *La fugitive (Albertine disparue)*, Partis, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », t. III, 1956, p. 490.

²⁸ Livret de Richard Wagner ; trad. *Deutsche Grammophon*.

pour la posséder que pour empêcher que d'autres ne la possèdent. C'est la réponse de Tristan qui constitue le moment crucial : « ô Roi, ceci, je ne puis te le dire, et ce que tu demandes, tu ne pourras jamais le savoir ». Ces simples mots disent l'infini de la souffrance que nous nommons jalousie. Il n'y a pas la moindre hostilité dans cette réponse, pas la moindre rivalité, mimétique ou non, entre le père et le fils, simplement l'aveu d'une impuissance. La souffrance de la jalousie est elle-même sans limite, il faudrait un temps infini pour rendre compte des actes qui l'ont suscitée.

Tragique, la jalousie l'est certainement, mais elle est aussi pure bêtise. Le Roi Marke cherche à comprendre la raison de la trahison. Mais la question du *pourquoi* est restée sans réponse. Le jaloux classique cherche simplement à savoir ce qui s'est passé. Il lui faut des preuves. S'il le faut, il va jusqu'à les fabriquer, car la question du *quoi* l'obsède.

Par ailleurs, *la jalousie ne raisonne pas*. Selon la marquise de Merteuil qui écrit au vicomte de Valmont²⁹, celui-ci n'a le choix qu'entre deux stratégies : ou bien se montrer jaloux, se plaindre, manifester son ressentiment, se conduire comme un vulgaire mari trompé ; ou bien, ne jamais cesser de lutter pour plaire et toujours s'efforcer de rester le meilleur dans la guerre de séduction. Mais Valmont veut savoir si sa maîtresse le trompe avec le jeune Danceny ou non. Et il est prêt à payer le prix fort pour cela afin de sortir une fois pour toutes de cet horrible doute. Le problème est que ce prix est infini et que le plus intelligent des hommes peut devenir le plus sot à se lancer dans cette quête.

²⁹ *Les liaisons dangereuses* de Choderlos de Laclos (1782).

Non moins ridicules sont *les jaloux pathologiques*. Leurs soupçons sont faux, au moins au départ, mais aucune observation, aucun raisonnement, aucune mise à l'épreuve ne peut les réfuter, c'est-à-dire les dissiper.

La jalousie amoureuse

« La jalousie est une passion inavouable »³⁰, écrit Julia Sissa. Elle s'est intéressée à la jalousie parce qu'elle l'a expérimentée après avoir subi l'infidélité de son compagnon et elle n'a pas honte de l'avouer. Elle se range avec les connaisseurs de la jalousie (Freud, Thomas Hobbes, Thomas d'Aquin, Aristote et, surtout, les écrivains et les poètes, Ovide, Shakespeare, Stendhal et Proust, en tête), contre les censeurs, comme les Stoïciens.

La jalousie n'est pas la même chose que l'envie. L'envie est le souhait de priver autrui d'un bien ; la jalousie est plutôt la crainte de perdre un bien auquel nous sommes attachés. Elle n'est pas un excès d'amour-propre, de vanité ou de possessivité que mettent en avant certains penseurs, mais elle est, tout d'abord, douleur.

« De la jalousie, nous en avons honte³¹ » écrit André le Chapelain (XII^e siècle). Nous sommes tellement vaniteux que nous préférons souffrir en silence plutôt que nous avouer jaloux. Alors que pour Freud, il ne faudrait pas refouler la jalousie car ceux qui la dénie lui font une place bien plus importante.

La jalousie est subjective, sottise et ridicule, nous dit la comédie ; elle doit être prise au sérieux, répond la tragédie. Face à l'infidélité amoureuse, la colère fut une passion noble chez la femme antique qui « exigeait

³⁰ Giulia Sissa, *La jalousie. Une passion inavouable*, Odile Jacob.

³¹ André le Chapelain, *De Amore*, écrit entre 1182 et 1186.

son dû et attaquait l'homme³² ». En effet, dans le monde grec, la jalousie n'est pas une pathologie de l'imagination. C'est le sentiment d'une offense que l'on ne mérite pas, qu'on pourrait traduire par de la colère érotique, avec le désir de reprendre le dessus.

Médée à travers les âges

Afin de comprendre le mot « jalousie », il convient de se référer aux récits, poèmes, pièces de théâtre et aux théories de l'amour en Grèce et à Rome. Ainsi, tout le monde prend parti pour Médée, l'épouse bafouée trompée et jalouse, avant qu'elle ne tourne sa fureur contre ses enfants. Il faudra attendre les Stoïciens pour que sa passion devienne monstrueuse et inexcusable. La Médée de Sénèque est une pure cruauté. Corneille nous livrera au XVII^e siècle une Médée méchante, sans colère érotique, mais capable d'attirer un auditoire chrétien car elle a été tellement opprimée et son mari, Jason, tellement insensible et indifférent, qu'on cherche à la protéger. La jalousie des *Modernes* voit la colère changer radicalement. Elle est désormais en rapport avec des rivalités et des conflits agressifs. L'attachement exclusif devient « *un droit de propriété étendu sur un objet sentant, pensant, voulant et libre*³³ ». Les *philosophes des Lumières* multiplient les reproches dont nous sommes les héritiers. Pour Emanuel Kant, l'idée que la femme soit un objet sexuel, susceptible d'être acquis et possédé conditionne notre intolérance à la jalousie. La pensée marxiste utilise l'analogie entre la

³² J. Lacan (1991), *Le Séminaire, livre VIII : Le Transfert*, Seuil, 2001, p. 44-45.

³³ D. Diderot (1772), « Supplément au voyage de Bougainville », in *Ouvres*, Robert Laffont, 1994, t. 2, p. 572.

possession d'une femme et la propriété privée pour mettre au pilori la jalousie, accusant la bourgeoisie de transformer l'amour en une transaction. Jean-Paul Sartre refuse cette idée mais Simone de Beauvoir en fait une idée-force de la pensée féministe.

En Grèce ancienne

La jalousie sérieuse est une colère érotique. On l'avoue parce qu'on n'en a pas honte et comme on a le sentiment d'avoir subi une injustice et un affront qui font mal, on hâte de les réparer.

Nous connaissons, surtout, Médée en colère et jalouse qui massacre les enfants nés de son mariage avec Jason, un homme qu'elle aime et qui la quitte pour une autre. Elle est amoureuse et vit cette désertion conjugale comme une souffrance, une injustice imméritée et une trahison, un choc imprévu qui a détruit son âme et son honneur. Elle se trouve dans une situation de mépris et d'ingratitude, alors elle rebondit en élaborant un projet de vengeance, mais sa justice n'est pas celle de la cité.

Lorsque Jason prétend qu'il la quitte pour le bien des enfants, elle décide de l'épargner, mais elle tue les enfants afin qu'il souffre là où il se dit vulnérable. Lorsque, effaré devant les cadavres des enfants, Jason lui demande : « *Tu as décidé de tuer les enfants à cause d'un lit ?* » ; elle répond sans hésiter : « *Tu crois que c'est un petit malheur pour une femme ?* » La jalousie de Médée s'exprime dans ces échanges.

Mais Médée bascule du côté du tort lorsqu'elle choisit ses enfants comme victimes. L'infanticide devient inadmissible. Cette fureur qui ravage Médée est le contraire exact de ce qu'un philosophe devrait éprouver. Aristote

le dit si bien : « *tuer ses proches, tout en sachant qui ils sont, ne fait pas une bonne tragédie* ».

Aristote (384-322 av. J-C) ne fait pas la moindre allusion à des situations érotiques. Il évoque des situations matérielles surtout symboliques, comme le pouvoir, la réputation, les honneurs, les amis. Il avait défini la colère comme la peine d'avoir été injustement offensé, accompagnée du désir de se venger ; c'est une réponse légitime.

La vertu consiste à éprouver de la colère, bien tempérée, pour de bonnes raisons, au bon moment et aussi longtemps qu'il convient afin d'être respecté. « *Et il semble qu'un homme qui ne se met jamais en colère ne sait pas se défendre...*³⁴ » Il faut reprendre le dessus : il y va de l'honneur.

Le mot « jalousie » dérive du mot grec *zèlos* qui signifie émulation compétitive. Le jaloux pèche ou se distingue par un excès de zèle. Dans *Réthoriques*, Aristote donne la première classification des passions. *Zèlos* est le déplaisir de voir quelqu'un d'autre que nous, mais qui pourtant nous ressemble, jouir de biens que nous convoitons et que nous croyons pouvoir obtenir. Il distingue ensuite le zèle de deux passions qui sont proches :

- l'indignation (*némésis*) ou la souffrance que cause la prospérité d'un autre, lorsque cela nous paraît immérité ;
- l'envie (*phthonos*) qui consiste à souffrir devant la bonne fortune d'un autre, ou se chagriner devant une supériorité qui dérange.

³⁴ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 4, 5, 5-6.

Le *philosophe stoïcien* (III^e-II^e siècle av. J-C) dénonce la colère et donc la jalousie érotique comme un aveu de faiblesse. La Médée stoïcienne est impardonnable car responsable et personne n'a pitié d'elle et ne voit en elle que fureur et tumulte.

Le tournant stoïcien qui ravale la colère au niveau d'un égarement infime et étrié nous ordonne de refouler notre souffrance, alors que nous brûlons de l'étaler aux yeux et aux oreilles de tout le monde. Le sage stoïcien, inflexible, solide et indifférent aux attaques et aux insultes ne se laisse pas abattre. La méchanceté d'autrui ne saurait le toucher. Le chagrin, c'est un choix mais c'est plus précisément, une erreur. Il ne va pas se battre afin de rétablir sa dignité humiliée, son propre respect lui suffit. Cependant, la capacité de se fabriquer une telle armure n'est pas à la portée de tout le monde.

Sénèque (-4 av. J-C à 65 ap. J-C) critique ouvertement Aristote et suit l'impératif stoïcien pour qui, les passions sont à proscrire. Il réécrit une *Médée* dans laquelle, tout en suivant ses prédécesseurs grecs, il transforme profondément le personnage. La jalousie/colère de Médée s'en trouve éclairée, dans un contexte nouveau : il condamne sans appel tout ce qui nous affecte et nous impose de faire disparaître les troubles de l'âme, avec une intolérance absolue.

***La Médée de Corneille* (1606-1684)**

Elle devient moderne, française et, paradoxalement, chrétienne. Corneille nous offre une nouvelle théorie de la jalousie. Médée est en colère, comme dans les textes antiques. Elle est désormais une « jalouse », réduite au désespoir et qui a beaucoup souffert, victime d'une

injustice et du traitement indigne qu'elle a subi. Médée aime, souffre, parle et attire ainsi « toute la faveur de l'auditoire » qui aura de la compassion pour elle. Elle devient ici une héroïne. Jason mérite son destin. Il découvrira que « sa jalouse » a raison. Elle se sauve. Il se tue. Médée fait exception et fait figure de victime. Pour Corneille, Jason a tous les torts et la Médée romaine peut encore émouvoir les chrétiens français. On la justifie, on la comprend, on lui pardonne. Elle a été injustement opprimée. Elle doit se faire *justice* elle-même, elle a un peu exagéré mais, à bien y regarder, ce serait un cas de légitime défense.

Othello de Shakespeare (1564-1616)

« Il était une fois un guerrier valeureux et admiré qui conduisait l'armée de la République sérénissime de Venise. Il venait d'Afrique du Nord ; sa mère est égyptienne. Charmant conteur, Othello sut enchanter une jeune femme de l'aristocratie vénitienne, Desdémone. Elle s'éprit de lui, voulut l'épouser et le suivre, y compris en campagne. Desdémone et Othello n'ont pas la même couleur de peau, ni les mêmes intérêts mais ils s'aiment ».

Il y a, dans l'entourage d'Othello, un homme que l'envie dévore. Il s'appelle Iago. C'est un sous-fifre qui espérait devenir lieutenant et se retrouve, au contraire, porte-enseigne d'Othello. Un autre, un Florentin, nommé Cassio, a obtenu la place qu'il convoitait. Iago les exècre tous deux. Il se propose de les détruire. Il fera croire à Othello que sa femme et Cassio sont amants. Othello finira par y croire. Il fait tuer le rival et étouffer sa femme dans le lit conjugal. Iago est le portrait même de cette passion basse et entièrement

négative qu'est le ressentiment envers quelqu'un qui possède un bien que nous souhaiterions posséder mais qui nous échappe.

Jean-Pierre Dupuy ne partage pas l'interprétation de René Girard qui fait d'Othello « un pauvre type qui manquerait d'estime de soi ». Accabler Othello, c'est, encore une fois, refuser de prêter une écoute bienveillante à la jalousie érotique.

Thomas Hobbes (1588-1679)

Il inaugure un nouveau langage et ne fait pas de la jalousie une passion fondamentale. L'amour est potentiellement jaloux. Quand on aime, on aspire intensément à être aimé. C'est une question de réciprocité et non pas d'appropriation. La même passion d'amour, avec la peur que l'amour ne soit pas réciproque et que cet être que nous aimons tant, à l'exclusion de tout autre, pourrait aimer quelqu'un d'autre que nous, c'est la jalousie. L'infidélité blesse. Un amour excessif, avec jalousie, devient colère. C'est Jason qui était tout pour elle qu'il lui fallait frapper parce qu'il l'avait abandonnée, trahie et humiliée là où cela lui ferait le plus de mal.

Alors qu'Aristote défend une colère noble en mettant l'accent sur l'injustice et l'ingratitude, Hobbes déplace l'attention sur la cassure d'un projet de vie.

Pour **Descartes** (1596-1650)

La jalousie amoureuse se rapporte, par définition, aux soupçons et aux défiances, tandis que la peur d'une perte n'est, précisément, qu'une peur justifiée. Une fois trompé, en somme, il n'y a pas de quoi être jaloux.

Jean-Jacques Rousseau (1712-1718)

La jalousie est une affaire d'amour-propre. Il croit que l'état de nature est un état de paix et que l'homme de la nature est bon. Il nous offre une vision de l'amour dans laquelle la jalousie joue un rôle paradoxal : la vie sociale commence par l'amour dont le destin est la jalousie parce que c'est une passion qui conjugue préférence, possessivité et compétition. L'amour, écrit Rousseau dans l'*Emile*, relève du « *désir de posséder ce qui nous plaît* », dont la jalousie exprime l'excès. Emile sait tenir le rôle de jaloux impeccable : « *Emile amoureux et jaloux ne sera point colère, ombrageux, méfiant, mais délicat, sensible et craintif ; il sera plus alarmé qu'irrité ; il s'attachera bien plus à gagner sa maîtresse qu'à menacer son rival... il redoublera de soins pour se rendre aimable, et probablement il réussira*³⁵ ».

Après la révolution de 1789

Le mouvement de l'émancipation de l'individu moderne devait blâmer la jalousie qui nous mettrait en compétition avec un rival : je veux moi aussi un bien parce que l'autre le possède ou je ne veux pas qu'un autre le partage. C'est dans ce genre d'interaction triangulaire – deux personnes et un « bien » désirable – qu'on identifie la jalousie en amour. La colère a disparu du tableau, aveu de la supériorité d'autrui, donc de sa propre infériorité, place à la honte. La jalousie n'est même plus raisonnable, elle est un échec fort embarrassant que nous avons essuyé et que nous souhaiterions vivement dissimuler.

³⁵ J.-J. Rousseau, « Emile », in Œuvres complètes, *op. cit.*, t. 4, p. 796.

Au XIX^e siècle

La jalousie allait devenir la passion romantique et bourgeoise et atteindre le comble du mépris. Le modèle du rapport sexuel qui réduit un mari à un possédant allait devenir le socle de la théorie politique marxiste. La jalousie devenait méprisable, à chasser même de la vie amoureuse.

*Stendhal*³⁶ (1783-1842) montre comment la jalousie nous fait aimer : Julien se passionne pour Mathilde lorsqu'elle se met à lui raconter comment elle a été courtisée par des jeunes gens de qualité qu'il connaît bien et qui fréquentent son salon. Sous l'effet de la jalousie, il devient de plus en plus amoureux et, surtout, de plus en plus admiratif. Ainsi, on est jaloux, non parce que l'on croit posséder tel objet, mais au contraire, parce que l'on sait très bien que l'on ne le possède pas.

La définition du rapport sexuel qu'il faut impérativement encadrer dans un contrat qui établit une possession, débouche sur la théorie de la jalousie.

Kant (1724-1804) s'en explique dans *Anthropologie du point de vue pragmatique* : « *Les femmes sont des êtres différents des hommes, qui doivent plaire et se faire désirer. Cette position d'objets de désir les place dans une situation de séduction potentielle permanente qui exige une jalousie systématique de la part des hommes* ». L'infidélité est toujours possible.

³⁶ Stendhal, in *Le rouge et le noir*.

Au XX^e siècle

Proust (1871-1922) nous montre narrativement que l'amour est jalousie, une fidélité qui dure. La jalousie est souffrance avant d'être colère, crainte, vanité ou honte. Elle est une forme de fidélité. À l'origine de jalousie, il y aurait, pour Proust et pour Nicolas Grimaldi, « *une secrète dépréciation de soi...* ».

Paradoxalement, **Jean Luc Marion**, philosophe et académicien, se livre à un véritable éloge de la jalousie avec des propos inhabituels : « *Quand celui qui aime et qui a été aimé est trompé, celui qui a aimé, qui aime encore et qui n'est plus aimé doit continuer à aimer. Or, c'est lui qui a la meilleure part, puisque l'autre a renoncé. C'est celui qui cesse d'aimer qui a perdu. Il faut donc faire l'éloge de la jalousie, sentiment sublime injustement calomnié ! Ce qui est sublime dans la jalousie – car elle peut l'être –, c'est que je suis jalouse parce que l'autre ne m'a pas trahi, moi, mais a trahi son statut d'amant. Je lui fais le reproche, à lui, l'amant, de ne plus continuer à jouer³⁷ ».*

Freud et Lacan, les fondateurs de la psychanalyse, nous proposent « *une jalousie jalouse, mais aussi une jalousie amoureuse, à savoir intrinsèque à l'amour* ».

Pour conclure, on peut dire que le drame se déroule dans cette transition, de l'envie à la jalousie. Les envieux fabriquent des jaloux. Ils sont paradoxalement

³⁷ C. Perrin, « La jalousie à l'honneur. J.-L. Marion après Proust », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2014, 1, n° 278, & 13 et note 76.

désintéressés mais s'ingénient à dépouiller les autres de leurs biens matériels ou symboliques.

Pour Giulia Sissa, la vanité joue un rôle secondaire dans l'amour jaloux. La jalousie amoureuse est, avant tout « *un sentiment de souffrance morale et physique, de chagrin et d'affliction à cause de l'éclipse du désir de l'autre, de la perte de sa présence irremplaçable et non parce qu'on serait indûment narcissique, comme l'affirment les censeurs de la jalousie* ». Elle suggère donc de dire sa jalousie au lieu de se plier au conformisme social qui impose de la refouler car c'est son refoulement qui la transforme en symptôme.

La jalousie

Du pathologique à la « normalité » d'un affect inscrit au plus profond de l'humain et de l'humanité

Pr Gérard Pirlot

Psychiatre, Psychanalyste membre de la société psychanalytique de Paris, Professeur de psychopathologie psychanalytique et Directeur du Laboratoire Clinique Psychopathologique et Interculturelle (EA 4591) de l'Université de Toulouse Jean-Jaurès.

La jalousie est un affect, un sentiment « naturel », à la base de la socialité humaine qui, à l'occasion de différentes vicissitudes psychologiques ou familiales entraînant des blessures narcissiques, peut provoquer un véritable délire passionnel. Fidélité au raisonnement médical, nous irons du pathologique au « normal » pour comprendre les mouvements psychiques internes concernant la genèse de cet affect particulier. Grâce à l'approche psychanalytique, le pathologique nous permettra ensuite de mettre le « focus » sur les éléments psychiques en jeu dans cet affect dont il suffit de regarder jouer des enfants entre eux pour en observer les effets sur le comportement.

Enfin, nous verrons que l'aspect pathologique de cet affect « naturel » exacerbé par une son hypersexualisation traumatique en lien avec une blessure narcissique met le sujet dans un temps anachronique, « actuel », atemporal, que décrit bien le roman d'Alain Robbe-Grillet *La jalousie*. Cet « anachronisme » dans lequel est plongé le « jaloux » est celui-là même qui facilitera tous les *midrash* possibles...

Approche psychiatrique de la jalousie

Au début du XX^e siècle la jalousie, dans sa forme de délire, est insérée dans la vaste catégorie d'affections psychiatriques qu'Emil Kraëplin appelle les « paranoïas ». Le psychiatre français Gaëtan de Clérambault, un des maîtres de J. Lacan, rangera les délires de revendication, la jalousie et l'érotomanie dans les délires paranoïaques passionnels. À la différence de la jalousie, l'érotomanie est marquée par l'in vraisemblance tout comme les délires de revendication. Concernant S. Freud, c'est en 1911 avec les « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia Paranoïdes*) (Le président Schreber³⁸) » que le père de la psychanalyse livre l'avancement de ses théorisations analytiques sur la paranoïa.

Dans les années 60, Henri Ey perçoit la paranoïa comme une véritable entité, autonome et distincte des autres psychoses délirantes, y intégrant la paranoïa sensitive (de Kretschmer) comme en étant une des formes majeures. La nosographie des paranoïas est ainsi la suivante :

- Délire d'interprétation (en réseau)
- Délire de relation sensitif de Kretschmer
- Érotomanie
- Psychoses passionnelles
- Jalousie
- Délire de revendication.

³⁸ S. Freud (1911) « Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) décrit sous forme autobiographique », *Œuvre Complète de S. Freud*, X, Paris, Puf, 1993, p. 277-304.

*Le délire de jalousie*³⁹

Tout jaloux n'est pas paranoïaque et tout paranoïaque n'est pas jaloux. Toutefois, comme le précise S. de Mijolla-Mellor⁴⁰, des relations privilégiées existent entre ces deux états. Si la jalousie pathologique peut appartenir à d'autres types de personnalités que la paranoïa, par exemple l'hystérie, le délire (paranoïaque) de jalousie consiste à transformer clairement, pathologiquement, une relation de couple en relation à trois : la conviction est celle *fausse* d'être trompé par l'être aimé. Il s'agit d'une véritable « monomanie » au sens d'Esquirol : cette folie n'a qu'un seul objet.

La fausseté du jugement tient au fait que tout signe est interprété dans le sens qui convient à l'affect en dehors de toute preuve ou prudence logique. Dès lors plutôt que de quitter ou de chasser l'infidèle partenaire, le (la) jaloux (se) s'y accroche, le tiers devenant quant à lui un rival : c'est sur l'image de ce dernier que se projettent ressentiment, haine mais aussi « idéal ».

Le début du délire est souvent insidieux avec l'installation d'une *idée fixe et obsédante* qui sera confortée par des interprétations multiples. Le doute a là une fonction centrale et le sujet cherche continuellement de nouveaux sujets d'inquiétude. La réalité de la conduite du conjoint ne suffit pas à éliminer le diagnostic. Le délirant jaloux (la délirante jalouse) se sent outrageusement bafoué(e) : l'autre est un « bien » qui lui appartient et il ne peut supporter de le voir s'échapper (nombre d'homicides après que l'un des conjoints demande le

³⁹ Pirlot G., Cupa D. (2012), *Approche psychanalytique des troubles psychiques*, Paris, A.. Colin.

⁴⁰ Mijolla-Mellor (2007), *La Paranoïa*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », p. 30.

divorce relèvent de cette pathologie qui, le plus souvent, était jusque-là infra-clinique).

Le délire de jalousie est pathologique par l'inadéquation de la réaction jalouse : le délirant jaloux cherche la certitude du forfait du conjoint. La perspicacité de son enquête, sa filature, la mise en cause des amis, tout est bon pour rechercher partout des preuves venant conforter l'intuition délirante.

Cela peut amener le (la) délirant(e) à devenir *persécuteur* de son conjoint, du rival/de la rivale supposé(e), et même de ses propres enfants à qui il demande surveillance et complicité.

La stratégie du jaloux (de la jalouse) pourra aller jusqu'à des formes de *harcèlement* pour faire avouer à l'autre son crime et sa trahison. Parfois, de guerre lasse, pour avoir enfin la paix, le partenaire cède et avoue une faute qui n'est pas la sienne pensant que le jaloux/la jalouse, enfin, abandonnera menaces, harcèlement, voire violence. Dans ce cas, l'erreur est totale car l'aveu de l'autre peut entraîner sa mort ou, à tout le moins, donner une légitimité à la persécution.

Le délire n'est autre que la projection pour le jaloux/la jalouse de ses propres fantasmes homosexuels sur le tiers du même sexe. En effet, la triangulation de la relation primitivement hétérosexuelle permet au sujet une relation imaginaire, conflictuelle, *homosexuelle* où se projettent haine, amour, idéal phallique (cf. *infra* l'exemple de Sempé) et frustration.

Les mécanismes sont *interprétatifs* mais on observe aussi des *illusions mnésiques* (construction de souvenirs).

Fréjaville (1982) rapporte un dessin du célèbre dessinateur humoriste Sempé⁴¹ qui explicite la situation sur le

⁴¹ Sempé (1964), *Sauve qui peut*, Paris, Denoël.

plan fantasmatique. « Le dessin représente un intérieur petit-bourgeois, couple français moyen, d'âge moyen, l'homme est assis dans un fauteuil, près du poste de radio, la femme a quitté sa vaisselle pour venir menacer son mari avec un revolver. En voici la légende : "J'aurai aimé que tu sois quand je t'ai rencontré un artiste pauvre et malade. Je t'aurais soigné. Je t'aurais aidé de toutes mes forces. Nous aurions eu des périodes de découragement, mais aussi des moments de joie intense. Je t'aurais évité [...] tous les mille et un tracas d'une vie afin que tu te consacres à ton art. Et puis, petit à petit, ton talent se serait affirmé. Tu serais devenu un grand artiste admiré et adulé et, un jour, tu m'aurais quittée pour une femme plus belle et plus jeune. C'est ça que je te pardonne pas !"

Paradoxe du comique, commente Fréjaville : cette dame ne pardonne pas à son mari de ne pas lui fournir de lien homosexuel et revendique de façon phallique ses identifications féminines »⁴².

Le diagnostic différentiel du délire de jalousie se manifeste par :

- la jalousie délirante ou pathologique de l'alcoolique chronique. Ces manifestations disparaissent lors du sevrage ;
- le thème de jalousie dans la schizophrénie paranoïde ;
- le début d'une démence sénile : extension pauvre, idée de persécution absurdes, puériles ;
- la réaction de jalousie pathologique des personnalités hystériques, sensibles ou dépendantes. C'est ce mode de jalousie non délirante qui reste le

⁴² Fréjaville A. (1982), Scène primitive et paranoïa, *Revue française de psychanalyse*, 46, 1, p. 43-161 (p. 50).

plus fréquent. Cette jalousie devient pathologique par l'importance de la souffrance et des manifestations qu'elle entraîne.

Approche psychanalytique (métapsychologique)

En vertu du principe freudien selon lequel la personne aimée dans l'enfance tient un grand rôle dans la vie émotionnelle du patient, l'émotion se retrouve plus tard projetée et sa qualité changée en son contraire, ce qui aboutit au délire de persécution : « Je ne l'aime pas, je le hais. » Or, la projection étant la défense caractéristique de la paranoïa, *la perception intérieure se voit être remplacée par une perception venant de l'extérieur*. La projection transforme le jeu des pulsions/affects en « je le hais » en « il me hait ». Dans le délire de jalousie, fréquent chez l'alcoolique, déçu par la femme (et la décevant par son impuissance sexuelle), revenir vers les hommes dans les cabarets exacerbe sa libido homosexuelle. *Cette exacerbation sera renversée en haine projetée sur la femme* : « Ce n'est pas moi qui aime l'homme – c'est elle qui l'aime. » Le sujet soupçonne sa femme d'aimer les hommes qu'il est lui-même tenté d'aimer. Le changement de sujet (c'est *elle* au lieu de *moi* qui aime l'homme) permet de projeter le complexe affectif sur l'autre. La projection se fait ici sans déformation : qu'une femme aime les hommes est le fait d'une perception extérieure, tandis que si soi-même on aime telle personne c'est le fait d'une perception intérieure. La jalousie paranoïaque de la femme relève d'un mécanisme analogue : « Ce n'est pas moi qui aime les femmes, mais c'est lui qui les aime. » Nombre de femmes lui plaisent, mais du fait de son homosexualité

et de son narcissisme exacerbés, la rivalité phallique conjugée aux choix d'objet d'amour infantile (amie d'enfance, sœurs, etc.) ravive *complexe homosexuel* et angoisses de castration.

En fait, dans cette *grammaire pulsionnelle et affective*, les trois termes de « je l'aime » se conjuguent de trois manières :

- *le délire de jalousie contredit le sujet (elle aime les hommes plutôt que je les aime) ;*
- *le délire de persécution contredit le verbe (aimer/haïr) ;*
- *le délire érotomane contredit l'objet (ce n'est pas moi qui aime, c'est lui).*

On souligne que dans la paranoïa la projection se fait à partir d'une perception interne réprimée qui, après avoir subi une certaine déformation, parvient à la conscience sous forme de perception venue du dehors (ce qui est aboli à l'intérieur revient au dehors). La déformation, quant à elle, concerne le retournement d'un affect (amour/haine ou haine/amour). Se conjuguent à cet état de fait la faillite du refoulement (cas Schreber) avec retour bruyant du refoulé, le choix du symptôme se trouvant dépendant, dans l'après-coup, des fixations antérieures de la libido.

Les différentes relations logiques qu'explore le paranoïaque se font à partir de ce qui se contredit et est irrecevable, le « Je l'(e) aime – Il m'aime ». *LE et IL sont le point d'appel créé par le manque où devait se situer le père. La force de conviction du délire tient à ce renvoi et à cet écart irréductible soutenu par le délire lui-même, quant à la cellule du « Je l'(e) aime⁴³ ». Les*

⁴³ Rosolato G. (1963), Paranoïa et Scène Primitive, *Essais sur le symbolique*, Paris, Gallimard, p. 199-240 (p. 217).

relations profondes entre le JE-ELLE-LUI (renvoyant à la scène primitive), marquées par l'ambivalence « amour/haine », perturbent ainsi toute relation amoureuse, hiérarchique, duelle.

Les éléments de contradiction du « Je l'(e) aime » donnent – de manière quasi anagrammique :

- Je ne l'(e) aime pas (Persécution).
- Je ne l'(a) aime ou Elle m'aime (Érotomanie).
- Elle l'(e) aime ou Il l'(a) aime (Jalousie).
- Il ne m'aime pas (Persécution).

On constate que dans le groupe des contradictions se trouvent toutes les formules que Freud propose pour les délires paranoïaques : le paranoïaque construit un délire sur *chacune* des formules envisagées⁴⁴ Ce qu'il faut enfin comprendre est que cette dynamique affective est l'expression d'une dynamique pulsionnelle, particulièrement celle de l'analité⁴⁵. Le caractère anal se caractérise par une prépondérance de l'avoir, de la possession, du maintien, de la conservation, de la protection, de la sauvegarde et ici c'est « l'objet aimé/haï » qui fait l'objet de cette suprématie de la libido anale à laquelle régresse toute libido génitale.

Envie, avidité, jalousie et « stade du miroir »

Pour l'élève de S. Freud, Karl Abraham, un des traits caractéristiques de ces personnes est l'envie : « La personne envieuse ne manifeste pas seulement une convoitise [*Begehren*] des possessions des autres, mais à ce désir, il rattache des motions haineuses [*gehässig*] à

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ S. Freud (1917), Sur les transpositions des pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal, *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 106-112, *OCF XV* (1996), p. 55-62.

l'égard privilégié. Ce n'est qu'au passage que je renvoie à la racine sadique de l'envie, de même qu'à la racine anale. Parce que dans la genèse de l'envie, ces deux n'ont qu'un rôle secondaire, renforçant. L'origine du trait de caractère se situe déjà dans la phase orale précoce du développement libidinal⁴⁶ ».

Elève de K. Abraham, Mélanie Klein va défendre l'idée d'une jalousie à différencier avec l'envie et l'avidité. L'envie et l'avidité s'inscrivent dans les toutes premières phases du développement libidinal, dans le contexte du stade oral dans lequel le nourrisson ne distingue pas l'autre (maternel) de lui-même alors que la jalousie suppose reconnaître la notion « d'objet », de « personne ». L'avidité cherche à vider le sein avec gloutonnerie. L'envie est quant à elle ce « sentiment de colère qu'une autre personne possède et jouit de quelque chose de désirable [...]. L'envie implique la relation du sujet à une personne seulement et provient de la relation la plus précoce, exclusive à la mère. »⁴⁷.

On pourrait ainsi dire *que la jalousie est la perception d'un affect primaire d'envie lorsque celle-ci se lie à la découverte de l'autre, de l'objet. Vers l'âge de deux ans, cette découverte se resexualise par la prédominance de la libido anale par laquelle il faut « retenir » le bon et « expulser » le mauvais. En ce sens la jalousie est inscrite dans le « fond » d'envie propre à tout psychisme : une fois la vie d'enfant puis d'adulte commencée elle en est l'accident le plus banal.*

J. Lacan, avec son « stade du miroir » (1936) emprunté à H. Wallon (1931) va développer l'idée d'un affect de

⁴⁶ Karl Abraham, *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*, dans *Gesammelte Schriften Band II*, Francfort, Fischer, 1982, p. 115.

⁴⁷ Klein Mélanie (1975), *Envy and gratitude*, New-York, The Free Press, 1984, p. 181.

jalousie consubstantiel à la psyché humaine. Dans sa théorisation du stade du miroir celui-ci ne se limite pas à la contemplation dans une glace ou un reflet sur l'eau. La reconnaissance de lui-même dans le miroir par l'enfant de six à dix-huit mois, outre qu'elle fonde son aliénation spéculaire à venir dans toute image de lui-même, devient une quête d'une reconnaissance de l'autre semblable en même temps qu'une crainte sans fin du rival intrusif. Toute relation à l'autre à venir est ainsi fondamentalement susceptible de déclencher l'agressivité et la jalousie.

Pour illustrer cette problématique, Lacan cite l'observation de saint Augustin décrivant la jalousie précoce de l'enfant pour son frère à la mamelle⁴⁸. La situation de dépendance à l'imgo maternelle, entraîne une exacerbation de rivalité, du type : c'est lui ou moi. La jalousie secondaire au stade du miroir, mobilisera une agressivité spéculaire, meurtrière contre la dépendance. Dans celle-ci les imagos du corps morcelées préexistantes à ce « stade du miroir » seront projetées sur le rival. « Ce rapport érotique où l'individu humain se fixe à une image qui l'aliène à lui-même, c'est là l'énergie et c'est là la forme d'où prend origine l'organisation passionnelle qu'il appellera son Moi. Cette forme cristallisera dans la tension conflictuelle interne au sujet, qui détermine l'éveil de son désir pour l'objet du désir de l'autre »⁴⁹.

En d'autres termes, nous dirions que dès qu'un « autre » apparaît pourvu de plus de qualités que nous-mêmes, il nous « replonge » dans cet « atemporalité » propre à

⁴⁸ Lacan J. (1938), « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu », *Autres écrits*, Seuil, 2001, p. 23-84 (p. 40).

⁴⁹ Lacan J. (1948), « L'agressivité en psychanalyse », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 101-124 (p. 113).

l'inconscient où se confond avidité (« oralité »), envie (du bon sein), jalousie (des qualités de l'autre) *avivant jusqu'à l'excès la confusion et le « jeu de miroir » entre amour et haine (cf. supra), « moi » ou « l'autre » (« conflit d'altérité »*⁵⁰. C'est exactement ce que montre le roman d'Alain Robbe-Grillet et qui a été si mal compris par les critiques.

L'atemporalité de la jalousie et ses expressions fictives et *midrashiques*

Ce qui frappe, dans le roman d'A. Robbe-Grillet *La jalousie*⁵¹, est une construction littéraire singulière dans laquelle le temps est discontinu : un morceau de présent, de passé, de futur s'écrivent tous au présent, indifféremment, s'amalgamant pour former un temps intérieur propre à tous les « *midrachs* » de situations. Le roman décrit deux couples, habitant sous les tropiques, dans lequel l'un des maris soupçonne sa femme d'adultère. A. Robbet-Grillet prévient qu'il est inutile de chercher la signification du roman dans le domaine psychologique : sa construction il porte en soi la signification de ce qu'il décrit : la jalousie. Dans ce texte on ne sait jamais quand nous sommes dans le fantasme ou dans le fait réel. Les éléments de tel ou tel évènement se retrouvent indistinctement dans tel ou tel passage du livre, au début, milieu ou fin, le lecteur devant faire un effort de pensée pour construire une linéarité dans ce qui a bien pu se passer ou qui pourrait arriver... En fait, par son style, le roman reproduit bien le chaos interne que peut ressentir un mari jaloux et, par « transfert de

⁵⁰ Pirlot G. (1997), *Les passions du corps*, Paris, Puf.

⁵¹ Robbe-Grillet A. (1957), *La jalousie*, Paris, Minuit.

lecture », le lecteur lui-même. On voit ainsi par ce procédé littéraire, et la situation des deux couples en face-à-face, combien la confusion des sentiments (entre soi et l'autre) entraîne et relève d'une confusion temporelle (présent, passé, futur) propice à tous les « *midrash* » par lesquels l'imaginaire déborde le réel, gouverne le récit. Le *midrash* permet pour moi le déploiement d'une « grammaire du pulsionnel »⁵² qui déploie, « déplie », dans un texte, des « complexes d'affect ». « L'art du *midrash* consiste en effet à combiner les thèmes, à changer l'ordre logique de chaque thème, et à brouiller les pistes, de manière à différer le moment de compréhension et du dévoilement »⁵³. Evidemment ces *midrashes* sont facilités par le fait que l'hébreu, n'écrivant pas les voyelles, a un nombre considérable d'anagrammes, ce que décuple encore la valeur numérique des lettres ou groupes de termes, voir expressions (gématrie), et qu'il a recours en plus à la notarique, codage par lequel on groupe les initiales, médiales et finales de plusieurs mots pour en forer un ou plusieurs autres.

Bref, nous dirions que n'importe quel texte écrit peut être au gré de tel ou tel affect, fantasme, imaginaire reformulé dans le sens qu'il convient à la fantaisie qui s'en saisit. Tout est possible dans ce monde où par exemple la somme numérique de Marie+Joseph (1488)⁵⁴ est le double de Josuha/Josué/Jésus : 744. Et le nom « Joseph » du Nouveau Testament renvoyer aussi bien à

⁵² Forrester J. (1980), *Le Langage à l'origine de la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984.

⁵³ Mergui M. (2003), *Un étranger sur le toit. Les sources midrashique des Evangiles*, Paris, Nouveaux savoirs, p. 130.

⁵⁴ Dubourg B. (1987), *L'invention de Jésus, I. L'hébreu du Nouveau Testament*, Paris, Gallimard, p. 244.

celui de la Genèse, « Dieu ajoute » qu'à « Josué » (Dieu sauveur) – comme « Jésus »⁵⁵.

Concluons cette question de la jalousie par l'histoire de Joseph qui en est exemplaire. Outre la rivalité jalouse de ses frères, c'est ensuite le Pharaon qui aurait été jaloux de lui du fait de sa beauté, éveillant la concupiscence de l'épouse du Roi. Celle-ci accuse alors Joseph d'avoir abusé d'elle ce qui le mène en prison. On le voit, la « qualité » qui manque à l'autre, celle de la toute-puissance politique du Pharaon, est transformée en beauté puis prêtée à celui qui n'a pas le pouvoir, à savoir Joseph. La jalousie de l'un envers l'autre est ici renversée, ce que permet la littérature, toute littérature de mettre le lecteur, une fois celui-ci affecté par la reviviscence de l'affect décrit dans le texte, de s'identifier à celui décrit comme héros par le récit.

A la différence du texte de Robbe-Grillet qui, comme toute la littérature du « Nouveau roman », fuit le romanesque et le fictif, la *Torah* et le Nouveau Testament déploient un imaginaire, des fictions, mettent en scène « l'autre scène » (*andere Schauplatz*) du conscient, à savoir l'inconscient, dont les mouvements affectifs titanesques et inavouables, la « folie privée » (A. Green), ne peuvent se décrire que sous cette forme. Dans l'ordre de jalousie, l'histoire de Joseph est à cet égard exemplaire, allant de la celle de ses frères à celle du Pharaon. C'est toutefois une jalousie qui, détachée de l'envie (M. Klein, *supra*) ne débouche plus, comme avec Caïn et Abel sur le meurtre, mais au contraire vers le dépassement de la rivalité fraternelle.

⁵⁵ Dubourg B. (1989), *L'invention de Jésus, II. La fabrication du Nouveau Testament*, Paris, Gallimard, p. 286-7.

Dans le monde des mots, les dénouements des conflits affectifs sont souvent plus heureux que dans la vie réelle, hormis en passant par un travail sur soi qu'il soit philosophique, religieux ou psychanalytique...

CHRONIQUES

Un génie *presque* oublié, LAENNEC

Pr Paul LEOPHONTE

Pr Honoraire des Universités

Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine

Il y a dans la vie d'un homme destiné à faire une découverte capitale un moment clef, un épisode souvent fortuit, d'un jour, d'une heure, d'un instant qui n'aurait de signification et de suite pour nul autre. *Le hasard ne favorise que les esprits préparés*, disait Pasteur. Le même épisode, insignifiant, imperceptible, pour quiconque, le génie en conjecture comme dans une illumination toute la portée. La chute d'une pomme au clair de lune suggère au jeune Isaac Newton, si l'on en croit Voltaire, la loi de la gravitation universelle. Faisant le constat que des faisceaux d'électrons dans un tube à décharge électrique émettent une faible fluorescence, Roentgen découvre les rayons X. Observant que les trayeuses de lait de son comté atteintes d'une maladie bénigne transmise par les vaches – le cowpox ou vaccine – sont protégées contre la variole, Edward Jenner met au point la vaccination qui fera disparaître l'un des pires fléaux de l'humanité. La contamination d'une culture de staphylocoques au laboratoire par une moisissure conduit Alexander Fleming à découvrir la pénicilline qui sauvera des millions de vies. Les exemples de *sérendipité* (anglicisme qui désigne les découvertes par sagacité fortuite) abondent ; ce qui est vrai pour les sciences et la médecine l'est en bien d'autres domaines, de l'art à la littérature (comme le pouvoir mémoriel de la fameuse petite madeleine proustienne) jusque dans les mets et les boissons (telle la découverte du roquefort par un berger

du Rouergue négligent ou la champagnisation par Dom Pérignon).

En l'occurrence, il s'agit d'une technique d'examen du malade – l'auscultation médiate du thorax – et surtout du champ de son application qui ouvrit une voie inédite fondamentale à la démarche diagnostique.

Par un après-midi d'automne de 1816, Laennec, nommé depuis peu médecin à l'hôpital Necker, traverse la cour du Louvre. Des enfants jouent aux deux bouts d'une grosse et longue poutre. L'un d'eux est en train de gratter le bois avec une épingle, le son inaudible à l'oreille est transmis par le corps plein à l'autre bout. Le jeu de ces enfants sous le regard attentif de Laennec déclenche une étincelle – l'Euréka d'Archimède. Se rendant au chevet d'une jeune fille atteinte d'une maladie cardiaque, il va confirmer l'intuition qui l'a traversé. Voici ce qu'il écrit dans un mémoire adressé le 28 février 1818 à l'Académie Royale des Sciences dont il reprendra quasi au mot près les termes dans l'édition définitive de son célèbre Traité en 1826 – la citation, un peu longue, vaut d'être rapportée dans son intégralité :

Je fus consulté en 1816 par une jeune personne qui présentait des signes généraux de maladie du cœur et chez laquelle l'application de la main et la percussion donnaient peu de résultats à cause de l'embonpoint. L'âge et le sexe de la malade m'interdisant l'espèce d'examen dont je viens de parler (l'auscultation immédiate), je vins à me rappeler un phénomène d'acoustique fort connu : si l'on applique l'oreille à l'extrémité d'une poutre, on entend très distinctement un coup d'épingle donné à l'autre bout.

J'imaginai que l'on pouvait peut-être tirer parti, dans le cas dont il s'agissait, de cette propriété des corps.

Je pris un cahier de papier, j'en formai un rouleau fortement serré dont j'appliquai une extrémité sur la région précordiale et, posant l'oreille à l'autre bout, je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du cœur d'une manière beaucoup plus nette et plus distincte que je ne l'avais fait par l'application immédiate de l'oreille.

Je présumai dès lors que ce moyen pouvait devenir une méthode utile et applicable non seulement à l'étude des battements du cœur, mais encore à celle de tous les mouvements qui peuvent produire du bruit dans la cavité de la poitrine et, par conséquent, à l'exploration de la respiration, de la voix, du râle et peut-être même de la fluctuation d'un liquide épanché dans les plèvres ou le péricarde.

Dans ces conditions, je commençai sur-le-champ à l'hôpital Necker une suite d'observations que je n'ai pas interrompues depuis. J'ai obtenu pour résultat des signes nouveaux, sûrs, saillants, pour la plupart faciles à saisir et propres à rendre le diagnostic de presque toutes les maladies des poumons, des plèvres et du cœur plus certain et plus circonstancié peut-être que les diagnostics chirurgicaux établis à l'aide de la sonde ou de l'introduction du doigt.

Un an plus tard, Laennec publie le *Traité de l'auscultation médiante et des maladies des poumons et du cœur*, ouvrage capital pour la médecine clinique, fondateur de la pneumologie. Une deuxième édition suivra, révisée et complétée en 1826, année de la disparition prématurée de son auteur. Mort à l'âge 45 ans, Laennec aura manifesté doublement son génie : par la découverte de l'auscultation médiante qu'il vulgarisera à l'aide d'un instrument de sa fabrication, le stéthoscope ; mais aussi, surtout,

en confrontant les données de l'examen clinique désormais enrichi de l'auscultation et de l'observation minutieuse des lésions anatomiques sur le cadavre à l'autopsie ; une pratique – *la méthode anatomo-clinique* – dont l'initiateur avait été l'italien Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) et ses continuateurs en France Marie-François-Xavier Bichat (1771-1802) et Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816), l'un le maître, l'autre l'ami de Laennec. L'auteur du *Traité de l'auscultation médiate* décrit avec précision la séméiologie des affections cardio-respiratoires dont il démembre la nosologie avec une pertinence géniale. Une large part de son acquis a perduré jusqu'à nos jours.



Le stéthoscope de Laennec



Le stéthoscope de Laennec et l'auscultation médiate

Le thorax emmuré par une cage osseuse était jusqu'alors une sorte de forteresse impénétrable, au contraire de l'abdomen dont la palpation apporte des enseignements diagnostiques décisifs. Hippocrate *avait tenté l'auscultation immédiate*, rappelle Laennec. Le praticien de Cos décrit dans son traité *De morbis* un bruit semblable au frémissement du vinaigre bouillant permettant de distinguer que *la poitrine contient de l'eau et non du pus*. Il décrit une manœuvre que Laennec reprendra sous le nom de *succussion hippocratique* consistant à secouer le malade par les épaules et écouter la fluctuation du liquide lorsqu'un pneumothorax (c'est-à-dire la présence d'air dans la plèvre, l'enveloppe séreuse des poumons) est associé à un épanchement de liquide. Rien par la suite durant près de vingt cinq siècles ! Laennec omet de mentionner le (re)découvreur de l'auscultation immédiate, François-Joseph Double, né à Verdun-sur-Garonne, praticien devenu secrétaire du *Journal de la Société de Médecine de Paris* qui dans le second tome de son traité de *Séméiologie* paru en 1817 (deux ans avant la première parution du *Traité de*

Laennec) donne la description suivante, parmi les *Signes fournis par la Respiration* : *Pour bien apprécier le bruit que les malades font en respirant (...) il faut approcher exactement l'une des deux oreilles contre la paroi thoracique et en parcourir ainsi tous les points et toutes les faces (...) J'ai retiré souvent de grands avantages de ce mode d'exploration de la respiration qui m'est propre, et auquel j'ai été naturellement conduit par le même mode d'exploration appliqué aux battements du cœur...* Double en recourant à ce procédé a consigné divers signes : une respiration *bruissante... haletante ou soufflante... sifflante... ronflante... stertoreuse ou râlante... plaintive... gémissante... suspireuse...* mais il n'a pas su en analyser la signification ni tirer de ses observations des applications diagnostiques. Ce fut là tout le génie de Laennec. D'une droiture sourcilleuse, il est peu probable qu'il se soit abstenu de mentionner Double par oubli volontaire mesquin, les descriptions de celui-ci n'apportant rien de plus que ce que l'on savait depuis Hippocrate. Il a souligné *a contrario* l'apport décisif de Léopold Auenbrugger (1722-1809), médecin autrichien, inventeur de la percussion thoracique. Ce fils d'aubergiste avait vu son père estimer le remplissage des tonneaux de vin en tapotant des doigts dessus, le poignet en battant de cloche. L'application de cette technique à la paroi thoracique lui permit d'établir selon les différences auditives perçues la valeur séméiologique de la matité, c'est-à-dire d'un son dépourvu de résonance tel qu'on l'observe soit lorsqu'une condensation pathologique s'est produite dans le poumon (pneumonie) soit lorsqu'un épanchement liquidien est survenu dans la plèvre (pleurésie). Auenbrugger fit la synthèse de ses observations dans un opuscule d'une

centaine de pages qui n'attira guère l'attention de ses contemporains mais que le maître de Laennec, Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821), tira de l'oubli trois décennies plus tard, mit en pratique et enseigna à ses élèves.

Dans la première partie de son *Traité*, Laennec décrit des signes dont la plupart transmis de génération en génération demeurent après l'étape de l'interrogatoire à la base de l'examen clinique qui se déroule en quatre temps : l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. Les signes auscultatoires sont fonction des variations que présentent *le bruit respiratoire, la résonance de la voix et celle de la toux dans la poitrine, le râle et autres bruits accidentels*. Laennec distingue la respiration bronchique de la respiration pulmonaire ou *murmure vésiculaire* qui caractérise la pénétration de l'air dans les petits rameaux bronchiques jusqu'aux alvéoles et son expulsion, *comme un soufflet dont la soupape ne ferait aucun bruit*. Il décrit le *souffle* que l'on entend dans la pneumonie, *comme si le malade respirait dans l'oreille de l'observateur* (le *souffle tubaire* – du latin *tuba*, trompette – de nos traités actuels) ; ou celui de la pleurésie comme un voile mobile interposé – quel étudiant en médecine découvrant la séméiologie n'en a mémorisé comme d'un alexandrin les quatre qualificatifs : *un souffle doux, voilé, lointain, expiratoire* ! L'auscultation de la voix lui fait décrire la *pectoriloquie* (*pectus*, poitrine ; *loque*, qui parle), due à la résonance plus forte et plus sensible de la voix dans une excavation pulmonaire (caverne tuberculeuse) ; la *bronchophonie*, au timbre de porte-voix, en cas de condensation pulmonaire ; l'*égophonie* (de *aigos*, chèvre), écho de la voix du malade, chevro-

tante, saccadée, *de Polichinelle*, perçue au cours de la pleurésie lorsqu'elle n'est pas trop abondante. L'analyse de la toux complète celle de la voix : toux tubaire, toux caverneuse. Parmi les bruits étrangers à celui de la respiration, les râles. Laennec distingue cinq sortes de râles. Chacun a conservé toute sa valeur significative : *le râle humide ou crépitant*, qu'on entend dans la pneumonie (analogue au *bruit que fait du sel que l'on fait décrépiter à une chaleur douce dans une bassine*) et sa variante le râle sous-crépitant, plus humide, qu'on perçoit dans l'œdème aigu pulmonaire ; le *râle muqueux ou gargouillement* lorsque d'abondantes sécrétions non expectorées encombrant la trachée et les grosses bronches, on l'entend à l'oreille nue chez l'agonisant, le comateux ; le *râle sec sonore ou ronflement* qui ressemble au *roucoulement d'une tourterelle*, au cours de la bronchite ; le râle sibilant ou sifflement, témoignant du rétrécissement des rameaux bronchiques gonflés d'œdème, obstrués par des sécrétions très visqueuses, dans la crise d'asthme dont il décrit lors de la phase d'expectoration finale les *crachats perlés* ; enfin le râle crépitant sec à grosses bulles ou craquement qu'il rattache à l'emphysème. Il décrit enfin deux signes qu'on ne rencontre plus guère, *le tintement métallique* semblable à *celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine que l'on frappe légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable*, perceptible en cas de vaste caverne tuberculeuse ou d'épanchement dans la plèvre avec pneumothorax associé. Quelquefois le tintement métallique se change en un bourdonnement *semblable à celui que l'on produit en soufflant dans une carafe ou dans une cruche* ; ce *bourdonnement* (ou souffle)

amphorique perçu lorsque de grandes cavités communiquent largement avec les bronches, le jeune phtisiologue que je fus eut quelquefois l'occasion de l'entendre, non sans saisissement, confronté à des cas de tuberculose pulmonaire historiques avec large évidemment cavitaires des poumons, désormais exceptionnels sous nos latitudes.

Confrontant les signes recueillis du vivant du malade à ses observations à l'autopsie, Laennec a échafaudé une œuvre fondatrice, délimitant avec une acuité, une sagacité insurpassables, les cadres nosologiques de toute la pathologie pleuro-pulmonaire. Nous nous bornerons à citer la recension qu'en font Maurice Bariéty et Charles Coury dans leur remarquable *Histoire de la médecine : La dilatation des bronches, l'infarctus hémoptoïque* (c'est-à-dire l'infarcissement du poumon après une embolie pulmonaire), *la gangrène pulmonaire, lui doivent leur état civil. Le pneumothorax et ses diverses modalités, les pleurésies, l'œdème du poumon, l'emphysème, l'asthme, la pneumonie, ne sont objectivement reconnaissables que par les signes qu'il en a donnés. Et, en passant, que de remarques pertinentes ne fait-il pas : l'adénopathie inflammatoire qui accompagne la dilatation des bronches et dont l'importance n'a été retrouvée que de nos jours grâce à la chirurgie d'exérèse ; la fistulisation bronchique secondaire à certaines adénopathies tuberculeuses du médiastin ; l'emphysème obstructif et l'emphysème cicatriciel des tuberculeux ; l'abcès du poumon ; les fausses membranes pleurales ; le « rétrécissement de poitrine » consécutif à la pleurésie (ce qui lui donne l'occasion de décrire, chez un malade affecté de cette séquelle, la cirrhose atrophique du foie qui portera désormais son*

nom) ; le cancer du poumon et de la plèvre ; les hernies intestinales à travers le diaphragme... On reste confondu devant tant de découvertes d'emblée parfaites.

Mais ce n'est pas assez dire... Laennec a balayé le ramas de données confuses et erronées, les aberrations qui étaient professées sur *la phtisie*, terme générique sous lequel depuis Hippocrate étaient regroupées des consommations de séméiologie hétérogène mêlant toutes sortes de maladies. Les lésions observées sur le cadavre étaient communément regardées comme à l'origine du mal, procédant d'un éventail large de causes sans que nul signe anatomique spécifique ne fût appréhendé. Deux prédécesseurs avaient apporté un peu de clarté. Pierre Desault, un auteur bordelais, avance en 1733 qu'il existe une seule espèce de phtisie, la phtisie tuberculeuse, et argumente en ce sens mais ses travaux ne franchissent pas l'Aquitaine. Gaspard-Laurent Bayle publie en 1810 ses *Recherches sur la phtisie pulmonaire*. Il affirme que la lésion est le premier temps de la phtisie et non la cause, et qu'elle préexiste aux symptômes ; il postule que *la phtisie tuberculeuse est une maladie chronique d'une nature spéciale et (que) l'on ne doit pas la regarder comme le résultat d'une inflammation quelconque*. La tuberculose, professe-t-il, est une affection générale spécifique ; il en distingue néanmoins encore six espèces (on en dénombrerait quatorze avant lui).

Bayle a mis le pied à l'étrier à Laennec, son cadet de sept ans, réalisant avec lui nombre d'autopsies. À sa suite, sur les seules données anatomiques, Laennec affirme l'unicité de la tuberculose malgré les lésions dissemblables qu'elle peut revêtir, affirmant *qu'il n'y a pas de phtisie sans tubercule*. *La matière tuberculeuse,*

écrit-il, *peut se développer dans le poumon et dans les autres organes sous deux formes principales, celle de corps isolés et d'infiltrations*, chacune sous diverses variétés. Il décrit magistralement l'évolution séquentielle des lésions : *dans l'origine l'aspect d'une matière grise et demi transparente qui peu à peu devient jaune opaque et très dense. Elle se ramollit ensuite, acquiert peu à peu une liquidité presque égale à celle du pus ; et, expulsée par les bronches, laisse à sa place des cavités connues vulgairement sous le nom d'ulcères du poumon, et que nous désignerons sous le nom d'exca-vations tuberculeuses.*

Tubercule (la lésion princeps), confluence de tubercules sous forme d'infiltrats, ramollissement, caséification (la liquidité rappelant le fromage est dénommée *caseum*), expulsion de celui-ci dans la bronche laissant une perte de substance, une caverne, caractérisent la tuberculose ulcéro-nodulaire telle qu'on l'enseignera jusqu'à nos jours sans quasiment changer une virgule. Laennec décrit sur ces bases anatomiques les symptômes, les signes physiques, les formes cliniques et évolutives de la maladie, alors fort répandue, dont il affirme l'unicité. Ses conceptions demeureront d'une validité inentamée jusqu'à la découverte de la radiologie. Il passera en revanche à côté de la cause qu'il rattache pour partie à une prédisposition héréditaire, une vraisemblable constitution physique comme la décrivaient les Anciens, et *parmi les causes occasionnelles les plus certaines les passions tristes, surtout quand elles sont profondes et de longue durée.* Il élude la contagiosité reconnue en Europe méridionale depuis les observations de Girolamo Fracastoro (1478-1553) médecin, poète et humaniste italien qui théorisa la contagion par l'infection

deux siècles avant que les premiers microbes ne fussent visibles sous le microscope du drapier hollandais Van Leeuwenhoek. Il faudra attendre Jean-Antoine Villemin, médecin au Val-de-Grâce, pour que soit établie sur un mode irréfutable la contagiosité de la maladie ; et la communication de Robert Koch le 10 avril 1882 devant la *Société de Physiologie de Berlin* pour que la communauté scientifique apprenne que la tuberculose est due à une mycobactérie, un bacille depuis lors universellement connu sous le nom de son découvreur ou plus encore par une abréviation, le BK.

L'apport de Laennec à la séméiologie cardiaque, certes non négligeable, aura été moins décisif et à certains égards entaché de non négligeables bévues. Ainsi a-t-il attribué le second bruit (lors du *toum clac* du battement cardiaque) à la contraction des oreillettes, situant chronologiquement celle-ci après la contraction ventriculaire alors qu'Harvey deux siècles auparavant avait parfaitement décrit la physiologie du battement cardiaque : *le mouvement paraît commencer par les oreillettes, il se poursuit dans les ventricules... s'intercale entre ses mouvements une période de repos*. Il décrit, en observateur scrupuleux, les souffles cardiaques dont il précise la tonalité, l'intensité, le lieu et le temps indiquant l'orifice atteint et un signe capital à la palpation, le *frémissement cataire* (de *cattus*, chat) – *le même*, écrit-il, *que celui qui accompagne le murmure de satisfaction que font entendre les chats quand on les flatte de la main*. Alors qu'il avait conjecturé une valeur d'organicité de ces signes (au contraire par exemple du souffle anémique), il revient sur cette notion dans la deuxième édition de son *Traité* rattachant *le bruit de soufflet à un simple spasme* et le frémissement cataire à une

modification particulière de l'innervation. Il est plus heureux dans la description des signes auscultatoires des ruptures de piliers et de cordages ou des végétations valvulaires. Il excelle dans ses descriptions sur le cadavre, en définitive plus anatomo-pathologiste que physio-pathologiste. Comme le souligne Jean-Paul Bounhoure, auteur d'une *Histoire de la cardiologie*, il a fait progresser les connaissances sur les hypertrophies et dilatations des cavités cardiaques, les valvulopathies, les ramollissements localisés (par infarctus du myocarde) et diffus (par dégénérescence myocardique globale), les malformations congénitales. Il a pour finir la prescience du rôle capital de l'athérosclérose vasculaire (affaire de nutrition) dans la genèse des maladies du cœur.

*

Il y a avec Laennec un avant et un après de la médecine, comme il y eut un avant et un après Hippocrate et Galien. Par la rigueur et l'exactitude de sa démarche de clinicien et de chercheur, il est le fondateur de la médecine moderne et scientifique ; et par son *Traité*, le maître référent d'une nouvelle discipline : la pneumophtisiologie. Accomplissant l'œuvre considérable que nous avons succinctement évoquée se distingue un homme, se profile une vie, *celle d'un être collectif qui porte un nom*, disait Goethe. Qui était ce petit breton (*le petit secco* l'avait surnommé l'une de ses patientes, madame de Chateaubriand) monté à Paris et devenu l'un des grands consultants de son époque ?

René-Théophile-Hyacinthe Laennec est né à Quimper le 17 février 1781. Sa mère meurt de suites de couches alors qu'il est âgé de cinq ans, le laissant avec un frère cadet, Michaud, et une petite sœur de dix huit mois,

Marianne. Le père, lieutenant au siège de l'amirauté puis juge au tribunal de la ville, est un homme léger, insouciant, insaisissable, rimailleux non dénué de charme, dépensier et quémandeur infatigable. Il se décharge de ses enfants sur sa parentèle. Théophile sera un temps confié à un oncle prêtre avant d'être accueilli par le cadet de la fratrie, Guillaume Laennec, médecin de l'Hôtel-Dieu et agrégé de la Faculté de Nantes ; un homme généreux, ferme, de bon sens, jacobin bon teint et anticlérical qui lui devient un père de substitution et porte haut l'ambition pour son neveu. Théophile trouve à Nantes un foyer chaleureux auprès duquel il s'épanouira, la famille traversant sans dommage la Révolution française, la ville de Nantes un temps sous la férule du terrible Carrier qui y fit régner la terreur que l'on sait.

Son père biologique, plus tard remarié avec la veuve d'un émigré, entretient une correspondance négligente avec son fils et le laisse quasi sans ressources, dilapidant au gré de ses fantaisies la fortune familiale. Il demeurera neuf ans sans le voir et ne subviendra qu'après force sollicitations et avec parcimonie à ses besoins quand son fils sera étudiant à Paris. Théophile ne laissera cependant de lui manifester un respectueux et indulgent attachement. L'enfant est vif, curieux, bon élève ; il fait la fierté de son oncle qui songe très tôt à le voir embrasser la carrière médicale. À quatorze ans et demi il est étudiant en médecine, attaché aux hôpitaux militaires de Nantes (chirurgien de 3^{ème} classe). Parallèlement il se passionne pour l'entomologie, la botanique, la minéralogie, se constituant dans sa chambre un véritable cabinet des curiosités ; il apprécie la nature et sera toute sa vie grand marcheur et chasseur, presque jus-

qu'à la phase terminale de la tuberculose qui après sa mère (peut-être l'a-t-elle contaminé dans la première enfance) puis après son frère Michaud l'emportera. Fêré de poésie, il écrit des vers dès l'âge de douze ans, fables et poèmes à la façon d'Ossian. À 19 ans, il rédigera une épopée héroïco-comique – *La guerre des Vénètes* – transposant la courte expérience militaire qu'il a vécue à une époque où des peuplades gauloises donnaient du fil à retordre à César. Le futur savant austère et dévot fut en son jeune temps un précurseur de Goscinny et Uderzo ! Il apprécie la musique mais devra patienter par manque de ressources pour s'initier à la flûte et apprendre à danser. Parfait latiniste, il prendra plus tard à Paris des leçons de grec afin de pouvoir lire dans le texte sans difficultés Hippocrate dont les aphorismes feront plus tard l'objet de sa thèse de médecine. Tout cela avec une impétuosité, un caractère vif, un allant que contrarient de grandes difficultés matérielles tant son père est chiche de l'aide pécuniaire nécessaire. Après bien des attermolements qui retarderont son départ pour la capitale il s'inscrit à 19 ans à l'Ecole de médecine de Paris, assidu aux cours, apprenant la sténographie (on disait la tachygraphie) afin de ne rien perdre de l'enseignement de Bichat et de son maître Corvisart à l'Hôpital de la Charité, *ce coryphée de la médecine pratique*, écrit-il à son père, dont il recueille mot à mot les aphorismes cliniques au lit du malade. Avec Bayle il participe à l'élaboration du *Traité d'anatomie pathologique* que Guillaume Dupuytren, à peine plus âgé de trois ans et futur chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a entrepris. Il publie à 21 ans son premier article, consacré aux péritonites, dans le *Journal de Médecine*. Il ne va plus cesser de

publier. Jusque là plutôt indifférent à la religion, peut-être sous l'influence de son ami Bayle un temps autrefois séminariste, il est attiré vers la *Congrégation*, un cénacle d'étudiants catholiques inspiré par l'esprit d'Emmaüs, fondé en 1801 par un prêtre réfractaire, ancien jésuite. Dans une lettre à son père datée de février 1803, il écrit : *La fortune, la gloire, les succès les plus brillants, j'ai senti bien souvent que tout cela ne peut rassasier le cœur de l'homme (...) Je me suis tourné vers Celui qui seul peut donner le vrai bonheur, et votre fils est entièrement rentré dans le sein de la religion.* Laennec sera désormais, jusqu'à la fin de ses jours, d'une fervente piété – devenu plus tard grand consultant parisien, sa salle d'attente, selon plusieurs témoignages, avait l'austérité d'un oratoire avec prie-Dieu et crucifix. Il arrivait qu'on le surprît égrenant un chapelet.

À 23 ans il est docteur. Il passe plusieurs concours, se livre avec Bayle et Dupuytren (personnage rude et égocentrique avec qui il a maille à partir) ou sur sa seule initiative à un travail considérable. Il publie sur les cancers encéphaloïdes, les mélanoses, la phtisie... *C'est le plus simplement du monde, presque le plus ingénument, qu'il regarde, s'étonne, note, recommence, puis médite et s'exprime avec pureté,* écrit Henri Mondor. Le soutien financier paternel trop inconstant, il décide de subvenir lui-même à ses besoins et s'adonne à la clientèle quoiqu'elle soit une entrave à son activité de chercheur. Les traverses, les jalousies, les péripéties d'une santé qui le met à l'épreuve ne manquent pas (dont, suppose-t-on, les premiers signes d'une tuberculose insidieuse) au point qu'il envisagera un temps de se retirer et d'exercer la médecine dans sa Bretagne

natale où l'air, les longues randonnées, la chasse restaurent ses forces. Il se forge un caractère, répond à l'occasion avec fermeté aux attaques dont il est l'objet sans perdre un sens de l'humour qui transparaît dans ses lettres. Le poète, l'adolescent primesautier qui en bon breton envisagea un temps de devenir corsaire, se transforme en un maître au visage hermétique et aux façons austères. Il ouvre un cours d'anatomie pathologique apprécié. Sa notoriété grandit. Nommé médecin du cardinal Fesch, oncle de l'empereur, il devient l'un des premiers médecins de Paris sans laisser jamais d'être aussi un médecin des humbles.

1816 est la date d'un virage décisif dans sa vie. Un jour de juin il rencontre le sous-secrétaire d'État préposé à la direction de l'Assistance publique qui lui propose de prendre la direction d'un service à l'hôpital Necker, Laennec accepte. À la tête de cent lits de malades il va pouvoir poursuivre les recherches qu'il a entreprises sur l'emphysème et celles, demeurées en chantier, de son ami Bayle (mort un mois plus tôt) portant sur la phtisie. La même année il fait la découverte du stéthoscope et se lance dans la rédaction de son *Traité* auquel il mettra un point final en août 1818. *Le livre que je vais publier sera, je l'espère, écrit-il, assez utile tôt ou tard pour valoir mieux que la vie d'un homme et, en conséquence, mon devoir était de l'achever, quelque chose qui pût m'arriver.* Laennec est épuisé, dans un état de grande misère physique, torturé de vertiges, éprouvé par la goutte, des troubles digestifs variés et des crises d'asthme terribles. On ne peut s'empêcher de songer à cet autre grand asthmatique qui un siècle plus tard élaborera dans la souffrance une oeuvre cathédrale à la recherche du temps perdu. Laennec communique en

février 1818 les grandes lignes de son traité à l'Académie de médecine (son livre paraîtra en août 1819, accueilli assez froidement par la communauté médicale – il remet en question trop de notions pour des collègues qui pour la plupart pratiquaient encore une médecine que Molière a si plaisamment raillée). Un de ses patients, cependant, appelé à figurer au firmament des Lettres, écrit après la parution de l'ouvrage : *notre savant compatriote breton, le docteur Laennec, est parvenu à reconnaître, par la nature du bruit de la respiration, la nature des affections du cœur et de la poitrine. Cette belle et grande découverte fera époque dans l'histoire de l'art.* Chateaubriand, en l'occurrence, qui quelques années plus tôt voyait dans des palpitations cardiaques le signe avant-coureur de son trépas avait été pleinement rassuré par Laennec, médecin consultant de son épouse.

Sa santé fortement éprouvée, Laennec envisage de tout quitter *pour au moins un an et peut-être pour toujours*, écrit-il. Il donne un congé illimité, ferme son cabinet de consultation et part pour le Finistère en octobre 1819. Il lui reste des biens immobiliers qu'il a hérités et que son père indélicat a en large part dilapidés : le manoir de Kerlouarnec dans la commune de Ploaré, près de Douarnenez. Laennec va, durant presque deux ans, se transformer en architecte et gentilhomme paysan, parcourant à cheval ou en longues balades à pied ses terres qu'il agrandit ; chasseur, naturaliste, ébéniste à son heure façonnant des stéthoscopes plus élaborés, et s'adonnant durant ses veilles aux langues celtiques. Il n'a pas cessé d'être médecin, consultant par correspondance avec quelques patients parisiens, officiant ici ou là au chevet de paysans et pêcheurs de son voisinage. Il acquiert la

conviction que le climat marin, le varech des côtes bretonnes, sont très favorables aux poitrinaires d'où l'idée qu'il mettra à exécution plus tard de répandre autour du lit des phtisiques du goémon frais.

Ayant peu ou prou restauré sa santé, ses économies largement écornées, il décide au bout de deux ans de retourner à Paris, d'autant que lui parviennent les échos de critiques virulentes sur son *Traité* proférées notamment par son collègue Broussais.

Il est de retour dans la capitale en novembre 1821, il a quarante ans.



Selon la description d'un de ses biographes, c'est un homme *assez élégant, mais très maigre et fragile. La figure triangulaire, les joues creuses, le front trop dégagé, les cheveux châtons clairs, clairsemés et fins, la lèvre supérieure curieusement longue, le teint pâle. Ce n'est pas le prestige physique qui vaut à Laennec le succès. S'il séduit, c'est par sa culture, son intelligence supérieure, son sérieux et cet air de malice qui masque une réserve rigoureuse.*

Laennec n'a plus que cinq ans à vivre, cinq années où il va connaître la gloire, affronter de vives polémiques, se marier, et miné par la tuberculose s'acheminer vers la mort.

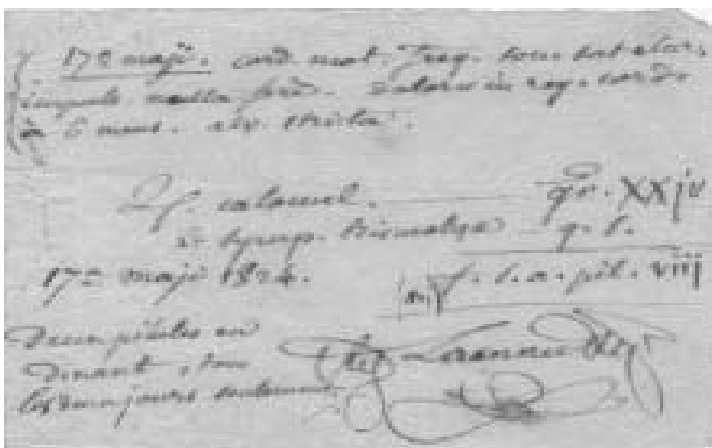
Sitôt son retour dans la capitale il retrouve son service à l'hôpital Necker, ses cours de clinique et une clientèle de consultant qui afflue. Il devient le médecin de la duchesse de Berry. En juillet 1822, il est nommé Professeur au Collège de France, exerce en même temps la fonction de Professeur de Clinique à la Faculté. Son Traité connaît un retentissement qui va grandissant hors des frontières. Des médecins étrangers affluent à sa consultation, désireux de se familiariser avec la séméiologie de l'auscultation à l'aide du stéthoscope. En janvier 1823 il est élu à l'Académie de Médecine, en août 1824 il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur, la même année il quitte l'hôpital Necker pour prendre le service de clinique à l'hôpital de la Charité.

Dans sa leçon inaugurale au Collège de France, Laennec prône dans la ligne de l'empirisme hippocratique *l'enseignement fondé sur les faits* ; un concept qui demeure au cœur du métier de médecin basé au quotidien sur l'observation clinique et le bon sens. Il s'oppose à Broussais, théoricien plus que praticien qui réduit pour l'essentiel la pathologie à *l'inflammation* (génératrice de *gastro-entérite*) et la thérapeutique à un trépied axé sur la saignée, les sangsues et la diète. Professeur au Val-de-Grâce, il a boulingué comme marin puis médecin militaire lors des batailles de l'Empire. C'est un colosse rugueux et téméraire, atrabilaire, maniant l'insolence avec brutalité, une sorte de *Mirabeau de la médecine*, dit-on. Il provoque Laennec qu'il traite de *cadavérique instigateur*. Non dénué de charisme, très

écouté de ses collègues, il contribuera à occulter partiellement la diffusion en France de l'enseignement de Laennec. Celui-ci sans être jamais démonté fera montre à son encontre d'une hauteur pugnace mêlée d'humour. Solitaire et malade, il propose à une cousine éloignée, madame Argou, veuve de 44 ans, vivant de revenus modestes, de tenir son ménage. Elle accepte. À quelque temps de là, il écrit à l'un de ses cousins germains : *J'ai d'abord essayé de l'association pure et simple : mais j'ai trouvé que l'amitié qui existe entre un homme et une femme est trop froide quand on ne veut pas s'exposer à ce qu'elle devienne trop vive et en conséquence j'ai trouvé que le mariage était un « mezzotermine »*. Le mariage est célébré à Saint-Sulpice en décembre 1824. On ne sait pratiquement rien de la vie amoureuse de Laennec auparavant sinon qu'il eut, adolescent, une amourette avec une certaine Nisa pour laquelle il composa des vers. Il n'aura pas le bonheur de devenir père, sa femme enceinte tombe malade et fait une fausse couche.

Laennec prépare la deuxième édition de son Traité, à l'impression en avril 1826. Il est miné par la tuberculose. Lucide sur le mal qu'il a si magistralement décrit et homme de foi, on lui entend dire : *j'espère peu mais je ne crains rien*. Terrassé par une ultime poussée évolutive, il se met en congé et rejoint Kerlouarnec où il s'éteindra le 13 août 1826, pieusement, et j'oserais dire avec élégance. On raconte qu'émergeant de la torpeur pré-agonique, il ôta ses bagues qu'il posa sur la table de chevet : *il faudrait que bientôt un autre me rendît ce service, je ne veux pas qu'on en ait le chagrin*, murmura-t-il. Deux heures plus tard il rendait son âme à Dieu.

Le mérite de Laennec est double, déclarait Jean Bernard à l'occasion d'un colloque en 1981 célébrant le bicentenaire de sa naissance. Il a enseigné aux médecins l'exactitude qui va désormais les gouverner et leur permettre d'accueillir, d'appliquer les progrès (...) Mais aussi il a montré que les principes des sciences dites exactes, des mathématiques, de la physique devaient s'appliquer à la médecine. Ceci sans éclat, sans affirmation grandiose, mais par l'observation des faits (...) Laennec aura été le pionnier de cette grande transformation de la médecine passant, en moins de deux siècles, de l'état d'art approximatif à celui de science souvent exacte.



Ordonnance de Laennec

LECTURES

*Laennec. *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*. Première édition (Brosson et Chaudé éditeurs, 1819, 2 vol.) ; deuxième édition refondue (Chaudé éditeur, 1826, 2 vol.).

*Alfred Rouxeau. *Laënnec avant 1806* (Baillièrre éditeur, 1912) ; *Laënnec après 1806* (Baillièrre éditeur, 1920).

*Henri Duclos. *Laennec* (Flammarion éditeur, 1932).

*Henri Mondor. *Grands médecins presque tous* (Corrêa éditeur, 1943).

*Roger Kervran. *Laennec médecin breton* (Hachette éditeur, 1955).

*Maurice Bariéty, Charles Coury. *Histoire de la médecine* (Fayard éditeur, 1963).

*Jean-Paul Bounhoure. *Histoire de la cardiologie* (Privat éditeur, 2004).

*Jean Bernard. *Laennec et la médecine moderne*. In : Revue du Palais de la découverte, *Laennec 1781-1826* (Numéro spécial, août 1981).

Et Zeus nomina les étoiles

Pr. Pierre CARLES

Pr. Honoraire des Universités

Ayant vaincu Cronos et les Titans grâce aux Géants et aux Cyclopes et créé un cosmos harmonieux, les fils de Cronos et de Rhéa tirèrent au sort pour la souveraineté du ciel, de la mer et de l'obscur monde souterrain. Poséidon hérita de la mer, Hadès du monde souterrain et Zeus du ciel et de la pluie. La terre a été laissée à la disposition de tous. Zeus a cependant le plus de pouvoir, possédant la foudre donnée par les Cyclopes. Les dieux se tiennent sur le mont Olympe où ils se nourrissent de nectar et d'ambrosie.

Zeus est un véritable obsédé sexuel (ou bien ce sont ses inventeurs). Il a épousé en troisième noce sa sœur Héra qui jalouse les nombreuses maîtresses et leur descendance d'autant que la divine semence de Zeus est extrêmement féconde. La nécessité de substituer maîtresses et enfants à la vindicte d'Héra, justifie leur apothéose vers le ciel et ainsi Zeus nomme étoiles et constellations. D'autres dieux ont aussi ce pouvoir : Poséidon, Athéna, Dionysos, Apollon, Héra...

Les signes du Zodiaque

Les signes du Zodiaque sont connus depuis la plus haute antiquité, retrouvés en Egypte (zodiaque de Dandérah) qui remonte à deux mille ans. Il est aussi décrit chez les arabes, les hindous et les chinois. Son rôle dans l'histoire des peuples, dans la formation des calendriers, dans la fixation des fêtes publiques est essentiel.

Les douze constellations de la ceinture du Zodiaque, qui fait le tour du ciel, sont inclinées de 23° sur l'équateur : c'est l'écliptique, plan de l'orbite de la terre autour du soleil. Nos pères les appelaient « les maisons du soleil » ou « les résidences mensuelles d'Apollon ». Le soleil en visite une chaque mois et revient à chaque printemps à l'origine.

La mythologie grecque nous explique l'origine des douze constellations du Zodiaque. Ce terme signifie en grec « cercle des petits animaux » (même étymologie que zoo, zoologie).

Printemps

Comme les autres saisons, il comporte trois signes : Bélier, Taureau et Gémeaux.

Le **Bélier** débute le 23 mars, jour de l'équinoxe du printemps. Athamas, roi de la Béotie, a eu deux enfants avec sa première femme Néphélé : un garçon, Phryxos, et une fille, Hellé. Après avoir répudié Néphélé, le roi épouse la princesse Ino, fille de Cadmos roi de Thèbes. Ayant peur que Phryxos hérite du royaume, elle réussit à s'emparer de tous les grains de semence et les fit griller : il n'y eut pas de récolte. Un oracle probablement soudoyé par Ino, dit que le blé ne germerait plus à moins de sacrifier ses beaux-enfants. Poussé par le peuple (les béotiens ne sont pas réputés intelligents...) menacé de famine, Athamas s'apprête à sacrifier Phryxos et Hellé. Néphélé supplie Zeus d'intervenir. Il envoie un bélier ailé à la toison d'or. Il saisit le prince et sa sœur et les emporte sur le dos. Tandis qu'ils traversent le détroit entre l'Europe et l'Asie, Hellé tombe à la mer et se noie, donnant son nom

à l'Hellespont (détroit des Dardanelles). Phryxos continue son voyage et arrive en Colchide où il devint roi. Le bélier demande à être sacrifié pour retourner dans les cieux divins : c'est la constellation du bélier.

Le signe du **Taureau** débute le 20 avril.

Europe, fille d'Agénor roi de Tyr, et de Téléphassa, est descendue sur le rivage pour jouer avec des compagnes de son âge. Zeus tomba amoureux d'Europe, son cœur ayant été percé par la flèche de Cupidon. Prudent et pour se cacher d'Héra il prit l'apparence d'un très beau taureau au poil blanc, le front marqué d'un disque d'argent et surmonté d'une corne en croissant de lune. Il poussait des mugissements harmonieux. Après avoir joué avec lui, Europe osa monter sur son dos. Il se jeta à la mer et l'emmena en Crête depuis la Phénicie. Zeus s'unit à la jeune fille et elle lui donna trois fils dont Minos. Puis il la maria avec le roi de Crête.

Agénor pria ses fils de rechercher leur sœur. Ils ne la trouvèrent pas et nommèrent Europe le continent qu'ils avaient prospecté, en souvenir d'elle.

Après sa mort, Europe reçut les honneurs divins. Le taureau devint une constellation, deuxième signe du Zodiaque.

Les **Gémeaux**, troisième signe du printemps, débutent le 22 mai. Léda est mariée à Tyndare roi de Sparte. Zeus s'unit à Léda sous forme d'un cygne et la même nuit, le roi assouvit ses désirs avec sa femme. Neuf mois plus tard elle donne naissance à deux œufs : de l'un sortent Pollux et Hélène, enfants de Zeus et de l'autre Castor et Clytemnestre, enfants de Tyndare. Les jumeaux Castor et Pollux sont surnommés les Dioscures :

« garçons de Zeus ». Ils enlèvent les fiancées de leurs cousins Idas et Lyncée. Dans la lutte qui suivit, Idas tua Castor et Pollux fit de même avec Lyncée. Zeus tua Idas d'un coup de foudre et enleva Pollux au ciel. Mais Castor était mort et Pollux inconsolable pria Zeus de le faire mourir. Zeus lui permit de partager l'immortalité avec son frère. Ils ne furent plus séparés passant un jour dans le Hadès et un jour dans l'Olympe.

Symboles de l'amitié, Castor et Pollux sont les principales étoiles de la constellation des Gémeaux.

Eté

La durée maximale du jour survient le 21 ou le 22 juin (selon que l'année soit ou non bissextile) : c'est le solstice d'été.

Le quatrième signe du Zodiaque est le **Cancer** qui vient de carcinos en grec : écrevisse. Dans le deuxième travail d'Héraclès (Hercule), il va tuer l'hydre de Lerne, élevée par Héra. Ce monstre a plusieurs têtes qui repoussent une fois coupées en se multipliant. Héraclès les trança avec une harpé (serpe d'or) et brûla la blessure pour l'empêcher de repousser. Il fut aidé par son neveu Iolas qui lui apporta un tison enflammé. Il coupa et enterra la tête du milieu sous un gros rocher. Pour aider l'hydre, Héra envoya une écrevisse géante qui mordit Héraclès au talon et celui-ci l'écrasa. Pour d'autres, il s'agit d'un crabe qui symbolise le cancer dans le Zodiaque. Pour remercier le crabe, ou l'écrevisse, Héra l'envoya dans les cieux : il devint la constellation du Cancer.

Le **Lion** débute le 22 juillet. C'est le lion de la forêt de Némée qui ravage la région, décimant les troupeaux, dévorant les humains. C'est le fils du géant Typhon et d'Echidma la femme vipère. Ce lion est un monstre dont la peau résiste à tout : flèche, épée, poignard. Héraclès va le combattre : c'est le premier de ses travaux. Il brandit sa massue et donna un coup sur la gueule du lion. Ce dernier rentra dans sa tanière, indemne mais ses oreilles lui tintaient. Il va piéger le lion dans sa caverne après avoir bouché l'un des deux orifices avec une énorme pierre. Dans le noir il prit le lion à bras-le-corps, puis le saisit à la gorge et serra avec tant de force qu'il étouffa la bête. Après s'être taillé une nouvelle massue, il réussira à l'écorcher en se servant des griffes du fauve tranchantes comme des rasoirs et se confectionna avec sa peau un manteau et avec sa tête un casque. Le lion fut envoyé par Zeus sous forme de constellation soulignant l'exploit d'Héraclès.

Le signe de la **Vierge** débute le 22 août. Astrée est la fille de Zeus et de Thémis, déesse de la loi, de la race des titans, fille d'Ouranos et de Gaia. Elle est la seconde épouse de Zeus (après Métis) et a pris parti pour les olympiens lors de la lutte contre les titans. Astrée est la sœur de la Pudeur mais aussi des Moires et des Heures. Elle représente chez les hommes la justice et la vertu. Tout se passe bien lorsque les dieux façonnèrent une première race d'hommes mortels, tirée de l'or. L'harmonie parfaite règne. Après l'âge d'or, les dieux essayèrent l'argent et réalisèrent une race inférieure, peu intelligente, belliqueuse, s'injuriant pour un rien. L'airain fut choisi pour la troisième race. Ces hommes de bronze sont forts, violents, méchants. Leur attitude a entraîné la

remontée d'Astrée au ciel où elle devint la constellation de la Vierge.

Automne

Il débute le 22 septembre lors de l'équinoxe d'automne.

La **Balance**, septième signe du Zodiaque, symbolise la justice. On retrouve Thémis (la loi divine en grec). La titanide est souvent représentée tenant les plateaux de la balance, annonçant un jugement équilibré. C'est la seule constellation qui ne représente pas un être vivant.

Le 22 octobre lui succède le **Scorpion**. Orion est un chasseur géant, très bel homme, fils de Poséidon et d'Euryclée. Son père, dieu des mers, lui a transmis le pouvoir de marcher sur l'eau et une force prodigieuse. Orion épousa d'abord Sidé, si belle et si fière de sa beauté qu'elle rivalisa avec Héra qui la poussa dans le tartare. Privé de sa femme, Orion se rendit dans l'île de Chios. Il tomba amoureux de Méropé la fille du roi Oenopion. Celui-ci promet de donner sa fille en mariage si Orion le débarrasse des bêtes sauvages infestant l'île. Le chasseur fait merveille mais le roi prétend qu'il reste des lions, des ours et des loups dans la montagne. Il refuse de tenir sa promesse. Ivre, Orion abuse de Méropé. Oenopion en appela à son père Dionysos pour le punir. Le dieu fit sombrer Orion dans un profond sommeil et le roi lui crève les yeux. Orion alla voir Héphaïstos dans sa forge, saisit Céladion, un jeune apprenti, le mis sur ses épaules pour qu'il le guide vers Hélios : le soleil levant. Il retrouve la vue comme un oracle l'avait annoncé. Ne pouvant se venger d'Oenopion qui se cache, il part pour la Crète et devient le chasseur

d'Artémis. Aurore s'éprit d'Orion et Artémis jalouse lui envoya un scorpion qui le piqua au talon et le tua. Orion et le scorpion sont transformés en constellations. Leur position sur l'écliptique est telle que l'un disparaît quand l'autre apparaît. On a l'impression que la constellation d'Orion fuit éternellement celle du scorpion.

Sagittaire succède au scorpion le 22 novembre. Chiron, centaure ami d'Héraclès, est connu pour son savoir et sa sagesse. Il est divin et immortel, fils du dieu Cronos et de Philyra, une fille d'Océan à laquelle il s'était uni sous forme d'un cheval : il s'était transformé car sa femme Rhéa les a surpris. Chiron a élevé Achille, Jason, Asclépios à qui il a appris la médecine et la chirurgie. La fille de Chiron, Hippé fut séduite par Eole et elle s'enfuit pour accoucher à l'insu de son père. Les dieux suppliés par Hippé la transformèrent en constellation sous la forme d'un Cheval. Héraclès fut invité par le roi des centaures Pholos qui le régala de viande rôtie et de vin dont l'odeur rendit les centaures furieux. Ces fauves lubriques attaquèrent la caverne de Pholos. Héraclès tua plusieurs centaures mais une flèche empoisonnée s'enfonça dans le genou de Chiron ; la plaie est inguérissable. Il souffrait le martyr étant immortel. Zeus accepta de transmettre son immortalité à Prométhée qui était né mortel. Chiron put trouver le repos et constituer la constellation qui porte le nom de Sagittaire (flèche).

Hiver

La saison froide débute le 21 ou le 22 décembre lors du solstice d'hiver, la durée du jour étant minimale.

Le **Capricorne** est l'histoire d'Amalthée la nymphe-chèvre, à qui Rhéa a confié son enfant Zeus. Son mari est Cronos fils d'Ouranos qui avait prédit qu'un de ses fils le détrônerait. Dès que Rhéa mettait un enfant au monde, Cronos le dévorait. Rhéa furieuse lui fit avaler une pierre lorsqu'elle mit au monde Zeus. Amalthée le cacha dans une grotte de Crète et le nourrit de son lait et de miel. La chèvre aurait ensuite suspendu Zeus à un arbre « ni dans le ciel, ni sur la terre, ni sur la mer ». Les Curètes, sortes de démons, couvraient les cris de l'enfant par leurs chants et leurs danses. Quand Zeus plus tard lutta contre les titans, il se fit une armure avec la peau de la chèvre que rien ne peut transpercer : l'Egide. Zeus cassa aussi une corne d'Amalthée : c'est la corne d'abondance remplie en permanence de fruits délicieux. Très reconnaissant envers sa nymphe, Zeus la plaça parmi les étoiles : c'est la constellation du Capricorne.

Verseau lui succède le 22 janvier. Ganymède, fils du roi Tros, qui donna son nom à Troie, et de Callirhoé, est le plus bel adolescent sur terre. Il fut choisi par les dieux pour être l'échanson de Zeus. Celui-ci prit la forme d'un aigle et l'enleva alors qu'il gardait les troupeaux de son père. Tros fut dédommagé de la perte de son fils d'un cep de vigne en or et de deux beaux coursiers offerts par Hermès, le fils de Zeus et son principal serviteur. Ganymède devint immortel et sert le nectar dans une coupe d'or au Père du ciel. Pour cela il évinça Hébé jusqu'alors échanson des dieux. Sa mère Héra irrita Zeus qui plaça Ganymède parmi les étoiles : c'est le Verseau (amphora en latin). L'**Aigle** qui avait enlevé Ganymède devint aussi une constellation.

Les **Poissons** dominent le ciel du 22 février au 22 mars. Poséidon a besoin d'une femme pour tenir son palais au fond de la mer, au large du port béotien d'Aegée. Il jeta son dévolu sur Amphitrite, Néréide qui comme ses multiples sœurs, est une divinité marine. Elle résista à son avance et s'enfuit se cacher au fond de l'océan au-delà des colonnes d'Hercule (situées entre mer Méditerranée et océan Atlantique). Poséidon envoya un dauphin, Delphinos, qui réussit à la convaincre d'accepter le mariage. Poséidon reconnaissant, plaça l'image du dauphin au milieu des étoiles : c'est la constellation du **Dauphin**.

Amphitrite fut ramenée en grand cortège pour épouser le dieu des mers. On la représente souvent entourée d'une nombreuse suite de divinités marines : c'est la constellation des Poissons.

Les autres constellations

Quatre constellations ont déjà été citées : Orion (signe du Scorpion), Cheval (signe du Sagittaire), Aigle (signe du Verseau) et Dauphin (signe des Poissons). Les dieux sont à l'origine de nombreuses constellations que les grecs ont pu admirer dans l'hémisphère boréal (vent du nord en grec).

Les amours de Zeus

Fille de Nyx (la nuit), Némésis lutte contre la démesure et veille jalousement sur la loi. Aimée de Zeus, elle tente d'échapper à l'étreinte du dieu et prend mille formes diverses et finit par se changer en oie. Zeus devient cygne et s'unit à elle. Némésis pondit un œuf

qui donna naissance à Hélène, à l'origine de la guerre de Troie. Zeus plaça l'effigie du Cygne dans les cieux pour commémorer cette ruse.

Zeus a besoin de héros pour terrasser les résurgences de monstres, des forces titanesques et chaotiques. Du haut de l'Olympe il choisit une mortelle, Alcène, mais celle-ci est mariée à Amphitryon, fils d'Alcée roi de Tirynthe. Zeus prend l'aspect d'Amphitryon et assouvit ses désirs, le mari étant parti à la guerre : c'est la naissance d'Héraclès, héros le plus populaire et le plus célèbre de la mythologie classique. Du haut de l'Olympe, Héra a tout vu et jure de se venger. Pour transformer son demi-dieu en un dieu à part entière il faut lui donner de la nourriture des dieux. Zeus charge son fils Hermès, de mettre le petit Héraclès au sein d'Héra pendant son sommeil. Le bébé glouton lui mord le sein ; elle se réveille, le repousse et une gigantesque giclée de gouttes de lait se répand dans le ciel : c'est la Voie Lactée.

Callisto, la très belle fille de Lycaon, roi d'Arcadie, est une nymphe appartenant au cortège d'Artémis et s'est engagée comme toutes les suivantes de la déesse à respecter la chasteté. Zeus s'en éprend et la dupe en prenant l'apparence d'Artémis. Elle essaie de cacher sa grossesse mais Artémis s'en aperçoit lorsqu'elles se baignent dans une rivière. Héra talonnée par la jalousie, la changea en ourse après qu'elle eut mis au monde un fils Arcas. Devenu un homme, Zeus l'empêcha de chasser sa mère et enleva l'ourse et son fils : ce sont la Grande ourse et la Petite ourse. La grande ourse est aussi appelée le chariot de David. Dans la grande ourse, les trois étoiles de l'extrémité forment la queue et les quatre autres en quadrilatère se trouvent dans le corps. Dans le

chariot les quatre étoiles forment les roues et les trois le timon, les chevaux ou les bœufs. Les Latins donnaient aux bœufs de labour le nom de triones et ils finirent de dire les sept bœufs, septem-triones : d'où l'autre appellation de septentrion... On parle aussi d'hémisphère septentrional. L'étoile polaire, étoile alpha de la petite ourse nous paraît toujours dans l'axe du pôle nord, bien connue des voyageurs et des navigateurs. Héra est furieuse de cet honneur accordé à sa rivale. Elle persuade son frère Poséidon, dieu de la mer, d'interdire aux deux ourses de descendre se coucher dans l'océan comme le font presque toutes les autres étoiles : elles demeurent toujours au-dessus de l'horizon. Arcas est peut-être celui qui a nommé l'océan Arctique peuplé d'ours contrairement à l'océan Antarctique.

Le héros Persée

Persée est le fils de Zeus et de Danaé, fille du roi d'Argos Acrisios. Une prophétie annonçait la mort du roi par son propre petit-fils. Danaé est enfermée mais Zeus se transforme en pluie d'or et pénètre par une fente du toit pour venir la féconder. Devenu adulte, Persée combat la gorgone Méduse et la tue d'un coup de serpe. Pégase le cheval ailé jaillit du corps de la gorgone et après bien des péripéties vola jusqu'à l'Olympe où Zeus l'utilisa comme bête de somme pour transporter la foudre. Pégase mérite bien qu'une constellation porte son nom. Persée fatigué par son exploit et la traversée de la Libye et de l'Egypte longea la côte de Philistia. Il aperçut une femme nue enchaînée à un rocher. Il s'agit d'Andromède, fille de Céphée (roi éthiopien) et de Cassiopée. Cette dernière s'était vantée qu'elle et sa fille étaient plus

belles que les Néréides. Leur protecteur Poséidon envoya un déluge et un monstre marin. L'oracle d'Ammon consulté par Céphée signifia que la seule façon d'être délivré, était de sacrifier Andromède au monstre marin. Après consultation des époux, il sauva leur fille en tranchant la tête du monstre. Céphée et Cassiopée n'acceptèrent pas Persée pour époux, car elle était déjà promise. Agénor l'avait demandée avant lui. Brandissant la tête de la méduse, Persée pétrifia Agénor. Poséidon plaça Céphée et Cassiopée au milieu des étoiles. Cassiopée est formée de cinq étoiles principales, disposées comme la lettre W. Toujours à l'opposée de la grande ourse par rapport à l'étoile polaire : elle ne se couche jamais. Athéna plaça Andromède dans une constellation plus vaste car elle avait insisté pour épouser Persée. Pour honorer le jeune homme qui osa braver la Méduse, Zeus transporta Persée au ciel. Ces quatre constellations sont proches dans le ciel.

Les Pléiades et les Hyades

Les Pléiades sont les sept filles d'Atlas et d'une océanide Pléioné. Elles sont sœurs ou demi-sœurs des cinq nymphes Hyades, filles d'Atlas et d'une océanide que l'on disait tantôt être Aethra et tantôt Pléioné. Ces nymphes sont les nourricières de Dionysos (Bacchus), fils de Zeus et de Sémélé. Par crainte d'Héra, elles ont confié le nourrisson à Ino et se seraient enfuies auprès de leur grand-mère Théthys. Inconsolables de la mort de leur frère Hyas, elles meurent de douleur. Zeus ému, les métamorphosa en étoiles mais elles ne cessent de pleurer d'où leur nom « les pluvieuses ». Leur apparition coïncide avec la saison des pluies du printemps.

Les Pléiades, de beauté éclatante, s'unissent à des dieux sauf Méropé qui s'unit à un mortel Sisyphe. Maïa, l'aînée, s'unit avec Zeus et conçoit Hermès. Electre lui donne Dardanos l'ancêtre mythique de Troie. Comment expliquer leur suicide collectif ? Soit elles ne supportent pas qu'Atlas soit humilié par Zeus et condamné à porter le ciel sur ses épaules et supportent mal la mort d'Hyas, soit elles furent poursuivies par le chasseur Orion. Elles furent changées en colombes (péliades en grec) et Zeus les transforma en constellation de sept étoiles dont une est moins brillante : c'est celle de Méropé, honteuse d'avoir épousé un terrien mortel. Cette constellation est proche de l'écliptique. Elle n'est visible que de mars à octobre ce qui constitue un repère aux agriculteurs et aux navigateurs pour marquer les saisons dans les temps anciens. Les constellations des Pléiades et des Hyades sont très proches dans le ciel.

Dionysos

Icaros a répandu l'usage de la vigne en Grèce après avoir reçu un plant de vigne de Dionysos (Bacchus). Il offrit une amphore de vin à des bergers qui devinrent ivres, voyant double, croyant être ensorcelés : ils tuèrent Icaros et l'enterrèrent sous un pin, surveillé par le chien d'Icaros : Maera. Celui-ci conduisit la fille d'Icaros, Erigoné, jusqu'à la tombe. Elle déterra le cadavre et, désespérée, se pendit au sapin. Maera mourut de désespoir sur la tombe de son maître et Dionysos transforma ce chien fidèle en une constellation : le Chien.

Après avoir tué le Minotaure et être sorti du labyrinthe grâce au fil d'Ariane, Thésée l'abandonne sur le rivage

de l'île de Naxos et reprend seul la navigation vers Athènes. Dionysos est séduit par sa beauté, épouse Ariane et l'emmène sur l'Olympe. Héphaïstos cisèle un diadème d'or et de rubis indiens en forme de roses, et l'heureux époux l'offre en cadeau de noces. Ce diadème deviendra plus tard une constellation, la Couronne Boréale.

Les dernières légendes

Trochilos est un argien fils d'Io. Il est l'inventeur des chars et son nom rappelle celui de la roue. Agénor fils de Poséidon et de Libye (petite fille d'Io et de Zeus) le poursuit de sa haine. Trochilos se réfugie en Attique et plus tard il est transporté dans les astres : c'est la constellation du Cocher.

Démiphon roi d'Eléonte, en Thrace, immole chaque année une jeune fille pour faire cesser une épidémie. Ce sacrifice, reçu d'un oracle, est critiqué par un noble de la ville nommé Mastousios car lors du tirage au sort de la fille sacrifiée, l'urne ne contenait pas les filles du roi. Celui-ci tua la fille de Mastousios sans tirage au sort. Mastousios invita le roi et ses filles à un sacrifice. Arrivées les premières, Mastousios tua les filles et servit une coupe de sang avec du vin au roi. Apprenant l'origine du breuvage il précipita Mastousios et la coupe à la mer. Celle-ci devint la constellation de La Coupe.

Dans son onzième travail, Héraclès doit rapporter des pommes d'or du jardin des Hespérides. Il demande à Atlas de recueillir les pommes mais, auparavant, il tua d'une flèche le serpent Ladon qui gardait le jardin. Il remplaça Atlas pour porter le globe mais Atlas se propose de livrer les pommes, étant libéré de son poids.

Héraclès lui demande de récupérer le globe pour mettre un coussin sur sa nuque douloureuse. Atlas accepte et Héraclès l'abandonne, en gardant les pommes... Héra pleurant Ladon en fit la constellation du Serpent.

Cynosoura et sa sœur Héricé, nymphes de Crète auraient élevé Zeus enfant. Comme Cronos les poursuivait toutes deux, Zeus les transforma en deux constellations : la petite et la grande ourse (il y a souvent plusieurs explications) tandis que lui-même prenait la forme de la constellation du Dragon.

Arion de Lesbos, fils de Poséïdon et de la nymphe Oenia, est le maître de l'art de la lyre. Appelé en Sicile pour un concours de musique, il obtint le prix et revient couvert de cadeaux qui excitèrent la convoitise des marins. Attaqué, il les conjura de le laisser chanter une dernière fois. Conseillé par Apollon, il sauta dans la mer et fut recueilli par un dauphin qui le porta jusqu'à Lesbos. Apollon transforma la Lyre en constellation.

Canopos serait le pilote d'Osiris, le dieu égyptien. Il aurait aussi piloté le navire Argo, bateau des Argonautes dirigés par Jason pour la conquête de la toison d'or. Jason est le fils d'Aeson, roi d'Iolcos en Thésalie, au nord de la Grèce. Son oncle Périas qui a évincé du trône son frère Aeson, lui demande de conquérir la toison d'or. Celle-ci se trouve en Colchide, pays situé à l'est de la Mer Noire. Jason fait appel aux grecs et de nombreux héros se joignent à lui. Le voyage des Argonautes sur le navire Argo fût très mouvementé à l'aller et au retour. Pour les féliciter, Pilote et Navire furent mis au rang des constellations.

Asclépios, fils d'Apollon et de Coronis, est le dieu guérisseur, patron des médecins. Chiron le sage centaure lui a appris l'art de guérir et la chirurgie. Il découvrit grâce à

Athéna, le moyen de ressusciter les morts. Ses exploits se multipliant, Zeus eût peur qu'Asclépios bouleversât l'ordre du monde et le foudroya. Il est toujours représenté appuyé sur un long bâton où un serpent s'enroule : c'est l'origine du caducée. Il devint le Serpentaire.

Reste la constellation du Lézard. Déméter avala d'un trait le contenu d'un pichet d'eau d'orge parfumée à la menthe. Abas le fils du roi Céléos se moqua et elle le transforma en lézard. Les dieux l'ont oublié. Peut-être sont-ils distraits ?

Zeus, du haut de l'Olympe, voit tout, s'entoure de héros (Persée, Héraclès, Jason...), se métamorphose en taureau, en cygne, aigle, pluie d'or, prend l'aspect d'un homme (Amphitryon), d'une femme (Artémis) et régit les constellations. Même s'il s'agit de la plus belle des légendes, quel firmament il nous a légué !

BIBLIOGRAPHIE

1. Collognat Annie : *Dictionnaire de la mythologie gréco-romaine*, Omnibus ed., 2016, 1003 p.
2. Delattre Charles : *Manuel de mythologie grecque*, Paris, Bréal ed., 2005, 319 p.
3. Ferry Luc : *La sagesse des mythes*, Paris, Le Plon ed., 2008, 408 p.
4. Ferry Luc : *Mythologie et philosophie*, 10 vol., Le Figaro et Le Plon, 2015.
5. Graves Robert : *Les mythes grecs*, Paris, Fayard ed., Livre de poche, 1967, 1186 p.
6. Grimal Pierre : *Dictionnaire de la mythologie grecque et romaine*, Paris, PUF ed., 574 p.
7. Hamilton Edith : *La mythologie*, Poche Marabout ed., 1962, 450 p.
8. Moreau Jacques : *Mythologie grecque et romaine*, Aide-mémoire, Laballery ed., 2007, 150 p.

L'homme qui détourna le fleuve

Dr Jacques POUYMAYOU

Anesthésiste-Réanimateur

IUCT - Oncopole - Toulouse

Né vers 1535 dans une famille noble originaire d'Ariège (on s'en serait douté), Louis de Foix semble manifester très tôt des dispositions intellectuelles prometteuses. C'est en qualité d'horloger qu'il entre au service du roi d'Espagne Philippe II, dont l'ambassadeur vénitien, alors en poste à Madrid, Nani, disait qu'il était « *pieux, juste, sobre et pacifique. Mais la première de ces vertus se changea en raison d'état, la seconde en sévérité cruelle, la pénultième en avarice et la dernière en désir de vouloir être l'arbitre de la chrétienté* », laissant l'image négative d'un souverain au faîte de l'âge d'or Espagnol, craint par son peuple, haï par ses ennemis, engoncé dans la fraise godronnée d'une religiosité intolérante.

Notre jeune impétrant dirige des travaux hydrauliques à Tolède et assiste (et sans doute participe) à la construction de l'Escorial, ce palais « *aux grands miroirs déserts* » qui reflètent, « *ainsi qu'une galère oubliée en la rade* », la mélancolie ambiante consécutive à la tragédie de l'Invincible Armada.

Lucain le premier mentionne le fleuve Adour, Aturus. Claude Ptolémée ensuite et le poète aquitain Ausone le citent, sous le nom d'Atyr, mais c'est au grand chroniqueur Froissart (XIV^e siècle) qu'il revient d'en faire l'éloge avec « *La belle rivière de Lisse qui court tout au milieu de Tarbes* » sur plus de 300 kilomètres depuis

le massif du pic du Midi de Bigorre jusqu'à la Mer Océane des anciens, l'océan Atlantique.

L'Adour a longtemps hésité sur l'endroit de son embouchure pour se retrouver contrainte. Mais, n'anticipons pas...

À l'origine ce fleuve, car, n'en doutons pas, l'Adour est un fleuve, ce fleuve donc traverse ce qui plus tard sera le sud de la Gascogne (pays mythique aux frontières floues aux nombreux habitants fiers de leur identité et jaloux de celle de leurs voisins pour lesquels « *rien de plus dangereux qu'un gascon raisonnable* ») et aboutit à l'emplacement actuel de Capbreton pour se jeter dans l'océan entaillant sur plus de 50 kilomètres le plateau continental d'une faille vertigineuse, le Gouf de Capbreton.

Les choses auraient pu en rester là et l'Adour continuer de semer la panique avec ses crues aussi soudaines que dévastatrices si, faisant sienne l'antienne « *Si la Garonne avait voulu, lanturlu...* » elle n'avait décidé de modifier son cours et de changer d'embouchure au cours du temps pour choisir d'abord, port d'Albret au dixième siècle, Boucau ensuite (Bayonne) en s'unissant aux Gaves et à la Nive, entre 1164 et 1174, pour finalement revenir à Port d'Albret, l'actuel Vieux Boucau, en 1390, après avoir cheminé tout au long de la côte jetant temporairement son dévolu sur Seignosse en profitant du cordon lagunaire du littoral.

Les choses auraient pu rester en l'état, s'il n'y avait eu Bayonne...

Pour la première fois mentionnée sous le règne d'Auguste comme la « *ville la plus terne de Novempopulanie* » Bayonne fait son entrée dans l'histoire sous le nom Lapurdum qu'elle léguera à la province actuelle de l'Euskadi Nord : le Labourd.

Elle devient une citée prospère notamment durant l'âge d'or de l'Aquitaine, à savoir la période anglaise inaugurée par le remariage d'Aliénor avec Henri II Plantagenêt, dont l'union donnera entre autres ces deux souverains passés à la postérité avec les romans de Sir Walter Scott, j'ai nommé le bon Richard Cœur de Lion (qui viendra se faire bêtement occire par un carreau d'arbalète lors du siège de de Châlus Chabrol, place forte secondaire ignorée, presque oubliée) et Jean sans Terre, portrait en creux du précédent.

À cette époque, tout comme Bordeaux envoie ses nefs pinardières régaler les palais anglais, Bayonne exporte, par la même voie maritime, les cochonnailles de l'arrière-pays, riche en porcs (conservées grâce au sel... de Bayonne) à destination des mêmes palais. Cette activité lui procure aujourd'hui une renommée mondiale pour le fameux « *Jambon de Bayonne* » qui, bien souvent, n'a hélas plus de bayonnais que le nom. La demande accrue et la production à grande échelle sont passées par là.

Qu'importe ! Ces exportations participent à la richesse de la ville et tout serait pour le mieux (« *dans le meilleur des mondes possibles* ») n'était-ce les droits de péage à l'embouchure landaise du fleuve gascon. Plus avant, lorsque le royaume sera république et les provinces départements, il séparera les Landes des Basses-Pyrénées (qui choisiront le nom, plus politiquement correct, de Pyrénées-Atlantiques). Le bourg Saint Esprit sera alors quartier de la ville de Bayonne, repoussant la

limite départementale jusqu'aux proches collines septentrionales qui dominent l'agglomération. En attendant, ses flots en ravagent régulièrement les rives avec des crues soudaines, impétueuses et toujours catastrophiques, souvent aggravées par la conjonction d'une hausse nivale ou pluviométrique du niveau du fleuve renforcée par la marée montante. Ce dernier phénomène toujours présent a amené au cours des siècles quelques visiteurs imprévus tel, en 1741, un malheureux cachalot perdu, trucidé en face de l'embouchure du Maharin ou des dauphins visiteurs de port de Bayonne jusque dans l'entre-deux-guerres (c'est à cette époque que ma grand-mère m'a rapporté les avoir vus).

La ville subira évidemment le contre coup de la guerre de Cent Ans au décours de laquelle elle aura le privilège d'accueillir le Prince noir (invité) et le connétable Bertrand du Guesclin (captif). Pour sa libération, toutes les femmes du royaume de France fileront, dit la légende, une quenouille...

En tant que place forte anglaise au même titre que Bordeaux, La Rochelle, Rouen ou Calais, Bayonne aurait pu s'attendre à de sévères représailles de la part des vainqueurs. Il y en aura peu. Il faut dire que les hommes de guerre gascons étaient fort recherchés et les souverains parisiens furent bien aises de les trouver pour mener les guerres d'Italie (au décours desquelles un certain Blaise de Monluc fera ses premières armes) jusqu'au désastre de Pavie où tout sera perdu « *fors l'honneur* ». Mais, ne nous égarons pas...

Entre temps, l'Espagne réunifiée sous les Rois Catholiques décidait d'expulser d'abord les non chrétiens, puis (on n'est jamais trop prudent) les chrétiens fraîchement

convertis, au nom de la pureté de la race et de l'exclusivité de Dieu...

Les réfugiés arrivèrent à Bayonne, parmi lesquels les Marranes qui apportaient le secret d'une plante originaire du nouveau monde : le cacao. Grâce à eux, la ville allait devenir la première ville chocolatière de France et donner jusqu'à ce jour les meilleurs chocolatiers du pays. Toutefois, on a beau être terre d'accueil, on n'en demeure pas moins chauvin et bon chrétien ; c'est pourquoi, le soir venu, les artisans quittaient la ville de Bayonne et franchissaient l'Adour pour s'en retourner dans le quartier réservé, le Ghetto au bourg Saint Esprit où ils avaient aménagé entre autres une synagogue (de rite portugais toujours en activité) et un établissement de bains (ou Mikvé dont ne subsistent que deux autres exemplaires en France).

Cependant, le commerce bayonnais subissait toujours les taxes prélevées par les Albretins à l'embouchure du fleuve.

Ils se tournèrent donc vers le roi en avançant l'argument des crues dévastatrices dont le percement d'un canal dans l'axe de l'Adour après son confluent avec la Nive devait les délivrer. Ils arguèrent sans doute du précédent de l'ancienne embouchure au douzième siècle (elle n'avait duré que dix ans, mais qu'importe...).

Sensible aux plaintes de ses sujets, Charles IX (le roi de la saint Barthélémy) confie le chantier Louis de Foix, au grand dam des landais (capbretonnais, albretins et autres) qui vont tout faire pour saborder le projet, depuis les recours en justice jusqu'au sabotage des travaux en passant par les agressions, bagarres et autres rixes toujours violentes, souvent sauvages et parfois mor-

telles. On raconte, mais c'est sans doute une calomnie de bas étage, qu'ils s'enhardirent à envoyer (moyennant finances ?) des créatures du sexe pour tenter de réussir avec Vénus où Mars avait échoué. Louis de Foix y aurait, dit-on, trouvé son compte... Mais ce ne sont que des racontars ; d'ailleurs, a-t-on jamais vu, au cours de l'histoire, de telles pratiques déguisées sous le vocable « *d'oreiller garni* » ?

Toujours est-il que les travaux allaient bon train malgré nombre d'impondérables qui retardaient l'avancement du chantier à la grande satisfaction des habitants de Port d'Albret.

Jusqu'à ce 28 octobre 1578, « *jour fatal que la fureur des eaux* » en l'occurrence une crue particulièrement puissante et dévastatrice alliant la furie des flots de l'Adour, des Gaves et de la Nive, fasse sauter le verrou, détourne le fleuve du Trossoat (déjà préparé par les travaux de Louis de Foix) et ouvre l'embouchure entre les communes de Tarnos rive droite et Anglet rive gauche, où elle demeure encore à ce jour.

Pour la dernière fois, ce 28 octobre, les albretons ont vu couler l'Adour.

L'ancien cours côtier gardera le souvenir du fleuve avec la rivière du Boudigau, le lac du Vieux Boucau, et le lac d'Hossegor. C'est à l'occasion d'une violente tempête sous le second empire que saute le verrou sablonneux séparant ce dernier de l'océan et permettant au confluent du chenal, du Boudigau et du Bourret de se jeter dans le Gouf de Capbreton, retrouvant l'embouchure originelle. Napoléon III, le bienfaiteur des landes et du pays basque, fera réaliser les travaux nécessaires à la consolidation

de ce passage et le lac d'Hossegor est à ce jour le seul lac marin de France.

La nouvelle embouchure de l'Adour fut loin de satisfaire tous les espoirs mis en elle. Certes, les exportations n'étaient plus taxées, la découverte des gisements de Lacq devait redonner vie au port avec le commerce du soufre, la ville allait, outre la notoriété du jambon et du chocolat, s'enorgueillir du titre de première ville taurine de France suite à l'organisation le 21 août 1853 de la première corrida formelle en France sur la commune de St. Esprit (rattachée quelques années plus tard à la ville de Bayonne). Bayonne est aussi connue, depuis l'entre-deux-guerres, pour ses célèbres « *fêtes de Bayonne* ».

Et la nature se rappela aux humains : l'embouchure, née au forceps dans la douleur des landais, ne cessa de s'ensabler, imposant des travaux permanents d'enrochage et d'endiguement, sans résultat positif notoire, faisant penser à Sisyphe et son rocher.

De plus, les courants violents à l'entrée du chenal précipitèrent nombre de bâtiments sur les rochers ou dans les bancs de sable à tel point que d'aucuns ont proposé de restaurer le cours originel en suivant le littoral jusqu'à Capbreton pour retrouver l'embouchure primitive et sa sérénité...

L'un des naufrages les plus spectaculaires fut celui du minéralier Romulus, en décembre 1969. À la suite d'une panne de machine, il est précipité contre la digue nord et se brise en trois parties. Une énorme lame emporte le capitaine et quatre membres d'équipage. Les vingt et un survivants se réfugient dans la cheminée à la partie arrière de l'épave. Ils seront sauvés par trois grutiers affectés au renforcement de la digue, J. Miniconi, J. Lissardi et

G. Labro qui, de nuit, suspendus au câble de la grue Titan iront, au fort de la tempête, les treuiller un par un, rééditant l'exploit séculaire de Carcabueno à Pasaia « *cet humble coin de terre et d'eau, admiré s'il était en Suisse, célèbre s'il était en Italie mais inconnu parce qu'il est en Guipuzcoa* ».

Quant à l'Adour, elle unit les deux rives de Bayonne depuis que le quartier St. Esprit a été rattaché au département des Basses-Pyrénées en 1857. Soit dit en passant, les bayonnais attendent toujours la création du département basque qui les soustrairait enfin à l'autorité administrative paloise, préfecture de ce département associant par la malice du bigourdan Bertrand Barrère, basques et... béarnais.

Il faudra attendre près de quatre siècles pour voir renouveler pareil exploit, à savoir le détournement en Espagne du fleuve Turia à la suite de l'inondation catastrophique de Valencia, le 14 octobre 1957.

Sa tâche accomplie, Louis de Foix se consacrera à son chef-d'œuvre, le phare de Cordouan à l'embouchure de la Gironde. Et tout comme Riquet pour le canal du midi, la mort ne lui permit pas d'en voir l'achèvement. Il décède en 1602, deux ans avant la fin des travaux.

Sic transit...

NOUVELLE

Apothéose

À Denis Dupoiron

Dr Jacques POUYMAYOU

Anesthésiste-Réanimateur

IUCT - Oncopole - Toulouse

« Soyez toujours bons avec ceux que vous dépassez en montant, vous êtes sûr de les retrouver quand vous redescendrez ».

Oscar Wilde

Constantin était arrivé au moment d'équilibre de sa carrière où un passé irréprochable allait faire place à un avenir prometteur. Ce cadre dynamique et géographiquement mobile (l'avenir devait confirmer cette assertion) affichait un physique avantageux entretenu par la fréquentation assidue des salles de fitness complétée par le ski l'hiver, le surf l'été et le golf le reste du temps, enveloppe charnelle d'un optimisme à toute épreuve mêlé d'un cynisme discret mais de bon aloi qui se manifestait par une condescendance courtoise envers ses subordonnés et un respect maternel pour ses supérieurs.

Il avait des amis qui n'étaient que des fréquentations, des amours qui se résumaient presque toujours à un contact d'épiderme, au mieux mais très rarement à un bouquet de violettes, et des relations dont l'inanité n'avait d'égal que l'exubérance.

La veille de son accouchement, sa mère avait été prise d'une subite et forte envie d'écrevisses, qui devait influencer notablement sur le nombre et la brièveté ses succès féminins.

Il tenait ce prénom peu usité, non d'ancêtres grecs comme on aurait pu le penser, mais d'un amour

immodéré de son père pour les charentaises, magnifiées par un chanteur de variétés des années 1960 : Jean Constantin.

Ce prénom lui avait d'abord valu les sarcasmes ironiques de ses condisciples de l'enseignement secondaire qui ne manquaient jamais de lui chanter « Constantin, avait le bras si long... ».

En revanche, dès l'adolescence, les filles s'étaient montrées fascinées par l'originalité du prénom, ce dont il avait su largement profiter ; et ses condisciples d'en rajouter en reprenant la chanson.

« Le présent est cette portion d'éternité qui sépare la déception de l'espoir ».

Cela avait commencé par un simple mal de dos, étiqueté « tour de reins » après une partie de golf. Traitée d'abord par le mépris, cette gêne avait progressivement grandi, douleur pour vieillir, au bout de quelques semaines, supplice. Rien n'y avait fait, ni le repos, ni les massages, encore moins les médicaments, d'abord achetés directement chez le pharmacien (à l'ère d'internet, il n'est pas besoin de consulter un médecin pour prendre du Paracétamol ou de l'Ibuprofène) et moins encore l'Ibuprofène et le Paracétamol prescrit par le médecin.

Devant la persistance de cette douleur, de plus en plus vivace, de plus en plus prégnante, l'homme de l'art se résolut à demander une imagerie de la zone en cause.

La radiographie simple ne révéla rien mais le scanner conduisit Constantin directement chez le spécialiste.

Ce dernier, oncologue réputé sur la place, n'y alla pas par quatre chemins : « Vous avez très certainement une tumeur du rein, à voir votre TDM. On va confirmer le

diagnostic avec une ponction biopsie et votre dossier sera discuté en RCP. On vous proposera alors la stratégie thérapeutique la plus adaptée en fonction du type histologique et du bilan d'extension. Demain mon collègue radiologue vous fera une biopsie sous scanner et dans la semaine vous aurez le TEP Scan. Pour évaluer l'éventuelle dissémination. Je vous revoie dès que ces bilans sont faits. »

Constantin en ressortit plutôt incertain. Il n'avait pas tout compris mais un mot courait dans sa tête « Tumeur ». Pourquoi lui, qui était si sportif, qui faisait attention à son alimentation, ne fumait pas, buvait peu, s'entretenait avec soin, n'avait jamais fait de mal à autrui, donnait à « Médecins du monde », à « Action contre la faim » et à d'autres encore (dont toutefois il ne man-quait pas de déduire les sommes de sa déclaration fiscale). Non, c'était injuste. Mais ce spécialiste s'était trompé. D'ailleurs, n'avait-il pas dit qu'il fallait attendre les résultats des examens avant de conclure. Et puis, un cancer ça ne fait pas mal...

La semaine d'attente fut encore plus douloureuse comme une confirmation de l'assertion précédente pour reconforter Constantin.

Le spécialiste le reçut dix jours plus tard. Il avait la mine grave du procureur annonçant au condamné le rejet de sa grâce : « les prélèvements confirment qu'il s'agit bien d'une tumeur rénale. Heureusement, le TEP Scan ne montre pas de fixation à distance. Donc chirurgie avec néphrectomie élargie et vous êtes guéri. La RCP n'a pas retenu d'indication de chimio. C'est plutôt une bonne nouvelle. »

L'intervention se passa sans problème. Le sondage vésical seul lui causa quelque gêne, tempérée cependant par

l'attention amusée et complice que lui témoignèrent ses visites de tous sexes. Il rentra chez lui rasséréiné et fut tout autant rassuré des visites de contrôle.

Il avait repris ses activités, sur un mode mineur toutefois en ce qui concernait le ski et le surf. Quant au fitness, il avait arrêté.

C'est au scanner du douzième mois qu'il reçut la nouvelle. Il s'en doutait un peu mais préférait attribuer ses douleurs diffuses à sa semaine de ski durant laquelle, il le disait comme pour conjurer le sort, il avait sans doute trop forcé.

« Il y a des images suspectes dans la loge de néphrectomie, mais aussi sur les os et dans le médiastin, on va demander un TEP Scan et on verra ». On vit. Il y en avait partout et la douleur ne faisait qu'empirer malgré l'augmentation des traitements antalgiques dont l'effet s'épuisait rapidement. C'était d'ailleurs cela qui handicapait le plus Constantin. Au point que, ne pouvant plus pratiquer ses loisirs habituels, il s'était mis à lire... Il tomba par hasard sur des publications vantant les techniques de méditation védiques et, pour un homme qui n'avait jamais lu que les magazines de sport et de voitures ou les romans en tête de gondole à France Loisir, il se plongea dans cet univers comme pour oublier sa maladie. Il se mit en relation avec d'autres adeptes et participa, dans la mesure où les traitements lui en laissaient le loisir, à des séminaires et des retraites, devenant un adepte averti du Veda. Pourtant, malgré la méditation, la douleur le taraudait en permanence, jusqu'à rendre ses nuits insupportables. Il était en train de devenir douleur et n'aurait été la méditation, il aurait sans doute commis l'irréparable.

C'est alors qu'on l'adressa à un spécialiste de la douleur.

« Modère tes plaisirs, borne ton espérance, cueille le jour qui fuit sans qu'on y pense et ne compte pas trop sur demain... » Horace.

Le docteur Sidoine Prudon, anesthésiste réanimateur de formation, humaniste désintéressé, se consacrait depuis de longues années aux malades douloureux avec une empathie et une abnégation qui cependant ne lui faisaient jamais oublier un cartésianisme rigoureux peu compatible avec son amour pour Montaigne. Mais il vivait parfaitement ces contradictions.

Son prénom inusité lui venait d'un père franc-comtois admirateur inconditionnel des clarinettes de jazz et d'une mère auvergnate profondément croyante. Ils avaient longtemps bataillé pour trouver un terrain d'entente avant la naissance du bébé et avaient arrêté leur choix sur un compromis suffisamment acceptable tout en conservant une originalité quelque peu baroque.

L'enfant ne s'en était jamais trouvé affecté et son naturel aimable et enjoué avait fait office de cuirasse aux sarcasmes de ses congénères qui s'étaient rapidement épuisés devant son charisme affable et sa courtoisie spontanée.

Ouvert aux autres, il avait un temps hésité sur la meilleure voie avant de renoncer aux vœux monastiques dont il avait longtemps admiré la pureté et la rigueur, pour se vouer à cette sainteté laïque du don pour autrui qu'est la médecine. Dès la fin de ses études, il avait opté pour la spécialisation en Anesthésie réanimation, gage de rigueur intellectuelle et de remise en question permanente, rapidement enrichie par la prise

en charge de la douleur cancéreuse, témoin de sa soif d'utilité.

Il n'était pas pour autant retranché du monde et de ses plaisirs dont il savait jouir non en hédoniste mais en épicurien conscient de la fuite du temps et de l'inconstance du lendemain. Il s'appliquait au « CARPE DIEM » dans toutes les circonstances possibles.

Dès la première rencontre, le courant passa entre les deux hommes et un lien de confiance partagé s'établit rapidement. Au début, les traitements firent des miracles et la douleur tomba à un niveau tout à fait supportable. Pour autant, Constantin n'oublia pas sa maladie et commença à faire un bilan de son existence qui lui semblait (à juste titre) tenir à l'efficacité des molécules de chimiothérapie et à un certain degré de chance, à condition que les dieux veillent bien continuer de lui témoigner leur sympathie.

Hélas, la maladie ne l'avait pas oublié et malgré les efforts des thérapeutes et les progrès de la chimie, la douleur revint, témoin de la progression inexorable du mal.

C'est alors que le Docteur Prudon Sidoine lui proposa la mise en place d'une pompe implantée (avec pile au Lithium, comme les stimulateurs cardiaques) qui déversait les antalgiques directement au contact de la moelle épinière. Constantin réfléchit, surfa sur le *Web*, en parla aux quelques rares connaissances qui le fréquentaient encore (et elles étaient bien peu nombreuses, sa maladie ayant fait le vide autour de lui) et, en désespoir de cause, décida de faire confiance au docteur Prudon avec qui il avait établi des liens un peu au-delà d'une relation médecin/malade.

Il ne fut pas déçu. L'implantation se déroula sans problème et il ressentit le soulagement espéré dès le soir de l'intervention, si bien qu'il put retourner très rapidement à ses chères méditations védiques sans avoir la pensée parasitée par la douleur.

C'est alors qu'il prit pleinement conscience que ses jours étaient désormais comptés et que la fin approchait de manière rapide et irrémédiable. Un instant, il faillit céder au désespoir. Abandonné de ses « amis », oublié par ses « amours », il allait finir seul. Le Véda le sauva de ce bref moment de désespoir, preuve de son humanité profonde. Sa décision était prise. Il irait en Inde, au bord du fleuve sacré dans la citée sainte de Bénarès et avec un peu de chance, il y mourrait et son corps serait brûlé sur le fleuve, ses cendres allant rejoindre la mer.

Ainsi fut-il fait.

Le Docteur Prudon lui donna des adresses pour les remplissages réguliers de pompe (vu son état, il y en aurait peu) l'encouragea et lui souhaita un bon voyage. Leur séparation fût teintée de cette nostalgie qui s'empare de deux êtres conscients de se voir pour la dernière fois qui, se disant au-revoir, entendent adieu.

Le voyage fut fatiguant. L'arrivée à Bénarès difficile. On était en fin d'été. Les choses toutefois s'arrangèrent dès qu'il fit la connaissance de compatriotes qui l'emmenèrent dans leur Ashram pour le présenter au maître, Shri Guru Protagandi. Il les étonna par sa force d'âme (dont il ne se serait jamais cru capable) et même leur gourou en fut admiratif. Cela ne dura pas, hélas, car la maladie l'emporta à peine trente jours après son arrivée. Conformément à son vœu, ils l'installèrent sur le bûcher funéraire, le poussèrent sur le Gange et boutèrent le feu,

le regardant s'éloigner en psalmodiant les incantations idoïnes. L'explosion eut lieu au milieu du fleuve, avec une immense gerbe d'étincelles entourant une colonne de feu certainement pareille à celle qui arrêta les troupes de Pharaon à la poursuite des Hébreux. Le catafalque flottant fut instantanément transformé en énergie et en lumière et les cendres de Constantin volatilisées dans l'atmosphère, voire plus haut.

Le bruit sec parvint quelques secondes plus tard à ses condisciples sans qu'ils aient songé à reprendre leurs incantations tant leur stupéfaction était grande.

C'est leur gourou qui réagit en premier, déclarant de manière péremptoire que le bienheureux Constantin avait, par sa vie et son ascèse, mérité de rejoindre directement le séjour des immortels et que cette gerbe de flammes était le témoin indubitable de son ascension directe au panthéon sur intervention des divinités elles mêmes (il ne sut toutefois pas dire précisément lesquelles, ses relations avec le monde des dieux et des déesses étant encore rudimentaires).

Tous en convinrent, s'en réjouirent et reprirent de plus belle méditation et ascèse dans l'espoir de bénéficier à leur tour de cette grâce. Disons tout de suite qu'ils furent déçus, mais ceci est une autre histoire.

*« À propos de la révolution française, il est beaucoup trop tôt pour se faire une opinion »
Zou-En-Lai.*

La scène fut filmée sur le téléphone portable d'un touriste japonais qui s'empressa de la mettre en ligne. La vidéo, récupérée par U Tube fut tweetée 1.254.384 fois en moins d'une semaine reçut 775.435 j'aime et valut

au voyageur une notoriété mondiale de 6 jours 4 heures et 11 minutes, après quoi il retomba dans l'oubli le plus complet.

Les autres gourous et leurs disciples confirmèrent qu'il s'agissait évidemment d'une intervention divine mais se disputèrent sur la montée directe au ciel de l'âme de Constantin, certains, penchant pour une réincarnation transitoire en Bodhisatva. Ils se disputent encore.

Les autorités indiennes y virent une manœuvre cachée des services secrets pakistanais, mais la crainte de troubles au Cachemire les dissuada de révéler leurs soupçons. De leur côté, les autorités d'Islamabad pensèrent à une provocation de New Dheli, sans toutefois la dénoncer de peur de raviver la tension du sous-continent.

Trois satellites militaires en orbite géostationnaire (officiellement lancés pour surveiller la déforestation du bassin indo-gangétique) enregistrèrent l'explosion et mesurèrent la chaleur, la luminosité et la radio activité qui s'en dégageait.

À Langley, les officiers de la NSA en charge de ce secteur analysèrent les données et en firent un rapport de 28 pages classé top secret, déposé 12 heures plus tard dans le bureau ovale. La réunion extraordinaire de sécurité provoquée par le président décida de l'envoi sur place de trois des meilleurs agents pour tenter de recueillir le maximum d'informations complémentaires. Ces derniers furent, dès leur arrivée à l'aéroport, identifiés et filés par les services secrets indiens qui s'aperçurent rapidement de leur innocuité. L'un d'eux, en effet, ne parlait pas l'Indhu et le second mâchait en permanence du chewing-gum. Le dernier seul passa

inaperçu. Par malchance, il fut victime d'un accident dans le train qu'il avait emprunté pour se rendre à Bénarès sans éveiller l'attention. Hospitalisé pour fracture de jambe, il bénéficia des soins les plus attentifs mais contracta une amibiase sévère qui devait lui valoir son exclusion du service actif.

Lorsque le télex de l'incident arriva au Kremlin, le patron du FSB activa sans tarder ses contacts dans la région avec mission de retrouver les individus qui avaient poussé le bûcher à l'eau et de les ramener sur une base secrète de l'Oural où on pourrait les interroger selon les méthodes éprouvées mises au point par le regretté Félix Djerzinski. Malheureusement, les agents se trompèrent de gourou et faillirent se faire lyncher par la foule au moment où l'ayant embarqué de force dans une voiture, ils blessèrent une vache sacrée en plein milieu du marché. Arrachés de leur véhicule, ils ne durent leur salut qu'à l'intervention musclée de la police locale.

Ils purgèrent ensuite un mois de prison en attendant leur comparution en justice mais leur réseau les fit exfiltrer vers la Sibérie via Oulan Bator. Depuis, personne ne sait ce qu'ils sont devenus. Quant aux chinois, ils décidèrent d'attendre de nouveaux indices. Ils prirent cependant la précaution de dérouter un second satellite sur la zone. Le Mossad commença à préparer des agents en vue d'une mission de renseignement dans la zone. La piscine aurait bien déclenché une action mais on était en période électorale... Les services secrets de sa Gracieuse Majesté ne daignèrent même pas y consacrer une simple réunion d'information. Il faut dire que des liens anciens avec les pays du sous continent leur avaient permis d'obtenir dans les

48 heures l'intégralité des rapports des services secrets indiens et pakistanais transmis par des taupes locales, augmentée des rapports de terrain élaborés par d'honorables correspondants ayant fait souche à Bénarès et dans ses environs.

« Si nous ne considérons pas une chose comme miraculeuse, c'est que nous n'avons pas assez la foi » Saint Augustin.

Les théologiens musulmans, imams, mollah et autres oulémas conclurent à une manifestation de la puissance divine qui avait envoyé l'âme de cet impie directement dans les flammes de l'enfer. Il faut dire que cela pouvait y faire penser.

La nouvelle parvint aux autorités chrétiennes romaines et apostoliques qui, dans leur ensemble considérèrent la nouvelle avec circonspection. Les plus radicaux y virent un miracle.

Le bureau des guérisons inexplicables de Lourdes, après étude préliminaire du dossier (fort maigre au demeurant) se déclara incompétent en l'état pour émettre une quelconque opinion.

Quelques astrophysiciens émirent la possibilité d'une chute de petit astéroïde.

Pour en avoir la certitude, il aurait fallu draguer le fleuve pour en retrouver les éléments, chose irréaliste et impossible à réaliser. L'affaire en resta là et les savants retournèrent à leurs observations de Novae et de trous noirs, beaucoup plus fascinantes à leurs yeux.

Les UFOlogues en revanche s'intéressèrent de près au phénomène chacun donnant sa version des faits. Pour une bonne moitié, il s'agissait du retour d'un visiteur

vers sa planète d'origine, le seul problème étant que personne ne parlait de la même ; pour l'autre moitié, c'était au contraire la transformation d'un Xénomorphe en visiteur chargé de nous observer.

Certains évoquèrent, comme d'habitude, un coup des Tralfamadoriens qui avaient soustrait un terrien à la planète par les fissures de l'espace temps et il fallait s'attendre à voir réapparaître le malheureux Constantin sans doute dans le futur (il faudrait être attentif), dans le présent (?) voire dans le passé (ce serait plus difficile de le retrouver) puisqu'il voyageait dans la dimension temporelle.

À ce jour, personne ne l'a revu.

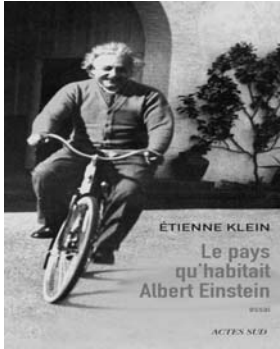
Le Docteur Prudon surfait sur Yahoo lorsqu'il prit connaissance de l'information. Il se mit à rire. Ses collègues, inquiets, l'entendirent s'exclamer :

« Les cons ! Ils ont oublié la pile ».

Et il se remit à rire.

LES LIVRES

Etienne Klein, *Le pays qu'habitait Albert Einstein*, Actes Sud, 256 pages.



Albert Einstein, c'est l'audace intellectuelle alliée à une fraîcheur déconcertante, c'est l'imagination ardente soutenue par une obstination imperturbable. Mais comment approcher une façon de penser et de créer à nulle autre pareille ?

Étienne Klein est parti sur ses traces, il s'est attaché aux époques et aux villes où le destin d'Einstein a basculé : Aarau où, à seize ans, Einstein se demande ce qu'il se passerait s'il chevauchait un rayon de lumière ; Zurich, où il devient ingénieur en 1901 et se passionne pour la physique expérimentale ; Berne où, entre mars et septembre 1905, il publie cinq articles, dont celui sur la relativité restreinte qui révolutionnera les relations de l'espace et du temps, tout en travaillant à l'Office fédéral de la propriété intellectuelle ; Prague où, en 1912, il a l'idée que la lumière est déviée par la gravitation, esquissant ainsi la future théorie de la relativité générale. Puis Bruxelles, Anvers et, enfin, Le Coq-sur-Mer où, en 1933, Einstein se réfugie quelques mois avant de quitter l'Europe pour les États-Unis. Définitivement.

Albert Einstein (1879-1955), c'est une vie d'exils successifs, arrimée à la physique. C'est un art du questionnement fidèle à l'esprit d'enfance. C'est un mystère qu'Étienne Klein côtoie avec autant d'affection que d'admiration.

Jacques Semelin, *Je veux croire au soleil*, Editions Les Arènes, 270 pages.



La réalité quotidienne d'un non-voyant est un pays étranger. Quel est son rapport au monde ? À la ville et à la nature, à la nécessité de se déplacer, d'utiliser des écrans tactiles, de traverser les rues, de reconnaître les gens ?

Invité à donner des cours au Québec, l'historien Jacques Semelin nous propose un récit de voyage d'un genre nouveau. À la fois le sien, dans une ville dont il découvre tout, et le nôtre, dans la tête et le corps d'un non-voyant. Son écriture émouvante et souvent drôle entraîne le lecteur dans ce que Borges appelait une expérience sensuelle et esthétique.

Chaque sens (ouïe, odorat, toucher) est sollicité, de même que l'imaginaire pour inventer le réel. Quand on ne voit plus le soleil, il s'agit de croire qu'il existe, et de s'en remettre à la confiance vitale.

Un récit unique et universel.

Karine Tuil, *L'insouciance*, Editions Gallimard, 528 pages.



De retour d'Afghanistan où il a perdu plusieurs de ses hommes, le lieutenant Romain Roller est dévasté. Au cours du séjour de décompression organisé par l'armée à Chypre, il a une liaison avec la jeune journaliste et écrivain Marion Decker. Dès le lendemain, il apprend qu'elle est mariée à François Vély, un charismatique entrepreneur franco-américain, fils d'un ancien ministre et résistant juif. En France, Marion et Romain se revoient et vivent en secret une grande passion amoureuse. Mais François est accusé de racisme après avoir posé pour un magazine, assis sur une œuvre d'art représentant une femme noire. À la veille d'une importante fusion avec une société américaine, son empire est menacé. Un ami d'enfance de Romain, Osman Diboula, fils d'immigrés ivoiriens devenu, au lendemain des émeutes de 2005, une personnalité politique montante, prend alors publiquement la défense de l'homme d'affaires, entraînant malgré lui tous les protagonistes dans une épopée puissante qui révèle la violence du monde.

Elena Ferrante, *L'amie prodigieuse*, Collection Gallimard, traduction de l'italien par Elsa Damien, 448 pages.

Elena Ferrante
L'amie prodigieuse



« Je ne suis pas nostalgique de notre enfance : elle était pleine de violence. C'était la vie, un point c'est tout : et nous grandissions avec l'obligation de la rendre difficile aux autres avant que les autres ne nous la rendent difficile ».

Elena et Lila vivent dans un quartier pauvre de Naples à la fin des années cinquante. Bien qu'elles soient douées pour les études, ce n'est pas la voie qui leur est promise. Lila abandonne l'école pour travailler dans l'échoppe de cordonnier de son père. Elena, soutenue par son institutrice, ira au collège puis au lycée. Les chemins des deux amies se croisent et s'éloignent, avec pour toile de fond une Naples sombre, en ébullition.

Formidable voyage dans l'Italie du boom économique, L'amie prodigieuse est le portrait de deux héroïnes inoubliables qu'Elena Ferrante traque avec passion et tendresse.

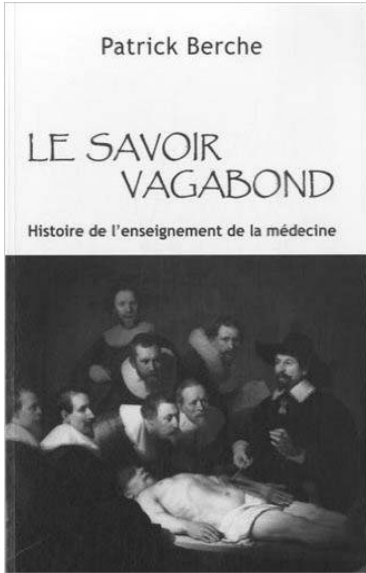
Bernard Guiraud-Chaumeil, *Ils ont inventé la médecine*, Editions Michel Lafon, 333 pages.



Cet ouvrage est d'abord un livre d'aventures, vécues par la plupart de ceux qui ont et les moyens de le soigner. Pour imposer leurs découvertes, ils ont parfois dangereusement bravé les *a priori* de l'Église, l'entêtement des anciens maîtres et la jalousie des confrères. Vous retrouverez ici les plus illustres, comme Harvey, Laennec, Pasteur ou les Curie, mais aussi des chercheurs moins célèbres, tels le docteur Jenner trouvant le vaccin de la variole en regardant la main des vachers, le physicien Röntgen découvrant les rayons X grâce à sa passion pour la photographie, et bien d'autres à qui, après des années de labeur, la chance a souri.

Cependant ces pages savoureuses qui célèbrent le passé interpellent aussi l'avenir. Les examens multipliés comme les interventions performantes ne suffisent pas : le premier remède, c'est la confiance et l'espoir que peuvent inspirer les médecins à leurs patients. Il faut redonner aux praticiens la possibilité d'exercer une médecine sobre et humaine qui permette au malade de participer à sa guérison. Cela impose de transformer les mentalités et l'organisation de notre système de santé. *L'auteur, dans ces pages, nous prouve que c'est possible. Et pour le lecteur, c'est une excellente nouvelle !*

Patrick Berche, *Le savoir vagabond : Histoire de l'enseignement de la médecine*, Editions Docis, 416 pages.



Au début, l'enseignement de l'art de guérir s'est transmis par compagnonnage, sans livres, à la façon dont le centaure Chiron aurait éduqué le demi-dieu Asklépios, par « la parole, le couteau et les herbes ». Les médecins grecs, les Asclépiades, formaient ainsi leurs élèves au chevet des patients. Au IV^e siècle avant notre ère, Hippocrate de Cos débarrasse la médecine de ses oripeaux de religion et de magie, en postulant que les maladies ont des causes naturelles. C'est à cette époque que les premières écoles de médecine apparaissent sur le pourtour méditerranéen. Dès lors, le savoir médical va vagabonder selon les vicissitudes des temps. On le verra prospérer, puis s'éteindre dans de nombreux foyers

de lumière, à Alexandrie, à Gundishapur, à Bagdad, au Caire, à Kairouan, à Cordoue... En Occident, l'enseignement médical connaît un long sommeil dans le haut Moyen Âge, quand la médecine n'est plus exercée que par les moines bénédictins durant près de sept siècles. Revenant en Occident, à Salerne, le savoir médical connaît un renouveau lors de la création des universités, à partir du XIII^e siècle, à Bologne, Montpellier, Paris et Padoue. À la Renaissance, on remet en cause le savoir antique et une profonde révolution culturelle métamorphose la médecine. On explore le corps humain et on se met à quantifier les phénomènes vitaux en mesurant le pouls et la température corporelle... Harvey découvre la circulation sanguine. C'est la naissance de la médecine moderne qui bouleversera l'enseignement médical traditionnel. L'enseignement clinique sera mis au pinacle par l'École française au XIX^e siècle, avant de connaître une embellie dans les pays germaniques. Aujourd'hui, le cœur battant de l'enseignement et de la recherche médicale se situe Outre-Atlantique, à Baltimore, Boston, Yale, San Francisco... Jamais la médecine n'a connu plus féconde période.

Ed Yong, *Moi, microbiote, maître du monde*, traduit de l'anglais par Christian Jeanmougin, éditions Dunod, 320 pages.



Les microbes, 30 billions d'amis. Saviez-vous que le corps humain, de même que celui de tous les animaux, compte plus de bactéries, virus et champignons que de cellules propres ? Et que cette cohabitation, non seulement est pacifique mais aussi est nécessaire à notre survie ? Ed Yong raconte dans cet ouvrage l'histoire édifiante de cette découverte et comment elle a complètement bouleversé notre conception du vivant : l'Evolution n'aurait pu être possible sans l'alliance nouée entre les animaux et le monde des microbes.

Laissez-vous guider par Ed Yong à la rencontre de votre faune intérieure : ce livre va changer votre vision du monde !

Philippe Sansonetti, *Vaccins, pourquoi ils sont indispensables*, Odile Jacob, 222 pages.

Philippe
Sansonetti

Vaccins



Près de la moitié des Français sont hésitants devant les vaccins, doutant de leur innocuité ou de leur efficacité. Ce livre nous rappelle le monde d'avant les vaccins, il n'y a pas même un siècle : le coût humain de la diphtérie, de la poliomyélite, de la tuberculose, de la rougeole et de la grippe espagnole. Grâce aux vaccins et aux antibiotiques, l'acceptation passive de ces fléaux épidémiques, qui tuaient 15% des enfants dans leur première année en 1900, a fait place à une protection mondiale contre les principales maladies infectieuses. Mais cette protection globale est menacée par l'actuelle défiance vis-à-vis des vaccins, et par la prolifération de bactéries résistantes aux antibiotiques.

Philippe Sansonetti est professeur à l'Institut Pasteur et au Collège de France. Il est un spécialiste internationalement reconnu des vaccins et des bactéries pathogènes. Dans ce livre, il se fait l'ardent défenseur d'une stratégie de prévention qui a fait ses preuves. Un cri d'alarme puissamment argumenté. Un livre qui conjugue la science, la connaissance et le talent littéraire.

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

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

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

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

Clinique et Développement, Novartis Pharma ; **Bernard Waysenson**, Docteur en Sciences Odontologiques.

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

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

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

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

Numéro 1 :

B.P.C.O.

R. Escamilla, A. Didier, M. Murriss

Médecine et Ethique

E. Attias

Concepts fondamentaux des religions monothéistes

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

Le tenor est en prison

J. Pouymayou

Etat des lieux du cinéma français

S. Mirouze

Numéro 2

Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques

Anaes et Afsaps

La désensibilisation allergénique : intérêt de la voie sublinguale

M. Miguères

Orientations diagnostiques du cancer de la prostate

B. Elman

L'endocardite infectieuse d'origine dentaire

M. Benayoun

Les citrons de Sicile

J. Pouymayou

Laïcité, religions, incroyance : les valeurs

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

La mutation numérique du cinéma

S. Souchu

Numéro 3

Sport et Médecine

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

Le sport est-il dangereux pour la santé ?

D. Rivière

Sport : société et économie

E. Attias

Réflexion sur le sport

E. Attias, R. Toledano-Attias

Milon de Croton

J. Pouymayou

Sculpture

J. Miguères

Cinéma

Une brève présentation de la cinémathèque de Toulouse

G.-C. Rochemont

La Rochelle, pour le seul plaisir du cinéma

S. Mirouze

Pour filmer la boxe, le cinéma prend des gants

S. Souchu

Musique

Le dernier mur du son

S. Krichewsky

Numéro 4

Ronchopathie et apnées du sommeil

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

Procès médicaux en France

L. Vincent

La superstition

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

Les Sybarites

J. Pouymayou

Musique : Mozart

D. Descouens, S. Krichewski

Photo

L. Arlet

Numéro 5

L'obésité

J.P. Louvet, P. Barbe

Poids, troubles du comportement alimentaire et fonction ovarienne

J.P. Louvet, A. Bennet

La gastroplastie

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

Le concept d'alexithymie

M. Tardy, J.Ph. Raynaud

Le dossier médical personnel

V. Laurent

Le corps

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

Le ballet du capitole de Toulouse

Nanette Glushahk, Michel Rahn

Les croissants

J. Pouymayou

Cinéma : le burlesque contemporain des frères Farrelli

S. Souchu

Peinture

H. Obadia

Numéro 6

Nouveautés en cardiologie

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

Le cœur dans tous ses états

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

Dix jours en Octobre

J. Pouymayou

Théâtre et société : de Sophocle à Koltès

Ch. Marc

Toubib Jazz Band

L. Arlet

Hommage : Albert Richter

E. Attias

Numéro 7

Journée Toulousaine d'Allergologie

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

Les Allergènes Recombinants

L. Van Overvelt

Le syndrome obésité-hypoventilation

S. Pontier, F. Fournial, L. Adrover

L'orthèse d'avancée mandibulaire

G. Vincent

Imagerie de l'aorte abdominale

M. Levade, D. Colombier

Les médecins philosophes

E. Attias, H. Labarthe 29

Musique : Le Piano

P. Y. Farrugia

Les Cénobites

J.Pouymayou

Numéro 8

Nouveautés en Oncologie

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

T. Ducloux, R. Despax, J. Mazières 20

Réflexions sur les âges de la vie

P.-H. Tavoillot, G. Pirlot, L. Piétra

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

J. Deschaux

Les athlètes du son

P. Y. Farrugia

Le coureur de Marathon

J. Pouymayou 47Le Festival de Cannes

Le festival de Cannes

E.Attias

Numéro 9

Nouveautés en oncologie

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

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

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

La responsabilité

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

V. Laurent, N. Telmon

Phedou

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

La police scientifique

J.J. Brossard

Musique

L. Morué, D. Mujica , J. Pouymayou 49

Peinture

P. Bellivier

Un personnage du bain turc d'Ingres

P. Léophonte

Numéro 10

La BPCO en 2009

G. Jebrak

La violence

R. Tolédano-Attias, E. Attias

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

Katherine Mansfield

P. Léophonte

La Sultane Créole

J. Pouymayou

Musique : de la violence et autres dissonances

S. Krichewski

L'école du cirque

S. Dutournier

Le cinéma en DVD

S. Mirouze

Numéro 11

Etude sociologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie

S. Schraub

Journée toulousaine d'Allergo-Pneumologie

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

L'Institut Pasteur

S. Mergui

Les rapports humains

R. Tolédano-Attias, E. Attias

Hector Berlioz

M. Penochet

Le français qui sauva Bismarck

J. Pouymayou

Charlie Chaplin

E. Attias

Numéro 12

Sport et maladies graves

D. Rivière

Anévrisme athéromateux de l'aorte abdominale

Ph. Léger, A. Sauguet, Ch. Jordan

Montaigne

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

Peinture : Le Pastel

P. Bellivier

Musique : Carlo Gesualdo

M. Penochet

Le tyran, le savant et la couronne

Curzio Malaparte "une vie de héros"

J. Pouymayou

Chopin et la maladie des passions tristes

P. Léophonte

L'étrange docteur Maï

C. Corman

Numéro 13

Comment mettre en place la VNI dans l'IRC

S. Pontier-Marchandier

L'orthèse d'avancée mandibulaire

R. Cottancin

Aspects atypiques du myocarde en scanner et en IRM

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

La Justice

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

Musique : Robert Schumann

M. Penochet

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

J. Pouymayou

La peste à Venise (1347-1630)

P. Léophonte

Numéro 14

Agriculture et santé durable

Pierre Weil

Allergie au Ficus Benjamina

D. Attias

Voltaire

E. Attias, R. Tolédano-Attias,

Ch. Maubrey, A. Pouymayou

L'affaire Druaux

S. Baleizao, G. Nouvet

Le Collège de France

R. Tolédano-Attias

Buster Keaton

E. Attias

Franz List

M. Penochet

Coq au vin

J. Pouymayou

Le mot de la fin

P. Léophonte

Numéro 15

Vers une reconnaissance de l'allergie

Ch. Martens

La pompe à insuline chez le patient diabétique

C. Vatiér

Crise des transmissions

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

M. Samuelides, G. Pirlot

Les jardins d'Eyrignac

E. Attias

La dague de miséricorde

J. Pouymayou

Une lecture de Frédéric Prokosch

P. Léophonte

Numéro 16

La tuberculose hier et aujourd'hui

J. Le Grusse

Vivre coliqueux à Rome

À partir du journal de voyage de Michel de Montaigne

J. Martínez

Réflexions sur la mort

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

G. Pirlot, D. Le Breton,

Ch. Maubrey-Hebral 1

La voix de la mort

J. Pouymayou

Les gladiateurs et la médecine cannibale

J. Ph. Derenne

Jules Verne

M. Uzan

Laurel et Hardy

E. Attias

Entretien avec Joan Jorda, peintre et sculpteur

P. Léophonte

Numéro 17

La tuberculose pédiatrique

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

M. Antonucci, M. Esmein

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

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

La Castapiane

J. Pouymayou

Harold Lloyd

M. Uzan

L'histoire des castrats et Farinelli

M. Pénochet

Pontormo et le syndrome de Stendhal

P. Léophonte

Numéro 18

La vieillesse

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

Soins palliatifs et fin de vie

E. Attias

Verdi, deux siècles sans une ride

J. Pouymayou

Amadeus, Don Giovanni, Don Giacomo

P. Léophonte

Numéro 19

Syndrome d'apnée du sommeil : étude pluri-disciplinaire

D. Attias, A. Aranda, C. Louvrier,
V. Misrai, J.C. Quintin, V. Gualino

L'art thérapie en soin palliatif

C. Guinet-Duflot

Regards sur l'individualisme contemporain

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

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

J.P. Bounhoure

Les clés de la Bastille

P. Pouymayou

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

P. Léophonte

Numéro 20

Journée toulousaine d'Allergologie

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

J'ai vécu la médecine d'urgence

Ch. Virenque

Deux médecins méridionaux, pionniers de la cardiologie

J.-P. Bounhoure

Socrate

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

L'effet Papillon

J. Pouymayou

Christian de Duve

P. Léophonte

Numéro 22

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

M. Welby-Gieusse

La Liberté

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

Être libre sous le joug...

P. Léophonte

Les poissons rouges et la poudre blanche

J. Pouymayou

Georges Brassens

E. Attias

Numéro 21 : Morceaux choisis 1

David Le Breton

Obsolécence contemporaine du corps :

Visages du vieillir

Que transmettre aujourd'hui ?

Pierre Henri Tavoillot

Philosophie des âges de la vie

Ruth Tolédano-Attias

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

Réflexions sur la violence

Crise ou rupture des transmissions

Socrate : la tâche du philosophe

Elie Attias

La superstition : analyse et dérapages

A la découverte de Voltaire

Réflexions sur la Justice

L'Amitié

Gérard Pirlot

Violence et « biolence » à l'adolescence

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

Laurent Piétra

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

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

Jézabel Martinez

Le regard littéraire sur la vieillesse à la Renaissance

Sophie Fraiberg-Piétra

La responsabilité : approche éthique

Charlotte Hébral

Le chêne et le roseau

Paul Léophonte

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

Amadéus, Don Giovanni, Don Giacomo

Pontormo et le syndrome de Stendhal

Jean Paul Bounhoure

Goya : sa maladie, son œuvre

Sébastien Baleizao et Georges Nouvet

L'affaire Druaux

Serge Krichevsky

De la violence et autres dissonances

Anne et Jacques Pouymayou

Voltaire et Calas

Elie Attias

Charlie Chaplin

Jacques Pouymayou

Les clés de la Bastille

Le coq au vin

Numéro 23 : Morceaux choisis 2

Ruth Tolédano-Attias

Approche philosophique des rapports humains

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

Elie Attias

Individualisme et Solitude

Le procès de Socrate

David Le Breton

Violences et jeunes des quartiers de Grands Ensembles

Du cadavre

Gérard Pirlot

La mort qui ronge inconsciemment dans les manifestations psychiques

Laurent Piétra

D'où vient que la superstition ne meurt point ?

L'individualisme

Charlotte Hebral

La mort dans *Les Fleurs du mal*

Micromégas (1752)

Sophie Fraiberg-Piétra

Légalité et légitimité

Jézabel Martinez

« Vivre coliqueux à Rome ».

A partir du Journal de voyage de Michel de Montaigne

Jean Paul Bounhoure

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

Paul Léophonte

Un personnage du bain turc d'Ingres

Chopin et la maladie des passions tristes

Jacques Pouymayou

Le plus beau tableau du monde

Le coureur de Martahon

Marc Uzan

Lire ou relire Jules Verne aujourd'hui

Jacques Arlet

Poètes toulousains de la Belle Epoque

Numéro 24 :

Jacques Pouymayou

A la poursuite de l'antalgie

Michel Olivier

Douleur et Urgence

Muriel Welby-Gieusse

Chant et reflux

Elie Attias

Comment définir le bonheur ?

Ruth Tolédano-Attias

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

Laurent Piétra

Le bonheur doit-il être achevé ?

Charlotte Hebral

La littérature et le bonheur

Paul Léophonte

Un souvenir de Sviatoslav Richter (1915_1977)

Pierre Carles

Beaux tuberculeux

Elie Attias

Pierre Dac

Numéro 25

Guy Laurent, Gisèle Compaci

L'accompagnement des patients en cancérologie

Jean Paul Bounhoure

Maladie coronaire et sexe féminin

Aristide Querian

Histoire de la chirurgie cardiaque

Elie Attias

Réflexions sur la jalousie

Gérard Pirlot

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

Paul Léophonte

Un génie presque oublié, Laennec

Pierre Carles

Et Zeus nomina les étoiles

Jacques Pouymayou

L'homme qui détourne le fleuve

Apopthèse, A Denis Dupoirron

Correction Sommaire numéro 24

<i>Editorial</i>	5
<i>Jacques Pouymayou</i>	
A la poursuite de l'antalgie, le neuvième paradoxe de Zenon.....	7
<i>Michel Olivier</i>	
Douleur et Urgence	21
<i>Muriel Welby-Gieusse</i>	
Chant et reflux.....	33
<i>Elie Attias</i>	
Comment définir le bonheur ?.....	49
<i>Ruth Tolédano-Attias</i>	
<u>Peut-on rechercher le bonheur à l'heure de l'arbitraire ?</u>	66
<i>Laurent Piétra</i>	
Le bonheur doit-il être achevé ?.....	86
<i>Charlotte Hebral</i>	
La littérature et le bonheur	91
<i>Lettre à Ménécée d'Epicure</i>	102
<i>Paul Léophonte</i>	
Un souvenir de Sviatoslav Richter (1915-1997).....	111
<i>Pierre Carles</i>	
Beaux tuberculeux	129
<i>Elie Attias</i>	
Pierre Dac	141
<i>Les Livres</i>	157
<i>Nous remercions tous les intervenants</i>	169
<i>Sommaire de tous les articles de la revue</i>	173

Achevé d'imprimer

G.N. Impressions - 31340 Villematier

Email : gnimpressions@gmail.com

Dépôt légal : février 2017