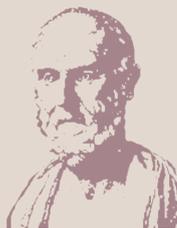


Décembre 2017



Le Rire

P. Léophonte
 J.P. Bounhoure
 C. Décultot
 R. Tolédano-Attias
 D. Le Breton
 Ch. Hebral
 E. Attias
 Ch. Virenque
 P. Carles
 J. Pouymayou



Une brève histoire de tuberculose

Gustave Mahler et histoire des
 endocardites malignes

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>	4
<i>Paul Léophonte</i> Une brève histoire de la tuberculose	7
<i>Jean-Paul Bounhoure</i> La mort de Gustave Mahler.....	55
Bref rappel sur l’historique des endocardites malignes.....	67
<i>Cécile Décultot, Jean-Loup Hermil, Sébastien Baleizao</i> Comment les médecins généralistes appliquent la bienveillance lors des visites à domicile	77
<i>Ruth Tolédano-Attias</i> Rire / Aimer / Joie.....	101
<i>David Le Breton</i> Quand le rire fait police	110
<i>Charlotte Hebral</i> Le rire en littérature.....	124
<i>Elie Attias</i> Le Burlesque	133
<i>Christian Virenque</i> Double anniversaire	169
<i>Pierre Carles</i> Les voyageurs de Jules Verne sont malades	183
<i>Jacques Pouymayou</i> La souris du paradis	201
<i>Les Livres</i>	209
<i>Nous remercions tous les intervenants</i>	219
<i>Sommaire de tous les articles de la revue</i>	223

EDITORIAL

Dr Elie ATTIAS

Le volet médical retrace l'histoire de la tuberculose, largement en déclin, mais qui demeure pérenne dans les pays en développement et dans des poches de misère des pays industrialisés.

On s'intéressera ensuite à l'évolution pathologique de l'endocardite maligne streptococcique dont a été atteint Gustav Mahler qui fut une image prestigieuse de la musique romantique allemande.

Une communication fait référence à une thèse publiée par la faculté de médecine de Rouen ayant pour thème : « *Comment les médecins généralistes appliquent-ils la bienveillance lors des visites à domicile ?* »

Dans *la partie culturelle*, nous nous intéressons au *Rire*, phénomène universel qui ne nécessite pas de raison particulière et qui exprime le plus souvent un sentiment de joie. « Tout le monde rit, écrit le psychanalyste Daniel Sibony¹ ; pourtant, rares sont ceux qui tentent de comprendre comment ça marche. Plus rares encore ceux qui y parviennent » et c'est à juste titre qu'il nous rappelle la formule de Kant sur les trois choses qui atténuent les duretés de la vie :

Page de couverture : Molière en habit de Sganarelle – Gravure (XVII^e siècle) de Simonin. Ph. Coll. Archives Larbor.

¹ Daniel Sibony, *Les Sens du rire et de l'humour*, Editions Odile Jacob.

« l'espoir, le soleil et le rire »². On rit bien sûr quand c'est drôle et parce que c'est drôle, mais le rire n'apparaît pas seulement dans les situations comiques. Il peut aussi se déclencher dans les moments où on aimerait ne pas rire et devenir parfois un instrument de mépris qui vise à « intimider l'autre en l'humiliant », comme le souligne Henri Bergson.

En 2018, on commémore les cent ans de la fin de la première guerre mondiale et le cinquantième anniversaire de la création du SAMU. Comment mettre en relation ces deux événements ? Une *chronique* évoque les maladies qui ont atteint les voyageurs de Jules Verne.

Dans la *nouvelle*, l'auteur part à la recherche des lieux où reposent les corps de Saint-Paul et Saint-Pierre.

Bonne et heureuse année 2018

² Roger-Pol Droit, *Le monde des livres*, 18.03.2010.

Une brève histoire de la Tuberculose

Une maladie banalisée, un fléau pérenne

Pr Paul LEOPHONTE

Pr Honoraire des Universités

Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine

Maladie infectieuse curable, banalisée, la tuberculose ne suscite plus l'effroi justifié qui s'y attachait – *peste blanche* à son acmé au XVIII^e et XIX^e siècle, elle était présente dans presque toutes les familles, tuait un être humain sur quatre en Europe et, au début du XX^e siècle avant l'hécatombe de la première guerre mondiale, emportait un homme sur deux âgé de 20 à 30 ans. Largement en déclin, la maladie demeure pérenne, loin d'une éradication dans les pays en développement et dans des poches de misère des pays industrialisés.

L'histoire de la tuberculose proprement dite commence dans le premier quart du XIX^e siècle avec l'individualisation, lors d'autopsies, sur des poumons de patients décédés de *phthisie*, d'une lésion spécifique qui confère à la maladie son unicité, le tubercule. D'où le nom qui lui sera donné quelques années plus tard. De tropisme principalement pulmonaire mais pouvant atteindre toutes les structures de l'organisme, son cadre nosologique définitif sera établi en même temps étiologie par la découverte à la fin du XIX^e siècle de l'agent microbien responsable.

La maladie préexistait de fait depuis l'aube de l'humanité. On la désigna à partir de l'Antiquité sous le nom de *phthisie*, une entité clinique composite englobant certaines formes de tuberculose (sans toutes les inclure)

et diverses maladies pulmonaires dont le démembrement ne se fera qu'à partir de la description du tubercule.

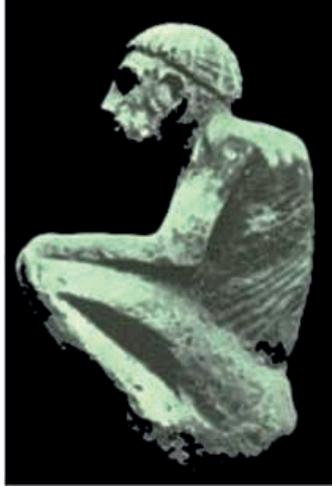
L'histoire de la tuberculose doit être considérée sous un double éclairage, *événementiel* et *sociologique* ; autrement dit, les avancées dans sa connaissance (ou les errements éventuels) au fil du temps, de pair avec les personnages successifs qui contribuèrent à son diagnostic et son traitement, et la mise en perspective du fléau à l'échelle des sociétés.

Regard événementiel

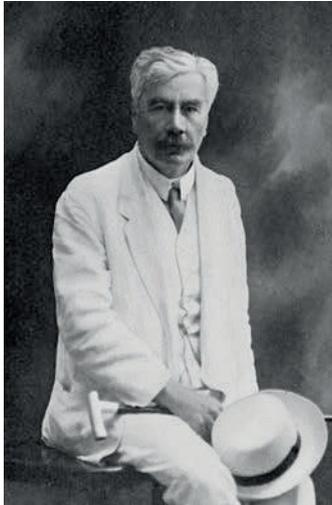
1 - La préhistoire

Les données dont on dispose reposent sur les observations de la paléopathologie et de la paléogénétique.

On a d'abord pensé que les premiers cas de tuberculose humaine remontaient au néolithique. Un diagnostic ostéo-archéologique fut porté sur un rachis d'environ 5000 ans avant notre ère, exhumé à Heidelberg ; il présentait les déformations caractéristiques de la tuberculose ostéo-vertébrale, le mal de Pott.



**Figurine d'argile (Assouan)
Ere prédynastique (Musée du Caire)**



Marc-Armand Ruffer (1859-1917)



**Nesperenhep, prêtre d'Amon
(Mal de Pott) (1000 av.JC)**

Une figurine d'argile de l'ère prédynastique en Egypte (transition entre le néolithique et les premières dynasties pharaoniques) objective la cyphose angulaire caractéristique de la tuberculose ostéo-vertébrale. Marc-Armand Ruffer, un des fondateurs de la paléo-pathologie, autopsiant la momie de Nesperenhep, prêtre d'Amon vivant en 1000 avant notre ère découvrit, s'ajoutant aux déformations spécifiques du mal de Pott, la poche de l'abcès tuberculeux en déclive le long du muscle adjacent (le psoas) caractéristique de l'évolution de la tuberculose ostéo-vertébrale. De nombreuses momies d'Egypte et de Nubie portent des stigmates comparables ; ainsi a-t-on pu établir qu'Akhénaton et sa femme Néfertiti étaient morts de tuberculose (1300 avant notre ère).

Il était tentant à partir de ces observations de relier les origines de la tuberculose humaine à la révolution néolithique, c'est-à-dire à la constitution des premières

communautés pratiquant l'agriculture et l'élevage (10000 ans avant notre ère). Les contacts étroits avec les animaux favorisant les échanges de germes microbiens, la transmission se serait faite à partir des bovins ou des caprins domestiqués. On a ainsi longtemps pensé que *Mycobacterium bovis*, agent de la tuberculose bovine, initialement peu pathogène pour l'homme, aurait pu acquérir par mutation la virulence de *Mycobacterium tuberculosis*, l'agent de la tuberculose humaine.

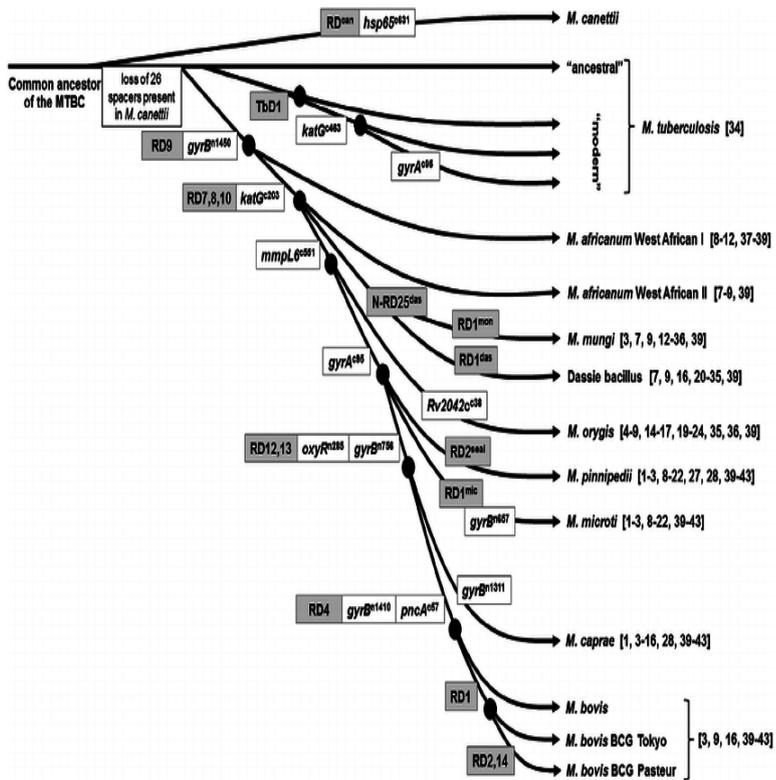
Cette hypothèse est aujourd'hui rejetée. L'utilisation d'une technique de biologie moléculaire, la PCR (*Polymerase Chain Reaction*) sur des restes humains du néolithique a permis de détecter *Mycobacterium tuberculosis* et non *Mycobacterium bovis* qui serait d'apparition postérieure.

En 2007, une équipe internationale a mis en évidence de petites lésions osseuses évocatrices de leptoméningite tuberculeuse sur un crâne d'*Homo erectus* découvert dans l'ouest de la Turquie, vieux de 500000 ans.



Lésions (1 à 2 mm) près de l'orbite gauche spécifiques de *Leptomeningitis tuberculosis* (John Kappelman et collaborateurs – *American Journal of Physical Anthropology* (2007)

On a d'autre part identifié un précurseur de *Mycobacterium tuberculosis* vieux de près de 3 millions d'années. A partir de cette mycobactérie archaïque, *Mycobacterium prototuberculosis*, se seraient diversifiées les différentes mycobactéries. Une sorte d'arbre généalogique (cladogramme) a pu être dressé. On considère désormais que la tuberculose est apparue en même temps que les premiers hominidés.



**Phylogénie de l'agent microbien de la tuberculose
(le complexe *Mycobacterium tuberculosis*)
R. Brosch et collaborateurs (2002)**

2 - La protohistoire - La phthisie

Avant Hippocrate

*L'histoire commence à Sumer, professait le grand assyriologue Samuel Kramer. Le plus vieux manuel de médecine connu, rédigé en écriture cunéiforme par un médecin sumérien du III^{ème} millénaire avant JC, mentionne une douzaine de remèdes sans définir leur usage. Dans des textes babyloniens postérieurs on retrouve une énumération de symptômes compatibles avec la tuberculose : *Le malade tousse fréquemment. Ses crachats sont épais et contiennent parfois du sang. Sa respiration fait un bruit de flûte. Son corps est froid, mais ses pieds sont chauds. Il transpire beaucoup et son cœur est très rapide. Quand le mal est très grave, ses intestins se relâchent souvent...**

On trouve une allusion à la consommation dans le papyrus Ebers de l'Égypte pharaonique. Dans la Bible, les châtiments du Tout-Puissant comportent *la consommation, la fièvre ardente et desséchante...*

Les textes anciens de l'Orient asiatique sont plus explicites. La tuberculose était répandue dans l'Inde ancienne qu'une médecine théurgique soignait par des formules magiques et par l'incantation. La médecine védique (X^e siècle avant notre ère) – *véda* signifie la connaissance – fait une place importante à la *rajayakshma* (maladie royale) encore appelée *sosha* ou *kskaya* dont les symptômes font penser à la tuberculose : toux, fièvre, amaigrissement, diarrhée. Des symptômes du même type sont mentionnés dans le plus ancien ouvrage de médecine traditionnelle chinoise, le *Nei-Jing* (vers 2700 avant JC), attribué au légendaire empereur Jaune. La médecine chinoise aura plus tard un rôle précurseur

capital, négligé en occident, dans la connaissance de la maladie, sous la dynastie Han (206 avant à 220 après JC) avec Tchang Tchonh-king surnommé le sage de la médecine ou l'Hippocrate chinois (il pressent les rapports entre tuberculose ganglionnaire et pulmonaire) puis avec Hua T'o qui a la prémonition de la transmissibilité de la maladie.

Des momies de la région de Sonoma (dans l'actuelle Californie) (datant du V^e au II^e siècle avant notre ère) témoignent que la tuberculose sévissait dans l'Amérique précolombienne. Elle était connue chez les Incas sous le nom de *maladie du dessèchement*.

Le Corpus hippocratique

La phtisie à proprement parler a été individualisée en Grèce vers le V^e siècle avant notre ère par Hippocrate (460/370 avant JC) (ou plus exactement par les auteurs anonymes du Corpus hippocratique dont la rédaction s'est étalée sur presque un siècle).

Le substantif *phtisie* avait à l'origine un sens large désignant toutes sortes d'extinctions. Ainsi du coucher du soleil ou des cycles de la lune. Dans le Corpus hippocratique le mot prend le sens plus restreint de dépérissement progressif, de consommation pulmonaire. La phtisie est décrite sous plusieurs formes symptomatiques et évolutives. Hippocrate en distingue quatre dont trois intéressent les poumons. La forme principale est caractérisée par une accumulation dans les poumons de deux des quatre humeurs que distinguait Hippocrate, le phlegme (ou pituite) et la bile. Collectées, elles se corrompent pour former des amas de pus, puis après l'évacuation de celui-ci des cavités ; celles-ci peuvent être soit asséchées (après guérison) soit continuer à

suppurer (l'issue fatale s'annonçant par le dessèchement du corps et la diarrhée). Parmi les symptômes les plus caractéristiques sont mentionnés : l'amaigrissement, les crachats purulents et de sang (les hémoptysies), la fièvre discrète, l'incurvation des ongles (devenue dans notre séméiologie l'hippocratisme digital), la diarrhée terminale (*La diarrhée attaquant un phtisique est un symptôme mortel*, pronostiquait Hippocrate qui a eu la prémonition de la tuberculose intestinale, souvent en phase terminale de la maladie).

Le cadre clinique ainsi défini est à la fois trop vaste et trop étroit, englobant des affections suppurantes chroniques et cavitaires non tuberculeuses (abcès, cancers, dilatations des bronches, collections suppurées de la plèvre fistulisées ouvertes dans les bronches...) sans prendre en compte les tuberculoses aiguës miliaires ou pneumoniques, certaines formes chroniques et les atteintes extra-pulmonaires.

Les médecins hippocratiques ne croyaient pas à la contagion. Pour expliquer le caractère épidémique de la phtisie ils évoquaient le rôle de facteurs climatiques. Le fait que soumis aux mêmes phénomènes certains étaient épargnés s'expliquait par une prédisposition particulière (préfigurant ce qu'on désignera plus tard comme *le terrain*) et par l'hérédité (*le phtisique naît du phtisique*, professaient-ils). Hippocrate décrit un *habitus phtisicus* : *la phtisie frappe les hommes glabres, blanchâtres et blafards, aux taches de rougeur, au teint roux, aux chairs molles et boursouflées, aux omoplates en forme d'ailerons* - description pertinente qui illustre la justesse du regard clinique mais qui prend pour sa cause la conséquence de la maladie. Longtemps on continuera

de penser que l'hémoptysie est une cause de la maladie plutôt qu'une complication.

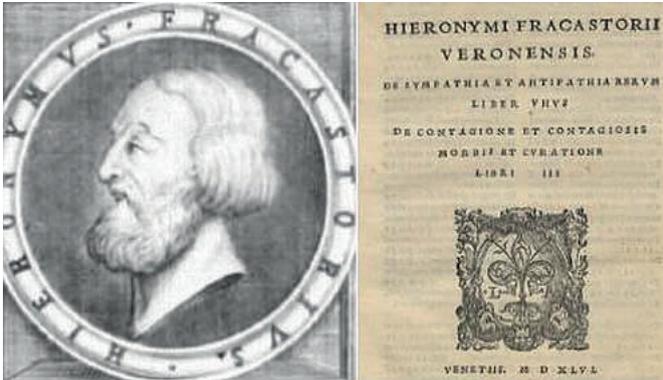
Si les médecins hippocratiques ne croyaient pas à la contagiosité, certains esprits du temps l'évoquent avec bon sens. Isocrate, rhétoricien contemporain de Platon, fait dire à un jeune homme dont le père vient de mourir de tuberculose : *Mes amis m'engageaient à me garantir moi-même en me disant que la plupart de ceux qui avaient soigné cette maladie en étaient devenus les victimes.* Aristote croyait à la transmissibilité par l'haleine.

Du V^e siècle avant notre ère au XIX^e siècle

La description clinique de la phtisie pulmonaire ne subira guère de modifications notables jusqu'au début du XIX^e siècle.

Les médecins romains feront écho à Hippocrate. Arétée de Cappadoce (I^{er} siècle) en qui Charles Coury, auteur d'une remarquable histoire de la tuberculose, voit *le premier pneumo-ptisiologue digne de ce nom*, donne une description clinique rigoureuse de la phtisie et recommande les voyages en montagne et en mer, un régime riche et l'ingestion de lait (des siècles plus tard ces recommandations seront à la base du traitement sanatorial). Galien (II^e siècle) définit la phtisie comme *une ulcération du poumon ou de la poitrine amenant la toux et des fièvres légères avec la consommation du corps* – une description qui sera reprise par divers compilateurs au fil du temps sans apporter d'éclairage nouveau, tels Avicenne (980-1037), figure emblématique de la médecine arabe ou, au Moyen-âge occidental, Arnaud de Villeneuve (1240-1311).

A la Renaissance, Girolami Fracastoro (francisé en Fracastor) (1478-1553) médecin humaniste, poète, esprit génial, publie à Venise en 1546 *De contagione et de contagiosis morbis*.



Il postule que la phtisie se transmet par contamination directe inter-humaine et fait une place à la contagion indirecte (les vêtements, la literie servant de véhicule à des germes infectants présumés, les *seminaria prima*). Ses conceptions vont se répandre en Europe méridionale. Elles auront pour conséquence une forme d'ostracisme visant les poitrinaires en Italie puis en Espagne. En 1621, un arrêté municipal de Padoue interdit la vente d'objets ou de linge ayant appartenu à des tuberculeux ; un édit de la république de Lucques en 1699 exige la déclaration obligatoire des tuberculeux et préconise d'incinérer les objets, vêtements et linges des tuberculeux afin de prévenir la contagion ; en 1737 la municipalité de la ville impose le regroupement des tuberculeux dans un local spécial, leur interdisant l'accès à l'hôpital général. Des mesures comparables vont s'étendre à Florence, Venise, Rome, Naples et à

certaines villes d'Espagne, en opposition avec la doxa de la non contagiosité qui continuera longtemps de prévaloir en Europe septentrionale.

Au Siècle des Lumières, trois personnalités émergent : Morgagni (1682-1771), Desault (1675-1737), et Auenbrugger (1722-1809).

Giovanni Battista Morgagni, médecin de Padoue, professe que l'examen anatomique *post-mortem* doit être corrélé aux données recueillies à l'examen clinique du patient de son vivant. Son ouvrage, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, publié à Venise en 1761, fonde la méthode anatomo-clinique qui se révélera riche d'enseignements pour l'individualisation de la tuberculose à l'orée du XIX^e siècle.

Pierre Desault, médecin bordelais, auteur d'un ouvrage sur les maladies vénériennes (avec un addendum sur la phtisie) avance qu'il existe une seule espèce de phtisie, la phtisie tuberculeuse à laquelle il rattache les écrouelles, ces cicatrices disgracieuses que laissent les ganglions tuberculeux (adénites ou scrofules) après s'être fistulisés (ouverts) à la peau. Il écrivait en 1733 : *Les causes de la phtisie et des écrouelles ont une parfaite ressemblance, soit dans leur naissance, soit dans leur progrès, de manière qu'on peut appeler la phtisie l'écrouelle du poumon (...)* Cette observation fait sentir que ces deux maladies ne diffèrent qu'à raison des diverses parties qu'elles occupent. On rappellera par parenthèse que le traitement miraculeux des adénites tuberculeuses comptait parmi les attributions des rois de France et d'Angleterre. Le cérémonial du *toucher du roi* a été maintes fois décrit : après que le souverain eut communiqué il traçait à main nue le signe de la croix sur les malades qui lui étaient présentés et

prononçait la formule sacrée : *Le Roy te touche et Dieu te guérit*. Chaque malade recevait une pièce de monnaie dite *pièce de touche*. La coutume se perpétua en France jusqu'à Charles X qui *toucha* 130 scrofuleux le 31 mai 1825. Les septenaires, 7^{ème} fils d'une même famille (d'une fratrie exclusive de garçons) partageaient ce pouvoir de thaumaturge avec le roi. Dans certaines régions le don était dévolu à l'aînée de sept filles, sans frère intermédiaire.

Léopold Auenbrugger, médecin viennois, apporte une contribution décisive à l'examen clinique du malade par la percussion du thorax. Fils d'aubergiste, il avait vu son père apprécier le remplissage des tonneaux de vin en tapotant des doigts à leur surface, le poignet en battant de cloche. L'application de cette technique à la paroi thoracique lui permet d'établir selon les différences auditives les valeurs séméiologiques respectives de la sonorité et de la matité (c'est-à-dire d'un son dépourvu de résonance, comme c'est le cas au cours de la pneumonie ou de la pleurésie). Adoptant la méthode anatomo-clinique de Morgagni, Auenbrugger fait la synthèse de ses observations dans un opuscule d'une centaine de pages, *Inventum novum ex percussione thoracis humani* qui n'attire guère l'attention de ses contemporains. Jean-Noël Corvisart (1755-1821) grand clinicien et médecin personnel de Napoléon 1^{er} sort l'ouvrage de l'oubli en le traduisant trois décennies plus tard ; il met en pratique la percussion et l'enseigne à ses élèves. L'un d'eux va bouleverser les connaissances sur la phtisie, et plus généralement, sur les maladies broncho-pulmonaires, René-Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826).

3 - L'Histoire - De la phtisie à la tuberculose Laennec et ses précurseurs

Avec Laennec commence l'histoire de la tuberculose proprement dite et, peut-on dire, de la pneumologie.

Outre son maître Corvisart, Laennec eut deux prédécesseurs décisifs dans sa formation : Marie François Xavier Bichat (1771-1802) et Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816) dont l'oeuvre qu'il parachèvera après sa mort sera le tremplin de ses découvertes sur la phtisie.

La grande école médicale française est sortie du tablier de Bichat, disait Flaubert. La formule résume l'apport de ce génie fulgurant, Mozart de la médecine, fauché à trente ans par une méningite tuberculeuse. Dans son *Traité d'anatomie descriptive*, il écrit : *Disséquer en anatomie, faire des expériences en physiologie, suivre les malades et ouvrir des cadavres en médecine, c'est là une triple voie, hors laquelle il ne peut y avoir d'anatomiste, de physiologiste ni de médecin*. Empruntant les trois voies avec une égale maîtrise, Bichat pratique la méthode anatomo-clinique (il réalisa plus de 600 autopsies), introduit le concept anatomo-fonctionnel de système tissulaire et soigne des patients à l'Hôtel-Dieu. Laennec et plus tard Claude Bernard, l'un empruntant la voie anatomo-clinique, l'autre la voie de la physiologie expérimentale seront ses deux plus prestigieux héritiers.

Gaspard Laurent Bayle, aîné et ami de Laennec, pratique de concert avec son cadet de sept ans nombre d'autopsies. En 1810 il fait paraître un ouvrage exposant ses *Recherches sur la phtisie pulmonaire*. Il décrit le tubercule (du latin *tuberculum*, petite bosse) et affirme que la lésion préexiste aux symptômes : *la*

phtisie est cette lésion même (...) La phtisie tuberculeuse est une maladie chronique d'une nature spéciale (...) on ne doit pas la regarder comme le résultat d'une inflammation quelconque. Mais il dénombre encore six espèces de phtisie (on en comptait jusqu'alors quatorze) : tuberculeuse, glandulaire, ulcéreuse, calculeuse, cancéreuse, avec mélanose.

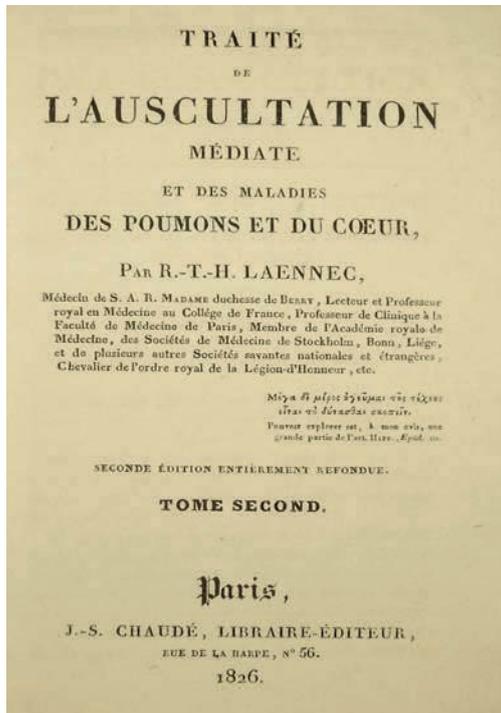
Laennec fait partie de ces maîtres de la médecine qui furent grands praticiens humanistes, chercheurs et découvreurs. Breton, catholique puritain affilié à la Congrégation, il composait des vers latins et publia un poème épique sur la guerre des Vénètes (durant la guerre des Gaules). Il est passé à la postérité par l'invention du stéthoscope (non de l'auscultation proprement dite qu'Hippocrate pratiquait déjà) et surtout par son *Traité de l'auscultation médiate*, publié en 1819, enrichi et réédité en 1826, l'année de sa mort, à 42 ans, miné par la maladie qu'il venait magistralement de décrire.



RTH. Laennec (1781-1826)



Stéthoscope de Laennec
Stéthos : poitrine ; Skopein : observer



Poursuivant les travaux de Bayle, il confirme l'unicité des lésions de la phtisie. *Les progrès de l'anatomie pathologique*, écrit-il, *ont démontré jusqu'à l'évidence que la phtisie pulmonaire est due au développement dans le poumon d'une espèce particulière de production accidentelle à laquelle les anatomistes modernes ont appliqué spécialement le nom de tubercule, donné autrefois en général à toute espèce de tumeur ou de protubérance contre nature.* Il distingue les *corps isolés* (nodules) et les *infiltrations*, et précise la chronologie des lésions et les symptômes : *Quelle que soit la forme sous laquelle se développe la matière tuberculeuse, elle présente 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* (on parlera plus tard de *caseum* – le fromage en latin) ; *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'excavations tuberculeuses.*

Laennec fixe dans le même ouvrage la nosologie d'un ensemble d'affections distinctes de la phtisie : asthme, emphysème, dilatation des bronches, cancers broncho-pulmonaires...

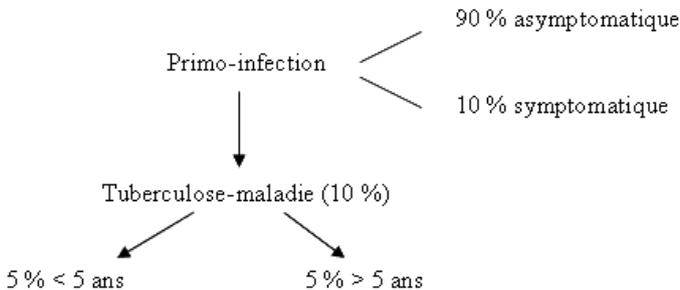
Individualisation des tuberculoses extra-pulmonaires

La mise en évidence des lésions spécifiques décrites par Laennec dans d'autres organes que le poumon va établir que la tuberculose (ainsi dénommée à partir de 1834 sur proposition de l'allemand Johann Lukas Schönlein) peut atteindre n'importe quelle structure de l'organisme,

isolément ou en association avec une localisation pulmonaire.

C'est ainsi que Jacques-Mathieu Delpech (1777-1832) rattache à la phtisie l'atteinte ostéo-vertébrale que Percival Pott (1714-1788) avait décrite en 1779 (sans toutefois faire le lien avec la tuberculose) : *un état morbifique des ligaments et des os précédant l'incurvation rachidienne caractéristique*. Delpech écrit en 1828 : *Nous nous croyons mieux fondé que jamais, par des faits démonstratifs, à soutenir que les tubercules sont la cause exclusive des difformités de l'épine, symptomatiques de ce qu'on appelle mal vertébral de Pott*. Il décrira à la suite les autres ostéo-arthrites tuberculeuses appelées tumeurs blanches. Pierre Rayer (1793-1867) individualise en 1832 la tuberculose rénale ; l'histologiste allemand Carl Friedlaender (1847-1887) rattache à la tuberculose des lésions cutanées de lupus ; Emile Isambert (1827-1876) donne son nom aux différentes formes de la phtisie pharyngo-laryngée qu'il décrit entre 1871 et 1875. La liste est longue, qu'on ne saurait énumérer, de tous ceux qui vont contribuer au long du XIX^e siècle à l'individualisation des formes anatomo-cliniques extra-pulmonaires de la tuberculose. Parmi ceux qui ont apporté une contribution aux formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (la plupart appartenant à l'école française), on citera Jules Parrot (1829-1883) pédiatre qui individualise le complexe primaire de primo-infection ; Georges Empis (1824-1913) qui décrit la forme aiguë granulique ; Louis Landouzy (1845-1917) qui distingue de la typhoïde la typho-bacillose et différencie la pleurésie tuberculeuse de la pleurésie *a frigore*.

L'allemand Karl Ernst Ranke (1870-1926) énonce en 1912 par analogie avec la syphilis (primaire, secondaire et tertiaire) une théorie cyclique de la tuberculose en trois stades successifs débutant par un complexe primaire (chancre et ganglion satellite). On ne retient aujourd'hui que deux stades dans l'histoire naturelle de la maladie : la tuberculose initiale ou primo-infection (dans la plupart des cas asymptomatique et qui le restera) et la tuberculose-maladie.



L'unicité de la maladie remise en cause

La conception uniciste de la phtisie selon Laennec ne s'est pas imposée d'emblée, elle fut combattue en particulier par son contemporain François Broussais (1772-1838) opposé en théoricien plus qu'en praticien. Colosse rugueux, médecin militaire des armées napoléoniennes devenu professeur au Val-de-Grâce, son insolence, sa brutalité verbale lui valurent le surnom de *Mirabeau de la médecine*. Il réduit la pathologie pour l'essentiel à l'inflammation et la thérapeutique à la saignée, aux sangsues et à la diète. Les critiques virulentes qu'il porte contre les travaux de Laennec qu'il traite de

cadavérique investigateur vont un temps entraver la diffusion en France de l'enseignement (qui a tôt rayonné à l'étranger) de l'auteur du *Traité de l'auscultation médiate*.

Plus tard les critiques viennent de l'école anatomopathologique allemande illustrée par Reinhardt et surtout Rudolf Virchow (1821-1902) qui revient à une conception dualiste. Virchow distingue les formes lymphatiques, les seules qui seraient véritablement tuberculeuses, et les formes inflammatoires dépourvues de toute spécificité anatomique ou étiologique, soit un retour aux théories de Broussais. Reformulée en clinique la conception dualiste inspirera en 1866 à Félix von Niemeyer, interniste prussien, cette formule sur les brisées de monsieur Prudhomme (ou du sapeur Camember) : *Le plus grand danger qui menace un phtisique est de devenir tuberculeux*.

Etablissement définitif de l'unicité de la maladie

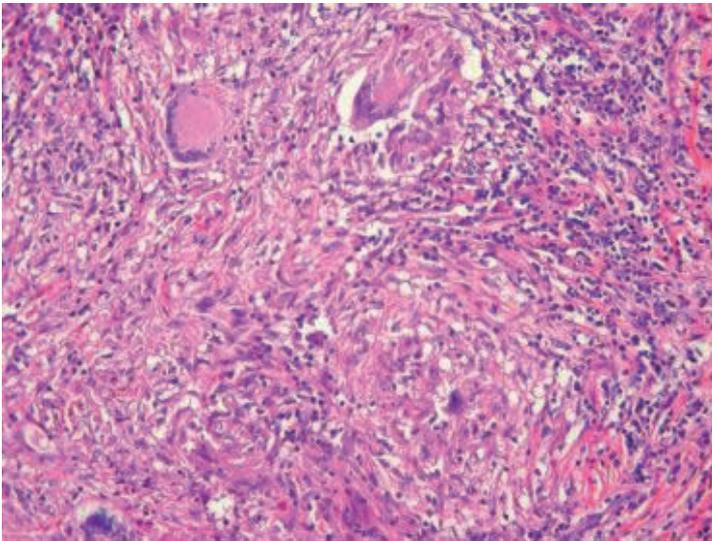
La conception uniciste va être définitivement établie avec la démonstration de la transmissibilité de la maladie, sa description histo-pathologique spécifique et la découverte de l'agent microbien responsable.

La thèse qui prévalait au début du XIX^e siècle, en France en particulier, était l'hérédité de la phtisie. *Si la question de la contagion peut être regardée comme fort douteuse relative aux tubercules, il n'en est pas de même de la prédisposition héréditaire*, soutenait Laennec qui, moins clairvoyant à cet égard, évoque une prédisposition physique et psychologique. A l'opposé, depuis la thèse de Fracastor, l'hypothèse de la contagiosité de la tuberculose avait fait son chemin en Europe méridionale, ce qui ne manquait pas d'avoir des

conséquences incompréhensibles pour les européens du nord qui y séjournèrent. Chateaubriand ayant accompagné sa maîtresse Pauline de Beaumont dans ses derniers moments écrit : *Comme par une loi du temps des Goths l'éthisie (autre dénomination de la phtisie) est à Rome déclarée maladie contagieuse. Madame de Beaumont étant montée deux à trois fois dans mes équipages personne ne veut les acheter.* Les vêtements et les meubles de Pauline de Beaumont seront brûlés. *La phtisie est rare dans ces climats et passe pour contagieuse,* écrit George Sand lors du séjour avec Chopin en Espagne... *Le petit propriétaire de la petite maison que nous avions louée nous mit brusquement à la porte, et voulut nous intenter un procès pour nous forcer à recrépir sa maison infectée par la contagion (...) Nous ne pûmes nous procurer de domestiques, personne ne voulant servir un poitrinaire (...) Au moment où nous quittions l'auberge de Barcelone l'hôte voulait nous faire payer le lit où Chopin avait couché sous prétexte qu'il était infecté et que la police lui ordonnait de le brûler...*

La preuve de la contagiosité de la tuberculose (inter-humaine et inter-espèces) est établie par Jean-Antoine Villemin en 1865. Médecin au Val-de-Grâce, il s'exprime avec le laconisme d'un esprit scientifique et tout militaire : *La tuberculose est une affection spécifique ; la cause réside dans un agent inoculable. L'inoculation se fait très bien de l'homme au lapin. La tuberculose appartient donc à la classe des maladies inoculables (...) Pour naître, il lui faut un germe qui ne peut lui venir que du dehors (...) L'hérédité prétendue n'est qu'une contagion précoce...* Démonstration irréfutable qui sera néanmoins controversée.

Une deuxième étape importante dans la caractérisation de la maladie est apportée par sa signature sous le microscope. Langhans décrit en 1867 la *cellule géante* puis Koester en 1871 le *follicule épithélioïde*. S'appuyant sur ces observations anatomopathologiques – le *follicule giganto-épithélio-cellulaire* – Jacques-Joseph Grancher (1843-1907), pédiatre français, plaide pour l'unité de la nature de la phtisie.

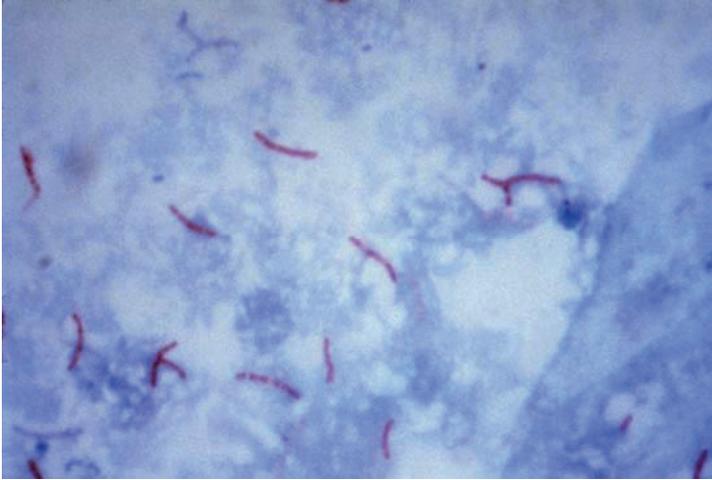


Lésion tuberculeuse folliculaire

Il restait à en découvrir *l'agent inoculable* responsable, le bacille auquel Robert Koch (1843-1910) va donner son nom. Médecin généraliste dans une bourgade de Silésie, Koch est passionné par les travaux de Pasteur dont il est le cadet de vingt ans. Dans le laboratoire rudimentaire attenant à son cabinet il découvre dans un premier temps l'agent d'une maladie redoutable sévissant

parmi des animaux aux pâturages et transmissible à l'homme, le bacille du charbon. A quelque temps de là, grâce à une technique artisanale de double coloration qu'il a mise au point, il met en évidence dans des crachats provenant de patients tuberculeux et analysés à l'état frais des petits bâtonnets qui échappaient à l'observation après coloration par les procédés usuels. Il démontre la relation causale entre ces bâtonnets et la tuberculose selon quatre séquences qui excluent toute contestation : présence de bacilles dans des produits d'origine tuberculeuse ; pousse en culture ; induction de lésions tuberculeuses chez l'animal après introduction des bacilles cultivés ; isolement des bacilles dans les lésions induites. Lors d'une communication à la Société de Physiologie de Berlin en 1882 Koch déclare : *Désormais nous n'avons plus affaire dans la lutte contre le terrible fléau de la tuberculose à quelque chose de vague et d'indéterminé. Nous sommes en présence d'un parasite visible et tangible...* Il ajoute : *Une des sources (de l'infection), et la principale certainement, est l'expectoration des phthisiques qu'il faut s'appliquer à désinfecter et à rendre inoffensive.*

La caractérisation des bacilles sous le microscope basée sur leur résistance aux acides et à l'alcool (BAAR – bacilles acido-alcool résistants) va bénéficier des progrès techniques apportés par Ziehl et Neelsen dont la technique de coloration porte le nom.



Mycobacterium tuberculosis
Coloration de Ziehl-Neelsen

Un pas considérable dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire va être accompli avec une découverte dont il n'est pas besoin de souligner la portée considérable : les rayons X, par le physicien allemand Wilhelm Röntgen (1845-1923). Un pionnier de la radiologie, Antoine Béclère (1856-1939) (on l'a surnommé le Laennec de la radiologie) va établir la première séméiologie iconographique de la tuberculose dans un ouvrage publié en 1898, *Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose*. L'iconographie de la tuberculose s'enrichira au fil du temps des progrès technologiques de l'imagerie avec la tomographie (qui permet sur des plans de coupe de sérier les images en profondeur et de déceler de petites cavernes non visibles sur les radiographies thoraciques standard), et dans un objectif de dépistage avec la radioscopie et la radiophotographie.

Bien plus tard viendra la tomodensitométrie (ou scanner thoracique).

Le XIX^e aura été le siècle du diagnostic de la tuberculose, le XX^e sera celui de la prévention et du traitement.

Dépistage et prévention

Robert Koch décrit en 1890 un phénomène qui porte son nom et se révélera par la suite d'une extraordinaire fécondité. Koch écrit : *Si l'on inocule à un cobaye sain une culture pure de bacilles, la plaie se ferme ordinairement et semble guérir dès les premiers jours (...) Ce n'est que vers le 10-15^{ème} jour qu'apparaît au point d'inoculation un nodule dur qui s'ouvre et produit un ulcère qui va persister jusqu'à la mort de l'animal. Si l'on réinocule les cobayes infectés depuis 4 à 6 semaines, ils se comportent différemment. Dès le lendemain, au point d'inoculation se forme un nodule violacé puis noirâtre, la peau se nécrose puis survient une guérison de la lésion. Ce phénomène s'observe également avec des bacilles tués.* Tout se passe comme si la 2^{ème} injection rendait compte d'un état d'hypersensibilité – d'*allergie* – après un premier contact avec l'antigène. D'autre part, la 2^{ème} lésion guérit spontanément comme si l'animal avait acquis une immunité après le premier contact infectant. Un contact infectant initial avec un agent non virulent pourrait donc exercer un effet protecteur.

Koch a extrait de bouillons de culture de bacilles *la tuberculine* avec laquelle il espère immuniser les patients voire les guérir, mais c'est un échec. En revanche, la tuberculine va constituer un bon antigène pour dépister un contact antérieur avec le bacille tuberculeux. Clemens Von Pirquet (1874-1929), un

pédiatre autrichien, va montrer en 1907 que l'introduction d'une goutte de tuberculine sur une scarification de la peau permet de distinguer les sujets indemnes de toute contamination et ceux qui ont été contaminés par le bacille (c'est la cuti réaction). La technique sera reprise en 1910 par le français Charles Mantoux (1877-1947) sous forme d'injection intra-dermique (intra-dermo réaction).

Albert Calmette (1863-1933), médecin, et Camille Guérin (1872-1961), vétérinaire, travaillaient à l'Institut Pasteur de Lille à la mise au point d'un vaccin actif sur le bétail selon la technique pastorienne d'atténuation de la virulence. Ils avaient constaté que l'emploi d'un milieu bilié entraînait une réduction de la virulence de la souche. Avec une ténacité exceptionnelle, soit après 230 repiquages successifs au fil de 13 années, dans des conditions identiques sur un milieu contenant de la bile de bœuf, ils obtiennent une souche de *Mycobacterium bovis* ayant perdu sa virulence chez l'homme tout en conservant son antigénicité ; l'antigénicité croisée avec le bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) augurait un effet protecteur contre la tuberculose humaine. Une première administration de cette souche atténuée – le *bilié de Calmette et Guérin* (BCG) – par voie orale chez un nourrisson né de mère tuberculeuse est réalisée avec succès par Benjamin Weill-Hallé (1875-1958), pédiatre parisien. L'innocuité et l'efficacité du BCG est confirmée trois ans plus tard par une étude en collaboration avec Raymond Turpin (1895-1988) sur 700 nourrissons nés à la Maternité de l'hôpital de la Charité. Cette *première* vaccinale ouvre une carrière internationale au BCG, efficace à 90% en prévention des formes

graves de tuberculose (miliaire et méningite), à 50% dans les autres formes cliniques.

Les premiers traitements

A la fin du XIX^e siècle, le traitement de la tuberculose demeure quasi inexistant. *Il n'est guère de drogue empruntée aux pharmacopées les plus riches ou les plus singulières, guère de formule médicamenteuse ou de procédé opératoire, guère de climat, de mode de vie ou de régime alimentaire qui n'ait été proposé*, observe Charles Coury.

Les médecines archaïques faisaient appel à la prière et à l'incantation. Ainsi d'une formule hindoue qui n'inclinait guère à la convivialité : *Ô fièvre, avec ton frère la Consommation, avec ta sœur la Toux, va-t-en frapper les gens d'en dessous !*

La réalité dépasse l'imagination en matière de thérapeutiques empiriques saugrenues, parfois dangereuses, auxquelles on a recouru au fil du temps : produits malodorants ou excrémentiels pour repousser la maladie ; broyat de poumon de cerf ou de loup, poudre de corail ou d'écrevisse contre les hémoptysies, selon le principe hippocratique des similitudes, ou plus tard de la doctrine des signatures de Paracelse avec le recours à des plantes dénommées pulmonaires ou scrofulaires en raison de leur analogie de forme ; quantité de simples, dépuratifs et balsamiques ; la saignée fut beaucoup pratiquée (*la lancette, dit-on, a fait plus de morts que la lance au cours de l'histoire de l'humanité*).

On a préconisé la suralimentation ou la diète, les boissons alcoolisées (*les esprits distillés éloignent la consommation, argumentait-on*) et le lait (lait d'ânesse ou lait de femme consommé à la tétée – un auteur

recommandait sérieusement de *sucer chaque jour le sein d'une femme saine* avec les conséquences et l'assuétude qu'on devine).

Parmi les autres prescriptions, jusque dans les années trente du XX^e siècle : le calcium, les sels d'or (chrysothérapie), les lavements au nitrate d'argent, la créosote...

On a recommandé le changement d'air : l'air des étables (*quel air plus avantageux que cet air lacté, si je puis parler ainsi, qu'on respire dans les étables à vache*, postulait un de ses prosélytes). C'est ainsi que l'exquise nouvelliste néo-zélandaise Katherine Mansfield (1888-1923), poitrinaire tombée sous la coupe du mage Gurdjieff fut installée dans une galerie au-dessus des vaches dans un phalanstère à Fontainebleau, soumise au *rayonnement du magnétisme animal*. Quelques années plus tôt, sur les conseils d'un autre thaumaturge, le docteur Manoukhine, elle avait subi une irradiation de la rate !

Le changement de climat était jugé salutaire. On conseillait les climats doux (Les îles Baléares, les Canaries ; Madère ; Rome... Naples, d'où le dicton : *voir Naples et mourir...* bon nombre de patients trépassaient en effet après un voyage exténuant).

Avec les bienfaits supposés de l'altitude commence une ère nouvelle du traitement de la tuberculose. La cure d'air, le repos et une alimentation saine seront à la base du traitement sanatorial. Pour le patient séjournant des mois, des années, en sanatorium la tuberculose est désormais, selon une formule de Joseph Kessel, *la cruelle maladie qui jouait à l'espérance*.

Le sanatorium

Le premier sanatorium est créé en 1854 par Hermann Brehmer (1826-188) à Göbersdorf en Silésie, à 561 mètres d'altitude.



La création de sanas populaires est par la suite encouragée en Allemagne, en Suisse... La France observera un temps de latence avant de se lancer dans l'entreprise (en 1861 avec le sanatorium hélio-marin pour enfants de Berk près de Calais). Comblant son retard, la France comptera jusqu'à 40000 lits sanatoriaux et 230 établissements en 1937.

Le traitement de la tuberculose fait appel désormais à des spécialistes, les phtisiologues.

La collapsothérapie

Une étape importante est la mise au point du *pneumothorax thérapeutique* proposé en 1882 par l'italien Carlo Forlanini (1847-1918). L'objectif est de mettre au

repos les lésions afin de favoriser leur cicatrisation. La technique consiste à insuffler de l'air dans l'enveloppe du poumon (la plèvre) avec pour effet une rétraction du poumon, la respiration assurée par le poumon controlatéral ; cette rétraction affranchissant les lésions de l'expansion inspiratoire est de durée temporaire, le poumon tendant spontanément à retrouver son volume initial d'où la nécessité de réinsuffler périodiquement le patient, environ tous les 15 jours et généralement pendant trois à cinq ans, ce qui n'allait pas sans complications ou séquelles (telles des calcifications en *os de seiche* de la plèvre).



Calcification en os de seiche de la plèvre droite

Des variantes médicales puis chirurgicales de cette technique sont proposées par la suite sous le nom de

collapsothérapie (c'est-à-dire visant à un collapsus du poumon). La collapsothérapie va contribuer à stabiliser un nombre significatif de cas de tuberculose (certains malades apparemment guéris), mais elle ne pourra s'appliquer à toutes les formes cliniques de la maladie.

La chirurgie thoracique va viser par diverses techniques à faciliter le pneumothorax (souvent limité par des brides formées dans la plèvre), à le pérenniser ou à traiter certaines complications ; parfois à réaliser l'ablation de tout ou partie d'un poumon. La section de brides sous pleuroscopie, le pneumothorax extra-pleural ou extra-fascial vont voir le jour (le décollement du poumon est accompagné d'un comblement de la cavité pleurale par de la graisse prélevée sur le malade ou de l'huile (huile goménolée ou de paraffine) – l'*oléothorax*.

La *thoracoplastie*, intervention mutilante, affaissait la paroi thoracique en regard d'une cavité pulmonaire en sectionnant selon les cas deux à neuf côtes (avec des conséquences préjudiciables sur la statique rachidienne et la fonction respiratoire). La thoracoplastie avec plombage extra-musculo-périosté consistait à combler l'affaissement pulmonaire par des billes de lucite (méthacrylate). Parmi les autres interventions, la pneumostomie (ou spéléostomie) mettait une volumineuse cavité en communication avec la paroi thoracique afin de la drainer et d'en favoriser la fermeture ; une alternative était l'introduction d'un drain dans la cavité selon la technique préconisée par l'italien Monaldi. Les lésions de la base du poumon étaient traitées par pneumopéritoine ou par phrénicectomie (on sectionnait le nerf phrénique qui innerve le diaphragme, muscle principal de la respiration) avec comme pour la thoracoplastie un préjudice sur la fonction respiratoire.



Plombage à billes de lucite



Thoracoplastie gauche avec calcification

La prévention

La prévention va se développer à partir de structures d'isolement distinctes des sanatoriums : les préventoriums (où l'on traite les sujets infectés non contagieux), les aériums (où l'on met à l'abri les sujets non infectés menacés de contagion) et les dispensaires, aux avant-postes dans les villes pour dépister la maladie, prodiguer soins et conseils. Le premier dispensaire anti-tuberculeux est créé à Edimbourg en 1887 par sir Robert William Philip.

Le dépistage de la tuberculose débute dans les années qui suivent la découverte de Röntgen. Il prendra son plein développement avec la technique de la radiophoto en 1936. La vaccination BCG est développée dans les dispensaires à partir de 1924.

La chimiothérapie antituberculeuse

La découverte de la streptomycine va ouvrir l'ère de la chimiothérapie anti-tuberculeuse.

Selman Waksman (1888-1973), d'origine ukrainienne, spécialiste de la microbiologie des sols, travaille à la Rutgers University dans le New Jersey aux USA. Ses recherches par un criblage systématique des sols sont orientées vers des microbes générateurs d'antibiotiques. Elles s'inscrivent dans la continuité des travaux du français René Dubos (1901-1982). Ingénieur agronome, un temps collaborateur de Waksman, Dubos fut le premier à imaginer que les microbes du sol pouvaient créer des antibiotiques. Il découvrit en 1939, après avoir testé de nombreuses bactéries du sol, la tyrothricine, active sur les streptocoques et les staphylocoques. Un autre collaborateur de Waksman, Chester Rhines, avait constaté en 1934 que des bacilles de Koch survivent dans

le sol mais disparaissent en quelques jours quand on ajoute du fumier, ce qui laissait supposer qu'il existait dans le fumier des micro-organismes ou des substances toxiques qui détruisaient le bacille de la tuberculose. Waksman conseille à un jeune étudiant en thèse, Albert Schatz (1920-2005) de reprendre les travaux de Rhines en ciblant des bactéries filamenteuses isolées dans les matières organiques en décomposition longtemps considérées comme des *champignons rayonnants*, les actinomycètes. En octobre 1943 Schatz trouve deux souches d'un *Actinomyces* – *Streptomyces griseus* – l'une provenant de la gorge d'un poulet, l'autre du fumier. Ces souches produisent une substance qui sera appelée la streptomycine, active sur de nombreux pathogènes dont le bacille de Koch. Des essais menés sur le cobaye à l'été 1944 avec le vétérinaire William Feldman se révélant concluants, Waksman, Feldman et Hinshaw (clinicien à la Mayo Clinic) persuadent George Merck d'engager sa compagnie dans la production de streptomycine. En septembre 1944, Hinshaw obtient la première guérison avec la streptomycine : un enfant de 2 ans atteint d'une méningite tuberculeuse. Un essai randomisé en 1946 sur une centaine de cas réalisé par Hinshaw, Feldman et Pfuetez confirme le bénéfice du traitement par la streptomycine. Mais il fallut vite déchanter à la suite d'effets secondaires (troubles de l'audition et de l'équilibre) et d'échecs par résistance à l'antibiotique (on découvrira plus tard la capacité des bacilles de la tuberculose d'acquérir une résistance en cas de monothérapie antibiotique).

Quasi en même temps que la découverte de la streptomycine le suédois Jorgen Lehman (1898-1989) découvre en 1943 à Göteborg en modifiant légèrement le noyau

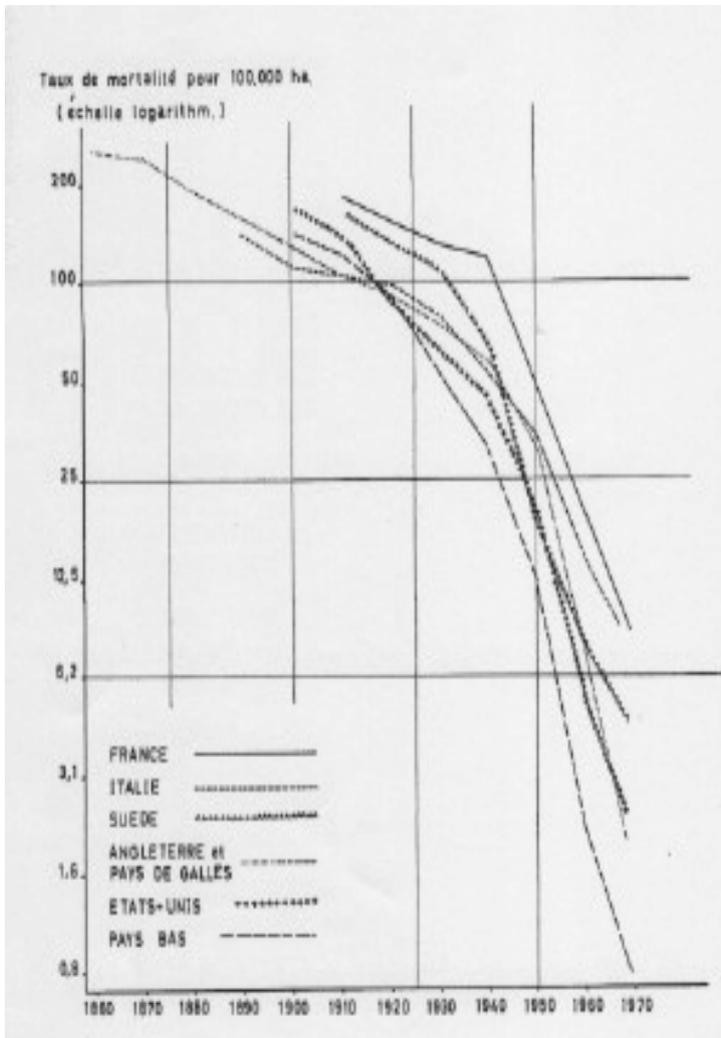
chimique de l'aspirine l'effet tuberculostatique du PAS (l'acide para-aminosalicylique). En 1951 est découvert (par hasard) l'effet anti-tuberculeux de l'isoniazide (le rimifon) qui avait été synthétisé par deux chimistes allemands, Hans Meyer et Josef Mally dès 1912. D'autres anti-tuberculeux vont enrichir l'arsenal thérapeutique en particulier : le pyrazinamide (1954), la cyclosérine (1955), la kanamycine (1957), l'éthionamide et le prothionamide (1957), l'éthambutol (1961)... Jusqu'à la fin des années 60 le traitement de la tuberculose sera basé sur l'association Streptomycine-PAS-Rimifon, sur une durée minimale de 18 mois.

Une étape cruciale du traitement est marquée par la découverte de la rifampicine, le plus puissant des anti-tuberculeux, désormais à la base de la trithérapie initiale. L'histoire commence en 1957 par un échantillon de terre récolté dans la région de Saint-Raphaël par un microbiologiste, Ermes Pagani (1929-2013). Il confie l'échantillon à l'équipe de recherche sur les nouveaux antibiotiques de la firme Lepetit à Milan sous la direction de Piero Sensi (1920-2013). Dans cet échantillon une souche (*Streptomyces mediterranei*) produit un antibiotique. Pour la petite histoire, Sensi, amateur de films policiers français donne à cet antibiotique le nom de rifamycine (en référence au film *Du rififi chez les hommes*). Il obtient en 1966 par hémisynthèse la rifampicine. Grâce à la rifampicine associée à deux autres antibiotiques (isoniazide et éthambutol) le traitement de la tuberculose gagne en efficacité et peut dans les meilleurs cas être raccourci à six mois.

Regard sociologique

Les premières données épidémiologiques sur la tuberculose ne datent que de la deuxième moitié du XIX^e siècle. Toute estimation sur la prévalence de la maladie dans le passé au sein des populations, certainement élevée, est conjecturée. *Une maladie des plus fréquentes et des plus nuisibles de l'espèce humaine*, écrivait un auteur du siècle des Lumières. Nul n'est susceptible d'en être épargné, quel que soit le rang social. La phtisie au fil de l'Histoire a décimé rois et dauphins, bouleversant l'ordre dynastique. Les Valois et les Bourbons en France lui payèrent un lourd tribut, ainsi que nombre de personnages célèbres, à commencer par les médecins ayant contribué à son étude (Bichat, Bayle, Laennec...) et maints savants ou artistes dont la liste couvrirait plusieurs pages : de Molière à Tchekhov, Keats, Stevenson, Kafka, Dostoïevski, Chopin, Katherine Mansfield...

Il est établi que la phtisie a connu une progression considérable atteignant un point culminant pendant la seconde moitié du XVIII^e siècle et la première moitié du XIX^e. La mortalité aurait été de l'ordre de 800 pour 100000 habitants. Deux facteurs rendent compte de cette progression : l'urbanisation massive et la précarité des conditions de vie et d'hygiène, *la misère physiologique* qui demeure de nos jours le principal marqueur de l'endémie tuberculeuse. On constatera une décroissance spectaculaire des cas en même temps que s'amélioreront les situations de précarité et l'hygiène de vie, avant même que les médicaments anti-tuberculeux et la vaccination ne soient disponibles.



Au moment où la phtisie atteignait son point culminant se développait le mouvement romantique en Angleterre et en Allemagne puis en France et dans l'Europe méridionale. Maladie de consommation et de langueur, la

phtisie devient une maladie romantique, rattachée à la mélancolie, au spleen, au mal de vivre. *Parmi les causes occasionnelles de la phtisie pulmonaire*, écrit Laennec, *je n'en connais pas de plus certaines que les passions tristes, surtout quand elles sont profondes et de longue durée (...)* *C'est peut-être à cette raison seule qu'il faut attribuer la fréquence plus grande de la phtisie pulmonaire dans les grandes villes : les hommes y ayant des rapports plus nombreux entre eux, y ont par cela même des causes de chagrins plus fréquentes et plus profondes ; les mauvaises mœurs et la mauvaise conduite en tout genre y étant plus communes, sont souvent la cause de regrets amers qu'aucune consolation et que le temps même ne peuvent adoucir...* Les excès génésiques, la vie mondaine, sont également incriminés. Un auteur allemand écrit : *Avec cet instinct du plaisir, on comprend que la parisienne aime les fêtes et qu'elle court les bals, les concerts, les soirées : on comprend également qu'elle meure poitrinaire.* Alexandre Dumas fils publie *La dame aux camélias* en 1848 qui deviendra avec Verdi *La Traviata*, c'est-à-dire la dévoyée ! Marie Duplessis (alias Violetta Valéry) devient un personnage emblématique de la phtisie. Il est de mode d'être poitrinaire, signe de distinction, de délicatesse, de sensibilité. Flaubert se gaussant des envolées lamartiniennes évoquera *les embêtements du lyrisme poitrinaire.*

La démonstration de la contagiosité de la maladie et la découverte du bacille coïncident avec la réaction naturaliste. La tuberculose change de visage. Jacques-Joseph Grancher et son élève Victor Hutinel écrivent en 1887 : *Seule la présence du germe tuberculeux dans l'air peut provoquer la tuberculose chez un sujet*

sain qui le respire (...) La présence de nombreux poitrinaires qui sont autant de source d'infection, l'accumulation d'une population trop considérable dans des espaces trop restreints, la promiscuité forcée des individus sains avec des malades, telles sont les conditions qui rendent l'habitation des grandes villes désastreuses au point de vue de la phtisie...

L'accent est mis désormais sur la misère, le logement insalubre, l'alcoolisme. Le contexte n'est plus celui de la vie mondaine mais de *l'Assommoir*. Le personnage emblématique de la tuberculose n'est plus Marie Duplessis mais Fantine la mère malheureuse de Cosette dans *les Misérables*. Victor Hugo écrit : *Qu'est-ce que c'est cette histoire de Fantine ? C'est la société achetant un esclave. A qui ? A la misère. A la faim, au froid, à l'isolement, à l'abandon, au dénuement !*



L'ampleur du fléau qu'enregistrent les premières études épidémiologiques en 1900 (150000 décès annuels par tuberculose, 500000 malades en France selon le rapport de l'hygiéniste Paul Brouardel) (1837-1906), et la

démonstration de la contagiosité vont susciter deux sortes de réactions que l'on retrouve avec constance dans l'histoire des fléaux épidémiques : une phase de dénégation et de scepticisme, de dissimulation, pour ne pas affoler l'opinion ; et l'engrenage du bouc émissaire. On conteste la démonstration irréfutable de Villemin : ses travaux ont porté sur le lapin, on lui objecte (réminiscence de *la maladie des passions tristes*) qu'il est impossible de tirer aucune certitude du lapin, *animal follement neurasthénique* ! Il faudra attendre la démonstration concordante d'Auguste Chauveau (1827-1917) sur les bovins (1888) pour que la contagiosité soit définitivement admise. *Si la phtisie est contagieuse, il faut le dire tout bas*, profère-t-on à la tribune de l'Académie Nationale de Médecine. *Lorsqu'on parle de tuberculose tout le monde ne s'exprime plus que par des phrases hésitantes, évasives et fuyantes...* écrivait Kafka à un ami du sanatorium où il devait mourir deux années plus tard d'une atteinte laryngée. On redoute *la tuberculophobie*, la panique, l'abandon des malades à leur sort. On s'indigne dans certains milieux sur les *semeurs de bacilles*, ces mauvais sujets qui ont contracté de vilaines habitudes, vivant sans hygiène dans un habitat mal tenu, adonnés à l'alcool...

En contrepoint se développent des manifestations de solidarité à partir d'initiatives individuelles qui vont se structurer en associations : Ligue française contre la tuberculose (1890) ; Commission chargée d'étudier les moyens de combattre la propagation de la tuberculose (1899) ; Société de Préservation contre la Tuberculose par l'Education Populaire (1901) qui fait campagne pour informer et éduquer le public sur les modes de transmission et d'acquisition de la maladie : stigmatisation

du crachat, règles d'hygiène diverses, lutte antialcoolique, amélioration de l'habitat...

Un premier centre hélio-marin voit le jour à Berck en 1861, orienté sur la prise en charge de la tuberculose ganglionnaire et osseuse de l'enfant. Les premiers sanatoriums populaires ne sont construits en France qu'à partir de 1889, l'accès demeure très sélectif les premiers temps. *Le sanatorium doit être utilisé par les malades qui peuvent guérir et par ceux-là seuls. En réalité, il devra l'être par des gens dont la valeur économique représente un capital social au moins équivalent à la somme que coûtera leur guérison*, écrit Albert Calmette. Cette conception malthusienne sera heureusement transitoire.

Le premier dispensaire français est créé par Albert Calmette (1901). L'oeuvre de préservation de l'enfance naît sous l'impulsion de Joseph Grancher (1904). Le placement familial des tout-petits aura pour objectif de les soustraire à un environnement parental contaminé en les plaçant dans une famille adoptive, en général à la campagne.

Des mesures essentielles de lutte antituberculeuse sont prises avec les lois Léon Bourgeois (1851-1925) et André Honnorat (1868-1950) en 1916 et 1919 (la guerre a vu se multiplier dans les casernements les *blessés de la tuberculose*). Ces lois visent à développer la coopération entre les pouvoirs publics et les associations privées et jettent les bases d'un réseau de dispensaires et de sanatoriums maillant le territoire national.

Une contribution majeure est à mettre au crédit des Etats-Unis qui en marge de leur implication dans la guerre en 1917, considérant l'ampleur de la tuberculose en France, vont participer activement à la lutte grâce à

une initiative philanthropique : la Mission Rockefeller (1917-1923). La mission américaine met en place un programme d'éducation populaire et crée un réseau coordonné de dispensaires et d'établissements d'accueil des malades. Elle sera relayée par Le Comité National de Défense contre la Tuberculose (1919) et les Comités départementaux. Ils coordonnent les initiatives, réunissent des moyens pour financer la lutte et l'aide sociale. Une des initiatives marquantes sera le timbre anti-tuberculeux inspiré du *timbre de charité*, créé en 1925 et vendu chaque année lors d'une campagne par les collégiens de France cooptés comme propagandistes de la lutte antituberculeuse.

A partir des années 20, les lits sanatoriaux vont être multipliés, l'accès facilité. Le problème qui se posera désormais sera moins celui de l'entrée que de la sortie du sana. Bien que les conditions de vie soient conventuelles, parfois quasi carcérales, les malades s'y enracinent volontiers, le sana doublement sécurisant, vis-à-vis de la maladie et du chômage. Pour ceux qui sont stabilisés (on ne parle pas de guérison) la recherche d'un emploi se révèle en effet difficile – qui va prendre le risque d'employer un tuberculeux ? A la fin des années 60 quand il devient clair que le traitement médicamenteux de la tuberculose peut être administré selon un mode ambulatoire (à l'exception de la période initiale, quand les symptômes sont invalidants et le malade contagieux), il y a en France 75000 lits de sanas représentant 19000 emplois. Ces établissements sont désormais inutiles voire nuisibles favorisant la marginalisation sociale irréversible de *l'homo sanatorialis*. Dans un climat électrique on pouvait entendre un maître parisien de la phtisiologie déclarer en séance de

la Société de la Tuberculose (le plasticage avait été de saison quelques années plus tôt) qu'il fallait plastiquer les sanas ! Ils ne furent pas détruits mais peu à peu désaffectés ou reconvertis. Les phthisiologues qui y exerçaient prirent leur retraite ou effectuèrent une mutation de leur activité vers la pneumologie, l'allergologie.

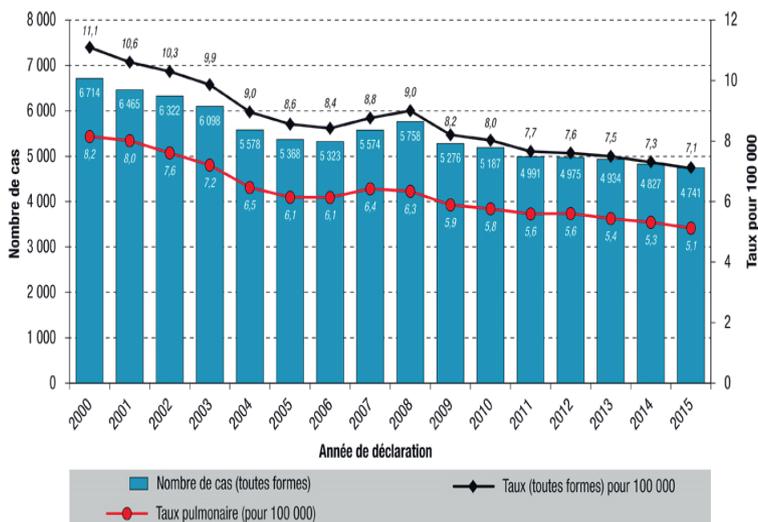
Les dispensaires vont jouer un rôle capital dans le dépistage, le traitement et la prévention. La vaccination par le BCG va se développer. Entre 1924 et 1928 plus de 100000 nourrissons vont être vaccinés sans complication sérieuse ; mais en 1929 se produisit à Lübeck une catastrophe qui allait durablement entacher la réputation du vaccin : la souche vaccinale fut accidentellement contaminée par une souche virulente de bacilles tuberculeux humains ; sur 252 enfants ayant reçu le vaccin 73 moururent et 136 furent atteints par la maladie. Après enquête, l'innocuité du BCG fut confirmée mais la confiance dans cette vaccination sera longtemps ébranlée.

Le BCG a été rendu obligatoire en France à partir de 1950. Depuis 2007, en regard de la faible prévalence de la maladie dans notre pays, le BCG n'est plus préconisé que pour des populations ciblées, à risque élevé.

Regard sur le présent et sur l'avenir

La tuberculose en France est une maladie désormais banalisée, son incidence en baisse sensible chaque année. D'après les données communiquées par l'*Institut National de Veille sanitaire* le nombre de cas déclarés en 2015 était de 4741 (dont 3422 de localisation pulmonaire ; et 98 cas de méningite, la forme la plus

grave de la maladie malgré les antituberculeux) soit un taux de 7,1 pour 100000 habitants (avec une prévalence élevée à Mayotte, en Guyane et en Ile-de-France, et pour cible particulière des populations nées à l'étranger (59%), des sans domicile fixe ou des personnes vivant en centre d'hébergement collectif).



La tuberculose demeure un fléau dans le monde malgré des progrès décisifs dans le dépistage et le diagnostic, le développement de la prévention vaccinale, l'organisation stratégique en vue d'un traitement supervisé (DOTS – *directly observed treatment short-course*), et des politiques solidaires en faveur du financement des médicaments.

Bien que le nombre de décès ait diminué de 22% entre 2000 et 2015, la tuberculose demeure l'une des 10 principales causes de mortalité : 1,4 million de décès en 2015 (auxquels ajouter 0,4 million de décès supplé-

mentaires concernant les formes associées à l'infection au VIH). On estimait la même année le nombre de nouveaux cas à 10,4 millions (les personnes vivant avec le VIH représentant 1,2 millions), soit une diminution modeste de l'ordre de 1,5% d'une année sur l'autre. Plus de la moitié des cas s'observent en Afrique et en Asie. 580000 personnes ont présenté une tuberculose multi-résistante, c'est-à-dire due à une souche de bacilles résistant aux deux principaux antituberculeux (isoniazide et rifampicine) et 10% des souches étaient ultra-résistantes, c'est-à-dire résistant à tous les antituberculeux (plus de la moitié de ces cas survenus en Inde, Chine et Russie).



La tuberculose dans le monde en 2006
Taux pour 100 000 habitants

- * ◆ Plus de 300 cas * ◆ 100 à 300 cas * ◆ 50 à 99 cas
- * ◆ 25 à 49 cas * ◆ 10 à 24 cas * ◆ 0 à 9 cas

La tuberculose demeure un fléau pérenne pour quatre raisons principales : (1) le vaste réservoir de malades

potentiels (le tiers de la population mondiale serait infectée par le bacille) ; (2) la forte croissance démographique dans les pays de grande précarité où sont réunis un ensemble de facteurs favorisant l'éclosion, la dissémination et l'échec thérapeutique : à la misère, la malnutrition, l'habitat insalubre s'ajoutent des circonstances aggravantes telles la guerre, la famine endémique, la désorganisation des structures de soins, l'analphabétisme...(3) le *duo maudit* tuberculose et infection à VIH (qui affaiblit les défenses immunitaires) (4) la progression de formes résistant à tout traitement soit, dans certains cas, une situation impliquant le recours aux méthodes thérapeutiques aléatoires qui ont précédé l'ère antibiotique.

Une politique volontariste de l'Organisation Mondiale de la Santé vise en 2020 à réduire de 35% la mortalité et de 20% l'incidence, et à l'horizon 2035 de 90% la mortalité et de 80% l'incidence. Ceci suppose une intensification de la stratégie et de nouveaux moyens diagnostiques et thérapeutiques. En 2016 quatre tests innovants ont été mis en place pour le diagnostic rapide des nouveaux cas et de la résistance aux antituberculeux. Neuf médicaments pour le traitement contre des tuberculoses pharmaco-résistantes sont à un stade avancé des essais cliniques (en particulier une nouvelle famille antibiotique prometteuse – diarylquinolines). Treize nouveaux vaccins d'efficacité supérieure au BCG sont en cours d'essais cliniques.

La perspective d'éradication d'une maladie – phtisie, peste blanche, tuberculose – qui a sévi depuis l'aube de l'humanité est envisageable avec optimisme à l'horizon 2050.

LECTURES

*Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur. (RTH Laennec) Chaudé éd. 1826.

*Histoire de la tuberculose (M. Piéry et J. Roshem). Doin éd. 1931.

*Grandeur et déclin d'une maladie. La tuberculose au cours des âges (C. Coury) Lepetit éd. 1972.

*Histoire de la médecine (M. Bariéty et C. Coury) Fayard éd. 1963.

*Histoire de la médecine dans l'Antiquité (Jürgen Thorwald) Hachette éd. 1962.

*Une histoire des microbes (P. Berche) John Libbey éd. 2007.

*Global Tuberculosis Report 2016. WHO library.

*Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme 1800-1940 (I. Grellet et C. Kruse) Ramsay éd. 1983.

*La maladie comme métaphore (S. Sontag) Seuil éd. 1979.

*La tuberculose. Parcours imagé. Propos (J. Chrétien) Regards (C. Voisin) Hauts-de-France éd. 1995

La mort de Gustav Mahler

Bref rappel de sa biographie et de l'histoire des endocardites malignes

Pr Jean -Paul BOUNHOURE

Professeur à l'Université

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Gustav Mahler, image prestigieuse de la musique romantique allemande, pianiste virtuose, compositeur et chef d'orchestre talentueux, mourut à Vienne après une longue maladie en 1911. L'atteinte cardiaque qui l'a emporté, une endocardite maligne streptococcique, fut diagnostiquée aux Etats Unis par un médecin cardiologue célèbre, Emmanuel Libman, à l'époque un des meilleurs spécialistes de la pathologie cardiaque d'origine infectieuse. Ces endocardites, d'évolution toujours mortelle jusqu'à la découverte de la pénicilline par Fleming, avaient été décrites par plusieurs médecins européens au XVIII^e siècle. Mais elles ne furent bien individualisées qu'un siècle plus tard par Willam Osler, médecin canadien. La communauté scientifique et médicale donna finalement le nom de ce médecin à ces infections cardiaques connues désormais comme « maladies d'Osler ». Nous tenterons de retracer très brièvement la biographie, la maladie terminale de Mahler et sommairement l'histoire des endocardites malignes.

G. Malher, issu d'une famille israélite modeste était né à Kalischt en Bohême en 1860 au sein de l'Empire Austro-Hongrois. Son père était aubergiste et commerçant en vins et alcools. Cette famille avait été cruellement frappée par les maladies puisque sur les

quatorze enfants, huit étaient morts en bas âge. Les parents s'entendaient mal et Gustav assista entre six et dix ans à des querelles violentes qui le bouleversèrent. La brutalité, la rudesse et la sévérité du père marquèrent profondément les enfants. Gustave mentionna plus tard ces chocs émotifs très angoissants survenus dans son enfance lors d'une conversation avec Freud. Connu dès ses débuts au piano comme un interprète prodige, il donna un récital très apprécié sur cet instrument à dix ans, à Jihlava en Moravie. Vu la précocité de ses talents, la famille et les amis, impressionnés par ses aptitudes, décidèrent de l'orienter vers une carrière musicale. Sur les conseils d'un notable local et de sa tante, on envoya Gustav à Prague pour compléter sa scolarité mais les résultats sont médiocres. Alors il est inscrit en 1875 au Conservatoire de Vienne aux cours d'harmonie, de contrepoint et de Direction d'orchestre. Il suit les cours de piano d'un professeur célèbre à l'époque, Julius Epstein qui le soutiendra pendant toutes ses études, en payant souvent la moitié de ses droits d'inscription. Au cours de son séjour au Conservatoire il devint l'ami d'Hugo Wolf et il reçoit le soutien amical d'Anton Bruckner. Il obtient brillamment le premier prix de piano au concours terminal de l'établissement et le premier prix de composition pour un quintette pour piano et cordes.

A la sortie de Conservatoire, pour compléter sa formation, Mahler s'inscrit à l'Université suivant régulièrement des cours d'histoire de l'art, de littérature allemande et de philosophie, avant d'entamer une carrière de chef d'orchestre et de compositeur. A vingt ans, Mahler a déjà composé plusieurs œuvres, des lieder inspirés de thèmes fantastiques, féériques ou de contes populaires...

Pour gagner sa vie, pour des raisons alimentaires, il donne des leçons de piano, accepte des engagements qui ne lui donnent guère de plaisir. Il doit diriger des farces ou opérettes à Hall en Haute Autriche, à Olmütz en Moravie. Comme Directeur d'orchestre dans des villes plus importantes, il débute en Slovénie à Ljubljana en 1881, puis sa carrière se poursuit avec succès à l'Opéra royal de Kassel en Prusse où il va travailler dans une véritable institution avec des musiciens et des chanteurs de qualité. Il compose les « Chants d'un compagnon errant » les *Gesellenlieder*, un des premiers chefs d'œuvre du jeune maître. En 1885, à 25 ans, il prend la direction de l'Opéra de Prague où ses interprétations de Mozart, de Beethoven, de Wagner lui valent ses premiers triomphes. En 1886, il est engagé comme assistant du célèbre chef Nikisch à l'Opéra de Leipzig. Il compose beaucoup, en particulier divers lieder et sa Symphonie numéro 1 pendant ses vacances d'été à Steinbach am Attersee. En 1889 il devient Directeur de l'Opéra de Budapest où ses interprétations originales et raffinées, lui valent de nombreux succès. Il démontre alors dans cette ville ses qualités d'administrateur, de réformateur, de metteur en scène. En 1889 il dirige sa première symphonie à laquelle il a donné le nom *de Titan* et qui fut très controversée à l'époque. Nommé Premier chef de l'Opéra de Hambourg en 1891, il dispose pour la première fois d'un excellent orchestre et de chanteurs réputés. En 1894, sa deuxième symphonie est terminée et sa troisième en 1896. Mahler conservera cette fonction à Hambourg jusqu'en 1897. Brahms, très admiratif du chef d'orchestre, favorise son embauche à l'Opéra de Vienne où il a un grand succès en dirigeant

Lohengrin le 12 mai 1897. Sa deuxième symphonie *dénommée Résurrection* dévoile son inquiétude face à la mort et au Jugement dernier. La première interprétation de l'œuvre eut lieu le 13 décembre 1895 par l'orchestre symphonique de Berlin. Cette année là, très attiré par la religion catholique, il se convertit au catholicisme en 1897 par conviction mais aussi en pensant éviter les aléas d'une forte campagne antisémite qui était menée à cette époque en Autriche. En 1896, il compose sa troisième symphonie qui est un hommage à la Nature. En 1897, Gustav est nommé Directeur de l'Opéra de Vienne et règne en maître absolu sur cet établissement pendant dix ans. Il entreprend des réformes radicales, offre aux Viennois des interprétations talentueuses d'opéras tels Don Giovanni, l'Or du Rhin, la Walkyrie, les Noces de Figaro. A Vienne, Mahler déploie une activité débordante se comportant comme un chef très exigeant, ayant de très lourdes responsabilités dans les choix des programmes, la direction musicale, la mise en scène, la gestion de l'Opéra. Il compose beaucoup et en six ans crée, ses 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} symphonie. Mais la Société viennoise ultra conformiste et conservatrice refuse toute remise en cause de la tradition et critique vertement ses interprétations. La presse lui reproche ses nombreux congés, son attitude autoritaire et à tort, sa mauvaise gestion de l'établissement. En 1910, Mahler crée à Munich sa 8^{ème} symphonie, grande cantate sacrée surnommée « *Symphonie des mille* » qui reçoit un accueil extraordinaire devant trois mille auditeurs dont de nombreux intellectuels et artistes. Le contrat de Mahler à l'opéra de Vienne se termina en 1907 après une campagne antisémite violente. Il démissionne

donnant en ultime concert sa deuxième symphonie. C'est un triomphe, hélas tardif, le public lui témoigne son admiration en l'applaudissant debout interminablement.

En Novembre 1901, Mahler compositeur et Directeur d'orchestre déjà célèbre, avait eu un coup de foudre pour Alma Schindler, excellente pianiste, fille d'un peintre paysagiste viennois renommé. Alma était très prisée dans la Société intellectuelle et artistique viennoise. Elle avait dix neuf ans de moins que lui et il l'épousera en 1902. Alma s'intéresse à l'art, fait connaître à Gustav des écrivains, des peintres célèbres, en particulier Klimt et le chef de file de l'avant-garde musicale viennoise A. Schomberg dont Mahler devient le protecteur. La vie du couple est endeuillée par le décès de leur deuxième fille à l'âge de quatre ans qui meurt en 1907, de la scarlatine. Une grave crise éclate alors dans le couple : très éprouvé par le décès de sa fille Puzzi, la dépression de Gustav s'aggrave quand il découvre la liaison de son épouse avec un architecte viennois, Walter Gropius. Mahler, après beaucoup d'hésitations, consulte alors Sigmund Freud à Leiden en Hollande en Aout 1910. Cette rencontre comporte une longue discussion au cours d'une promenade de quatre heures qui permet de le reconforter et de surmonter son amère déception. Au printemps 1907, le Directeur du *Metropolitan Opera* à New York offre à Malher, un contrat remarquable et très avantageux, un salaire très élevé et des conditions de travail exceptionnelles. Il signe un contrat de Directeur et bien sur de Chef d'orchestre du *Métropolitan Opéra* de New York. Il arrive à New York le 21 Décembre 1907. Entouré de chanteurs de talent comme Chaliapine ou Caruso, il

doit diriger 45 concerts dont des œuvres de Wagner, la Walkyrie, Siegfried, l'Or du Rhin et remporte un véritable triomphe. Gustav fait une tournée dans l'est des Etats-Unis dirigeant à Philadelphie et à Boston. Il revient souvent dans le vieux continent passant l'été dans les Dolomites donnant de nombreux concerts en Hollande, à Prague, à Munich, à Paris, dans diverses grandes villes européennes. Il repart à New York l'année suivante où il va mener une vie trépidante, ne cessant de se déplacer, multipliant ses créations aux Etats-Unis. Il est heureux, soutenu par un public qui l'admire, enfin satisfait de ses succès et de sa vie dans de luxueux hôtels. En 1908, il compose le *Chant de la Terre, la Neuvième et la Dixième symphonies*, œuvres qu'il n'entendra jamais. En 1909, il quitte le Met où il était en rivalité avec Toscanini. Un comité de riches dames bienfaitrices lui demande de créer et de diriger une nouvelle formation composée de brillants exécutants, l'Orchestre Philharmonique de New York. Ses directions d'orchestre d'œuvres contemporaines, séduisent les critiques et le public Newyorkais. Mais cette activité qui entraîne des déplacements longs et très pénibles, des traversées de l'Atlantique répétées et exténuantes, de lourdes responsabilités administratives, contribuent à affaiblir Gustav qui continue néanmoins de composer.

Les antécédents pathologiques de Malher comportent dans son enfance et son adolescence de multiples infections des voies respiratoires, de nombreuses pharyngites. Atteintes plus prédisposantes aux cardiopathies valvulaires, il avait présenté une chorée et une crise de rhumatisme articulaire aigu. Malgré une gêne respiratoire rapide à l'effort, il avait un goût prononcé pour

les promenades en montagne et les longues marches. En 1901, il avait fait plusieurs hémorragies rectales importantes, d'origine hémorroïdaire justifiant des interventions. A cette occasion, le médecin consulté avait constaté la présence d'une cardiopathie valvulaire et avait porté probablement le diagnostic d'insuffisance mitrale. En août 1907, à l'occasion d'un malaise d'Alma, un médecin viennois, le Docteur Blumenthal examina Gustav et très pessimiste fit le diagnostic de double lésion mitrale, sans doute une maladie mitrale avec sténose et fuite valvulaire. Ce praticien demanda à Gustav de mener la vie la plus calme possible, lui interdisant la marche en montagne, le port de poids, la natation. Il recommandait d'éviter une vie trépidante, sans émotions si possible, ce qui était absolument incompatible avec les fonctions et les activités de Directeur d'orchestre. La limitation de ses efforts physiques, l'interdiction du sport, la découverte d'une cardiopathie susceptible de s'aggraver rapidement, avaient beaucoup impressionné Malher et amplifiaient sa tendance dépressive. Malher avait une profonde affinité pour les grands espaces, les montagnes autrichiennes imposantes, la sérénité des lacs de son pays. Mais un spécialiste viennois, le Docteur Kovacs confirma le diagnostic de maladie mitrale, insista lourdement sur les risques de sa maladie, lui répétant les conseils habituels sur le mode de vie et la restriction des activités. Dans une lettre à un de ses amis, Mahler précisait que son équilibre psychique et sa créativité de compositeur demandaient de l'exercice, des séjours en altitude et de longues promenades dans les montagnes autrichiennes. Toutefois, il mentionnait qu'outre les efforts physiques, les longues directions d'orchestre, la tension nerveuse

qu'exigeaient ses fonctions de chef entraînaient des palpitations, des douleurs thoraciques et une gêne respiratoire croissante. Au mois de Décembre 1910, après un refroidissement, une pharyngite survint avec une fièvre prolongée, des arthralgies et des douleurs musculaires diffuses. Après un repos prolongé et l'interruption de ses activités de chef, Malher se rétablit et put reprendre ses concerts. En Février 1911, à New York, après avoir dirigé avec beaucoup de talent la symphonie italienne de Mendelssonhn, il rentre à son hôtel avec des frissons et une fièvre élevée dus à une nouvelle angine très douloureuse. Très affaibli, se plaignant des articulations, de courbatures, épuisé, il consulte un médecin autrichien émigré à New York, le Docteur Frenkel qui le traite avec beaucoup de dévouement et les moyens anti infectieux très limités de l'époque. En fait, de nouveaux épisodes pharyngés infectieux avec des douleurs musculaires, des poussées fébriles, une asthénie croissante se succèdent et le début réel de la maladie d'Osler ne peut être bien précisé. Fin Février et début Mars 1911, l'état de Gustav s'améliore pendant quelques semaines, lui permet de reprendre ses fonctions de Directeur d'orchestre. Puis, l'infection se poursuit, la maladie évolue avec toujours des épisodes fébriles répétés, une altération progressive de l'état général, des douleurs musculaires et articulaires, une anorexie, une asthénie, une gêne respiratoire croissante. Le patient est apyrétique le matin, la fièvre avec une température autour de 38 degrés apparaît le soir avec un malaise général, des frissons prolongés, une grande asthénie et une inappétence totale. Le Docteur Libman, médecin réputé à New York, constate l'aggravation de l'état cardiaque et général, fait le diagnostic d'endocardite

infectieuse vu la présence d'une importante splénomégalie, de pétéchies, de signes cutanés caractéristiques, d'une atteinte rénale avec protéinurie et hématurie. Libman fait pratiquer des prélèvements sanguins, des hémocultures qui mettent rapidement en évidence des streptocoques. La fièvre persiste, résiste aux traitements antipyrétiques de l'époque, sérums antistreptococciques préparés à partir des germes isolés des hémocultures, des transfusions, du Kollargol. Mahler s'affaiblit inexorablement et conscient de la gravité de son état, demande son retour en Europe. Il refuse de quitter l'hôtel sur une civière mais chancelant, exténué, soutenu par Alma et son médecin, il embarque sur un paquebot qui le mènera à Cherbourg. Son état décline de jour en jour et la traversée est extrêmement pénible, Mahler ne veut recevoir personne dans sa cabine. Arrivé épuisé à Paris, son épouse s'efforce d'avoir une consultation auprès du Professeur Widal, grande célébrité parisienne qui envoie son adjoint, le Professeur Chantemesse de l'Institut Pasteur. Celui-ci confirme le diagnostic d'endocardite, fait hospitaliser Mahler dans une clinique de Neuilly. Les premières journées passées dans cet établissement sont très mauvaises avec une fièvre élevée, des douleurs diffuses, un pouls très rapide, des signes d'insuffisance cardiaque, l'angoisse croissante du patient. Chantemesse fait plusieurs injections de sérum antistreptococcique assez mal supportées, avec de grands clochers fébriles, des accès de tachycardie, des frissons prolongés et des lipothymies. De nouvelles hémocultures sont réalisées qui confirment la présence d'abondantes colonies de streptocoques. Chantemesse a néanmoins bon espoir et a une confiance illimitée dans la sérothérapie pour traiter l'infection. Le plus célèbre médecin autrichien,

le Pr Chovsteck est appelé en consultation, il confirme le diagnostic d'endocardite et émet à haute voix devant le patient un pronostic très défavorable, ses craintes sur la survie de Mahler. Ce pronostic pessimiste clairement annoncé lui vaut d'amères critiques d'Alma qui lui reproche son manque de compassion et de charité. Le couple revient à Vienne par l'Orient Express et Chovsteck fait hospitaliser Malher, dans un état précaire, au Loewe Sanatorium. Incapable de s'alimenter, délirant, hautement fébrile, Mahler est placé sous oxygène, est traité par des opiacés, de la caféine, de la digitale. Pour calmer ses douleurs, on lui place des compresses de radium sur ses articulations. Les oedèmes pulmonaires se succèdent, le patient est en insuffisance cardiaque et rénale irréductibles. Il décède le 18 Mai. Le certificat de décès de Chovsteck mentionne « endocardite infectieuse maligne ». Malher avait voulu des funérailles très simples sans discours, sans musique, mais une foule immense portant des centaines de couronnes est venue l'accompagner à sa dernière demeure.

C'est un très grand compositeur qui disparaît laissant derrière lui une œuvre qui ne sera appréciée à sa juste valeur qu'après 1960 avec la diffusion des enregistrements. Enthousiasmante, la musique de Mahler, faisant la synthèse avec le lied et la symphonie, combine des influences romantiques et quelquefois la musique populaire viennoise et autrichienne, empruntée au folklore. Son souci d'innover, sa recherche pour étendre le genre symphonique et son univers musical le fait considérer comme un visionnaire pour atteindre une grande richesse narrative. Quelle que soit la durée de ses oeuvres ou l'effectif de l'orchestre requis pour leur exécution, elles constituent toujours une démonstration d'orchestration

magistrale. Il prolonge la tradition symphonique de Beethoven et de Brahms en y insufflant la modernité de Bruckner et de Wagner. Très romantique dans son inspiration, moderne et souvent surprenant dans son langage, Gustav a su exploiter les ressources des instruments les plus variés. Ses créations, ses interprétations marquent un tournant décisif par leur forme dans l'histoire de la musique qui se situe comme la fin du Romantisme. « Mon temps viendra » disait Malher devant les critiques. Aujourd'hui, ses immenses talents sont universellement reconnus.

Références sur la vie et l'œuvre de Malher

- Gustav Mahler, Henry Louis de La Grange, Editions Fayard.
- Mahler, Marc Vignal, Ed. Solfèges, Seuil.
- Gustav Mahler, S. Frédéricich, Actes Sud, Classica.
- Gustav Malher, Isabelle Werck, Bleu Nuit éditeur.

Bref rappel sur l'historique des endocardites malignes, Maladies d'Osler

Pr Jean -Paul BOUNHOURE

Professeur à l'Université

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

En Mars 1885, le jeune Willam Osler, récemment nommé Professeur de Clinique médicale à l'Université de Pennsylvanie, fit trois conférences, *les Gulstonian Lectures* sur l'endocardite maligne devant le Collège Royal de Médecine de Londres. Ces conférences avaient pour thème une description détaillée de 23 cas personnels d'endocardite infectieuse traités à l'Hôpital Fédéral de Montréal et l'analyse de 209 autres cas issus de la littérature. Avec un esprit de synthèse remarquable, il fait une mise au point sur une affection qui a déconcerté depuis ses premières descriptions le corps médical. Rappelant les principaux aspects cliniques et évolutifs de cette atteinte cardiaque, soulignant son extrême gravité, la difficulté de son diagnostic, il fait une description magistrale de l'endocardite. Les différents modes de début et l'extraordinaire diversité des symptômes rendaient difficile l'exposé d'un tableau clinique évocateur, mais en synthèse, Osler insiste sur quelques points essentiels :

- l'affection se développe sur un cœur ayant des lésions valvulaires préexistantes toujours après une infection ou une maladie débilitante.
- Il sépare clairement l'endocardite simple, de type rhumatismal, de pronostic immédiat favorable, des endocardites malignes ayant l'aspect d'une septicémie, comportant

des signes d'infection sévère, des lésions valvulaires mutilantes, des complications viscérales emboliques et une insuffisance cardiaque. Il souligne le polymorphisme de la maladie, évoluant soit avec des accès de fièvre aigus, intermittents, des clochers fébriles pseudo paludéens, soit avec une fièvre prolongée et constante en plateau. Il décrit les complications immédiates, cardiaques ou nerveuses qui peuvent dominer l'aspect clinique. Osler insiste sur la valeur diagnostique de la splénomégalie, du purpura, des signes cutanés qu'il décrit avec précision, les nodules cutanés éphémères d'Osler. (1)

Le terme « d'endocardite » avait été utilisé par Bouillaud dans son Traité des maladies du Cœur et des gros vaisseaux en 1824. Il avait décrit les lésions de la tunique interne du cœur, l'endocarde valvulaire et pariétal, évoluant en trois stades : au premier stade on constate l'inflammation, un aspect congestif du tissu valvulaire, une hyperhémie précédant l'apparition des végétations sur le bord libre des valves. Puis survient la sclérose, l'induration et l'ossification du tissu valvulaire, la soudure des commissures. Au stade ultime, l'atteinte de l'appareil sous valvulaire aboutit au rétrécissement de l'orifice mitral ou aortique. (2)

L'endocardite infectieuse était incurable, ce fut une affection toujours fatale jusqu'à la découverte de la pénicilline. Des progrès décisifs ont été faits dans son diagnostic dès la fin du XIX^e siècle à l'ère pastorienne, avec la pratique systématique des hémocultures dans les états fébriles. L'essor des techniques de laboratoire, de la bactériologie, de l'échocardiographie, de l'antibiothérapie a transformé aujourd'hui le pronostic de ces affections. Une antibiothérapie bactéricide, précoce et

prolongée associée quelquefois à un traitement chirurgical, permet actuellement dans un pourcentage élevé de cas d'obtenir la guérison.

Quelques précurseurs méritent d'être cités

C'est Lazarus Riviere, Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, qui a rapporté la première observation. En 1646, il fit l'autopsie d'un patient décédé après une insuffisance cardiaque aigue. A l'examen du cœur, il constata sur les valves aortiques de multiples excroissances arrondies, du volume d'un grain de mil, friables et mobiles. Lancisi, six ans plus tard décrit lors de vérifications anatomiques chez des patients décédés au cours d'une insuffisance cardiaque, des végétations verruqueuses sur les valves mitrales et aortiques (3). Allan Burns en 1809 distingue les végétations, fragiles, ayant l'aspect de boursouflures, en chou fleur, et les polypes du cœur indurés, quelquefois calcifiés, correspondant à des caillots sanguins vieillis. Il rapporte des cas de rupture septale chez des patients présentant à la nécropsie des végétations mitrales et aortiques (4). Corvisart distingua clairement les concrétions osseuses indurées sur des valves calcifiées des autres végétations molles, fragmentables, appendues aux valvules et évoqua une possible origine syphilitique, étiologie que Laennec récusait (5). En 1852, Senhouse Kirkes rapporta de nombreux cas d'endocardite affectant les valves aortiques et mitrales insistant sur la possibilité de migrations des végétations dans tout l'organisme avec présence d'embols dans le cerveau, la rate et les reins. Il fit la distinction entre des emboles volumineux, obstruant les artères à destinée

cérébrale ou rénales, des formes microscopiques migrant dans tout l'organisme et représentant un véritable empoisonnement du sang (6).

Dès 1860, la possibilité d'une infection liée à la prolifération de microorganismes fut évoquée. E. Winge d'Oslo rapporta le cas d'un patient atteint d'une fièvre importante et prolongée après une blessure superficielle infectée du pied. Le décès survint et Winge constata la présence de végétations friables sur les différentes valves cardiaques, avec des infarctus spléniques et rénaux (7). L'idée d'une porte d'entrée, source de l'infection et du transport des germes par le courant sanguin fut défendue par Edwin Klebs qui constata la présence de micro organismes dans les végétations valvulaires au cours de 27 nécropsies de patients décédés d'endocardite (8). En 1876, il publia un article sur la création expérimentale de lésion de l'endocarde par un guide métallique septique qu'il poussait chez des animaux jusqu'aux valves aortiques et mitrales créant des lésions valvulaires infectées aboutissant à la formation de végétations contenant des microorganismes. Chez le lapin, Rosenbach, en 1878, publia sur l'induction expérimentale d'endocardites infectieuses, en injectant dans les veines des oreilles de lapins des colonies de Staphylocoques dorés qui proliféreront sur des valves endommagées.(9) W. Osler, dans une de ses dernières conférences, confirma l'origine bactérienne de l'endocardite. En 1909, il décrit une forme d'évolution très lente comme celle de Mahler, se prolongeant pendant plusieurs mois, avec des poussées de fièvre intermittentes alternant quelquefois avec de longues rémissions. Il insista une nouvelle fois sur l'altération de l'état général, l'asthénie profonde et prolongée des

patients atteints, l'anémie, la présence de signes cutanés, du purpura, des nodosités douloureuses cutanées éphémères, sur la valeur diagnostique d'une volumineuse splénomégalie et sur l'hippocratisme digital (10).

Mais finalement, ce n'est que dans les premières années du XX^e siècle que l'endocardite infectieuse fut bien individualisée comme une atteinte cardiaque spécifique, une septicémie toujours fatale à point de départ cardiaque, de diagnostic difficile, due à une grande variété de germes le plus souvent des streptocoques mais aussi quelquefois des staphylocoques, des entérocoques ou des gram négatifs. Depuis les travaux de Pasteur, de Grancher, les techniques bactériologiques s'étaient développées et les hémocultures facilitaient le diagnostic. Hugo Schottmuller, dans les endocardites infectieuses lentes, isola dans des hémocultures, le streptocoque viridans, en cause dans plus de 50% des cas (11). Libman, en 1910, rapporta 43 observations d'endocardite infectieuse subaigüe due à l'infection par ce type de streptocoque. Il insistait sur le rôle d'une porte d'entrée orale, cutanée, urinaire ou digestive. (12). Lord Thomas Horder, médecin de la reine Victoria, après avoir analysé une série de 150 cas mit l'accent sur la préexistence constante d'une atteinte cardiaque valvulaire acquise ou congénitale, sur l'importance d'une porte d'entrée orale ou intestinale ou cutanée, sur l'origine le plus souvent streptococcique de l'infection. (13)

Les premiers essais thérapeutiques, avec quelques possibilités de succès, eurent lieu en 1935 avec les sulfonamides, des composés synthétiques utilisés dans des infections cutanées ou générales. Quelques rémissions transitoires furent observées mais l'évolution de

l'endocardite d'Osler demeurait irréversible avec plus de 80% de décès.

Cinq faits majeurs marquent profondément l'histoire de l'endocardite infectieuse, la maladie d'Osler

- A partir de 1905, la pratique courante des **hémocultures** dans les états fébriles chez les patients à risque infectieux, particulièrement chez des cardiaques atteints de lésions valvulaires ou de cardiopathies congénitales, a facilité son diagnostic (14). Ces examens ont un rôle clé, primordial pour un dépistage précoce et la mise en œuvre d'un traitement efficace. Leur intérêt avait été souligné dès la fin du XIX^e siècle. Surtout à l'ère des antibiotiques, les hémocultures permettent l'étude de la sensibilité du germe au traitement prescrit, en déterminant la concentration minimale efficace pour chaque antibiotique. C'est l'examen décisif pour l'éradication de l'infection et la guérison.

- **L'échocardiographie** a pris une place de premier plan pour le diagnostic des endocardites infectieuses et de leurs complications. La détection de masses appendues sur les structures valvulaires, sessiles ou pédiculées, fut une avancée capitale. La technique initiale unidimensionnelle, en mode *Time Motion*, transthoracique n'avait à ses débuts qu'une sensibilité de 50 à 60 % et seules les végétations volumineuses étaient détectées (15). A partir des années 80, la pratique des échocardiographies bidimensionnelles et transoesophagiennes multiplanes, capables de mettre en évidence des végétations de taille réduite, permet de préciser le diagnostic avec une sensibilité de 90% et une spécificité de plus de 95%. Ces

techniques permettent de mieux localiser les végétations, de préciser leur taille, leur siège exact, leur mobilité et de détecter rapidement des complications, telles la formation d'abcès péri annulaires ou le descellement partiel de valves prothétiques (16-17-18). On peut effectuer ainsi un bilan exact des mutilations valvulaires et du degré d'atteinte de la fonction ventriculaire.

- A la fin de la seconde guerre mondiale, **la découverte de la pénicilline** et son utilisation a ouvert une ère nouvelle dans l'histoire de l'endocardite infectieuse, transformé son évolution et enfin permis des guérisons. Au début, l'industrie pharmaceutique ne mettait à la disposition du corps médical que de doses faibles de pénicilline et on réutilisait des formes de cet antibiotique extraites de l'urine pour les réadministrer (19). En 1944, Loewe et col rapportèrent la guérison de sept patients traités par 200.000 unités par jour de pénicilline en association à de l'héparine. L'efficacité de cet antibiotique fut confirmée pour des doses allant de 100.000 à 500.000 unités par jour, administrées par voie intramusculaire et quelquefois intraveineuse. (20). Avec le temps la pénicilline fut purifiée, utilisable à fortes doses pendant des périodes prolongées avec efficacité et sécurité. Le traitement antibiotique actuel, guidé par la recherche de la sensibilité aux antibiotiques du germe en cause doit être bactéricide, précoce, prescrit à posologie élevée et prolongé afin d'assurer au mieux l'élimination des germes en cause. Un large éventail d'antibiotiques est aujourd'hui à la disposition du corps médical dont l'efficacité doit être évaluée sur la courbe de température, les hémocultures, les données du laboratoire, la concentration minimale efficace des antibiotiques prescrits seuls ou en association.

- **Le traitement chirurgical joue actuellement un rôle majeur.** Il permet de faciliter l'éradication du foyer infectieux et de corriger les lésions valvulaires. Pour les patients atteints de lésions valvulaires mutilantes ou dans les cas de descellement de prothèse, le traitement anti-infectieux ne peut à lui seul entraîner la guérison et le recours à la chirurgie est indispensable.

Ses débuts, dans l'endocardite infectieuse, se situent en 1952 quand Hufnagel et *col* placèrent une valve en plexiglas dans l'aorte descendante pour traiter une insuffisance aortique après stérilisation des lésions par un traitement antibiotique efficace prolongé (20). En 1965, Wallace AG effectua le premier remplacement valvulaire orthotopique avec succès chez un patient encore fébrile pour une endocardite toujours active (22). Les indications chirurgicales se sont alors multipliées, le traitement médical stérilisant et guérissant l'endocardite, la chirurgie permettant le remplacement des valves mutilées, la refixation des prothèses, le traitement des régurgitations volumineuses, des abcès péri annulaires mitraux ou péri aortiques. (23)

- Chez les patients à risque, atteints de cardiopathies valvulaires, de cardiopathies congénitales ou porteurs de prothèses valvulaires, des progrès remarquables dans **la prévention des endocardites** sont survenus, depuis plus de vingt ans. L'éradication préventive des foyers infectieux, bucaux, digestifs, cutanés etc. est indispensable. Une antibio-prophylaxie s'impose : ses règles et ses modalités sont bien fixées par les Recommandations des Sociétés savantes.

Références

- 1 - Osler W The Gulstonian Lectures on malignant endocarditis, BR Med J 1885 1-1467-70, 522-6-577-9).
- 2 - Bouillaud JB - Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux Baillière Ed 1824 169.
- 3 - Lancisi GM Subitaneus Mortibus, Venice : Poleti, 1708, p. 225.
- 4 - Burns A Observations on some of the most important diseases of the heart Ed Bryce, Edinburgh 1809.
- 5 - Corvisart JN Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des vaisseaux, Ed Mignret 1806.
- 6 - Kirkes WS On some of the principal effects resulting from the detachment of fibrinous deposits from the interior of the heart and their mixture in the circulating blood Trans Med Chir Londres 1852, 35, 2816 -9.
- 7 - Winge E Mycosis endocarditis, Hyg Med Farm Man 1870, 32, 172-5.
- 8 - Klebs E.Uber operative Verletzungen der Herzklappen und deren Folgen Prag Med Wchchr 1876 1, 29-36.
- 9 - Rosenbach C Artificial insufficiency of heart valves created by O. Rosenbach in 1878 cité par Zarcho in, Am J Cardiol 1967, 19, 850-3.
- 10 - Osler W Chronic infectious endocarditis Arch Med 1881, 5 , 44-68.
- 11 - Schottmuller H. Endocarditis lenta, Munch Med Wochenschr, 1903, 20-849 59.
- 12 - Libman E and Celler HL The etiology of subacute infective endocarditis Am J Med Science 1910, 140, 516-27.
- 13 - Horder, WT, Observations upon the importance of blood culture with an account of the technique recommended Practitioner 1905, 75, 611622.
- 14 - Gatepois A Notes on the early history of infective endocarditis, Medical History 1996,48,25-94.
- 15 - Mintz G, Katler MN, Segal B Comparison of two dimensional and M Mode echocardiography in the evaluation of patients with infective endocarditis Am J Cardiol 1979, 43, 738-744.
- 16 - Stewart JA, Slimperi D. Harris J and al Echographic documentation of vegetative lesions in infective endocarditis Circulation 1980, 61,374-80.-17-Erbel R, Rohman S, Drexler Improved diagnostic value of echography in patients with infective endocarditis by transoesophageal echocardiography Eur Heart J 1988, 9, 43-53.
- 18 - Curie PJ Trans oesophageal echocardiography a new window to the heart Circulation 1989, 80, 215-17).
- 19 - Gray I. Infective endocarditis 1937-47, British Heart J 1987, 57, 211-3).
- 20 - Loewe L, Rosenblatt P, Greene HJ, Combined penicillin and heparin therapy of subacute bacterial endocarditis Bull NY Acad Med 1946 22 ? 270-12.
- 21 - Hufnagel CA,Harvey WP, Rabil PJ. Surgical correction of aortic insufficiency, Surgery 1954, 35 : 673-83).
- 22 - Wallace AG, Young WG, Osterout S, Treatment of acute bacterial endocarditis by valve excision and replacement Circulation 1965 31, 450-3.
- 23 - Cabrol C, GrandbajkhchI I, Pavie A, Leger P, Bors V Leger P et al Approach of advanced aortic root infection, J Cardiac Surgery 1990, 5, 48-52).

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

*Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de
quinze médecins généralistes en Haute-Normandie*

Dr DÉCULTOT Cécile

Interne en médecine générale, Faculté de Rouen

Pr HERMIL Jean-Loup

PU-MG ; Faculté de Rouen

Dr BALEIZAO Sébastien

Médecin généraliste – Saint-Crespin (76590)

Résumé

La bientraitance est une notion relativement nouvelle ayant vu le jour dans le milieu socio-éducatif. Elle s'est peu à peu étendue à l'ensemble du secteur médical, jusqu'à faire l'objet de recommandations par l'Anesm en 2008. L'objet de cette étude était d'analyser comment la bientraitance pouvait s'appliquer dans le domaine de la médecine générale lors de la prise en charge des patients suivis à domicile. Nous avons donc réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes installés en Haute-Normandie. Quinze entretiens ont été réalisés, enregistrés, retranscrits puis analysés. Les résultats mettent en évidence des organisations très différentes suivant les médecins pour la réalisation des visites. Il s'agit le plus souvent de visites de renouvellements chez des personnes âgées ou démentes. La bientraitance est un concept assez peu connu des médecins généralistes mais qui a une valeur intuitive forte. Les points essentiels de la prise en charge bien-traitante du patient au domicile sont une meilleure

gestion de la vie quotidienne, une relation médecin-malade forte basée sur l'écoute, un travail d'équipe avec les différents intervenants et l'entourage de la personne. Cependant, le manque de temps, la difficulté parfois de respecter les volontés du patient et la mise en place d'aides à domicile peuvent être la source d'un vrai manque de bientraitance pour le malade. Quelques pistes d'amélioration ont été proposées par les médecins comme une formation des étudiants plus axée sur l'écoute, l'amélioration de l'organisation des visites afin de dégager du temps, trouver des outils pour favoriser la communication entre les différents acteurs ou encore augmenter les aides auprès de l'entourage des patients. Cependant, la bientraitance est une démarche réflexive qui ne doit pas devenir normative. Elle nécessite d'être capable de remettre régulièrement en question ses propres pratiques, afin de recentrer la prise en charge autour du bien-être du patient. Ce concept ne se limite pas simplement aux visites à domicile, et doit pouvoir trouver sa place dans la prise en charge de n'importe quel patient suivi en médecine générale.

Introduction

La « Bientraitance » est un concept récent qui est apparu en France il y a maintenant plusieurs années. Ce néologisme a vu le jour dans le milieu socio-éducatif au milieu des années 90. En effet, suite à différents rapports sur les conditions de prise en charge des enfants dans certaines pouponnières et crèches, Simone Veil, alors ministre de la santé, instaure le comité de pilotage de « l'opération pouponnières »,

sous l'égide de l'action sociale. Devant la difficulté des situations rencontrées, le terme de « bientraitance » est alors créé. L'objectif était alors pour D. Rapoport (1), co-fondatrice de l'association « Bientraitance, formations et Recherches », de respecter la continuité du développement de l'enfant et de l'aider à construire son identité en faisant émerger les compétences et les ressources propres à chaque acteur du passage en pouponnière (parents, professionnels, enfants...). Par la suite, le concept de bientraitance se développe dans d'autres secteurs, jusqu'à trouver sa place dans le domaine médical.

Dans les années 2000, plusieurs études ont été menées dans différents milieux institutionnels, mettant en évidence un nouveau type de maltraitance : les « maltraitements ordinaires ». Le terme « ordinaire » signifie ici quotidien, banal. Ces différentes études et, notamment, l'enquête réalisée en 2009 par C. Compagnon et V. Ghadi (2), vont servir par la suite aux travaux de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

En 2008, l'Anesm fait paraître de nouvelles recommandations pour la pratique professionnelle, s'intitulant : *Bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre* (3). Dans ce texte, la bientraitance est décrite comme une « culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance ». Les principes fondamentaux en sont :

- une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité,

- une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes,
- une valorisation de l'expression des usagers,
- un aller-retour permanent entre penser et agir,
- une démarche continue d'adaptation à une situation donnée.

En 2010, la HAS mettra la bientraitance au cœur des dispositifs d'évaluation et d'amélioration du secteur médico-social, en l'intégrant directement au manuel de certification V2010 (4).

Trois ans plus tard, l'Anesm prolonge la réflexion en menant une enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile (5, 6).

Cependant, aucune étude n'a, jusqu'à présent, étudié le rôle du médecin généraliste lors de la prise en charge des patients suivis à domicile.

L'objectif de l'étude est donc d'analyser comment les médecins généralistes appliquent la bientraitance lors de la prise en charge de cette population. Il s'agit ainsi d'établir un état des lieux de la connaissance du concept de bientraitance par les médecins généralistes, d'étudier la façon dont elle peut s'appliquer lors de la prise en charge des patients vus à domicile, d'en appréhender les limites et de recueillir l'avis des médecins généralistes sur de potentiels outils ou formations afin de promouvoir la bientraitance.

Méthode

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. N'ayant que peu de données sur l'application de la bientraitance en médecine

générale, nous avons décidé d'interroger directement les médecins généralistes. Le choix de la prise en charge des patients à domicile a permis de cibler une population plus âgée, le plus souvent en perte d'autonomie. Les critères d'inclusion des praticiens étaient d'être médecin généraliste installé en libéral en Haute-Normandie et de réaliser des visites à domicile. Afin d'avoir une population assez diversifiée, nous avons choisi des critères supplémentaires tels que l'âge, le sexe, la durée d'installation, le milieu d'exercice (rural, urbain, semi-rural) et le nombre de visites par semaine. Nous avons donc réalisé des entretiens semi-dirigés dont le déroulement était préparé à l'aide d'un guide d'entretien comportant des questions ouvertes, associé à une grille de relance et élaboré à l'aide des données de la littérature. Afin de recueillir les propos exacts des personnes interrogées, les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone. Ces derniers ont ensuite été retranscrits puis analysés à l'aide du logiciel Nvivo 11. Afin de ne pas oublier de verbatims, l'ensemble des entretiens ont été codés par deux personnes différentes.

Résultats

Les entretiens ont été menés du 30 novembre 2016 au 30 mars 2017, jusqu'à saturation des données. Quinze médecins ont été inclus dans l'étude. Huit hommes et sept femmes ont été interrogés. Quatre d'entre eux exercent en milieu urbain, 4 en semi-rural et 7 en rural. Cinq ont entre 30 et 40 ans, 5 entre 41 et 50 et 5 ont plus de 51 ans. Six sont installés depuis moins de 10 ans et 5 depuis plus de 20 ans. Cinq d'entre eux réalisent moins

de 5 visites par semaine, 6 en réalisent entre 5 et 10 et 4 médecins en font plus de 10 par semaine.

Un concept peu connu

Très peu de médecins dans l'étude avaient déjà entendu parler de la bientraitance. Certains avaient assisté à des formations de gériatrie ou de pédiatrie lors desquelles la notion était présentée. Pour d'autres, ce concept avait déjà été vaguement évoqué par des collègues. Donner une définition précise de la bientraitance n'a pas été un exercice facile pour la plupart des participants de l'étude. Pour certains, elle consiste tout d'abord à soigner le patient, à ne pas lui nuire, tout en veillant à la qualité des soins. Certains y voient le fait d'apporter une attention supplémentaire au patient. La bientraitance consisterait alors à prendre en charge de façon globale le patient en allant au-delà de la prise en charge médicale pure et en ayant pour but le bien-être du malade.

Les attitudes bien traitantes

Certains médecins voient la visite à domicile comme un premier pas vers la bientraitance, notamment pour les patients isolés.

Les médecins ont ensuite décrit différents comportements perçus comme bientraitants, tels que : annoncer son passage, dire bonjour, se présenter au patient, prendre le temps de s'installer en enlevant son manteau et en s'asseyant, se mettre à hauteur du malade pour s'adresser à lui, l'aider à s'habiller ou au contraire encourager son autonomie... Pour les participants, l'un des points essentiels du comportement bientraitant est le respect, notamment celui du patient et de son intimité.

Certains médecins voient également la bienveillance comme le fait de s'assurer que le patient est bien traité dans son environnement et dans sa vie quotidienne. La visite à domicile présente alors, pour eux, l'intérêt majeur de permettre une prise en charge sociale plus adaptée au patient, en se rendant plus facilement compte de ses difficultés au quotidien.

Les participants de l'étude ont décrit une relation beaucoup plus proche avec les malades suivis à domicile, souvent favorisée par le fait de connaître le malade depuis plusieurs années.

L'écoute du patient est alors un point fort de la relation médecin-malade et dans la bienveillance du patient. Pour les médecins, il faut être capable de prendre le temps de discuter avec les patients, d'autre chose que de leur santé (leur quotidien, leur famille...). Pour plusieurs participants, l'écoute peut également permettre une meilleure compréhension des attentes des patients. Cependant, cette attitude d'écoute demande au médecin d'être disponible physiquement mais aussi psychologiquement.

Le rôle de l'entourage et des différents acteurs de la prise en charge du patient à domicile

Pour une bonne prise en charge des patients à domicile, connaître l'entourage du patient est un élément important. Celui-ci peut se révéler une aide précieuse, notamment dans certaines situations, comme lorsque le patient a des difficultés à s'exprimer, pour mettre en place des aides, pour convaincre le patient d'une institutionnalisation ou, au contraire, pour éviter une hospitalisation. Cependant, plusieurs médecins ont regretté, dans quelques cas, une famille absente ou des

conflits familiaux, compliquant parfois la prise en charge. Certaines familles sont parfois réellement maltraitantes avec le patient. Pour l'un des médecins, ces dernières situations relèvent plutôt de malades qui sont eux-mêmes maltraitants avec leur propre entourage, entraînant de la violence en retour. L'un des points d'attention de la prise en charge du patient à domicile est donc, pour quelques médecins, de veiller à la bientraitance et au bien-être de l'entourage (en augmentant, par exemple, les places d'accueil de jour pour soulager l'entourage). Pour les participants de l'étude, la bientraitance du patient à domicile concerne l'ensemble des acteurs intervenant auprès de lui. Avoir de bonnes relations avec eux est donc un élément important de la prise en charge. Pour la plupart des médecins, la communication se fait aisément avec les différents intervenants. Un cahier de suivi est parfois mis en place chez les patients afin de faire le lien entre les différents acteurs. La notion de réseau est alors essentielle, permettant, par exemple, d'organiser les hospitalisations directement avec les services pour éviter les passages aux urgences.

Les limites de la bientraitance

Lorsque la question des limites de la bientraitance a été évoquée, plusieurs médecins se sont attardés sur les aides à domicile. En effet, la mise en place des aides à domicile peut être vécue comme une réelle violence faite au malade. Pour certains médecins interrogés, les aides à domicile peuvent être une réelle source de non-bientraitance (incompétence, manque de respect de l'intimité du patient, non-respect du secret médical...). L'organisation des services d'aides a également été critiqué du fait d'un *turn over* trop important du

personnel et de l'organisation même du système d'aide qui fait du patient un objet de convoitise.

Concernant leur propre pratique, la plupart des médecins ont reconnu parfois manquer de bientraitance. Cela peut se révéler, par exemple, en étant moins à l'écoute, plus intrusif, plus technique ou en faisant de la « médecine vétérinaire ». Certains médecins ont même reconnu se montrer parfois réellement agressif avec le patient. Ceci était souvent favorisé par un manque de temps, la route, des visites non justifiées ou encore la situation personnelle du médecin.

La principale cause du manque de bientraitance reste le manque de temps. Certains médecins ont d'ailleurs reconnu se limiter dans la prise en charge des malades. Cependant, l'enjeu d'être à l'heure est vécu comme une réelle source de stress par certains médecins.

D'autre part, les conditions de travail difficiles au domicile (manque d'équipement, difficultés à mobiliser le patient, *etc.*) sont également une source de non-bientraitance.

Une frontière entre bientraitance et maltraitance difficile à situer

La limite entre bientraitance et maltraitance n'est pas toujours facile à situer, notamment lorsqu'il s'agit d'imposer des choses au patient ou au contraire de respecter son choix. La question est donc de savoir jusqu'où la bientraitance doit nous amener à respecter les décisions du patient, par exemple dans le cas d'institutionnalisation ou pour la mise en place des aides à domicile. Le médecin est parfois amené à prendre des décisions difficiles pour lui afin de respecter le choix du patient.

Pour quelques participants de l'étude, il est parfois nécessaire de manquer de bienveillance comme en imposant ses propres décisions dans des situations d'urgence, en se montrant intrusif ou en institutionnalisant le patient. Cependant, plusieurs médecins ont décrit un véritable mal-être lorsqu'ils ont dû manquer de bienveillance « par obligation ».

Les pistes d'amélioration de la bienveillance

La plupart des médecins ont déclaré ne pas voir l'intérêt de formations sur ce concept. Pour certains, la bienveillance s'acquiert avec le temps et l'expérience, auxquels s'ajoute la propre personnalité du médecin. Un des médecins a proposé une réelle révolution de la formation des étudiants en médecine, actuellement basée uniquement sur l'interrogatoire des patients. Pour lui, les médecins doivent tout d'abord apprendre à écouter. Par ailleurs, l'un des médecins a proposé de prendre un contact de façon systématique avec l'entourage et les intervenants au début du suivi du patient à domicile. Cette démarche permettrait de fixer un objectif commun de prise en charge, de suivre son évolution avec l'ensemble des acteurs, tout en facilitant la communication entre eux.

Certains médecins ont proposé de systématiser le cahier de suivi qui permet une meilleure prise en charge du malade et d'être un outil de communication avec les différents intervenants. Mais, pour la plupart d'entre eux, il n'y a pas d'intérêt à développer des aides supplémentaires, car cela reviendrait à cumuler trop d'outils.

L'idéal serait, pour la majorité des médecins interrogés, de pouvoir prendre son temps. Quelques médecins

souhaiteraient trouver un moyen d'améliorer l'organisation de leur circuit de visites afin de gagner du temps. L'un des médecins suggérait ainsi de ne se déplacer que sur demande des infirmiers.

Pour quelques médecins, l'un des véritables enjeux de la bientraitance se trouve dans le soutien apporté aux aidants. Il faudrait augmenter les aides possibles à leur égard comme les accueils de jour et faire un véritable travail de pédagogie auprès d'eux afin qu'ils puissent mieux appréhender la maladie.

Il faut cependant, souligner que l'un des médecins a exprimé le fait de ne pas voir l'intérêt de la bientraitance, voire de trouver cela « chiant ». Un autre participant s'est posé la question de savoir s'il était vraiment nécessaire de faire de la bientraitance un concept.

Discussion

Un besoin de normalisation de la relation de soins

Ce qui ressort de ce travail est le sentiment d'un besoin d'une relation « normale » avec le patient. La bientraitance passerait tout d'abord par des comportements (être humble, naturel...) et des gestes simples (enlever son manteau, s'asseoir...), qui rendraient son humanité à cette relation soignant-soigné. On retrouve cette idée dans l'article de M. Spranzi dans le livre *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* (7) : « la relation soignante avant d'être une relation de soin est une relation où valent les règles des relations humaines ordinaires ». Ceci a également été mis en avant par P. Karcher dans l'ouvrage *Faut-il avoir peur de la bientraitance ?* (8). Pour cet auteur, il ne sert à

rien de parler de dignité et de droits de la personne si on ne se conduit pas « normalement », « habituellement » avec elle.

Un autre élément mis en évidence par l'étude réalisée est que l'un des piliers de cette relation est l'écoute du patient. Dans les documents de promotion de la bientraitance, il est décrit que cette posture d'écoute doit faire partie intégrante du savoir-être du soignant. Cependant, on peut regretter que dans ces textes, il est principalement question « d'écoute des besoins » (6), « d'écoute active envers les requêtes » (3) ou « d'écoute et de recueil des attentes » (4). Pour les médecins interrogés, il ne s'agit pas de parler uniquement de la santé des patients mais, au contraire, de parler de leur vie quotidienne, de discuter simplement d'autre chose. Cette idée rejoint le point de vue de J-M Longneaux (9) sur la bientraitance. Le but étant, pour lui, de promouvoir, à travers le soin ou toute autre relation, l'autre comme sujet. Il faut, selon lui, s'adresser tout simplement au patient comme à quelqu'un qui est le point de départ de sa vie (au lieu d'être l'objet de soins).

Un travail d'équipe indispensable

Un autre point essentiel de la prise en charge bien-traitante des patients à domicile est le travail d'équipe avec les différents intervenants auprès du malade. Pour R. Moulias (10), la bientraitance doit passer par le partage d'informations et des temps de concertations. Comme le rappelle D. Rapoport, la bientraitance initialement s'écrivait avec un trait d'union, porteur de beaucoup de sens : « Le trait d'union du terme prend tout son sens dans une volonté de transversalité et d'approches pluridisciplinaires » (11).

Afin d'améliorer la bienveillance des patients, certains médecins proposent de prendre un contact de façon systématique, avec l'entourage, personnel et professionnel du malade, en début de suivi. Le but étant de fixer un objectif commun de prise en charge, d'en suivre l'évolution et d'améliorer la communication entre les différents acteurs. Cela rejoint ce qui normalement est pratiqué par les services à domicile sous la forme d'un projet individualisé de soins (5). L'un des freins à l'organisation et à la réalisation de ce type de projet pourrait être le temps nécessaire. Cependant, on pourrait tout à fait imaginer mettre en place ce type de démarche dans une maison de santé pluridisciplinaire. En effet, des réunions régulières, avec les différents intervenants, au sujet des patients suivis à domicile seraient probablement plus efficaces que l'utilisation de cahiers de liaison, pas toujours lus ou remplis.

Le fait de prendre un contact systématique avec les proches du patient, au début de la prise en charge, pourrait permettre de créer un réel lien avec eux et de les impliquer dans la réalisation du projet de soin. D'après l'étude menée par l'Anesm auprès des services d'aides à domicile (6), 80% des signalements de maltraitance, selon les déclarations des services, sont le fait de l'entourage. Ceci est le plus souvent lié à la non connaissance de certains savoir-faire ou encore un épuisement de l'aidant. Impliquer l'entourage dans la réalisation du projet de soin et dans son suivi permettrait également de voir comment soulager au mieux les proches, en proposant, par exemple, des hôpitaux de semaines ou des accueils de jour lorsque la charge devient trop lourde. Ceci pourrait permettre également un réel travail de pédagogie auprès de la famille afin

d'expliquer la maladie, ses conséquences et la prise en charge nécessaire.

La bientraitance, un enjeu économique

Durant les entretiens, une majorité des médecins ont malgré tout reconnu ne pas toujours être bien traitant avec le patient. Pour R. Moulias (8), « on doit toujours craindre que ce soit au moment où un professionnel ou une équipe se proclament eux-mêmes « bien traitants » que commence la maltraitance. ». Plusieurs causes à la non bien traitance ont été évoquées, avec, en premier lieu, le manque de temps. Quelques médecins pensent qu'une optimisation de l'organisation des visites serait un gain de temps mais peu de médecins ont proposé des changements concrets. Par ailleurs, derrière la question du temps, se trouve souvent cachée la question financière. Pour J-M Longneaux (9), la question économique est l'un des trois principaux freins à une organisation bien traitante, avec la science et le juridique. Selon lui, la bien traitance ne doit pas être le synonyme de « bien faire son travail, sans perdre de temps et sans prendre de risque ». Faudrait-il alors envisager une revalorisation du tarif de la visite à domicile, incitant ainsi les médecins à y consacrer plus de temps ? Lors des entretiens, la question de la rémunération n'a pas été évoquée, le manque de temps étant plutôt dû à une charge de travail trop importante au cabinet.

Le manque de temps engendre également un manque de bien traitance pour le médecin en étant une source de stress. À cela s'ajoutent toutes les « petites » causes d'énervement du médecin : (la route, les visites non justifiées, les patients trop exigeants...) ainsi que des conditions de travail difficiles au domicile (conditions

d'hygiène du logement, difficulté technique d'examiner les patients, manque d'équipement...). Se pose alors la question suivante : comment peut-on être bientraitant si l'on n'est pas soi-même bientraité ? La bientraitance des patients ne doit alors pas devenir un facteur supplémentaire de maltraitance des médecins.

Aides à domicile et bientraitance

Lorsqu'il a été question de manque de bientraitance, les médecins se sont souvent attardés sur la problématique de la mise en place des aides à domicile. L'une des difficultés principales est le fait de faire accepter ces aides par le patient. Sur ce point R. Moulias (10) rappelle que la bientraitance n'est pas d'ignorer la violence que représente la situation de dépendance. La mise en place des aides serait donc, par nature, non bientraitante. Le professionnel doit alors aborder la personne avec la conscience de ce que cette violence peut représenter. Ainsi, la bientraitance serait d'atténuer la violence de la situation mais non de l'abolir.

Les entretiens ont également mis en avant un manque de compétence de la part des aides à domicile et une organisation des systèmes d'aides engendrant un *turn over* du personnel trop important. Pour certains médecins, l'organisation des services d'aides fait du patient un objet de convoitise, le malade perd alors son statut de sujet et ne redevient qu'un « objet de soin » (9). Il serait donc intéressant d'approfondir la réflexion sur la formation des aides à domicile, de nombreuses aides à domicile exerçant encore sans diplôme. De même, une réflexion sur l'organisation des services d'aide qui peut sembler assez complexe (association, service publique, société privée à but lucratif,

embauche au gré-à-gré...(12)), pourrait être intéressante.

Le respect du choix du patient

L'un des sujets qui a donné lieu à plus de débats autour de la bientraitance est de savoir jusqu'où le médecin doit aller pour respecter le choix du patient.

Pour certains médecins, le respect des choix et du mode de vie du patient fait partie intégrante de la prise en charge bientraitante. Ceci rejoint les recommandations autour de la bientraitance qui cherchent à donner une réalité à la liberté des choix du patient (3). Dans la pratique, cela ne semble pas aussi simple. La difficulté se pose surtout pour le maintien à domicile des patients. Pour cela, les médecins sont parfois obligés de laisser les patients dans des situations qu'ils estiment dangereuses. Un maintien à domicile dans de bonnes conditions nécessite souvent de changer les habitudes du patient et de mettre en place des aides humaines mais aussi techniques. Pour P. Karcher (8), la bientraitance est ce qui permet, en partie, de « lever la distorsion qui existe entre les recommandations et le travail réel ». Il s'agit de faire face aux contradictions entre ce que veut la personne, ce que désire la famille, ce qui peut être fait et ce qu'il est recommandé de faire tout en maintenant la sécurité et la liberté du patient. Cette problématique devient encore plus complexe lorsqu'il s'agit de patients présentant des troubles cognitifs. Dans les recommandations, lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure d'exprimer des choix, il est recommandé de s'appuyer sur les proches (3). Encore faut-il que les proches soient en accord avec les choix du patient. C'est alors que le soignant doit devenir, selon

J-M Longneaux (9), « le tuteur de la subjectivité » du malade.

Quel cadre donner à la bientraitance ?

Durant les entretiens, un médecin a soulevé une question qui fait souvent débat lorsqu'il est question de bientraitance : Existe-t-il un intérêt à conceptualiser la bientraitance ? L'un des premiers arguments évoqués contre la bientraitance est que, par définition, le soin est « bien-traitant », la conceptualisation n'aurait donc pas d'intérêt (13, 14). Or, c'est bien le contraire qu'a exprimé l'un des médecins durant l'entretien. Ce dernier préfère, lors de la prise en charge de ses patients à domicile, se contenter de « simplement » faire son travail de professionnel, sans y apporter ce « petit plus » que représente la bientraitance. Il existerait donc bien un « au-delà du soin ».

La bientraitance a également l'avantage de libérer la parole des soignants. Elle permet de verbaliser les difficultés qui peuvent être rencontrées tout en évitant le terme de maltraitance. C'est alors « amener les gens à faire mieux, sans les stigmatiser »(8). De plus, elle permet de faire le lien entre ce qui peut être recommandé dans la prise en charge d'un patient et ce qui est fait dans la réalité. Elle permet donc de valoriser le « travail réel » en mettant en avant le bon sens (8).

D'un autre côté, la bientraitance risque, pour certains auteurs, d'être le « vecteur de nouveaux carcans évaluatifs » (10, 13, 14). En effet, le risque en imposant des règles absolues de bientraitance est de mettre en échec les soignants. D'autant plus qu'il serait illusoire de penser pouvoir être toujours bien-traitant envers les patients. La bientraitance ne doit donc pas devenir un

nouveau facteur de maltraitance des soignants. Pour R. Moulias (10), le concept de bientraitance doit être conservé comme une finalité qui sous-tend en permanence la « prise en soin » de la personne dépendante. Il met donc en garde contre cette volonté de mesurer la bientraitance et le danger de se proclamer bientraitant. Il ne faut donc surtout pas aborder la bientraitance comme une liste de mesures normatives, mais au contraire comme une notion, une dynamique visant à amener la réflexion (15). Ainsi, pour P. Svandra à travers la perte du trait d'union de la bientraitance, nous sommes passé d'un processus réflexif à une norme imposable (13).

En médecine générale, il n'existe pas de normes ni de recommandations sur la bientraitance. Pourtant l'idée de bientraitance semble faire partie des compétences des médecins généralistes, sans forcément être nommée ainsi. La bientraitance paraît donc un concept intéressant à approfondir dans le domaine de la médecine de ville, en gardant son abord réflexif, sans tomber dans la « protocolisation » des soins. Elle doit être vue comme un moyen de prendre conscience de ses actes, de s'interroger sur sa pratique et le sens de son action et non comme un objectif final en soi. Ce concept pourrait ainsi avoir toute sa place lors de groupes d'échanges de pratique. La démarche pourrait également être intéressante dans les maisons de santé pluridisciplinaires, en faisant des points réguliers sur les patients suivis par les différents membres de l'association. Cela permettrait d'échanger les différents points de vue des intervenants et d'adapter au mieux la prise en charge au patient.

L'enseignement de la bientraitance

Lors de la réflexion autour de l'amélioration de la bientraitance, la majorité des médecins ont estimé que des formations autour de ce concept n'auraient pas d'intérêt. Seul l'un d'entre eux souhaiterait « révolutionner » la formation médicale, pour l'axer sur l'écoute des patients et non sur l'interrogatoire. Il ne s'agirait donc pas de formation à la bientraitance à proprement parler, mais de développer, chez les étudiants, certaines compétences se rapportant à ce concept. Pour R. Moulias (11), la formation à la bientraitance passe plutôt par une déontologie exigeante qui doit être enseignée et respectée. Mais au-delà d'un enseignement déontologique, pour lui, la bientraitance est de savoir remettre régulièrement en question ses pratiques, sans se décourager, afin de ne pas tomber dans la routine. Dans son étude, P. Karcher (8) met en évidence que la bientraitance est un savoir indispensable mais qui n'est pas systématiquement apporté par l'apprentissage du métier et qui se base sur la notion de « bon sens ». Ce savoir existerait, selon lui, à l'état naturel chez certaines personnes et pourrait ne pas apparaître chez d'autres. La bientraitance serait donc une compétence plus qu'une qualification, qui se situe au carrefour de la formation professionnelle, de la situation de travail et des expériences de vie du soignant. Ceci rejoint les propos tenus par certains médecins dans mon étude. Tout l'enjeu de formations autour du concept de bientraitance serait donc de réussir à promouvoir cette culture de la bientraitance et la démarche réflexive qu'elle nécessite, sans tomber dans une série de mesures normatives. Sensibiliser les étudiants à la démarche de relecture des pratiques tout au long des études pourrait

être envisagée lors de groupes d'échanges de pratique par exemple.

Pour aller plus loin

Pour approfondir le sujet, la réalisation de focus groupes pourrait être intéressante. Certains médecins ont, en effet, manifesté leur envie de confronter leurs idées à celles d'autres personnes. Cependant cette méthode aurait pu empêcher certains participants de s'exprimer librement. Il aurait également été intéressant d'interroger directement les patients et leur entourage afin de recueillir leur avis sur la bientraitance. Quelques médecins se sont interrogés sur le fait d'avoir ciblé les populations vues à domicile et ont parfois proposé d'autres thèmes. L'objectif de ce choix était de s'intéresser aux patients âgés, en perte d'autonomie. Mais effectivement, la bientraitance touche de nombreux domaines. Les patients semblent de plus en plus demandeurs de cette démarche de bientraitance de la part des soignants. Par exemple, l'un des domaines qui semble effectivement au cœur de la polémique actuelle chez les patients est tout ce qui touche à la gynécologie et l'obstétrique. Les champs d'application de la bientraitance semblent sans limites. Notre société évolue et certains domaines nécessitent une réelle réflexion. Nous sommes maintenant loin du paternalisme médical.

Conclusion

La bientraitance est un néologisme récent, très peu connu des personnes interrogées lors de cette étude, mais dont la signification intuitive est forte et semble évidente. Il existe de nombreuses pistes d'amélioration

de son application dans le domaine de la médecine générale. Il faut cependant rester prudent et ne pas tomber dans une normalisation, une standardisation de la bientraitance qui risquerait d'engendrer la maltraitance des soignants. Ce concept doit rester une démarche réflexive visant une amélioration du bien-être du patient. Il faut également encourager le travail d'équipe, que ce soit avec les différents intervenants ou la famille, afin que cette réflexion soit une démarche collective. Le questionnement autour de la bientraitance pourrait, par exemple, s'intégrer dans la dynamique des maisons de santé pluridisciplinaires. La médecine générale étant riche et variée, il serait intéressant d'étudier la place de ce concept dans la prise en charge des patients au cabinet de façon générale, des patients obèses, des patients antipathiques ou dans la prise en charge gynécologique en ville. La bientraitance étant un concept nouveau, aux limites encore floues, notamment en médecine générale, il ne tient qu'à nous en tant que soignant de nous l'approprier afin d'en faire une démarche de réflexion visant l'amélioration du bien-être du patient.

BIBLIOGRAPHIE

DECULTOT C. Comment les médecins généralistes appliquent-ils la bientraitance lors des visites à domicile ? [Thèse d'exercice]. Université de Rouen, faculté de médecine ; 2017 ; 154 p.

1. **RAPOPORT D.** Sous l'éclairage de la « bien-traitance » envers l'enfant : quelle prévention de la maltraitance aujourd'hui ? *Contraste*. 15 nov 2012 ; (26) : 259-73.

2. **COMPAGNON C, GHADI V,** Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA / com. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. étude sur la base de témoignages. Saint-Denis la Plaine : Haute Autorité de Santé ; 2009.

3. Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (A.N.E.S.M.). Saint-Denis. FRA. La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre. Saint-Denis : ANESM ; 2008. (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; Juillet 2008.).
4. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Manuel de certification des établissements de santé. V2010. Version juin 2009. 2009, 99 p.
5. Agence Nationale de L'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.). Saint-Denis. FRA. Analyse nationale du questionnaire 2013 (volet 1) : Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile. 2014 p. 108.
6. IMBERT F, POLESIS H, CLAPPIER P, GAUDEL M, CHALMETON P, LECLERC C, et al. Enquête qualitative (volet 2) sur la bientraitance des personnes âgées accompagnées par les services à domicile. 2014 164 p.
7. SPRANZI M. Humanité et maltraitance ordinaire : leçons de quelques lettres de plainte de patients hospitalisés-CRIGNON-DE OLIVEIRA C., GAILLE M. In: Qu'est-ce-qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques. Paris : Seli Arslam ; 2010. p. 284-299.
8. KARCHER P. Bientraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) : l'histoire d'un malentendu. - SVANDRA P. In: Faut-il avoir peur de la bientraitance ? : retour sur une notion ambiguë. De Boeck. 2013.
9. LONGNEAUX J-M. On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. Gérontologie Société. 20 sept 2010 ; 33 / n° 133(2) : 33-41.
10. MOULIAS R, MOULIAS S, BUSBY F. Edito. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? Gérontologie Société. 20 sept 2010 ; (133) : 10-21.
11. RAPOPORT D. De la prévention de la maltraitance à la « bientraitance » envers l'enfant. Inf Soc. 11 oct 2010 ; (160) : 114-122.
12. DERCHEF F. Les métiers de l'aide à domicile : comment ont-ils évolué face aux nouvelles exigences d'organisation des services ? Gérontologie Société. 1 déc 2008 ; 29 / n° 118(3) : 131-140.
13. SVANDRA P. Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? Gérontologie Société. 20 sept 2010 ; 33 / n° 133(2) : 23-31.
14. WEBER J-C. Douleur, éthique et « bientraitance ». Éthique Santé. déc 2011 ; 8(4) : 191-197.
15. PAIN B. Les incertitudes de la bientraitance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ? Esprit. 1 août 2012 ; Juillet(7) : 153-170.

LE RIRE

Rire / Aimer / Joie

Ruth Tolédano-Attias

Dr en chirurgie dentaire

Dr en Lettres et Sciences Humaines

DEA de philosophie

De manière générale, l'on s'accorde à décrire différentes sortes de rire sans que l'on puisse analyser le concept de « rire ». Rire, dit-on, est un affect et non un concept. On peut décrire le rire en tant que phénomène physiologique de l'organisme qui traduit différents états de l'âme. Ainsi, plusieurs qualificatifs s'y attachent pour en préciser la nature ou la qualité : rire franc, spontané, joyeux, gentil, moqueur, ironique, malveillant, méchant, sarcastique, sardonique, méprisant, humiliant, dégradant, destructeur. Le rire est polymorphe et se décline sur plusieurs tons : tantôt silencieux esquissant un sourire, tantôt spontané, plus ou moins bruyant, exprimant un rire joyeux clair ou tonitruant. Certains rapportent que rire fait du bien, traduit un sentiment de plénitude mais, peut-on sans réserve, affirmer la même chose du rire mal intentionné ? Ne dit-on pas que certains rires peuvent attrister et même "tuer" ? Ne dit-on pas, par ailleurs, qu'on peut mourir de rire ? Dans tous les cas, rire est un fait social, un acte non solitaire qui suppose la parole ou la présence d'un autre individu, une situation extérieure à soi ou une association d'idées, une remémoration d'un mot ou d'un acte qui tous, ont un caractère plus ou moins comique.

Plusieurs penseurs ont cherché à définir le rire mais sans en faire une théorie proprement dite. En revanche, les textes sont nombreux qui font des théories sur les

ressorts du comique, en d'autres termes sur « ce qui fait rire ». C'est le cas de Bergson³ qui développe le comique des formes, le comique des mots et le comique caractère ; il passe en revue les différentes sortes de situations qui déclenchent le rire mais il critique négativement les rires railleurs et humiliants, les rires méchants.

Déjà, dans l'Antiquité, le rire avait une connotation négative. Dans la recherche de la vérité, Socrate maniait l'ironie avec une habileté redoutable et faisait rire l'assistance lorsqu'il réfutait les pseudo-arguments des sophistes. Quant à Aristote, il a mené une réflexion sur le théâtre dans la *Poétique* dans laquelle il considérait la tragédie comme « la purgation des passions ». Mais, selon lui, la comédie, « traite de ce qui est risible et ce qui est risible est un aspect de ce qui est honteux⁴ ». En d'autres termes, le rire a un aspect dégradant pour les hommes de la Cité qui cherchent l'excellence.

Tout en considérant que le rire est un phénomène strictement humain, la situation évolue lentement à partir de la Renaissance. Le rire acquiert un statut moins négatif avec la naissance du sujet *Je*. Les médecins et les humanistes ont une position paradoxale concernant le rire : ils l'associent à la joie et au mépris. Ce grand écart reflète encore la méfiance que la société de l'époque éprouve vis à vis du rire et du relâchement dans les mœurs qu'il pourrait y induire. L'esprit de

³ Henri Bergson, philosophe, *Le Rire*, GF Flammarion n°1526, Edition 2013. Voir aussi le commentaire de cet ouvrage dans un livre publié par Yves Cusset, *Rire. Tractatus philo-comicus*, Flammarion 2016

⁴ In Aristote, *La Poétique* livre II, cité par Quentin SKINNER, « La philosophie et le rire », Conférence Marc Bloch, EHESS, 2001. Traduction Muriel Zaghera. En ligne sur Internet le 17/5/2006.

sérieux s'insinue dans les strates sociales supérieures et le lèse-majesté y est un délit grave.

Au début du 17^e siècle, Descartes se réfère aux travaux des physiologistes qui mettent l'accent sur la surprise et l'admiration suscitées par le rire et en donne une interprétation mécaniste ; pour lui, « il semble que le Ris soit un des principaux signes de la Joye⁵ ». Quant à Hobbes⁶, il considère que « le rire est toujours de la joie » et insiste sur l'effet de surprise à l'origine du rire. Mais sa conception du rire devient ambiguë dans la mesure où il condamne les effets rhétoriques dévastateurs liés à la surprise inattendue qui provoque le rire moqueur. Cependant, lui-même utilise ces procédés lorsqu'il critique l'hypocrisie et l'avarice de l'Eglise de son époque. On est au siècle classique et Molière, dans ses comédies, notamment *Tartuffe*, mène une critique acerbe contre les hypocrites et les faux-dévôts provoquant un scandale retentissant. Il n'épargne pas moins certains éléments de la société comme les avares et les femmes savantes, ridicules, selon lui et les effets comiques sont élaborés avec le plus grand talent. Les spectateurs rient franchement quand l'auteur met l'accent sur les défauts et les situations caricaturales créées par les personnages qu'il construit.

Au 18^e siècle, Voltaire⁷ reconduit la position des médecins qui prévalait depuis la Renaissance, notamment par Rabelais, selon laquelle « le rire est le propre de l'homme ». Mais, comme Descartes, il ajoute qu'il est un signe de la joie : « Que le rire soit le signe de la joie comme les pleurs sont le symptôme de la douleur,

⁵ Descartes, philosophe français, 17^{ème} siècle, cité par Skinner, *ibid.*

⁶ Hobbes, philosophe anglais, 17^{ème} siècle, cité par Skinner, *ibid.*

⁷ Voltaire, *Le dictionnaire philosophique*, entrée : rire.

quiconque en rit n'en doute pas. (...) {Les animaux} n'éclatent point de rire comme nous à la vue d'un objet comique : l'homme est le seul animal qui pleure et qui rit ».

Le constat est simple, les observations concernant le rire ne semblent pas évoluer. Et pourtant, dès le 17^e siècle, un philosophe rationaliste, Spinoza donne au rire un statut différent dont il convient de rendre compte.

Spinoza : le rire traduit et manifeste la joie, le plaisir, l'amour

Spinoza⁸ ne donne plus au rire une connotation négative. Il ne pense pas que les passions humaines soient « le tombeau de l'âme⁹ ». Il sait qu'elles peuvent verser dans l'excès mais il examine aussi leur versant positif et mesuré chez l'individu qui agit bien. Dans son œuvre philosophique, il conçoit un idéal de vie bonne « sous la conduite de la raison » dans laquelle la liberté tient une place importante. Dans le livre IV de l'*Ethique*¹⁰, par exemple, il déclare clairement qu'« agir par vertu, c'est agir sous la conduite de la Raison ». Qu'est-ce que cela implique ? Pour l'homme vertueux et raisonnable, il convient de *bien* se conduire et de bien agir en recherchant le bon et la connaissance vraie. Dans les *définitions*, il précise ce qu'il entend par "bon" : « J'entendrai par bon ce que nous savons avec certitude nous être utile¹¹ ». L'utile dont il question ici ne se réfère pas à

⁸ Baruch Spinoza, (1632-1677), philosophe néerlandais. Auteur, entre autres, de *L'Ethique* (1661-1675), *Court Traité* (vers 1660).

⁹ Platon, dans le dialogue *le Phédon*.

¹⁰ Spinoza, *L'Ethique*, GF Flammarion, 1965, traduit par Charles Appuhn, livre IV : « De la servitude de l'Homme », p. 251, proposition 36, démonstration.

¹¹ Spinoza, *L'Ethique*, ibid, p220, "définitions. I." Spinoza développe le « critère d'utilité » dans la proposition 39, 2^{ème} critère in livre IV.

une notion utilitariste mais plutôt à une notion de “convenance”, quelque chose qui est « bon à la conservation de notre être (...) et qui accroît notre puissance d’agir¹² ». Or, dans l’esprit du philosophe, ‘la puissance d’agir du corps et de l’âme individuelle’ est déterminante dans la mesure où elle est accrue par la *Joie*¹³ et par “l’utile”. Il précise alors que « la Joie n’est jamais mauvaise directement mais bonne¹⁴ ».

Si la Joie est bonne et utile et qu’elle accroît la puissance d’agir, elle peut être associée au *rire*. C’est ce qu’il va montrer. On reconnaît Spinoza comme le philosophe de la Joie. Il connaît les turpitudes de l’âme humaine et la capacité qu’a l’homme de mal agir. Bien qu’il n’ignore pas la raillerie, il entend le potentiel positif du rire dans l’existence humaine à condition de le pratiquer avec modération. C’est ce qu’il développe dans cette proposition : « Entre la raillerie et le *rire*, je fais une grande différence. Car le *rire*, comme aussi la plaisanterie, est une *pure joie*, et par suite, pourvu qu’il soit sans excès, il est bon par lui-même. (...) Au contraire, plus grande est la Joie dont nous sommes affectés, plus grande la perfection à laquelle nous passons, plus il est nécessaire que nous participions de la nature divine. Il est donc d’un homme sage d’user des choses et d’y prendre plaisir autant qu’on le peut (sans aller jusqu’au dégoût, ce qui n’est plus prendre plaisir)¹⁵ ».

Dans le *Court Traité*, qui semble avoir été écrit avant l’*Ethique*, le philosophe avait déjà établi le lien entre le rire, le bon et la joie : « Quant au *rire*, il n’a point

¹² Spinoza, *L’Ethique*, ibid, proposition VIII, p. 227.

¹³ Ibid, p. 259, démonstration de la proposition 41.

¹⁴ Ibid, p. 259, proposition 41.

¹⁵ Ibid, Proposition 45, scolie, p. 263.

d'objet extérieur, mais se rapporte seulement à l'homme qui remarque en lui-même quelque chose de *bon* : et puisque c'est une certaine sorte de *joie*, il n'y a rien à en dire qui n'ait été dit précédemment de la joie¹⁶ ».

Mais Spinoza ne s'en tient pas là, il achève sa réflexion en examinant un sentiment important dans l'existence humaine, l'Amour et démontre simplement que « Ce qu'on appelle Amour est une Joie¹⁷ ». Il convient de noter qu'il ne définit pas l'Amour comme étant *la joie* mais *une* joie. Cela a son importance dans la mesure où cet auteur ne méconnaît pas les méandres de l'âme humaine et qu'il sait que l'Amour n'est pas un sentiment permanent, qu'il peut être « excessif¹⁸ » ; il sait que des sentiments négatifs peuvent l'altérer ; mais il a élaboré un idéal de vie sous la conduite de la Raison et pense que la haine peut être neutralisée par l'Amour. Il se réfère à l'amour entre parents et enfants ou entre deux êtres qui se rencontrent et tombent amoureux : « Qui vit sous la conduite de la Raison s'efforce autant qu'il peut, face à la haine, à la colère, à la mésestime, etc, d'autrui envers lui, de les compenser en retour, par l'amour, autrement dit par la générosité¹⁹ ».

Dans un article récent, Nicolas GO²⁰, reconduit la thèse de Spinoza en mettant l'accent sur le lien entre le rire et la joie : « Le rire nous rappelle à la joie, il est son émissaire et son porte-parole ».

¹⁶ Spinoza, *Court Traité*, II^e partie, chapitre XI- (2), consulté sur Internet, site de la B.N.F., Bibliothèque Gallica, traduit par Paul Janet (1878).

¹⁷ Spinoza, *Ethique*, livre IV, *ibid*, p. 261, Proposition 44, démonstration.

¹⁸ Spinoza, *Ethique*, *ibid*, proposition 44, p. 261.

¹⁹ Spinoza, *Ethique*, *ibid*, proposition 46, p. 264.

²⁰ Nicolas GO, article « Le rire philosophique », sur Internet : www.cairn.info/article

De manière plus spécifique, rire semble être la résultante des sentiments qui affectent des individus qui tombent amoureux l'un de l'autre, expriment leur joie et leur plaisir d'être ensemble, de se reconnaître et de se retrouver. Cela suppose une connivence, une interaction, une complicité au cours d'un dialogue qui pourrait être muet, une prise de conscience qui implique la compréhension entre deux êtres qui font connaissance et établissent un dialogue, en d'autres termes, une "re-con-naissance" singulière. Entre l'amour et le rire, il semble y avoir une étrange similitude. Dans les deux cas, il s'établit une dialectique ascendante de l'expérience sensible vers l'expérience intellectuelle. Si le regard échangé semble être la première étape d'un rire complice et joyeux, les mots prennent le relais et permettent au rire de durer dans la relation amoureuse. Parfois, il fait reculer la tristesse et la mélancolie. On pourrait penser à cette citation de Victor Hugo qui était pourtant un mélancolique : « Le rire, c'est le soleil, il chasse l'hiver du visage humain ».

Le rire nietzschéen

Au 19^e siècle, Nietzsche évoque le rire comme un « instinct de conservation de l'espèce²¹ ». Il n'a pas de connotation particulière, il est considéré comme une « arme » pour combattre la morale étriquée, « l'esprit de sérieux » qui afflige certains intellectuels de son

²¹ Frederik Nietzsche, philosophe allemand du XIX^e siècle, *Le gai savoir*, Livre I, p. 50, Robert Laffont, 2005, collection *Bouquins*, traduit par Jean Lacoste, Ce dossier se réfère à l'émission, sur le « rire » de Nietzsche par Dorian Astor, sur France Culture. Les chemins de la philosophie du 27 au 30 Août 2012. Dorian Astor est philosophe et germaniste, spécialiste de Nietzsche.

époque : « rire sur soi-même, comme il conviendrait de rire. (...) Peut-être y a-t-il encore un avenir pour le rire ! (...) Peut-être alors le rire se sera-t-il allié à la sagesse, peut-être ne restera-t-il plus que le ‘gai savoir’²² ». En d’autres termes, « rire c’est se réjouir d’un préjugé mais avec bonne conscience²³ ».

Alors que Spinoza voit dans le rire un aspect positif indissociable de la joie qui se manifeste dans la vie d’un individu qui agit et se conduit bien sous conduite de la Raison, Nietzsche voit dans le rire un moyen de combattre certains comportements qu’il juge inadéquats. Il n’est pas élaboré avec des procédés comiques. Ce rire là devrait, non seulement, s’en prendre à l’esprit de sérieux mais, plus encore, « tuer l’esprit de lourdeur ». Il semble que certains savants contemporains du philosophe voyaient dans la science positiviste la fin incontestable de toute Vérité et ne manifestaient pas le moindre esprit critique. Or Nietzsche pensait que la Raison n’était pas la fin de toutes choses et que la sensibilité jouait un rôle substantiel dans la vie des êtres humains. En effet, il critique durement les thèses téléologistes et ne voit qu’un moyen de les combattre, le rire qui “tue” : « Vous me dites “la vie est dure à porter” (...) Et lorsque je vis mon diable... c’était l’esprit de lourdeur, c’est par lui que tombent toutes choses. Ce n’est pas par la colère mais par le *rire* que l’on tue. En avant, tuons l’esprit de lourdeur (...) Ainsi parlait Zarathoustra²⁴ ». Plus loin il ajoute : « Que soit perdu pour nous le jour où l’on n’aurait pas, au moins

²² Nietzsche, *ibid*, p. 50.

²³ *Le Gai Savoir*, parag 200, *Ibid*.

²⁴ Nietzsche, *Ainsi parlait Zarathoustra*, I, p. 313-314, Robert Laffont, 2005, collection *Bouquins*.

une fois, dansé. Que soit appelée fausse pour nous toute vérité où il n'y aurait pas un éclat de rire ». Zarathoustra entend « le rire d'or » de la vérité, selon Dorian Astor.

Le rire évoqué par Nietzsche ressemble à un rire salvateur, un peu comme un éclat de rire en réponse à quelque motif grossier et énorme. Par ailleurs, il commente la position de Hobbes²⁵, le philosophe anglais qui discrédite de rire, sur un ton ironique et dans un éclat de rire incoercible : « Le rire est une grave infirmité de la nature humaine dont toute tête pensante devra s'efforcer de s'affranchir » (...). Les dieux sont espiègles : il semble que, même pendant les actes sacrés, ils ne puissent s'empêcher de rire²⁶ ». On peut constater, néanmoins, que le rire nietzschéen n'est pas un rire spontané. Il n'est pas repérable par tout le monde. Il est provoqué par le grotesque qu'il a décelé sous l'esprit de sérieux et de lourdeur de certains savants et intellectuels. Dans ce cas, « le rire est le signe et l'œuvre de l'intelligence humaine²⁷ », en l'occurrence celle de Nietzsche.

²⁵ Remarque : Hobbes fait partie des humanistes du 17^e siècle, qui mettent l'accent sur la dimension de la moquerie et du mépris, sur le ridicule, le laid et le malséant lorsque "nous cherchons à railler et à nous moquer des vices".

²⁶ Nietzsche, *Par delà le bien et le mal*, parag 294, p730 Robert Laffont, 2005, *Bouquins*.

²⁷ Cité par Auguste Penjon, in Encyclopédie de l'Agora, entrée « rire ».

Quand le rire se fait police

« De toutes les laves que jette la bouche humaine, ce cratère, la plus corrosive, c'est la joie. Faire du mal joyeusement, aucune foule ne résiste à cette contagion. Toutes les exécutions ne se font pas sur des échafauds, et les hommes, dès qu'ils sont réunis, qu'ils soient multitude ou assemblée, ont toujours au milieu d'eux un bourreau tout prêt, qui est le sarcasme »

(Hugo, L'homme qui rit).

David Le Breton

Professeur de sociologie à l'université de Strasbourg
Membre de l'Institut Universitaire de France.

Polysémie du rire

Le comique n'est pas la seule source du rire, l'humour est même parfois grinçant. Dans les conversations courantes, les rires fusent souvent pour des propos anodins sur le temps, le jardinage, les vacances, les enfants. Des amis confrontés au silence dans leur conversation éclatent de rire à la mention par l'un d'entre eux qu'« un ange passe », il n'y a rien de comique dans une telle réflexion qui ritualise le retour à la parole. Le rire est partout, il se raccroche à n'importe quel objet ou situation car il est d'abord dans la subjectivité, il tient dans le supplément de sens apporté par l'individu. Si l'on retrouve souvent dans son déclenchement un contraste, une incongruité, une rupture de sens, une supériorité, pour reprendre ici les standards de l'analyse du comique, aucun concept ne permet de généraliser à ce propos car dans maintes situations le contraste est associé à un accident, un coup

de théâtre qui ne donne guère goût à rire. De même la dégradation ou la dévaluation, souvent évoquées, ne sont pas toujours risibles, elles suscitent parfois au contraire la colère, la douleur, la pitié... Si la « mécanique plaqué sur le vivant », chère à Bergson, était toujours risible, les parades nazies ou les défilés militaires seraient irrésistibles. Tout dépend du contexte. De même que les larmes ne signifient pas universellement la douleur dans toutes les situations, le rire ne manifeste pas nécessairement la joie (Le Breton, 2004). La naïveté qui est celle des « clés des gestes », ou de certaines approches biologiques, est d'associer le rire au plaisir. Or, sa signification varie selon les circonstances et les lieux et selon les sentiments spécifiques de l'individu. Signe de connivence ou de mépris, parfois les deux à la fois si la cible en est une catégorie honnie de la population. Il s'enracine dans la joie pure, la bonne humeur (le bon humour) mais aussi la détresse, le mépris, le sentiment de supériorité, la haine, la honte, la timidité, le triomphe, le soulagement, la peur, la raillerie, la surprise, l'embarras, la politesse, la soumission, l'incrédulité, le dédain, le défi, la volonté de sauver les apparences ou de mettre à distance une émotion, etc. Certains aspects du rire ne sont pas des plus sympathiques. Pour rendre justice aux ambivalences et à la complexité infinie du monde, ce texte s'attache à la fonction policière du rire, à sa dimension d'intimidation envers certains individus perçus comme ne jouant pas le jeu des normes sociales ou, plus exactement, des valeurs défendues par les rieurs²⁸.

²⁸ Pour une anthropologie du rire centrée spécifiquement sur ce dernier et non seulement de l'humour, je renvoie à mon ouvrage : *Corps de rire. Une anthropologie du rieur* (à paraître en 2018 aux éditions Métailié). Cet article reprend de larges extraits de l'ouvrage.

Police du rire

Le rire comme instrument du mépris est le fil rouge de sa dénonciation par les philosophes depuis Aristote. Cet usage qui vise à abimer l'autre, à se moquer de lui, est souvent le seul argument de ceux qui stigmatisent le rire dans son ensemble en le décrivant seulement sous cet angle. Dans *La Poétique* par exemple Aristote associe la comédie au « laid », au « ridicule ». Ces remarques péjoratives tendent souvent à donner du rire une version unique et contestable. On les retrouve en filigrane sous la plume de maints auteurs hostiles au rire à toute époque. Cette approche est surtout théorisée par Hobbes qui inscrit le rire sous l'égide de la dégradation comme un triomphe né d'un sentiment de supériorité sur un autre.

Le rire est un liant social, parfois aux dépens d'un individu ou d'un groupe. Il s'érige alors en une insidieuse et redoutable violence, rire d'exclusion qui confirme le groupe dans le sentiment de la légitimité incontestable de ses valeurs. Sa force corrosive est certes une affaire de circonstances, on peut s'esclaffer de la maladresse d'un ami qui renverse sa tasse de café sur ses vêtements sans que cela prête à conséquence, mais se moquer de son nom, de sa confession, de son origine culturelle, de son visage, de la conduite présumée de sa mère ou de sa sœur risque fort de provoquer des vexations.

Le plaisir de l'enfant est transparence et son rire facile, encouragé même par les adultes dans une sorte de nostalgie de ce qui leur est mesuré aujourd'hui. Ses motifs d'hilarité sont innombrables, futiles aux yeux des aînés, il témoigne de ressources de sens que la

trame sociale n'a pas tout à fait canalisé, censuré. Mais le rire naît aussi parfois de l'affirmation d'une supériorité personnelle. On rit *avec* les autres mais *de* quelqu'un ou d'un groupe. Celui qui sort du commun par son apparence, son attitude, sa différence, est épinglé comme souffre-douleur sous une forme brutale ou atténuée. On le ridiculise pour le ramener dans le « droit chemin » car il s'en écarte par son goût des études, son application, sa réussite, la forme de son corps, son origine culturelle, sa religion, son infirmité, son nom propice aux jeux de mots, son orientation sexuelle ou du fait de son frère trisomique, ou de son père buveur, etc. Il est préposé au risible par sa dérogation aux normes. On retrouve ici les questions de harcèlement dont sont victimes bien des élèves, et un usage ambigu du rire comme dans le *happy slapping* par exemple (Le Breton, 2007).

La crainte de devenir la risée des autres est une solide prévention sociale. Toute originalité est proscrite d'abord par le rire. La police du rire est un exorcisme de la différence perçue comme intolérable, en ce sens elle exerce sa vigilance, parfois avec discrétion par une moquerie qui masque mal la tendresse, mais elle est parfois brutale. Elle rappelle à l'autre qu'il ne doit pas pousser trop loin sa singularité sous peine d'incommoder. « La caricature, la parodie et le travestissement, comme son contraire pragmatique, le démasquage, s'attaquent aux personnes et aux objets à qui l'on doit le respect, qui détiennent quelque autorité, qui s'élèvent, dans un sens ou dans l'autre, au-dessus du commun » (Freud, 1930, 334). Le rire exprimé là marque le triomphe de ceux qui sont bien sous tous rapports, et qui témoignent de leur morgue sur ceux qu'ils jugent

indignes. Il formule un jugement sur un mode plaisant ou agressif, en prenant des gants qui dissimulent parfois une main de fer quand il s'agit de dire un mépris ou d'attaquer un groupe ou une personne. Dans cette déclinaison, il est socialement conservateur, assujettissant l'individu à la pression du groupe, raillant par avance quiconque cherche à en sortir, selon une définition propre au railleur érigé en redresseur de tort et en directeur de conscience. Le rire parfois écrase. Il entame le sentiment d'identité car il provoque l'humiliation, l'atteinte à l'estime de soi et engendre la mise à l'écart. *Castigat ridendo mores* (châtier les mœurs par le rire). Au temps de la querelle du *Tartuffe* qui l'oppose entre 1664 et 1669 à la Compagnie du Saint-Sacrement qui rejette la comédie au nom de la morale chrétienne, Molière écrit dans sa préface au roi, en 1669, que « le devoir de la comédie étant de corriger les hommes en les divertissant, j'ai cru que, dans l'emploi où je me trouve, je n'avais rien de mieux à faire que d'attaquer par des peintures ridicules les vices de mon siècle ». La comédie vise à démasquer, à dénoncer les hypocrisies et les travers sociaux afin d'éduquer. Pour Molière, « C'est une grande atteinte aux vices que de les exposer à la risée de tout le monde. On souffre aisément des répréhensions ; mais on ne souffre point la raillerie. On veut bien être méchant ; mais on ne veut point être ridicule ». Sur une ligne de pensée guère éloignée, Baudelaire voit dans le rire la conséquence « dans l'homme de l'idée de sa supériorité » (1971, 307) qui attribue cette idée aux « physiologistes du rire » en expliquant que l'idée n'est guère originale. « Je ne serai pas étonné que devant cette découverte le physiologiste se fût mis à rire en pensant à sa propre supériorité »

(304). Il s'agit de rehausser sa valeur personnelle, non par ses œuvres propres, mais par l'abaissement de l'autre, éventuellement en le vouant à la dérision publique pour ne pas laisser dans l'ombre sa défaillance, sa maladresse ou une réussite qui provoque le ressentiment. Quand on rit d'un autre, c'est avec la conviction que jamais soi-même on ne ferait une telle bourde. « Moi, je ne tombe pas, moi, je marche droit, moi, mon pied est ferme et assuré. Ce n'est pas moi qui commettrais la sottise de ne pas voir un trottoir interrompu ou un pavé qui barre le chemin » (Baudelaire, 1990, 531). Ce n'est pas moi qui serait Juif ou Arabe ou homosexuel, qui se serait laissé corrompre ou dont la mère aurait une réputation de frivolité.

En outre, les sources du mépris sont innombrables et n'ont pas besoin de raisons. Le rire exerce alors une fonction de police et règne par une violence symbolique qui ne dit pas son nom, souvent redoublée par les pleurs ou le dépit de l'individu moqué. « Le rire, dit Bergson, est avant tout, une correction. Fait pour humilier, il doit donner à la personne qui en est l'objet une impression pénible. La société se venge par lui des libertés qu'on a prises avec elle. Il n'atteindrait pas son but s'il portait la marque de la sympathie et de la bonté » (1989, 150). En fait, il s'agit moins de « la société » que de ses myriades de sous-groupes prenant ainsi en grippe et raillant des comportements ou des formes corporelles tout à fait contradictoires selon les valeurs mises en jeu. Le rire ridiculise et exerce donc une pression sur l'individu non conforme aux attentes d'un public. Nous rions de la leçon inattendue infligée à un hâbleur ou à un collègue peu apprécié et qui manque une marche ou renverse son verre sur ses vêtements. La cocasserie de

la situation vient de la leçon de morale infligée à nos yeux par une sorte de justice métaphysique. Ce type de rires s'enracine dans ce que Freud appelle « le narcissisme des petites différences » qui rend hilarant le fait que les autres n'ont pas les mêmes valeurs ou les mêmes comportements que ceux de l'entre soi.

Le comique implique souvent une victime, cible du mot d'esprit ou de la blague, ou la risée d'un groupe à cause de son comportement ou d'une maladresse. Mais chacun est susceptible de provoquer le rire à un moment ou à un autre. Les positions sont réversibles. Certains sont plus que d'autres préposés à déclencher le rire. Les histoires de cocus, de naïfs, de curés, de rabbins, de gros, de maigres, d'homosexuels, de lesbiennes, de féministes, d'alcooliques... alimentent une immense galerie joyeuse. Mais les cibles privilégiées ne cessent de changer au fil du temps. Les transformations sociales de la famille, la tyrannie du politiquement correct, le mariage pour tous ont rendu moins vulnérables à ce propos les belles-mères ou les maris trompés par exemple, ou les couples gays ou lesbiens.

Rire d'une situation socialement incongrue est une manière de rappeler l'ordre moral du monde : il y a des choses qu'on ne fait pas ou qu'on ne dit pas sans s'exposer au ridicule. Par inadvertance, distraction ou provocation, quelqu'un transgresse les frontières de la civilité, voire même du bon goût. Le rire qu'on lui oppose souligne sa dérobade hors de la trame commune de sens. Il ritualise alors l'inconvenance, tout en pourvoyant une prime de plaisir aux témoins de la scène ou de l'histoire racontée. Il leur procure la satisfaction d'être du bon côté du manche. La crainte de la moquerie est une forme de prévention de toute

excentricité, ou de tout débordement ou, du moins, une menace brandie contre le transgresseur qui craint le ridicule. Forme latérale d'éducation, il est une discipline, il apprend à l'enfant les attitudes appropriées. Il amène le recul face à un comportement qui motive une réaction amusée de son entourage.

Le rire vient ici de la discordance exploitée à outrance entre une attitude collective et le comportement insolite d'un individu. Il stigmatise les excentricités, les différences, les originalités, les infirmités, il est donc au service des « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985), ceux qui ne supportent pas d'autres manières de vivre, de penser ou de sentir que les leurs. Les moqueurs usent de la dérision plutôt que de la force physique pour modifier les comportements ou l'apparence désavoués des autres. Ils se confortent à bon compte sur leur exemplarité. Ils n'ont ni les défauts physiques, ni la moralité ou la religion ou les traits physiques de ceux dont ils se rient. Ils sont affranchis, du moins le croient-ils, de toute moquerie. Le narrateur du *Requiem des innocents*, vient de se voir offrir son premier pantalon. Il va à la boutique de vieux vêtements du père d'un de ses amis. « J'enfilai le pantalon. Le fils Lédernacht, Julius, se trouvait présent à l'essayage. Il rigolait à la pensée qu'on allait désormais me voir me balader en pantalon. – On va se foutre de ta gueule. – Qui, va se foutre de ma gueule ? – Moi, pour commencer. T'auras l'air d'un paumé. Alors moi je me marre d'avance. Il me flanquait une trouille noire. Je réfléchissais qu'après tout il avait peut-être raison et que la bande allait me laisser en plan » (Calaferte, 1952, 27). Le narrateur a alors l'idée de génie de proposer un partage, un jour sur deux, du fameux pantalon, avec le redoutable chef de la

bande qui n'en croit pas ses oreilles de l'aubaine. Et les rieurs en sont pour leurs frais.

Si le rire incite à regagner les rangs, il le fait sur un mode plus ou moins plaisant, en principe, même s'il vise à ridiculiser, il économise la violence physique, il exprime l'hostilité en cherchant la complicité de ceux qui sont autour de lui ou en tentant de les gagner à sa cause. Il laisse à penser avec une agressivité contenue. Comme le résume parfaitement Freud, « nous dépeignons cet ennemi sous des traits mesquins, vils, méprisables, comiques, et, grâce à ce détour nous savourons sa défaite que nous confirme le rire du tiers, dont le plaisir est tout gratuit (...) L'esprit à tendance agressive fait de l'auditeur, primitivement indifférent, un complice de ses haines et de ses mépris ; il suscite contre son ennemi une armée d'adversaires, alors qu'au début il était seul » (1930, 167-219). Position de force, surtout si la victime n'est pas là ou n'est pas en mesure de se défendre, le rire est une revanche, il dilue le ressentiment dans l'hilarité. Il exploite le ridicule de chacun, l'aisance à travers laquelle chacun est caricatural en exploitant certains de ses traits ou de ses comportements. Cet abaissement de l'autre disqualifie ses prétentions au profit du railleur oubliant qu'il est tout autant discréditable, si l'on cherche un peu. Nul n'échappe à des traits susceptibles de devenir comiques quand ils sont décontextualisés et exposés sous une forme grossie pour déclencher le rire. Stratégie de déstabilisation visant à punir ou à rectifier une attitude dans un sens que le rieur trouve préférable ou à ridiculiser (rabaïsser) un personnage qui en fait trop.

Il exerce un contrôle discret mais efficace, et appelle chacun de ses membres à la souplesse, à la discrétion,

au respect des valeurs communes pour ne pas s'exposer aux mêmes railleries. Il est une intimidation et une menace auxquelles nul ne souhaite s'affronter. Il vaut mieux avoir les rieurs de son côté que d'être l'objet de la risée. Le rire est une manière de faire groupe dans l'exclusion provisoire d'un maladroit ou d'un intrus. Pierre Desproges décrit le mépris railleur dont il est la cible lors de son service militaire en raison de goûts différents de ceux de sa chambrée : « Quand je ne participais pas aux concours de pets, je me faisais traiter de pédé ». Un jour, il ramasse des « roses de sable » et il les mets dans un vase. Le soir même ses compagnons hilares le prennent à partie : « oh ! Le pédé... Oh ! Le pédé » (Desproges, 1998, 18). Un instant, dans l'amitié ou la haine, le rire disqualifie un individu ou une situation, le rabaisse de manière provisoire et en toute confiance dans un contexte amical, ou, à l'inverse, de manière brutale, avec une volonté de détruire dans un contexte de mépris ou de ressentiment. « Le narcissisme du lien social affirme son existence » (Sibony, 2010, 113) à travers ce rire collectif. La plaisanterie sur un comportement ou sur des étrangers est une sorte de rappel à l'ordre commun des valeurs, un avertissement pour ceux qui seraient tentés de les imiter ou de persister dans les mêmes attitudes. Souvent sublimation de l'échec, de la frustration, du ressentiment mais sous une forme en apparence atténuée, ce rire porte des attaques en coin, sans s'exposer frontalement au corps-à-corps ou la violence. Que l'humour soit une arme, quand on est privé d'autres outils pour se battre, est une observation d'Edmund Bergler (1937, 50). Ceux qui disposent d'agressivité font rarement usage de l'humour. Ils se défendent ou attaquent autrement. Ou alors

la pointe acérée d'une moquerie sera chez eux l'équivalent de celle d'un couteau, elle vise à blesser. Comme le rappelle Baudelaire, « l'homme mord avec le rire » (1971, 302).

Dérision de l'Autre

Dans certaines situations, le groupe amortit la culpabilité grâce à une complicité commune, le « rire est sans pitié » dit l'adage populaire. Ce rire de mépris s'efforce de détruire, d'accentuer la virulence car il hurle avec les loups face à une victime qui n'a aucune chance. On comprend son accointance privilégiée avec le racisme. Il n'est jamais loin de la cruauté en ce qu'il désigne une cible. Dans l'humour, il y a souvent un autre dérisoire. Le rire qui en jaillit fait des autres les complices renforçant l'énergie du mépris pour que seule demeure une société en miroir. Ces attaques humoristiques visent alors à faire mal, à inciser leur venin pour entamer l'adversaire. Ils assènent leurs coups sans ébranler le corps mais en percutant le sentiment de soi de l'individu mis à mal. Parfois la différence est infime entre le trait d'humour qui écorche et le poing qui frappe physiquement un visage. On cherche à tuer par le rire celui ou celle qu'on ne peut abattre autrement. Sarcasme, rire sans joie de la haine, tire son étymologie du grec *sarkazo* et signifie « qui mord la chair » et vise donc à détruire symboliquement. Se gausser de l'autre est une manière de le nier, de le détruire symboliquement, surtout s'il est en position de vulnérabilité à cause de la situation politique, de sa maladie, de la conformation de son corps ou pour d'autres raisons. Ainsi au moment de la perte de son épouse, le père de

Philip Roth est harcelé par un homme qui lui téléphone à maintes reprises pour rire sans fin. L'homme ne se nomme pas, il se contente de ce ricanement, mais le père de Roth soupçonne un voisin hargneux avec qui a un différend. Tandis qu'il dort, tard le soir, la sonnerie se fait entendre : « Je décrochai vivement pour éviter que le sommeil de mon père ne fût troublé, et j'entendis alors un rire à l'autre bout du fil, écrit Philip Roth. « Qui est-ce ? » demandai-je, mais la seule réponse fut un rire encore plus dément » (1992, 106). Prenant acte des soupçons du père sur l'origine des appels, il réussit à y mettre un terme en nommant ce voisin et en menaçant de lui rendre la monnaie de sa pièce. Mis à jour, l'homme raccroche aussitôt. Le rire dans ce contexte est une sorte de piétinement de la personne déjà à terre. Dans l'*Illiade*, Tersite est un homme déplaisant, laid et vindicatif, plein de ressentiment envers Achille et Ulysse. Mais ce jour-là il s'en prend au divin Agamemnon. Ulysse mis en colère par son irrespect le frappe, l'homme est ridiculisé et les Achéens, « tout affligés qu'ils fussent, se mirent plaisamment à se moquer de lui ».

Le rire qui accompagne les insultes racistes vise également à détruire. Encore respectueux de la loi, il est un prélude au meurtre. Le jeune Albert Cohen, alors âgé de dix ans en fait un jour l'expérience dans les rues de Marseille où il écoute avec admiration un camelot plein d'onction et de clins d'œil à la foule faire l'article pour un produit censé en finir avec les taches. Pour témoigner de sa reconnaissance, il puise dans son argent de poche pour acheter trois bâtonnets d'un détacheur universel. Mais l'homme, loin de l'accueillir avec amitié, se fige en le voyant et, avec un « sourire carnassier, le

traite de « youpin ». La foule éclate de rire et écoute avec approbation le discours antisémite de l'homme qui piétine l'enfant de sa haine. « Je suis parti sous les rires de la majorité satisfaite, braves gens qui s'aimaient de détester ensemble, niaisement communiant en un ennemi commun, l'étranger, je suis parti, gardant mon sourire, affreux sourire tremblé, sourire de la honte » (1972, 43). A défaut de tuer ou en attendant de passer à l'acte, il reste en effet cet usage pervers du rire.

Dans *L'Assommoir*, Gervaise, une jambe abimée par la maladie, est moquée par son voisinage : « M^{me} Lorilleux s'interrompait pour montrer Gervaise que la pente du trottoir faisait fortement boiter. – Regardez-la ! S'il est permis ! Oh, la bamban ! Et ce mot : la bamban courut dans la société. Lorilleux ricanait, disait qu'il fallait l'appeler comme ça » (Zola, 1974, 86). Alexandre Jollien se souvient des quolibets auxquels il était confronté dans sa jeunesse, des « éclats de rire que mon corps suscitait. Là, où je passais j'avais l'impression qu'il fallait me cacher pour ne pas susciter ce rire qui me niait et qui a bien failli, disons-le tout net, me massacrer » (Jollien, 2012, 103). Dans d'autres circonstances, il raconte : « Dans le bus je tangué. Six jeunes filles éclatent de rire. Le véhicule s'arrête, les adolescentes sortent, je les suis bringuebalant. Je veux m'expliquer. Nouveaux ricanements. Humiliation renouvelée. En colère, j'ai oublié Epictète, et Spinoza ne m'a pas aidé » (Jollien 2010, 65). La moquerie envers les personnes atteintes dans leur corps est d'une telle évidence que sur le plateau du *Tonight Show* le Président Obama, croyant faire un bon mot, se fait prendre en défaut au début de sa présidence quand il compare

son talent au bowling à celui des athlètes paralympiques.

Le rire accompagne les brimades, il est omniprésent sur les visages des policiers ou des civils dans les photographies où des Juifs sont soumis à des exactions dans l'Allemagne nazie. Mais on le retrouve partout où des victimes sont rabaisées, méprisées, bafouées dans leur humanité. Affirmation de puissance de ceux qui exercent la violence ou en jouissent comme spectateurs. Le rire ne donne pas toujours envie de se réjouir.

BIBLIOGRAPHIE

- Baudelaire C., De l'essence du rire, et généralement Du comique dans les arts plastiques, in *Ecrits sur l'art*, T1, Livre de poche, 1971.
- Becker H., *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985.
- Bergler E., A clinical contribution to the psychogenesis of humor, *The Psychoanalytic Review*, vol. 24, 1937.
- Bergson H., *Le rire*, Paris, PUF, 1989.
- Calaferte L., *Requiem des innocents*, Paris, 10-18, 1952.
- Cohen A., *Oh vous frères humains*, Paris, Folio, 1972.
- Desproges P., *La seule certitude que j'ai c'est d'être dans le doute*, Paris, Seuil, 1998.
- Freud S., *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1930.
- Homère, *Illiade*, Paris, Livre de poche, 1972.
- Jankélévitch V., *L'ironie*, Paris, Flammarion, 1963.
- Jollien A., *Petit traité de l'abandon*, Paris, Seuil, 2012.
- Jollien A., *Le philosophe nu*, Paris, Seuil, 2010.
- Le Breton D., *Corps de rire. Une anthropologie du rieur*, Paris, Métailié (à paraître).
- Le Breton D., *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Paris, Métailié, 2007.
- Le Breton D., *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2004.
- Roth P., *Patrimoine*, Paris, Folio, 1992.
- Sibony D., *Les sens du rire et de l'humour*, Paris, Seuil, 2010.
- Zola E., *L'assommoir*, Paris, Livre de poche, 1974.

Le rire en littérature

Charlotte Hebral

Professeure de Français

J'aime que les gens rient. Pas seulement parce que l'on associe l'action au bonheur, mais parce que la sonorité d'un rire varie à l'infini d'une personne à l'autre, et que l'on peut reconnaître un ami de loin par son simple rire. Le rire a du caractère. Et en même temps, le rire est commun à toute l'humanité, universel et compris dans toutes les langues. Tout le monde rit, a ri, ou rira.

La littérature, qui est elle aussi universelle – tous les pays ont des écrivains comme richesse – devrait donc s'être emparée du rire, de ses effets, de sa résonance, pour nous parler, pour nous convaincre ou nous émouvoir.

En observant un peu les dernières rentrées littéraires, le lecteur ne rit cependant pas beaucoup. La simple évocation du prix Goncourt deux-mille-dix-sept, *Chanson douce* de Leïla Slimani, en atteste. Une nounou tue les enfants dont elle a la garde et tente de se suicider. Elle échoue, et tout le roman remonte le temps pour dire, analyser, de manière clinique et magistrale, mais glaçante aussi, les raisons du drame. Voici les premières lignes du roman :

« Le bébé est mort. Il a suffi de quelques secondes. Le médecin a assuré qu'il n'avait pas souffert. On l'a couché dans une housse grise et on a fait glisser la fermeture éclair sur son corps désarticulé qui flottait au milieu des jouets. »

Pas franchement gai comme prix littéraire. Comme le monde en réalité. C'est peut-être parce que la littérature embrasse le monde dans lequel elle s'inscrit qu'elle fait

rarement rire. La vie n'est pas drôle ? La littérature non plus. Comment penser alors le rire en littérature ? De quelle manière aborder la question du rire dans les livres ? Peut-être en se décalant un peu dans le temps. Après tout, le propre du rire, c'est le décalage. Je ris lorsque la réalité que je vois ou que je vis ne correspond plus, l'espace d'une seconde, à ce qu'elle devrait être. Je ris du décalage aux choses et non de leur adéquation. Si je pense alors le rire en élargissant mon champ de réflexion, j'arrive rapidement à *L'Homme qui rit* de Victor Hugo, par analogie avec le sujet. Pour autant, le titre est trompeur. Cet étrange roman se passe en Angleterre sous le règne de la reine Anne. Un vieux bateleur très savant, Ursus, misanthrope, mais excellent homme, parcourt le sud de l'Angleterre avec sa carriole et son seul ami, un loup qui s'appelle Homo. Un soir, il rencontre un jeune garçon auquel des *comprachicos* (voleurs d'enfants) ont mutilé le visage de telle sorte qu'il semble rire toujours, et qu'ils ont ensuite abandonné. L'enfant, errant dans la campagne, vient de trouver, près d'une femme morte dans la neige, une petite fille qu'il a emportée avec lui. Elle est aveugle. Le vieillard adopte les deux enfants, le garçon, qui se nomme Gwynplaine, et la fille, qu'il baptise Dea. Puis l'auteur saute une longue période : Gwynplaine et Dea ont grandi dans la cahute roulante d'Ursus, dont ils partagent l'existence de comédien errant ; la belle aveugle et l'affreux Gwynplaine s'adorent. Ils viennent à Londres où le rire de Gwynplaine attire de nombreux spectateurs.

Un jour, le jeune homme est arrêté, enlevé ; on lui apprend qu'il est le baron Clancharlie, pair d'Angleterre. Il est réintégré dans ses titres et installé à la

Chambre des Lords. Là, il se pose en avocat des malheureux, des déshérités, et, dans une harangue désordonnée et puissante, fait le procès des grands qui l'entourent. Un rire universel, provoqué par sa grotesque difformité, est la seule réponse qu'il obtient. Il s'échappe et va retrouver sur le bateau qui les emportait Ursus et Dea, qui l'avaient cru mort. Mais Dea est à l'agonie et expire dans ses bras. Gwynplaine se noie de désespoir.

Voici un extrait, souvent étudié en classe, pour ses qualités littéraires et symboliques :

« C'est en riant que Gwynplaine faisait rire. Et pourtant il ne riait pas. Sa face riait, sa pensée non. L'espèce de visage inouï que le hasard ou une industrie bizarrement spéciale lui avait façonné, riait tout seul. Gwynplaine ne s'en mêlait pas. Le dehors ne dépendait pas du dedans. Ce rire qu'il n'avait point mis sur son front, sur ses joues, sur ses sourcils, sur sa bouche, il ne pouvait l'en ôter. On lui avait à jamais appliqué le rire sur le visage. C'était un rire automatique, et d'autant plus irrésistible qu'il était pétrifié. Personne ne se dérobaît à ce rictus. Deux convulsions de la bouche sont communicatives, le rire et le bâillement. Par la vertu de la mystérieuse opération probablement subie par Gwynplaine enfant, toutes les parties de son visage contribuaient à ce rictus, toute sa physionomie y aboutissait, comme une roue se concentre sur le moyeu ; toutes ses émotions, quelles qu'elles fussent, augmentaient cette étrange figure de joie, disons mieux, l'aggravaient. Un étonnement qu'il aurait eu, une souffrance qu'il aurait ressentie, une colère qui lui serait survenue, une pitié qu'il aurait

éprouvée, n'eussent fait qu'accroître cette hilarité des muscles ; s'il eût pleuré, il eût ri ; et, quoi que fit Gwynplaine, quoi qu'il voulût, quoi qu'il pensât, dès qu'il levait la tête, la foule, si la foule était là, avait devant les yeux cette apparition, l'éclat de rire foudroyant. Qu'on se figure une tête de Méduse gaie. »

Comment ne pas penser, en lisant ce texte, au supplice que serait pour nous cette obligation de rire. Au-delà même de la torture endurée par ce garçon, du regard des autres qui fait de lui un monstre, son apparence le condamne à une apparente gaité, à un rire éternel.

Cette dernière remarque permet de réfléchir à un autre élément crucial du rire qu'il ne faut pas négliger : le propre du rire est d'être éphémère. Personne ne rit tout le temps, sinon il y a un problème. En atteste Gwynplaine. C'est aussi pour cela qu'il ne faut pas chercher, sous peine de faire fausse route, des livres, des ouvrages, totalement drôles.

Il faut savoir se demander à quels moments nous rions dans une œuvre et pourquoi ; de quoi, de qui rions nous ? Celui à cet effet qui a le mieux répondu à ces questions, peut-être parce qu'il en a fait son objectif littéraire à travers le « *Castagat ridendo mores* », c'est Molière. Corriger par le rire. Objectif premier donc : faire rire, et de ce point de vue l'auteur du dix-septième siècle a utilisé toutes les ficelles. Comique de gestes, de paroles, de situations et de caractères. Comment, en effet, ne pas rire en lisant cette scène :

« *Maître de philosophie, Monsieur Jourdain*

[...]

Maître de philosophie : Que voulez-vous donc que je vous apprenne ?

Monsieur Jourdain : Apprenez-moi l'orthographe.

Maître de philosophie : Très volontiers.

Monsieur Jourdain : Après vous m'apprendrez l'almanach, pour savoir quand il y a de la lune et quand il n'y en a point.

Maître de philosophie : Soit. Pour bien suivre votre pensée et traiter cette matière en philosophe, il faut commencer selon l'ordre des choses, par une exacte connaissance de la nature des lettres, et de la différente manière de les prononcer toutes. Et là-dessus j'ai à vous dire que les lettres sont divisées en voyelles, ainsi dites voyelles parce qu'elles expriment les voix ; et en consonnes, ainsi appelées consonnes parce qu'elles sonnent avec les voyelles, et ne font que marquer les diverses articulations des voix. Il y a cinq voyelles ou voix : A, E, I, O, U.

Monsieur Jourdain : J'entends tout cela.

Maître de philosophie : La voix A se forme en ouvrant fort la bouche : A.

Monsieur Jourdain : A, A. Oui.

Maître de philosophie : La voix E se forme en rapprochant la mâchoire d'en bas de celle d'en haut : A, E.

Monsieur Jourdain : A, E, A, E. Ma foi ! oui. Ah ! que cela est beau !

Maître de philosophie : Et la voix I en rapprochant encore davantage les mâchoires l'une de l'autre, et écartant les deux coins de la bouche vers les oreilles : A, E, I.

Monsieur Jourdain : A, E, I, I, I, I. Cela est vrai. Vive la science !

Maître de philosophie : La voix O se forme en ouvrant les mâchoires, et rapprochant les lèvres par les deux coins, le haut et le bas : O.

Monsieur Jourdain : O, O. Il n'y a rien de plus juste. A, E, I, O, I, O. Cela est admirable ! I, O, I, O.

Maître de philosophie : L'ouverture de la bouche fait justement comme un petit rond qui représente un O.

Monsieur Jourdain : O, O, O. Vous avez raison, O. Ah ! la belle chose, que de savoir quelque chose !

Maître de philosophie : La voix U se forme en rapprochant les dents sans les joindre entièrement, et allongeant les deux lèvres en dehors, les approchant aussi l'une de l'autre sans les rejoindre tout à fait : U.

Monsieur Jourdain : U, U. Il n'y a rien de plus véritable : U.

Maître de philosophie : Vos deux lèvres s'allongent comme si vous faisiez la moue : d'où vient que si vous la voulez faire à quelqu'un, et vous moquer de lui, vous ne sauriez lui dire que : U.

Monsieur Jourdain : U, U. Cela est vrai. Ah ! que n'ai-je étudié plus tôt, pour savoir tout cela ?

Maître de philosophie : Demain, nous verrons les autres lettres, qui sont les consonnes. »

En trompant son élève sur la nature de son enseignement, en faisant croire à tort à Monsieur Jourdain crédule que l'apprentissage est réel alors qu'il se contente de répéter ce qu'il sait déjà, le lecteur rit, ou sourit. De la bêtise de l'élève et du maître, de la naïveté des deux de penser que leur système fonctionne, de la distance enfin entre notre connaissance de la langue et

la réalité du dialogue qui transforme cette réalité en absurdité. Nous rions parce que les personnages sont ridicules, mais aussi parce que nous sommes sûrs en tant que spectateurs, que cela ne pourrait pas être nous. C'est drôle parce que la situation touche des imbéciles, et que nous sommes persuadés que nous ne pourrions pas être à leur place.

La mise en scène de ce point de vue augmente encore les possibilités comiques, costumes grotesques, scène trop petite, personnages qui se parlent de trop près, autant de mécaniques qui pourraient permettre d'accentuer le décalage, visuellement, et de manière sonore.

Le rire est donc d'abord provoqué par une situation, dont nous sommes absents chez Molière. Il ne faut pas oublier cependant que le comédien s'adressait à un public de Cour, et que ces courtisans précisément, étaient visés indirectement par cette dénonciation de la quête d'une reconnaissance par le roi. Ces personnes d'un autre siècle riaient-elles alors exactement de la même manière que nous, spectateurs distanciés du vingt-et-unième siècle ? Peut-être pas.

A propos de notre temps, de notre époque, et plus proche de nous, la dernière idée qui me vient en pensant au rire en littérature est celle qui consiste peut-être à reconnaître, aux vues de ce que nous avons dit précédemment, que le rire franc est rare. Après avoir pensé à ceux qui écrivent pour faire rire, Rabelais, Molière, Feydeau et quelques autres, il faut terminer notre réflexion sur ce qui peut faire rire, mais agira de manière différente en fonction des interlocuteurs.

Après nous être concentrés sur le texte amusant, et universellement amusant, voyons un peu de ce l'on peut

entendre par « drôle ». Ce qui est drôle pour moi ne l'est pas pour un autre et ce paramètre joue beaucoup dans la réception du texte. Prenons ce court extrait de *La vie devant soi* de Romain Gary :

« Quand ils sont partis, Moïse et moi on a déshabillé madame Rosa des pieds à la tête et on l'a nettoyée à l'eau de javel parce qu'elle avait fait sous elle pendant son absence. Après on lui a poudré le cul avec du talc à bébé et on l'a remise en place dans son fauteuil où elle aimait régner. »

Peu importe le contexte ou l'histoire de ce petit garçon, Momo, algérien, abandonné et recueilli par cette femme Rosa à moitié folle. Ces deux phrases sont drôles parce que le langage est celui de l'enfant : « Moïse et moi on a », « poudré le cul » ; mais aussi parce que le décalage entre ce langage et l'atrocité de la situation est total : cette femme qui est leur seul rempart contre l'abandon perd la tête de manière récurrente ; parce que la tendresse du regard sur la relation des personnages est totale : « on l'a remise en place sur son fauteuil où elle aimait régner » ; parce que cette femme s'occupe des enfants qu'elle recueille comme une mère aimante s'occuperait de ses enfants biologiques. Mais elles peuvent aussi bien agacer quelqu'un qui pensera, en entamant le livre, que c'est mal écrit. Elles peuvent même choquer, pourquoi la littérature emploierait-elle un langage de la rue ? Elles peuvent enfin être profondément décevantes pour celui qui pensait rire franchement, et qui se retrouve à sourire en se disant que ces mots sont plein d'une atroce vérité.

Car Romain Gary finalement, n'est pas si drôle. Il s'agit bien de cela : dire une vérité. Celle d'une femme seule et folle qui ne peut plus s'occuper d'enfants abandonnés. Molière finalement, n'est pas si drôle. Il dit l'atroce concurrence d'une Cours où l'individu n'existe pas, où seule l'apparence compte. Je ris d'un texte, d'une situation, mais ce n'est pas parce que je ris que c'est drôle. Le rire en littérature est un formidable moyen d'accéder à autre chose que le rire en soi. Il permet de décaler la réalité, de la rendre lisible, de la rendre acceptable, par la transformation de la fiction. Mais il ne la dénature pas, il ne la dévalorise pas, bien au contraire. Il permet, par ce décalage, la provocation d'un second décalage qu'est la réaction de rire, et donc ensuite un apaisement qui suit le rire et qui autorise la réflexion.

Rire en littérature, c'est se décaler pour mieux comprendre le monde.

Le Burlesque

Dr Elie ATTIAS

Pneumo-Allergologue – Toulouse
Directeur de la revue Médecine et Culture

Le burlesque est une des formes les plus « dynamiques » du septième art où le mouvement peut apparaître comme son principal « sujet ». Il appartient à la grande famille des films comiques qui font entrer le spectateur dans un univers dominé par l'absurde et le non-sens. C'est « un art de l'instant, un genre cinématographique caractérisé par un comique outré, irrationnel, exagéré, extravagant, fondé sur une succession rapide de gags²⁹ » où l'effet immédiat, tout à fait inattendu, l'emporte sur la portée psychologique ou morale.

Le Gag est une situation qui résulte de répliques ou de péripéties inattendues et qui engendre un effet comique. Il s'intègre à la narration et suit le déroulement de l'intrigue. Il « crée une surprise en trompant une attente³⁰ » et « rompt subitement et provisoirement l'ordre tranquille des choses³¹ ». Buster Keaton disait qu'« il n'y a rien de pire qu'un gag déplacé ; cela peut mettre une scène entière par terre, même si le gag en lui-même est drôle ». Les effets comiques les plus appréciés sont les batailles de tartes à la crème et les poursuites ininterrompues en voiture, en vélo ou en moto lancés à toute vitesse qui ne tiennent compte ni des passants, ni des panneaux de signalisation. Cette *pagaille joyeuse* qui est le principe même du burlesque, provoque inévita-

²⁹ Le Robert, Larousse, Gérard-Georges Lemaire - Encyclopaedia Universalis.

³⁰ Jean-Pierre Coursodon, critique et historien du cinéma.

³¹ Dominique Noguez, écrivain.

blement des collisions, des chutes et des catastrophes en chaîne. Ce fut l'essence même du burlesque.

A ses origines, le film burlesque s'adressait à un public modeste. Malgré ses provocations, il ne présentait aucun danger pour l'ordre établi parce qu'il ne jouait pas sur le terrain de la « réalité vraie ».

Le burlesque au cinéma

La comédie burlesque est née en France au début du siècle dernier. Elle prend, dès les années 1920, toute son ampleur aux Etats-Unis. Elle touche le cinéma, la peinture, la photographie et le théâtre. Son but est de divertir le public en utilisant les armes du rire. Ainsi, les acteurs et les réalisateurs burlesques qui s'inspirent des procédés hérités du music hall ou du théâtre, inventent sans cesse afin de faire rire, jouent sur toutes les impossibilités, démentent toutes les logiques et refusent de s'adapter au monde social. Le maquillage, les exagérations gestuelles et vestimentaires sont mis à l'honneur. Le scénario est simple et donne naissance à des films essentiellement visuels. On s'attache plus particulièrement à montrer plutôt qu'à tenter de raconter. Le personnage burlesque, tout à fait autonome, jouit d'une liberté *catastrophique* mais il est toujours soumis à la sanction du public.

La comédie burlesque offre à la société qui nourrit son inspiration, « un miroir qui en déforme les valeurs, mais pour mieux les révéler ». « Elle va bien au-delà de la simple opération du rire, écrit Jean Philippe Tessé ; c'est même une affaire très sérieuse, une vision de l'homme face à ses faiblesses et à son environne-

ment³² ». Tandis que la plupart des films muets *sérieux* font l'apologie d'un individu *fort*, le burlesque, dès ses débuts, prend explicitement le parti de l'homme faible mais reste étranger à tout a priori idéologique et à toute sentimentalité facile.

Les films burlesques sont généralement fondés sur une idée unique à partir de laquelle les réalisateurs et les comédiens improvisent une succession de gags visuels, d'acrobaties physiques, de poursuites frénétiques, d'événements incongrus et surprenants, de situations à la limite de l'absurde qui déclenchent inévitablement le rire du spectateur.

Le cinéma burlesque a ses maîtres et ses stars que l'on retrouve à l'apogée de leur art : Chaplin, Keaton, Harold Lloyd, Harry Langdon, Laurel et Hardy, les Marx Brothers ; sans oublier Jacques Tati, Jerry Lewis, Peter Sellers...

Ce sont les Français Durand, Feuillade, Bosetti, Rigadin, Fabre puis Max Linder qui ont inventé le cinéma burlesque. Le premier film burlesque fut aussi l'un des premiers films de l'histoire du cinéma. C'est en 1895, l'année-même où l'on date la naissance du septième art, que les Frères Lumière présentent *L'Arroseur Arrosé*, un film de quelques dizaines de secondes, mais dont le gag unique deviendra célèbre dans le monde entier.

Jusqu'en 1914, le cinéma burlesque est avant tout français. Il va d'abord sombrer avec l'entrée en guerre des pays européens puis connaître ensuite son âge d'or, au temps du muet, au cours des années 1920 et 1930. Jusqu'à la fin des années 1920, date à laquelle arrive

³² Jean-Philippe Tessé, *Le Burlesque*, Cahiers du cinéma, 20.09.2007.

le cinéma parlant, les mises en scènes burlesques des studios hollywoodiens connaîtront un succès indéniable. De nombreux réalisateurs et acteurs ont tourné des films entiers ou des scènes burlesques. Citons les frères Auguste (1862-1954) et Louis Lumière (1864-1948), le comédien réalisateur Max Linder (1883-1925), Georges Méliès (1861-1938)...

A partir des années 1910-1930, le cinéma muet voit apparaître les maîtres du genre, le *slapstick*, littéralement *coup de bâton*, la farce burlesque pour les Américains, un genre d'humour qui implique une part de violence physique volontairement exagérée. L'imprévu intervient autant dans une image isolée que dans l'ensemble d'une œuvre. Même si, pour certains, *faire rire est une chose sérieuse*, les pionniers du *slapstick*, dans leur travail, n'hésitaient pas à s'amuser. La discipline et le plaisir, le réel et l'imaginaire faisaient bon ménage pendant le tournage, mais également dans leur vie privée où ils savaient réaliser de sacrés gags même en dehors du studio.

Au premier regard, le cinéma a créé un comique spécifique où l'anecdote importe peu. Il se base uniquement sur ses seules ressources techniques. Un arroseur arrosé, un sergent de ville poursuivant un cul-de-jatte simulateur, ce sont les premiers gags connus, réalisés par Louis Lumière. Le cinéma naissant *s'émerveilla* de ses pouvoirs. Dans *Onésime horloger*, d'André Deed, une subite accélération du temps autorise, en l'espace de quarante secondes, un mariage éclair, la naissance de l'enfant et sa croissance achevée. Dans un autre film, cité par Georges Sadoul : « une nounou se hisse aux Butte-Chaumont sur la voiture de bébé qui se met à

dévaler la pente, roule dans les rues, passe les portes de Paris, file sur la route du Havre, entre dans la Manche, vogue sur l'océan, aborde dans une île inconnue, dont les sauvages la prennent pour reine ».

Pourtant, très vite, le burlesque doit avouer sa dette envers l'art du spectacle, du clown, de l'acrobate, du jongleur et de l'illusionniste. Les premiers comiques français, André Deed (Boireau), Ernest Bourbon (Onésime) et Max Linder (Max), viennent du café concert ou du théâtre de variétés. Ils inventent la forme burlesque, héritée du numéro de cirque et de music-hall. Chacun d'eux doit imaginer et typer un personnage qui se substitue dès lors à sa propre personnalité et que le public consacre en le reconnaissant de film en film.

Max Linder (1883-1925) fut le premier grand maître du cinéma comique. Il se situe entre la comédie et le burlesque et introduit, à travers son personnage, davantage de psychologie.

A ses débuts, les gags relèvent encore du trucage. Max était traité pour un asthme sévère au point qu'il lui suffisait de souffler sur un mur pour qu'il s'écroule. Il avait pris la route d'Hollywood parce que le burlesque était en train de s'y épanouir alors que, avec l'entrée en guerre des pays européens, le burlesque sombrait en France.

Michael Sinnott, acteur et cinéaste américain, connu sous le nom de scène, **Mack Sennett** (1880-1960), né au Québec, fut le précurseur du burlesque aux Etats-Unis et l'un des réalisateurs les plus importants du cinéma muet américain. Il a inventé le *slapstick*, équivalent du burlesque français, il a porté à la perfection la

pratique du gag et il a lancé la carrière de plusieurs comédiens qui règneront sur les écrans durant plus d'une décennie.

Grand découvreur de talents, dont Charles Chaplin, Mack Sennett n'eut qu'à puiser dans ce vivier du théâtre, de la scène, du music-hall et de la piste, les acteurs les plus expérimentés. Au cours des années vingt, une pléiade de génies va émerger et s'affirmer. Ils ont d'abord participé à des court-métrages muets qu'ils ont souvent produits eux-mêmes. Puis, chacun a pris une orientation personnelle.

Il fut l'inventeur des hordes de flics (*Keystone Cops*) et avait sa troupe de policiers et de pompiers comiques qui débarquaient sur les lieux du sinistre en même temps que les vrais. De son vivant, on l'appelait « *The king of comedy* », « *Le roi de la comédie* ». Il cherchait à tirer parti des événements spectaculaires de la vie quotidienne : un incendie, une course automobile. Ses pitres et ses cameramen se mêlaient à la foule des badauds. Aujourd'hui encore, on demeure confondu par la faculté d'invention des scénaristes, réalisateurs et comédiens dont il inspira le travail. Les poursuites et les agressions – les tartes à la crème – furent la base de son comique.

Un gag entre mille : Billy Bevan pousse son automobile en panne. Au passage, il accroche, sans s'apercevoir, une bonne demi-douzaine de voitures et les entraîne jusqu'à une falaise où les voitures vont s'écrouler une à une dans le vide.

Le burlesque, au cinéma, doit beaucoup aux premiers artistes qui sont venus de la scène et qui ont fourni la matière comique. Il doit avouer sa dette envers l'art du

clown, de l'acrobate, du jongleur et de l'illusionniste. André Bazin disait que dans le burlesque « l'action prime sur la situation. Elle n'a plus besoin d'intrigues, d'incidences, de rebondissements, de quiproquos et de coups de théâtre ». Le personnage s'impose uniquement par ses actes.

Longtemps, Chaplin seul, retint l'attention. Il portait déjà une petite moustache et de grandes chaussures sur scène. Doué d'une capacité d'invention, sa vision était révolutionnaire. De par sa spontanéité, il semble renaître et se réinventer à chaque instant, à chaque nouveau geste.

Buster Keaton fut au moins son égal. Ce fut un acrobate, d'une *impassibilité agissante*, un poète et un mécanicien du gag, dont le personnage d'« homme qui ne rit jamais » exerçait une formidable et stimulante énergie pour affronter un univers hostile.

Harold Lloyd qui connaissait la scène depuis l'âge de douze ans, développa une parfaite mécanique comique.

L'impuissance et les absences de Harry Langdon donnaient l'impression de ne pas réaliser ce qui se passe autour de lui. Il élaborait un style lent et rêveur, à l'opposé de Mack Sennett.

La force comique des courts métrages de Stan Laurel et d'Olivier Hardy dirigés à l'époque par Leo Mac Carey dans le sens de l'épopée burlesque, n'a jamais été égalée.

C'est par le biais de la musique, encouragés très tôt par leur mère, que les Marx Brothers entrent dans le monde du spectacle et développent, à partir de 1907, chacun une spécialité dont on retrouvera la trace sur le grand écran : le piano pour Chico, la harpe pour Harpo (d'où son pseudo) et le chant pour Groucho. Mais il ne faudra

pas attendre bien longtemps avant de voir s'afficher leur humour de l'absurde, parfois teinté de burlesque. Tous ces acteurs auront marqué le cinéma. Le trait physique, le costume, l'accessoire, un certain mode de réaction en face du monde ont désormais consolidé ces personnages : la démarche de Charlot, le visage impassible de Buster Keaton, le regard rond et fixe de Harry Langdon, une certaine malice sous les lunettes d'écailles de Harold Lloyd, le sourire niais de Stan Laurel et le rictus vaniteux d'Olivier Hardy. Le génie des grands comiques est de découvrir une attitude fondamentale et d'en tirer toutes les conséquences. Ils ne retenaient que le jeu et oubliaient toute règle à laquelle pouvait être soumise toute vie sociale.

Rien n'est laissé au hasard. Les auteurs des films burlesques insistent à la fois sur la très longue et minutieuse préparation de leurs tournages et sur la part d'improvisation qui ne consiste pas en une trouvaille de dernière minute mais en un temps de travail nécessaire où l'acteur, avec son équipe, ajuste son jeu en fonction de l'effet précis qu'il désire obtenir. Keaton disait « je ne crois pas qu'on puisse improviser de but en blanc. Il faut avoir une base de départ, et alors c'est merveilleux d'être élastique, mais à condition de savoir où l'on veut arriver ». Pierre Etaix déclare avoir pris Keaton pour modèle parce qu'il avait constaté que chacun de ses gags faisait avancer l'histoire. Il pensait qu'il s'agissait là de l'une des règles d'or du comique : « Construire un scénario uniquement à partir de gags. Il faut bien sûr avoir un argument de départ, mais l'argument le plus basique peut être générateur d'idées riches ».

De nombreux films burlesques sont généralement fondés sur une idée unique à partir de laquelle, *gagmen*, réalisateur et comédiens improvisent une succession de péripéties qui déclenchent invariablement un « cataclysme visuel volontairement absurde ». Chaplin utilise des objets dans deux sens à la fois afin qu'ils lui rendent le service dont il a besoin. Dans *The Kid*, une cafetière fera office de biberon. Beaucoup de gestes de Chaplin sont aberrants parce que son goût de l'action le conduit à court-circuiter plusieurs situations. Quand il veut ranger son melon, il trouve toujours, quel que soit l'endroit où il se trouve, l'endroit le plus sûr qui est aussi le plus déplacé : le four d'une cuisine (*The Rink*). Un cendrier est tour à tour le verre d'une convive, un piano à queue qu'il ouvre pour y déposer nonchalamment les cendres de son cigare. Keaton détourne aussi les objets : il utilisera sa cravate pour se faire une fausse moustache et ainsi passer inaperçu ou utilisera un clou comme porte manteau.

L'arrivée du parlant aurait mis un terme au burlesque. La parole ne pouvait rien apporter à ces *artistes du silence*. En effet, les films parlants vont bousculer les règles du burlesque. Les dialogues et la psychologie des personnages sont mis en avant, ce qui fait décliner la toute puissance de l'image, principal atout du burlesque qui va se faire, dès la fin des années 1920, de plus en plus rare dans les salles obscures. Ainsi, les maîtres du genre qui n'ont pas su ou qui n'ont parfois pas voulu se convertir au cinéma parlant, s'éloignent peu à peu des studios hollywoodiens. Seul Charlie Chaplin résiste et parvient à imposer ses mises en scène muettes au cours des années 1930.

Mais, bien que certains aient prétendu que le burlesque ne s'était jamais remis de la disparition du cinéma muet³³, d'autres comme Les Marx Brothers et W.C. Fields, ont fait renaître l'esprit du genre en utilisant le potentiel comique du discours et des mots. Il faudra attendre les années 1950 et la venue d'une nouvelle génération de réalisateurs et d'acteurs, pour voir renaître vraiment le genre burlesque.

Grâce à Jerry Lewis ou Blake Edwards, acteurs, producteurs, réalisateurs et scénaristes américains et Peter Sellers, acteur britannique, le cinéma classique a entretenu la flamme du comique gestuel et l'a profondément renouvelée.

Au cours de la dernière moitié du XX^e siècle, le burlesque a été brillamment illustré par des cinéastes français tels que Pierre Etaix qui mêle l'art de la comédie et de l'émotion et Jaques Tati, ennemi juré de la parole, un des génies du burlesque moderne qui a su dénoncer avec humour les travers et les excès de la société de consommation...

Avec *Jour de Fête*, *Les Vacances de M. Hulot* et *Parade*, Tati prouve que le burlesque a toujours sa place dans le cinéma actuel. Plus récemment, dans le cinéma français, On peut également évoquer Pierre Richard et bien d'autres, dans le cinéma français, en tant que successeurs du genre.

³³ Conférence de Stéphane GouDET, critique du cinéma et universitaire français.

Analyse de l'univers du burlesque³⁴

Petr Kral, a consacré un ouvrage général où il analyse l'univers du burlesque. Les films de Chaplin, Langdon, Keaton, Harold Lloyd, Laurel et Hardy ou les Marx Brothers n'ont pas vieilli. Ils constituent des trésors d'imagination et montrent assez d'assurance et de liberté. Ils témoignent, par ailleurs, d'une étonnante lucidité devant la situation faite à l'homme par la société moderne.

Au milieu de cette agression permanente qu'est devenu notre quotidien, le cinéma muet est « comme le dernier réservoir d'une fraîcheur et d'une paix oubliée ». Hubert Marcuse a écrit à ce sujet : « l'agression organisée s'accompagne toujours de bruit (...) C'est le calme qui nous permet de voir, d'entendre et de sentir ce que nous sommes et ce que sont les choses³⁵ ». Les images sur l'écran de ces vieux films et l'aspect désuet de leurs ingrédients – les accessoires, les décors, les personnages – sont des moments d'une vie concrète et éphémère. Ils apparaissent, aujourd'hui, comme un précieux témoignage sur un aspect essentiel du réel : sa fugacité.

Le goût désinvolte de la démesure constitue un des atouts du cinéma burlesque, mais il met à son actif ses propres faiblesses. Une de scènes de *The Goat (L'Insaisissable, 1921)*, nous en offre un bel exemple. « Poursuivi par un *policemen*, Keaton se réfugie sous une bâche où attend son inauguration un monument

³⁴ Petr Kral, *Le Burlesque ou la morale de la tarte à la crème*, Ramsay poche cinéma.

³⁵ Hubert Marcuse, « *Art in the one-Dimensional Society* », *Arts Magazine*, mai 1967.

tout frais, représentant un grand cheval blanc ; aussitôt après, la bâche est enlevée pour dévoiler à une assistance médusée une statue *équestre*, avec la silhouette noire de Keaton, fièrement dressé, en guise de cavalier. Mais le cheval, trop fragile, se met soudain à céder sous le poids et finit par s'effondrer complètement. Keaton, malgré ses efforts pour rester immobile, doit de nouveau se sauver. Cependant, la caméra continue, un instant, à fixer le piédestal du monument ; le hasard peut alors achever la scène en faisant tomber du socle, une dernière patte molle du malheureux cheval ».

Les comiques du *slapstick* inventent les plus étonnantes de leurs trouvailles en *modestes artisans*. C'est le cas d'une scène de *Our Relations (C'est donc ton frère ! 1936)* où le gros plan des visages de Laurel et Hardy s'écrasant contre la vitre d'une cabine téléphonique, se charge subitement d'une expressivité monstrueuse... Ce qui, à l'arrivée, fait figure d'une audacieuse trouvaille n'était ici qu'un simple « effet » plutôt facile, relevant d'un sens du cinéma, tout à fait évident, mais somme toute primaire. Même la lenteur que mettent Laurel et Hardy à se bagarrer, en marquant un temps d'arrêt après chaque acte de violence, est d'abord, pour un bonne part, une simple astuce technique : une possibilité donnée sciemment au spectateur afin d'accueillir chaque gag par un rire distinct avant de se laisser surprendre par le suivant. L'inspiration burlesque est encore plus évidente dans *Entr'acte (1924)* de Clair et Picabia où un moment du film pourrait d'ailleurs être la plus belle trouvaille burlesque jamais réalisée : « en attendant que s'ébranle un cortège funèbre, un de ses participants goûte pensivement à la

couronne mortuaire accrochée à l'arrière du cortège où un dromadaire est attelé à la place du cheval... »

Le burlesque doit avant tout son prestige à son étonnante ouverture à l'imprévu et au hasard et où *la marge de l'imprévisible compte plus que la maîtrise*. Il est en perpétuel jaillissement, un échange ouvert entre l'imagination des cinéastes et la réalité ambiante où l'une éclaire l'autre. Toute invention et tout effort stylistiques y sont constants. Harold Lloyd, avec beaucoup d'autres, en a témoigné lui-même : « Nous ne cessons de changer l'histoire au fur et à mesure. Nous nous étions rendus compte qu'il est bien préférable, en partant sur une idée, de la transformer en cours de route. Nos scénarios étaient très, très malléables...³⁶ » Chaplin improvisait littéralement ses films d'une situation à l'autre, devant une caméra qui enregistrait toutes les versions successives. Réalisés en général sans aucun scénario détaillé – du moins à l'époque du muet –, les burlesques « s'écrivent » en même temps que l'on tourne.

Pour sonoriser le burlesque muet, on utilise presque toujours une musique de *jazz*. Les frères Marx ont associé le jazz au burlesque à l'intérieur même de leurs films. Leur goût commun de l'improvisation est aussi ce qui lie le jazz au burlesque, mais n'exclue guère, pas plus chez les comiques que chez les jazzmen, une préparation et un entraînement avant la « séance ». Ils sont attentifs au moment de la création mais conservent le maximum de spontanéité.

³⁶ Cf. Raymond Borde, *Harold Lloyd*, Premier plan, Lyon, 1968, p. 28.

La vie intervient aussi dans les films qui sont en cours de réalisation, sous forme de plaisanteries privées. Ainsi, d'après Mack Sennet, la première tarte à la crème qui est entrée dans le burlesque aurait été lancée par Mabel Normand qui assistait au tournage en simple spectatrice.

Les acteurs du burlesque n'échappent à rien. Ils doivent jouer autant de leur visage que des mains et des pieds ; ils reçoivent à la figure de vraies tartes et doivent réellement accomplir, face à l'appareil, les plus périlleuses des prouesses. C'est d'ailleurs leur fierté. Leurs nombreux accidents en font foi³⁷. Ils ne se bornaient pas à représenter leurs personnages dans des situations étonnantes. Ils finissaient par vivre ces situations réellement.

L'action est reine dans la majorité écrasante des vieux films muets. Le gag lui-même, cette « unité de base » du langage burlesque, est avant tout un acte. Le héros muet ne connaît point de rupture entre ses intentions et ses actes. Il jouit d'une extraordinaire vitalité qui implique la maîtrise du corps et un courage sans limites. Quand il a besoin d'un véhicule, il s'approprie simplement le premier vélo ou voiture qui lui tombe sous la main. Harold Lloyd, dans *Why Worry ? (Faut pas s'en faire, 1923)*, n'hésite pas à provoquer des accidents pour recommander par la suite aux victimes les soins d'un médecin ami.

³⁷ Suite à un accident, Lloyd et Keaton traversent d'ailleurs presque toute leur carrière à l'écran privés de quelques doigts. Fait qui ne peut à son tour que s'ajouter aux mystères du burlesque, d'autant plus qu'il nous est toujours resté parfaitement invisible.

Acteur ou figurant, le personnage du burlesque sait tout aussi bien se défendre contre l'agressivité des autres. Quand dans *Neighbors* de Keaton (*Voisins-Voisines*, 1920), une lavandière découvre que quelqu'un a sali le linge qu'elle avait mis à sécher, elle n'y va pas par quatre chemins : elle trempe un chiffon dans un baquet puis le lance à la figure du premier suspect venu, en l'occurrence un maçon parfaitement innocent qui travaillait sur un échafaudage proche.

L'action des personnages, dans le burlesque, est également *ce qui imprime leur mouvement aux objets*. Langdon roule dans *Picking Peaches* (1924), en plein trafic, enroulé à l'intérieur d'un pneu. Snub Pollard circule dans les rues sur un piano à queue (*Sold at Auction, Beaucitron commissaire-priseur*, 1923) ; puis, l'abandonnant à sa destinée, il lui cède littéralement la vedette, le laissant, indifférent à tout, avancer tout seul au milieu de la chaussée.

L'action dans le burlesque est constamment détournée vers un but qui lui est étranger. L'improvisation des acteurs n'est pas seulement le moteur de tout mouvement ; elle fait aussi éclater l'action en séquences disparates, les gags, qui compromettent sa cohérence dramatique. Le mot *gag*, à l'origine, désigne bien un intermède improvisé où le comique, par son dynamisme et par la richesse de son imagination, gagne la sympathie du public.

Cette tendance générale de l'époque qui consiste à voir en toute chose un événement en puissance, gros de possibilités inédites, le *slapstick* l'a simplement poussé jusqu'au délire. Dès que Charlot, dans *A Dog's Life* (*Une vie de chien*, 1918), pénètre dans un dancing en cachant son chien dans son pantalon, la queue de

l'animal ne surgit pas seulement au grand jour comme si elle appartenait à Chaplin, elle se met en plus à battre la grosse caisse qui se trouve spontanément à côté.

Le burlesque exalte également *les lois du hasard* qui régissent autant l'improvisation des acteurs que le déroulement de l'histoire : dès qu'une peau de banane est susceptible de déclencher une catastrophe, celui qui cherche l'aventure n'a qu'à sortir dans la rue... ; les véhicules dont les chauffeurs ont perdu le contrôle passent quand même entre deux voitures sur le point de se croiser ; un terrassier qui creusait une tranchée au milieu de la chaussée, se baisse au bon moment pour laisser passer une voiture de course.

Le hasard joue avec le comique un jeu tellement cynique qu'il réduit le rôle du héros – et de l'homme en général – à celui d'une éternelle victime. Hasard ou catastrophe inévitable : la voiture de Keaton³⁸, remorque toute sa maison puis tombe en panne sur un passage à niveau au moment où un train apparaît à l'horizon ; *évitée in extremis* par celui-ci, la maison n'en sera que plus cruellement détruite par un autre train arrivant dans la direction opposée. Cependant, dans la plupart des cas, le hasard va servir le héros du burlesque. Dans *The Paleface*, Keaton peut être précipité de la plus haute montagne, il tombera toujours sur l'unique personnage ou l'arbre qui se trouve en dessous qui amortira sa chute.

Les comiques sont toujours prêts à se mêler des pires histoires et à affronter, sans hésitation, les plus redoutables obstacles. Leur apparente inconscience pourrait être une forme de sagesse : une façon de faire confiance

³⁸ *One Week : La maison démontable*, 1920.

au hasard et de mettre leur destinée entre leurs mains. Keaton, dans *Sherlock Jr*, vole au secours de sa bien-aimée assis sur le guidon d'une moto qu'il ne cherche nullement à conduire ; arrivée devant le chalet où la belle se fait maltraiter, la moto heurte une pierre et Buster est projeté en l'air. C'est bien ainsi, pourtant, qu'il tombe à l'intérieur d'un chalet sur la tête de l'agresseur et tire *in extremis* la jeune fille d'affaire. Même quand le héros comique a de la chance, il est le premier à s'en étonner ; fréquemment, il n'en est même pas conscient. Le public est le seul à savoir qu'au début de *The Gold Rush*, Charlot, pendant un bon moment, est suivi par un gros ours ; le héros, lui, n'a l'idée de se retourner qu'au moment précis où l'ours disparaît.

Pour saisir la « leçon » du burlesque, à coup sûr, *les « temps morts »* sont aussi importants et « parlants » que les gags ou les poursuites les plus fébriles.

Les comiques font souvent penser à une poupée vivante par leur manière de jouer. Ainsi Keaton, dont James Agee a pu dire, à juste titre, « qu'il lève le bras comme un sémaphore ». Même un acteur aussi vif que Chaplin, résume parfois son jeu par la répétition toute machinale de quelques gestes sommaires. Larry Semon prend sans hésiter une poupée pour une femme réelle et n'en revient pas lorsque, la saisissant par la jambe, celle-ci se détache du corps et lui reste entre les mains. Dans *Go West*, Keaton regarde un coiffeur dévisser la tête d'un mannequin d'étalage, assis pour plus de commodité dans un des fauteuils destinés aux clients ; peu après, chez un autre coiffeur, il essaiera candidement de dévisser la tête d'une cliente véritable.

L'extravagance des péripéties compte plus que la psychologie des héros. Laurel et Hardy « transforment froidement leur adversaire en une sorte d'épouvantail grotesque » : ils renversent sur sa tête une assiette de fromage coulant, lui coupent une touffe de cheveux et la colle à son menton, comme une fausse barbiche, fixent à son front une cloche de plombier en guise de corne. Pour finir, ils vont même jusqu'à le couvrir de plumes après l'avoir enduit de mélasse...

Les héros et les accessoires du slapstick sont souvent réduits à un simple schéma, dans leur comportement comme dans leur allure. Quand dans *The Navigator*, Keaton est terrorisé par le simple portrait d'un méchant – oscillant derrière le hublot de sa cabine –, on rit d'abord de ce qu'un comportement si schématique, chez un être vivant, a d'absurde. Pierre Etaix, pour sa part, tournera ouvertement ce principe contre les habitudes du consommateur actuel. Dans *Tant qu'on a la santé* (1966), le héros règle sa conduite tout aveuglément sur les conseils des différents médias ; à peine a-t-il ouvert son journal sur un slogan anti fumeur qu'il le repose déjà sur la table... en même temps que sa cigarette.

Pour une large part, *le héros burlesque doit aussi à l'objet sa propre personnalité* : que serait Lyoyd sans lunettes ou Charlot sans son melon ou sa badine ? Quand Keaton, conduisant un fiacre (dans *Cops*), croit avoir réglé son compte à son dentier – appartenant à son cheval – en le mettant dans la poche arrière de son pantalon, le dentier lui mord rageusement le derrière dès qu'il tente de le poser sur la banquette.

Les rapports entre l'homme et les objets sont encore un reflet de ses rapports avec autrui. En effet, les objets qui habituellement servent le comique, deviennent le plus facilement ses détracteurs. A commencer par les voitures : quand Harold examine le moteur de son tacot, il disparaît tout entier à l'intérieur, comme si le moteur l'avait avalé (*Get Out and Get Under*) ; lorsqu'il se lance en voiture à la poursuite d'un adversaire, l'engin le recrache littéralement sur la chaussée pour rouler un bon moment tout seul (*Girl Shy, ça te la coupe*, 1923). Par ailleurs, l'objet s'empare de Keaton pour l'immobiliser en pleine course ou pour ne le faire avancer que sur place. Dans *The Haunted House*, le coffre-fort de la banque où il travaille le retient par la manche au moment de la fermeture. Quand Langdon, dans *The Strong Man*, couche sur le divan un tapis enroulé, à la place de l'héroïne évanouie, il n'est pas tant victime de l'objet que de sa propre indifférence à l'égard de la dame. Dans tous ces cas, et dans l'ensemble du burlesque muet, le traitement d'autrui en objet est d'abord un fait physique. Les Frères Marx pratiquaient sans équivoque comme une humiliation morale.

De nombreuses apparitions d'animaux sont dans le burlesque plutôt affligeantes. C'est le cas des gags « anthropomorphiques » qui attribuent aux animaux un comportement humain. Par contre, les gags plus ou moins choquants où l'homme est à son tour rapproché des animaux, présentent presque toujours de l'intérêt. Dans certains burlesques, l'homme devient un animal pour de bon : dans *Dirty Work* (Les Ramoneurs, 1933), Hardy rajeunit si radicalement dans un bain de jouvence

qu'il en sort transformé en singe, ne gardant plus que le fameux « melon » d'Oliver. En règle générale, l'intervention des animaux marque l'apothéose finale de la catastrophe où le comique fait littéralement éclater l'« ordre établi ».

A l'écran, *les comiques trahissent un malaise dans la civilisation*. Seul le narcissisme des comiques « humanise » parfois la féroce vision que les gags du burlesque nous proposent du monde. Il est frappant que l'unique « sujet » d'un grand nombre de burlesques, en particulier de courts métrages, soit l'irrésistible progression d'une catastrophe. Qu'il s'agisse de Keaton qui, dans *The General*, lance une minuscule buchette contre un canon en mouvement qui fonce tout droit sur sa locomotive... Chez Laurel, cet infailible sens du rire atteint simplement au génie. Quand, dans *The Music Box*, Hardy et lui causent une véritable inondation dans l'appartement de leur client, Stan ne trouve rien de mieux que de se mettre à essuyer l'eau... avec son mouchoir. Il cherche une cuvette pour l'essorer ; comme il n'en trouve pas, il égoutte tranquillement le mouchoir dans le chapeau de Hardy. Mais Oliver lui lance un regard si menaçant qu'il s'empresse aussitôt d'assécher avec le même mouchoir l'intérieur du chapeau.

Les comiques ont formulé une *crainte intuitive* qui s'est révélée, par la suite, justifiée : la peur que « le rationalisme trop exclusif de la civilisation actuelle n'aboutisse à la pire irrationalité ». Dans l'œuvre de Chaplin, l'apparent bonheur de l'époque, réservé à une couche de privilégiés, se trouvait bien ouvertement contesté.

Les comiques du burlesque montrent *les vertus cinématographiques du décor urbain*. Les films de Lloyd, à mesure que leur action se déplace vers la campagne ou vers des pays lointains, perdent peu à peu tout intérêt. Keaton ou Laurel et Hardy n'offrent jamais une vision aussi hallucinante que lorsque, dans leur costume ordinaire, ils s'acharnent simplement à construire un pavillon (*One Week, The Finishing Touch*). Tant qu'ils mettent en cause les conventions d'un monde qui leur est familier, les explosions de leurs gags « sonnent juste ».

Le burlesque européen s'approche du burlesque américain à travers le « *thème* » de la destruction. *Boireau bonhomme de pain d'épices* (1911-1912), avec André Deed, est déjà à cet égard un film sennettien. « Embauché par un coiffeur, son héros, dès le premier geste, montre que son seul vrai métier est celui de saboteur : à peine a-t-il endossé une blouse de travail, selon le vœu du patron, qu'il remet par-dessus la blouse son affreux manteau *de ville*, enlevé quelques secondes plus tôt. Par la suite, à son premier client, il mettra de même une serviette au cou en recouvrant le journal qu'il est en train de lire, avant de l'envelopper à son tour dans le fameux manteau ». Cette *obsession de l'enveloppement* est une des constantes des premiers burlesques. Quant à Boireau, détruire sera sa seule préoccupation : « il arrache le dossier du fauteuil de son client en y fixant une serviette, il fend le dos de la veste du malheureux en lui donnant un coup de brosse – après l'avoir recouvert entièrement de mousse et de poudre –, il met le feu à la chevelure d'une cliente avec un fer à friser... » Même lorsque son patron, pour finir, l'envoie

dans la rue d'un coup de pied, il ressort de la boutique par le mur, en laissant un gros trou en guise d'adieu.

En plus du goût de la destruction, *le burlesque européen est lié à la matière* – à travers la chair – *par sa cruauté physique*. Un irrépressible goût de la plaisanterie macabre et féroce se manifeste déjà chez Méliès, dans *Hydrothérapie fantastique* (1910) où un médecin met un tel élan à remplir d'eau le corps d'un malade que celui-ci gonfle à vue d'œil comme une baudruche et finit par exploser. Le burlesque, ici, rejoint directement certaines grosses farces médiévales qui, sous couvert de plaisanterie, étaient destinées à conjurer l'effroi « existentiel » face à la vie et l'angoisse du néant.

Le burlesque met en valeur le concret du monde et relègue l'« histoire » au second plan. Ainsi, il est plus libre d'exalter les choses elles-mêmes. Les gags transforment en événement le moindre épisode. Chaplin, éméché, ne saurait s'asseoir sur son lit sans précipiter son chapeau au sol d'un hoquet ; Laurel, voulant escalader un mur, ne saurait poser ses mains sans qu'un chat sorte de l'ombre et lui passe dessus. L'action, dès le départ, n'est là que pour déclencher des accidents de cet ordre, aussi nombreux et imprévus que possible.

Dans *Never Weaken* de Lloyd, le héros, acculé au suicide, n'arrive pourtant pas à se tuer. Au moment de boire du poison, il s'aperçoit que sa lettre d'adieu comporte une faute d'orthographe et se dépêche de la corriger ; en remarquant ensuite qu'un bouton de sa chemise ne pend qu'à un fil, il décide de l'enlever complètement mais renverse en même temps le verre

avec le poison. Quoi qu'il fasse, les choses du monde ne veulent pas le lâcher.

Les choses, dans le burlesque, ne sont pas censées fonctionner mais donner lieu à des images. Le réalisme du burlesque n'est pas un réalisme descriptif. Quand ils veulent démontrer ce qu'est un chapeau, les comiques ne le laissent pas sur la tête ; ils nous le présentent alors que le vent l'arrache et oblige son propriétaire à courir après. Le concret de telles sensations, de telles images, pourrait encore aujourd'hui être ce que le burlesque garde de plus vivant. Quand Oliver cherche à entrer dans une maison par la fenêtre³⁹, il broie lentement du pied le melon de Stan qui, à quatre pattes, essaie de lui servir d'appui. Le chapeau écrasé nous fait soudain oublier les plaisanteries, au profit d'un « message » autrement urgent. Brutalement, nous nous souvenons que le monde où nous vivons est *concret*, matériel, résistant : c'est la réalité toute entière, en quelque sorte, qui nous interpelle, à travers ce chapeau maltraité.

Par ailleurs, *le chapeau masculin* joue le rôle de l'accessoire principal. Il serait un objet drôle, étrange, un symbole sexuel et un emblème de l'autorité paternelle. Il traduit dans le burlesque *l'absurdité du réel*. Chez Chaplin comme chez Laurel et Hardy, les jeux de chapeaux sont de véritables « axiomes » comiques : des clin d'œil rituels dont le seul retour est un appel au rire. Chaplin, de tous les comiques, est peut-être celui chez qui le mystère du chapeau a trouvé sa meilleure définition. Qu'il fasse tomber son melon d'un hoquet devant nous ou que, éméché, il se dandine d'un mouvement hésitant devant le même melon accroché à un montant de son lit, il pose d'emblée le chapeau

³⁹ Scram, *Les Deux vagabonds*, 1932.

comme une énigme, « irréductible à quelque symbolisme que ce soit ».

Le burlesque rend au concret un délirant hommage au niveau de la seule image. Ainsi l'image qui apparaît dans *Steamboat Bill Jr* de Keaton : un barbu d'allure sauvage, debout dans la charpente d'un toit fendu par le cyclone, maintient ensemble les deux moitiés du toit par le seul effort de ses deux bras crispés. Ailleurs, l'action du burlesque elle-même est d'abord un infatigable remplissage : les lieux ne semblent destinés qu'à être envahis en un tournemain de foules déchaînées, de piles de tartes à la crème chargées en projectiles, de voitures s'entraînant sans fin comme à plaisir, dans des accidents apocalyptiques. Le plus souvent, la fureur du burlesque se confond avec celle des acteurs. Tous ou presque, ne pensent qu'à s'acharner contre le réel, sous le moindre prétexte. Dans *Casimir et les lions*, un des personnages joue littéralement avec le feu : il « oublie » pendant longtemps une jambe dans une cuisinière allumée, comme pour mieux déguster les flammes qui consomment peu à peu son pantalon. Chaplin, dans *A Night Out*, met la même insistance maniaque à badigeonner une étagère avec du dentifrice, en utilisant sa brosse à dents. Le monde, aux yeux des comiques, « est bel et bien là pour être tripoté et fouillé, dévoré, caressé et palpé, de préférence tout cela à la fois ».

Le goût du concret et le goût de la *métamorphose*, dans le burlesque, sont étroitement liés et relève d'un procédé majeur de tout l'art moderne : *le montage*. Homme, animal ou objet, tous les éléments, à travers les images retrouvent constamment une sorte de disponibilité première, leur permettant de s'accoupler et de se renouveler à loisir. Le moindre figurant est une boîte

à surprise. On ne sait jamais trop ce qu'on fera apparaître en enlevant le couvercle.

Tous les comiques ou presque ont succombé, à un moment donné, à un *véritable délire oral*. Leur appétit est littéralement sans limite ; tout sera tôt ou tard mangé. Semon déguste une houppes à poudre, Harpo Marx avale des plumes d'oreiller... Il peut également goûter aux plats les plus extravagants : mordre dans le combiné, se faire un sandwich avec la cravate de Chico, mettre entre deux pains le cigare de Groucho, en guise de saucisse. Pendant le match de rugby de *Horse Feathers*, il agit de même avec le doigt d'un joueur... Une telle boulimie est à la fois physique et métaphysique. Leur envie de goûter à tout dépasse la simple sensualité et nous ramène aussi à cette *faim métaphysique*.

Le burlesque pousse son obsession du concret jusqu'à sa dernière conséquence : *la catastrophe* qui apparaît également comme une *autodestruction symbolique*. Il ne s'intéresse qu'à un monde qui ne tourne pas rond où tous les comiques sont d'abord des trouble-fête et des créateurs de désordre.

Le burlesque exalte également le corps. Dès le début, la vitalité des comiques vise mieux qu'une prouesse mais seulement une dépense physique sans projet, le plaisir de bouger et de grimacer – de « faire le clown » – en dehors de toute règle. Charles Prince, dans *Rigardin à l'œil fascinateur*, n'hésite pas à nous offrir, en conclusion, un simple concours de grimaces. Même quand leur action semble viser un but, les comiques, fréquemment, s'agitent plus qu'ils n'agissent : l'arrosage d'un jardin n'est pour Chaplin qu'un prétexte pour courir

d'une rangée d'arbres à une autre, dans un slalom aussi joyeux qu'inutile (*The Tramp*).

Primaire, démesuré, **le burlesque est aussi étonnamment cruel**. Tous les protagonistes de Sennet se distinguent par un remarquable manque de scrupules moraux. Même chez Laurel et Hardy, la bonhomie est souvent relayée par une cruauté permanente : ainsi, quand, après que Laurel ait disparu derrière une caisse en portant une échelle sous le bras, nous entendons un coup assourdissant, puis nous voyons surgir Hardy qui se tient un œil avec une grimace douloureuse (*The Music Box*). Ailleurs, Laurel enfonce son doigt dans l'œil d'Olivier tout à fait exprès, reculant même pour prendre un maximum d'élan... Chaplin lui-même ne se contente pas de traiter autrui en objet, joignant la cruauté à l'hypocrisie. Dans *Gentlemen of Nerve (Charlot et Mabel aux courses, 1914)*, il mord sans hésiter dans le nez d'un voisin qui, dans la foule des spectateurs d'une course d'automobiles, met sa tête trop près de la sienne. Dans *His Trysting Place (Charlot papa, 1914)*, il fait mine de brûler un enfant dans le four d'une cuisinière. A l'occasion, Chaplin et ses partenaires vont jusqu'à se féliciter de leurs coups.

Chez Laurel et Hardy, l'invention comique propose à la violence un remède pour ainsi dire original. Quand, dans *Double Whoopee*, Laurel se débarrasse d'un importun sans chemise en arrachant *un* poil à sa poitrine, en le lui jetant dédaigneusement derrière le gilet et en lui recouvrant le torse d'un papier tue-mouche enduit de colle, il désamorce en partie sa propre colère au moment même où il l'exprime. Mieux, dès le début, il ne lui donne libre cours que pour la

désamorcer. Mais, aussi surprenante soit-elle, la violence n'est pas désamorcée entièrement car où s'arrête la plaisanterie pour céder la place à un simple plaisir d'humilier ?

La violence burlesque contient aussi une part de « mystification, d'irréalité sournoisement intégrée à la réalité ». Quand Hardy sort de derrière la caisse en se tenant l'œil, nous savons, au fond, qu'il évoque seulement un accident qui n'a pas vraiment eu lieu ; et si nous rions, c'est moins à ses dépens que pour combler le vide entre l'inexistence de l'accident et l'illusion parfaite qu'il nous en donne. Nous touchons là à l'essence même de cet « humour noir ».

La désinvolture cynique d'un Keaton ou d'un Chaplin, la façon expéditive et peu sentimentale dont ils réagissent au malheur d'autrui, ont sur nous un effet comparable : on en rit d'autant plus que ce ne sont là, en fait, que des « fantasmes » de cruauté et de violence. La cruauté du burlesque, sous son apparente gratuité, fait transparaître, dès l'origine, *un réalisme moral*.

Ce que le burlesque en général et les films de Chaplin en particulier ont apporté de si nouveau n'était pas seulement leur fantaisie, mais aussi et d'abord, toute une *expérience du monde*. Les pionniers du burlesque n'ont pour la plupart rien d'intellectuel. Le cinéma leur permet simplement de survivre – voire de faire fortune – et, autant que possible de s'amuser. Riches de leur expérience, leur personnalité leur permet de fabriquer leurs films en bricoleurs inspirés, sans préjugés. En dehors de tout programme idéologique ou esthétique, les comiques représentent sur l'écran toutes ces « petites gens » qui constituent la majorité de leur

public et qui trouvent naturellement dans le cinéma un art à leur portée. Le burlesque leur fait prendre une franche revanche sur le monde qui les entoure.

Le burlesque ne cesse de désamorcer nos actions et nous apprend que nous sommes rarement aussi irrésistibles que nous voulons le croire. Pensons seulement à cette scène de *A Dog's Life* où Chaplin, si vite qu'il court, se fait successivement dépasser par d'autres à tous les guichets d'une agence d'emploi. Quelle vie n'est pas émaillée en permanence d'humiliations analogues ? Toutefois, le mérite du *slapstick* est de nous permettre de le reconnaître.

Tout le cinéma burlesque, en ce sens, pourrait trouver son emblème dans une image saisissante du début de *City Lights* : celle d'un Charlot qui, découvert par des dignitaires dans les bras d'un monument qu'ils viennent d'inaugurer – et où il s'est endormi la veille –, se borne, assis sur la statue, à rajuster le tissu de son pantalon d'un geste tout à la fois gêné, endormi et discrètement moqueur. Au cœur même de la cérémonie, son petit geste suffit à faire éclater au grand jour toute notre touchante misère, non pour nous accabler, mais, du seul fait qu'il nous fasse en même temps rire de nous-mêmes, il nous permet aussi de nous accepter.

On aurait, par ailleurs tort de confondre l'insolence des gags avec un propos militant. La critique sociale qu'ils contiennent n'est qu'un aspect de *la méfiance générale des comiques pour les tabous* auxquels nous obéissons et auxquels ils s'attaquent sans distinction. Ils ne cessent de faire publiquement, à notre place, tout ce que l'éducation nous interdit de faire. Ils nous donnent une

véritable *leçon de liberté* en nous enseignant une saine méfiance vis-à-vis des apparences. En effet, la démystification et une critique généralisée des apparences sont des principes essentiels et permanents de tout le burlesque. Le gag tend, de façon générale, à rafraîchir notre vision. D'où, l'empressement avec lequel les comiques confondent la réalité et la simple apparence, allant jusqu'à accrocher un chapeau sur un clou dessiné (Keaton dans *The High Sign*) ou à prendre une poupée pour une femme vivante.

Les comiques bousculent aussi des valeurs établies. Quand Sennet dit que lui et ses confrères étaient des spécialistes de la « dignité irritée » et de la « mise sens dessus dessous de l'Autorité⁴⁰ », il sait de quoi il parle ; du moins, au niveau du gag et du geste isolé. Tout naturellement, le comique s'en prend aussi au pouvoir et à ses symboles, à commencer par toutes sortes d'uniformes : excité, Lloyd arrache « mécaniquement » les médailles de la poitrine du général (*His Royal Slynness, Le Royaume de Tulipatan*, 1919) ; Laurel, dégradé par un officier et mis devant un peloton d'exécution, montre insolemment un dos plein de décorations de rechange (*Under Two Jags*, 1923).

Le burlesque américain apparaît aussi, dès le début, comme un reflet « critique » de toute la société moderne. Dans tout le pays, des milliers d'organismes commerciaux avaient lancé le slogan : « le temps c'est de l'argent ». Mais les poursuites hilarantes d'un *mille-à-la-seconde* dans les films comiques de Sennet indiquaient clairement que « plus on va et moins on réussit ».

⁴⁰ Cf. Davide Turconi, *op. cit.*, p. 27.

La technique, elle-même, prend d'ailleurs dans le burlesque un aspect cauchemardesque. Elle fait aussi entrevoir, à l'avance, les méfaits d'une consommation effrénée et d'un culte du confort poussé jusqu'à une métamorphose de l'homme en robot.

Chaplin, dans les séquences célèbres de *ModernTimes*, va pour sa part, jusqu'à « une vision de l'homme aliéné par le travail ». Même lorsqu'il quitte, dans un accès de « folie », la chaîne où il est ouvrier, son personnage n'en reste pas moins réduit à un mécanisme vivant ; c'est encore d'un geste tout machinal que, confronté à une femme, il trahit alors son désir, en lui resserrant les boutons de la jupe avec ses clés de montage. En comparant dans un montage parallèle les ouvriers arrivant au travail à un troupeau de moutons, le comique n'hésite pas non plus à suggérer que sa critique du « système » englobe jusqu'à ses victimes.

Mais *la morale du burlesque* se confond avec son respect foncier du réel et son sens du concret. Quand une jeune beauté, jouée par Jean Harlow, sort dans *Double Whoopee* d'un taxi devant l'hôtel où Laurel et Hardy sont portiers, il ne peut pas arriver ce qui arrive alors, « la portière du taxi claque, un pan de la robe, déjà *légère* y reste coincé, s'arrache, et voilà que la blonde rayonnante, sur le fond d'une nuit de pluie et d'asphalte mouillé, apparaît au seuil du palace, presque nue, vêtue de ses seuls bas et d'un bustier noirs ». De fait, même de vouloir faire rire, le comique peut difficilement voir une belle robe sans essayer de l'enlever, ou un haut-de-forme sans essayer de le faire tomber.

Le burlesque est d'ailleurs essentiellement « sans but » même au niveau du récit qui, en dehors de toute

histoire, fait place à une incertitude généralisée. Le gag, quant à lui, est *impartial* jusqu'au rôle qu'il assigne au comique : que Chaplin fasse tomber les cendres de sa cigarette dans la bouche d'un adversaire (*In the Park*) ou dans son propre chapeau (*The Rink*), que Keaton, à moto, chasse les ouvriers effrayés d'une tranchée de terrassement ou que ceux-ci, au contraire, l'éclaboussent à son passage de sable, (*Sherlock Jr*), notre rire est essentiellement le même. Ce qui compte par-dessus tout est *le paradoxe* de la rencontre et du *dépaysement* qui en résulte.

Même lorsque Chaplin s'en prend à un prêtre, ses gags dépassent l'anecdote d'une plaisanterie anticléricale. Que le curé s'avère être un escroc (comme dans *Police*) ou qu'un vulgaire bagnard puisse, au contraire, le remplacer sans problème dans ses nobles fonctions (*The Pilgrim*), le quiproquo ne tend encore à prouver que la fragilité des valeurs – et des apparences – en général.

Le comique ne fait qu'*exalter le conflit* en tant que ressort même du burlesque. Laurel et Hardy, dans *the Finishing Touch*, sont les contradicteurs d'eux-mêmes : aveuglés par leur élan, ils se ruent tous deux sur une seule pierre et se la disputent rageusement, bien qu'ils agissent tous deux dans un intérêt commun. Même Keaton, certes, ne réussit pas toujours à rester en dehors du combat : lorsque, dans *Our Hospitality*, il tente de séparer un homme et une femme qui se battent, le couple ne se réconcilie brièvement que pour l'insulter avant de reprendre la bagarre.

De façon générale, le burlesque américain, à la différence du burlesque européen, à la fois trop rationnel, trop spirituel et trop anecdotique, respecte davantage les

choses dans leur poids et leur « opacité » matérielle. Les comiques italiens ou français donnent à leurs gags une tournure descriptive en les intégrant coûte que coûte à une « histoire » : Onésime accélère le temps pour pouvoir hériter, Max cherche à grandir *pour* se concilier les parents de son amie. Ce qui enlève au burlesque européen son efficacité comique : « tantôt ses idées souffrent d'être trop complexes et raffinées, tantôt elles tombent en panne pour être trop insistantes et trop lourdement « amenées ».

Pour les Européens, la réalité est matière à idée. Les Américains, eux, la trouvent fascinante « au naturel », dans sa matière propre et cherchent, avant tout, des idées qui la mettent, elle-même en valeur. Là où un Bosetti ou un Durand taillent arbitrairement dans le concret du monde des intrigues, Sennet et ses successeurs poussent simplement des faits ordinaires à des conséquences imprévues. Le cinéma de Mack Sennet et de Hal Roach, écrit Raymond Borde dans son *Harold Lloyd*, « a pour langage le gag, pour morale la liberté et pour décor la réalité ». L'imaginaire est d'autant plus puissant, ici, qu'il a plus *de chair et de volume* ; la destruction d'une vraie voiture, la spectaculaire chute d'une grosse dame qui se conduit en parfaite bourgeoise sont beaucoup plus impressionnantes que si la voiture n'était qu'en carton ou si la dame n'était qu'une silhouette sans épaisseur.

Aucun humour, fût-il « purement » burlesque, ne saurait fonctionner de quelque façon absolue, sans prolongements dans l'ensemble de notre vision du monde. Le burlesque peut fonctionner comme une critique des mœurs et de la société. L'exactitude même des gags, de

leur idée comme de leur exécution, ne sont là que pour
faire passer dans le monde une tempête de liberté.

BIBLIOGRAPHIE

- Gérard-Georges Lemaire, Le burlesque, Encyclopaedia universalis.
- P. Kral, *Le Burlesque, ou Morale de la tarte à la crème*, Stock, 1984 et Ramsay poche cinéma.
- Norbert Abouardham, *Le Burlesque au théâtre*, éditions L'Entretiens [archive], 2015. (ISBN 978-2-35539-211-5).
- A. Ayfre, *Conversion aux images*, Paris, 1964.
- R. Benayoun, *Les frères Marx*, Seghers, Paris, 1980.
- L. Mac Carey, « Entretien, filmographie », in *Cahiers du cinéma*, n° 163, févr, 1965.
- J.P. Coursodon, *Keaton et Cie, les burlesques américains du muet*, Paris, 1964.
- B. Keaton, « Rétrospective », in *Cahiers du cinéma*, n° 130, av. 1962.
- J. Lewis, « Entretien, filmographie », in *Cahiers du cinéma*, n° 197, déc. 1967.
- F. Mars, *Le Gag*, Paris, 1964.
- Groucho Marx, *Groucho and Me*, Paris, 1962.
- Harpo Marx, *Harpo parle*, Paris, 1963.
- E. Morin, « Les stars comiques », in *Cahiers du cinéma*, n° 6, déc. 1956.
- David Robinson, *Chaplin*, Ramsay cinéma, 2002.
- Claude Jean Philippe, *Charlie Chaplin*, Encyclopaedia universalis.
- A. Bazin, *Charlie Chaplin*, rééd. Ramsay, 1985.
- C. Chaplin, *Histoire de ma vie*, rééd. Presses pocket, 1989.
- S.M. Eisenstein, « Charlies the Kid », in *Europe*, Paris, 1947.
- E. Faure, « Charlot », in *Fonction du cinéma*, Paris, 1952.
- P. Leprohon, *Charles Chaplin*, rééd. Séguier, 1988.
- J. Mitry, *Tout Chaplin*, Atlas, 1987.
- G. Sadoul, *Vie de Charlot*, L'Herminier, Paris, 1978.
- Jean-Patrick Lebel, *Buster Keaton*, collection Classiques du cinéma, Éditions universitaires, 1964.
- Marcel Oms, *Buster Keaton*, Premier Plan, 1964.
- Buster Keaton et Charles Samuels, *Mémoires. Slapstick* (traduction de l'autobiographie *My Wonderful World of Slapstick*), Librairie L'Atalante, 1984; réédition collection Points/Virgule, Seuil, 1987.
- Jean-Pierre Coursodon, *Buster Keaton*, Seghers, 1973 ; réédition par les éditions Atlas-l'Herminier, 1986.
- Robert Benayoun, *Le Regard de Buster Keaton*, Herscher, 1982 ; réédition dans la collection Poche/Cinéma, Ramsay, 1987.
- Olivier Mongin, *Buster Keaton, l'Étoile filante*, Hachette, 1995.
- Claude Jean Philippe, *Buster Keaton*, Encyclopaedia Universalis.

CHRONIQUES

Double anniversaire

Christian VIRENQUE

Professeur émérite

En 2018, nous fêtons les cent ans de la fin de la première guerre mondiale et le cinquantième anniversaire de la création du SAMU.

Ces deux commémorations sont à mettre en relation : l'émergence de la médecine d'urgence et de catastrophe à partir de 1968 trouve, à coup sûr, ses racines dans les progrès significatifs opérés au cours des quatre ans de la guerre 1914-1918.

L'exposition « 1914-1918, au cœur du Service de Santé, l'expérience du médecin Major toulousain Prosper Viguiier », réalisée dans l'espace muséographique Rudelle de l'Hôtel-Dieu Saint Jacques de Toulouse, est en grande partie réalisée grâce aux objets, documents, et photographies de ce médecin, responsable de l'Ambulance 8/18 pendant les quatre ans du conflit. Conservé par sa famille et légué aux musées du CHU, cet important fonds archivistique met bien en évidence cette constatation.

Que retenir de l'évolution historique en matière d'urgence sanitaire ?

La Grande Guerre s'inscrit dans l'histoire de l'humanité toute entière scandée de conflits. Depuis l'âge de fer, les guerres se règlent à l'arme blanche. Dès le Moyen-Age, elles le sont avec les armes à feu. Dans tous les cas, les blessés sont secourus par les combattants non

blessés. A partir de 1704, date de création, en France, du Service de Santé des Armées, ce sont des médecins militaires qui soignent les soldats. Et ainsi, Larrey et Percy, médecins de Napoléon, développent, lors des guerres de l'Empire, l'emploi des ambulances volantes pour le premier et pour le second, celui du Wurtz, véhicule qui transporte l'équipe de soins. Ils « médicalisent » ainsi le champ de bataille.

A la déclaration de guerre, le 3 août 1914, et pour la première fois depuis l'institution de la conscription par la Révolution, on mobilise tous les français aptes, en pratique trois millions huit cent mille de soldats. Le Service de Santé des Armées fonctionne alors selon les deux principes classiques : préserver des effectifs opérationnels mais aussi assurer le moral des troupes par un soutien sanitaire.

Pendant près de six mois, c'est la guerre « à outrance », menée dans l'espoir d'une guerre courte. Le bilan humain est catastrophique. Les armes nouvelles : mitrailleuses, grenades, canons, créent des plaies souvent souillées et toujours délabrantes, dégâts très différents des plaies produites par les balles d'un de fusil.

Comme le dit notre collègue F. Chauvin : « Les véhicules de secours hippomobiles, conçus en 1875, ne comportent pas de table d'opération, le blessé est posé à même le sol ; il n'y a ni éclairage, ni chauffage. Les soignants sont en nombre insuffisant, non formés, souvent incompetents. L'asepsie est nulle, la propreté douteuse. La règle est l'évacuation rapide des survivants dont beaucoup meurent en cours d'évacuation, alourdissant le bilan initial des combats ».

En quelques mois, une réflexion est engagée par les chefs militaires et politiques. Dès le printemps 1915, le

Service de Santé s'adapte et son évolution se poursuivra tout au long des trois ans qui suivent, limitant pertes humaines et handicaps et contribuant à la victoire finale.

C'est tout d'abord une nouvelle doctrine qui est mise en œuvre : la chaîne médicalisée des secours. Elle remplace la règle du « scoop and run » appliquée jusqu'alors, que les anglo-saxons continuent de pratiquer encore aujourd'hui. Cette chaîne comporte quatre maillons qui découpent le temps et l'espace : ramassage des blessés sur le champ de bataille jusqu'à un poste de secours pour un premier bilan, voire quelques soins, évacuation jusqu'à l'ambulance chirurgicale quelques kilomètres plus loin pour un diagnostic précis et hiérarchisé, puis soins chirurgicaux et prise de décision pour une évacuation vers les hôpitaux de l'arrière.

Simultanément, un nouveau matériel est mis au point puis en service : l'Auto-Chir Marcille (ACM), ambulance automobile constituée de cinq camions pour amener auprès des blessés, le chirurgien, sa salle d'opération, son appareil de radiologie, toutes ses structures d'hospitalisation et sa logistique. Cette colonne est complétée par quatre voiturettes qui permettent de déplacer le personnel. L'Etat-major la baptise « Ambulance » et en affecte une à chaque Corps d'Armée.

Le professeur René Leriche en liaison avec les facultés de Médecine développe progressivement un système de formation alors que les méthodes de soins médico-chirurgicaux s'optimisent, en s'orientant essentiellement contre l'infection.

Voyons comment fonctionnent les maillons de la chaîne

La chaîne de secours remplace le « scoop and run »

Ce sont les brancardiers, membres non-combattants : musiciens du régiment, cordonniers, tailleurs... qui sont chargés de reconnaître le terrain puis de **ramasser les blessés survivants**, opération dangereuse pour eux et délicate, car il faut repérer les blessés, guidé parfois par des chiens, le plus souvent par les gémissements. Il faut ensuite distinguer les morts de ceux qui sont seulement dans le coma. Pour le transport, tous les moyens sont bons : brancard, brouette, poussette, cacolet, chaise à porteur voire traineau sur ski !

Le poste de secours, ce qu'on appelle aujourd'hui un point de rassemblement des victimes (PRV), se trouve, en général, à un à deux kilomètres. En pratique, en fonction de la ligne de feu, un ou plusieurs postes de secours sont implantés, plus ou moins espacés.

C'est là que, partiellement protégés dans un recoin de tranchée, derrière un talus, au mieux une grange, les personnels administrent les premiers soins : contrôle d'une hémorragie externe, immobilisation provisoire de lésions traumatiques des membres. Une fiche est rédigée et accrochée aux vêtements. Elle va suivre le blessé tout au long de son parcours dans la chaîne, lue et complétée plus en aval, c'est une vraie main-courante.

Les blessés jugés évacuables, sont pris en charge par une ambulance automobile jusqu'à l'Ambulance située en retrait, à moins de six heures du front, de trois à dix kilomètres plus loin.

L'Ambulance est l'étape suivante. Grâce au matériel transporté par les camions, c'est un hôpital mobile, aujourd'hui appelé Poste Médical Avancé (PMA) qui se déplace et fonctionne en totale autonomie. Chaque fois que possible, le matériel est déployé dans des bâtiments en dur trouvés dans un village : mairie, salle des fêtes, château, école... Dans le cas contraire, baraquements ou tentes sont installés autour des camions, avec les indispensables entités logistiques.

A l'entrée de l'Ambulance, au niveau du secrétariat, le soldat est identifié. Il est déshabillé. Ses armes sont déposées. Il subit un examen clinique qui débouche sur une catégorisation. C'est par ce triage médical que le chirurgien « trieur » décide une opération immédiate ou une hospitalisation temporaire. Deux zones géographiques distinctes sont aménagées, l'une pour les cas graves mais ne relevant pas immédiatement de l'acte chirurgical, la seconde pour des blessés plus légers. Les patients y resteront dans des conditions précaires le temps nécessaire au passage à l'étape suivante. A noter que des soldats malades peuvent transiter dans cette chaîne, en parallèle avec les traumatisés.

L'équipe de soins comprend, en moyenne, quatre chirurgiens et quatre assistants (parfois des internes des hôpitaux), un radiologue, vingt cinq à trente infirmiers, parfois, mais rarement, un pharmacien. Dans les moments d'afflux paroxystique de blessés, cet effectif se révèle insuffisant.

Quels sont les gestes pratiqués dans l'Ambulance ?

Dans les premières semaines du conflit, s'impose la nécessité d'un **traitement anti-infectieux précoce**. En

effet au bout de six heures, la pullulation microbienne est installée et quasi-irréversible. On applique le protocole Carrel-Dakin qui consiste à désinfecter les plaies par l'instillation continue, à l'aide d'une solution d'hypochlorite de sodium à 1/200. Cette opération sera poursuivie durant plusieurs jours.

C'est dans un hôpital de l'arrière, et quand l'examen bactériologique des sécrétions montre qu'il n'y a plus de pathogènes, que les plaies sont refermées chirurgicalement par rapprochement des lèvres disjointes (bandelettes agglutinantes). La méthode Carrel-Dakin se révèle extrêmement efficace et réduit considérablement le nombre de gangrènes...

Un geste chirurgical s'avère parfois nécessaire

Le chirurgien intervient avec un tablier de boucher blanc, il porte des gants en caoutchouc, parfois un calot, jamais de masque. Il dispose d'une instrumentation stérilisée dans des boîtes en nickel et peut opérer jusqu'à soixante voire quatre vingt blessés par jour.

Il s'agit de réaliser au plus vite *l'hémostase* des hémorragies externes et internes (après laparotomie ou thoracotomie), le parage et la régularisation des zones ischémiées, la recherche et l'extraction des corps étrangers métalliques et vestimentaires.

En localisant les balles et les éclats de munition, la prise de clichés radiographiques ou la simple inspection radioscopique apporte une aide considérable à l'opérateur.

En matière de radiologie, Marie Curie joue un rôle considérable. Elle achète et équipe de petites camionnettes, les « petites Curies ». C'est la dynamo du moteur qui fournit l'énergie nécessaire pour faire fonctionner l'ampoule à rayons X. En même temps, Marie Curie met en place un centre de formation de manipulateurs qui, une fois formés, assureront le fonctionnement des appareils dans les voitures.

Les progrès de la chirurgie sont largement conditionnés par le passage de la seule analgésie à l'aide de morphine et de codéine à l'anesthésie générale à l'éther au moyen du masque d'Ombredanne. Cet appareil, inventé en 1907, est utilisé par un aide pour induire, grâce au réglage de la dose d'éther administré, une *anesthésie générale* graduée. En son absence, c'est un simple masque bucco-nasal supportant une compresse chloroformée qui assure une anesthésie plus artisanale. En 1917, les médecins américains introduiront la technique du protoxyde d'azote, gaz utilisé initialement en chirurgie dentaire qui est moins désagréable à inhaler que l'éther. Mais l'emploi du gaz « hilarant » nécessitera un appareillage difficile à mettre en œuvre : bouteilles contenant le gaz et bouteilles d'oxygène avec détendeurs, débitmètres, raccords et masques.

Malgré tous ces progrès, l'anesthésie générale est grevée d'un grand nombre d'arrêts circulatoires. C'est pour cela que, chez ce type de patients, l'on préfère souvent l'anesthésie locale à la novocaïne.

La réanimation, quant à elle, se réduit à la perfusion sous-cutanée de sérum physiologique et à l'injection d'huile camphrée. A noter, les premières mesures de la tension artérielles à l'aide de l'appareil de Pachon : on

peut enfin mesurer la pression sanguine mais également l'indice oscillométrique, témoin du degré de vasoconstriction adrénérgique.

Le réchauffement par une table, sous laquelle fonctionne des lampes électriques, limite les pertes thermiques, ce qui complète ces bribes de réanimation.

La transfusion sanguine de bras à bras au moyen de l'appareil de Jeanbrau puis, à partir d'une ampoule citratée (rendant le sang incoagulable), va prendre son élan durant les derniers mois de la guerre. Elle reste réservée à la compensation des pertes sanguines per opératoires et, en l'absence de tests de compatibilité, s'accompagnera d'accidents.

Les lésions traumatiques des membres nécessitent une immobilisation : écharpes, attelles grillagées ou de traction, dispositifs qui, en outre, apportent, un certain degré d'analgésie, ce qui prévient ou réduit le choc traumatique.

La vaccination et l'oxygénothérapie représentent, en matière de *soins médicaux*, un progrès décisif. La vaccination antitétanique fait totalement disparaître le tétanos, très fréquent au début du conflit. Contre la fièvre typhoïde, la vaccination a été également déterminante.

Face aux détresses respiratoires induites par l'inhalation des gaz de combat, *l'oxygénothérapie* a été pratiquée avec succès mais elle impose de lourds et encombrants « obus » et leurs accessoires d'emploi.

En pratique, une fois les soins effectués, et grâce à l'emploi du téléphone branché dès l'installation de l'ambulance, les moyens de transport et la destination de cette nouvelle étape sont choisis.

Le transport s'effectue le plus souvent à bord de trains sanitaires. Dans les premiers temps, le blessé est embarqué dans des wagons de marchandises, allongé sur de la paille, sans accompagnement sanitaire. Rapidement des wagons de voyageurs sont aménagés, et un convoi mis en place avec des infirmiers. Dans certains cas, c'est à bord de péniches que se fait le déplacement vers un établissement hospitalier plus ou moins éloigné. En 1918, a lieu une première évacuation par voie aérienne.

Pour les soldats *décédés* sur le front ou au cours de l'évacuation, il faut avertir les familles et le commandement, c'est une des missions de l'officier d'administration, il faut aussi fabriquer, quand on peut, des cercueils et creuser des tombes, travail pénible et très démoralisant pour les hommes qui en sont chargés.

L'autonomie de fonctionnement de l'ambulance nécessite de nombreux services et dispositifs annexes pour l'éclairage, le chauffage, les repas, le repos, les réserves, la stérilisation, la lessive...

Toute une activité administrative gère le planning, les permissions et les rapports à la hiérarchie.

Pendant les périodes d'accalmie, en pratique très fréquentes et très appréciées, le personnel récupère : lectures, activités « sportives », aide aux populations

civiles de voisinage pour des activités agricoles... Prosper Viguiier supervise des accouchements ! Une place importante est faite à la formation continue des infirmiers, en effet, le cadre officiel des infirmiers militaires n'existe pas et les infirmiers professionnels civils sont rares.

Les hôpitaux de l'arrière, sont situés entre cinquante et soixante dix kilomètres du front, certains sont des établissements civils existants affectés aux besoins militaires, d'autres sont créés dans des églises, sous tente ou dans des baraquements. Les médecins y donnent des soins complémentaires plus techniques et plus spécialisés, comme les appareillages des amputés puis en fin de guerre, la reconstruction des « gueules cassées ». Les maladies psychologiques qui éclatent au fil des mois du fait de l'atrocité des combats commencent à être timidement prises en charge.

Enfin des centres de convalescence sont, eux, répartis dans tout le pays.

Tout au long des quatre ans du conflit

L'Ambulance 8/18 de Prosper Viguiier, comme les vingt trois autres dont dispose l'armée française, ont été déplacées soit préventivement avant une offensive programmée, soit en renfort. Ces déplacements ont pu se faire par la route ou après embarquement ferroviaire. Mais, malgré tout, au cours des périodes d'hyperactivité, la congestion de cet hôpital mobile a mis en évidence l'inadéquation entre les besoins et les moyens, par moments dramatiquement insuffisants. Nous parlerions,

aujourd'hui, de catastrophe à moyens dépassés (comme cela a été le cas pendant plusieurs heures, lors de l'explosion de l'usine AZF).

Pourtant, au cours des quatre années de ce conflit, les **progrès** n'ont cessé pas dans toutes les spécialités médicales, en partie grâce aux Facultés de Médecine qui, en matière de formation et de recherche, ont largement collaboré avec le Service de Santé des Armées.

En 1918, on constate que les effectifs ont augmenté passant à plus de 15 000 médecins, 2 000 pharmaciens, 380 radiologues, 800 manipulateurs, sans compter les 300 « petites curies ».

72 000 infirmières ont été décomptées, dont des civiles professionnelles et aussi des religieuses et des bénévoles membres d'associations telles que Les Dames de France et l'Union des Femmes Françaises regroupées un peu plus tard lors de la création de la Croix Rouge Française. Ces « infirmières » seront surtout présentes dans les hôpitaux de l'arrière. Cependant, plus de 300 seront tuées au cours des combats ou décéderont des suites de maladies contractées en service.

Malgré les améliorations, considérables, apportées par le Service de Santé, la guerre « totale » et mondiale de 14-18 s'est achevée sur **un bilan effroyable** : sur les huit millions de français mobilisés en quatre ans, 1 727 000 sont morts, 4 300 000 ont été blessés, par la suite, un million de personnes seront pensionnées, dont 56 000 amputés et 65 000 mutilés fonctionnels.

Ce bilan tragique va s'inscrire dans les mémoires sous la forme de livres, de films, de documents divers et bien

sûr par l'érection dans toutes les communes de France de monuments aux combattants.

Les conflits qui vont suivre, deuxième guerre mondiale puis guerres coloniales, s'accompagneront, chacun d'un progrès décisif, notamment, en Indochine, avec la mise au point des évacuations médicales hélicoptérées initiées par celle qui va devenir le médecin général, Valérie André.

1968

Cinquante ans après la fin de la première guerre mondiale voient le jour, à Toulouse, le **SAMU** et l'**épanouissement dans le domaine civil de la médecine d'urgence**, au sens large du terme, avec ses différentes composantes.

La chirurgie d'urgence, guidée par imagerie, endoscopie, scintigraphie, est officiellement basée sur le principe du *damage control* : maîtrise précoce et provisoire des dégâts anatomiques suivie d'une réparation fonctionnelle secondaire.

L'anesthésie avec ses quatre composantes : hypnose, analgésie, relâchement musculaire, protection neuro-végétative est de plus en plus sophistiquée et de plus en plus sûre.

La réanimation pré-hospitalière « raisonnable », mettant la victime en condition le plus précocement possible, précède une réanimation péri-opératoire globale et monitorisée.

Enfin, les soins de suite assurent la « finition » : rééducation, réadaptation et réinsertion.

Cette médecine d'urgence moderne est, désormais, appliquée au quotidien comme en situation de crise.

Elle est à mise en œuvre par des praticiens certifiés par l'autorité universitaire, et par des infirmiers spécialisés en anesthésie ou en aide opératoire, IADES et IBODES. Les patients sont, maintenant, reçus dans des services d'accueil installés dans des structures spécifiques très performantes car entièrement connectées.

Ce type de médecine est encadré par des textes de loi, des décrets et arrêtés, rédigés grâce aux retours d'expérience et basés sur la notion de sécurité et de vigilance. Cette réglementation est intégrée dans le dispositif général de santé publique de notre pays.

En **2018**, un siècle après la fin de la Première guerre mondiale, un demi-siècle après la création du SAMU, c'est un constat de réussite que l'on peut faire aujourd'hui.

Des vies de citoyens producteurs de richesses au profit de la société et de la nation sont quotidiennement sauvées d'une mort imméritée et prématurée.

Ainsi, pour la médecine, les progrès engendrés par ce qu'il est convenu de nommer la Grande Guerre se sont révélés décisifs. Ils ont été payés au prix fort en souffrances et en pertes humaines.

BIBLIOGRAPHIE

Chauvin F, Fischer LP, Ferrandis JJ, Chauvin E, Gunepin FX

L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918

Histoire des sciences médicales tome XXXVI-n° 2-2002

De très nombreux sites internet se rapportant au Service de Santé de la 1^{ère} guerre ont été consultées.

Les voyageurs de Jules Verne sont malades

Pr. Pierre CARLES

Pr. Honoraire des Universités

Qui est Jules Verne (1828-1905) ? Un immense travailleur et un grand romancier qui a écrit, de 1863 à 1904, soixante cinq romans regroupés dans les *Voyages Extraordinaires* et dix huit nouvelles. Il fut un inventeur génial de sous-marin, d'hélicoptère, de canon pour aller sur la lune ; un familier de la flore et de la faune terrestre et maritime ; un géographe qui a fait parcourir à ses personnages tous les pays du monde dont il connaît les explorateurs ; un marin infatigable qui parle de la mer, du maniement des bateaux comme un professionnel, probablement aidé par son frère Paul qui fut navigateur ; un chimiste, un physicien... Afin d'apprécier ses connaissances médicales, nous allons décrire les blessures, les maladies, les troubles ophtalmologiques et les maladies psychiatriques qui furent répertoriés dans son oeuvre.

1. Les blessures

D'une façon générale, les héros de Jules Verne s'en sortent bien, contrairement aux bandits. Trois furent atteints par *la foudre*. Le premier, lors d'un duel en plein orage, brandit son épée après avoir « provoqué l'éclair de sa pointe ». Il est pétrifié, son visage devient noir puis son corps s'effondre comme une masse : il ne s'agit plus que d'un cadavre. Cet accident arrive à

temps car le bandit allait tuer son rival (*Une Ville Flottante*).

Dans *La Maison à Vapeur*, un des héros, Goûmi, est aussi frappé par la foudre qui a brisé son fusil. Il est paralysé de la jambe gauche mais de façon temporaire. Il guérit au bout de quarante huit heures. Rappelons que chaque année, en France, cent à deux cents personnes sont foudroyées. Une personne sur dix meurt par une atteinte cardiaque qui se traduit par une fibrillation ventriculaire très rapide, incompatible avec une circulation sanguine normale. Un massage cardiaque peut sauver le sujet. Les autres blessés peuvent être atteints de brûlure ou d'une paralysie transitoire.

Nous évoquerons, plus loin, le troisième héros qui fut Mathias Sandorf.

Des blessures légères sont dues à des *fauves*. Il s'agit de tigres qui déchirent l'épaule d'un jeune homme (*L'île à Hélice*) et d'un Indou courageux (*La Maison à Vapeur*). Ils sont tous les deux sauvés par leurs compagnons. Leurs lésions sont surinfectées et, sans moyens à l'époque, notamment les antibiotiques, leur guérison paraît bien aléatoire.

Les *fractures* sont rares. Un enfant de dix ans tombe d'un rocher et se fracture le fémur droit. Il s'agit d'une fracture simple, facilement réduite par le médecin qui met en place des attelles en bois puis bande le membre. La guérison est rapide (*Les Naufragés du Jonathan*).

Dans *Le Volcan d'Or*, les aventuriers sont en Alaska dans le Klondike et sont obligés de passer l'hiver dans cette région inhospitalière. A la suite d'un tremblement de terre et d'une inondation, le tronc d'un bouleau brise la jambe de Ben Raddle. Une longue convalescence est nécessaire. On est étonné de constater qu'une fracture

de jambe ouverte par choc direct guérisse dans une zone aussi difficile.

Une seule blessure *par flèche* est décrite dans *Le Superbe Orénoque*. Le sergent la reçoit dans l'épaule gauche « sans atteindre aucun muscle, aucun nerf, la chair seulement ». La flèche est-elle empoisonnée par le curare ? La plaie aurait « un autre aspect et rapidement surviendrait une privation de la voix, puis du mouvement des membres, de la face et du thorax, en gardant son intelligence jusqu'à la mort ». Cependant, il est vite guéri. La description de l'effet du curare est parfaite.

Les blessures par *arme blanche* sont fréquentes. Un marin du Duncan est blessé à l'épaule par le bandit Ayrton dans *Les Enfants du Capitaine Grant*. Il s'agit d'une blessure légère qui cicatrise en quelques jours.

On repère trois blessures qui sont plus graves :

- celle de Pierre Barthony dans « Mathias Sandorf » sur laquelle nous reviendrons ;

- une blessure par coup de poignard d'un Indien en Alaska. Il est pâle, respire à peine. Sa poitrine est trouée entre la troisième et la quatrième côtes gauches. « Des compresses imbibées d'arnica arrêtent le saignement ».

Le lendemain, il respire mieux. Au village Sitka, un médecin déclare qu'aucun organe n'a été atteint, le coup de poignard ayant été dévié par une côte. La cicatrisation est rapide, le lever précoce, la guérison aussi.

- dans « *Deux Ans de Vacances* », Doniphan reçoit un coup de couteau d'un bandit qui a envahi l'île. Il a les yeux fermés, il est pâle. Une plaie triangulaire saigne à hauteur de la quatrième côte gauche ; il s'agit d'une plaie au poumon. Il est pansé avec des feuilles d'aunes

aux vertus médicinales. Il s'améliore progressivement et la blessure guérit en deux mois. Il pourra quitter l'île avec ses camarades pour retrouver sa famille à Auckland, après deux ans de vacances dans une île déserte où le naufrage du Sloughi les a amenés.

Dans « *L'île Mystérieuse* », le 10 novembre 1867 un bandit blesse Harbert par **balle** : il est très pâle, son pouls est faible. Il présente une plaie transfixiante entre la troisième et la quatrième côtes gauches ; la balle est ressortie par le dos et a évité le cœur. Le reporter Gédéon Spilett qui a quelques notions de médecine lave les plaies à l'eau froide, sans les fermer et les panse simplement. Le repos est absolu. La fièvre est importante. Le lendemain, il sort de sa torpeur. Une suppuration survient sans élévation de la température. Au bout de quelques jours, la suppuration diminue et la fièvre baisse. Au dixième jour, il va mieux, se nourrit et le 29 novembre il peut être ramené à la demeure principale, à Granite-House. Mais il y aura des complications.

Les petites blessures par arme blanche sont peu agressives. Dans les romans, les héros guérissent avec de faibles moyens, ce qui arrange l'auteur...

2. Les maladies

A Granite-House, la fièvre survient par accès irréguliers. Harbert devient pâle, frissonne et tremble, son pouls est irrégulier, la peau est sèche, la soif intense. Puis survient une période de chaleur avec la peau qui rougit et des sueurs abondantes. L'accès dure cinq heures. Le lendemain, il est apyrétique, un peu délirant. Le foie est congestionné. Survient ensuite un second

accès fébrile avec une crise terrible : c'est une fièvre tierce qui signe un **accès pernicieux palustre**. Il délire. Dans la nuit du 8 au 9 décembre, on lui donne dix grammes de sulfate de quinine, l'antipaludéen par excellence. L'amélioration est manifeste. Il entre en convalescence le 20 décembre. Il peut manger. Il se lève dans la deuxième quinzaine de janvier, après deux mois de lutte. Quelle description de l'accès palustre ! Jules Verne attribue la découverte de la quinine au capitaine Némó, personnage principal de « *20.000 lieux sous les mers* ».

A l'heure actuelle, la fièvre tierce maligne résiste à la quinine en granulés alors qu'à l'époque, elle était utilisée depuis deux siècles : mais était-elle efficace ?

On retrouve deux autres crises de paludisme, intéressantes par leur traitement. En Afrique du Sud, (*L'étoile du Sud*), un paludéen en crise est traité par son compagnon qui creuse une fosse, la remplit de bois, allume le feu et réalise ainsi un véritable four. Le bois consumé, le paludéen y est couché, bien enveloppé : « La transpiration est abondante, activée par cinq ou six tasses de tisane ». Il s'endort et le soir, il est guéri... En Guyane Anglaise (*Le Superbe Orénoque*), les accès palustres de Jeanne de Kermès sont insensibles au sulfate de quinine. Les Indiens font usage de l'écorce de chinchora et surtout de l'écorce du coloradito. Après une crise violente, une infusion d'écorce du coloradito amorce la guérison. L'écorce de chinchora s'apparente à celle du quinquina. Le coloradito est inconnu à l'heure actuelle.

Le scorbut est très bien décrit dans « *Les Aventures du Capitaine Hatteras* » qui navigue au pôle Nord. La maladie est favorisée par l'inaction de certains marins

et survient malgré la prise de jus de citron et de pastilles de chaux. « Quel spectacle que celui de ces malheureux dont les nerfs et les muscles se contractent sous la douleur ! Leurs jambes enflent et se couvrent de larges taches d'un bleu noirâtre ; leurs gencives saignantes, leurs lèvres tuméfiées ne livrent passage qu'à des sons désarticulés ; la masse du sang, complètement altérée, défibrinisée, ne transmet plus la vie aux extrémités du corps » ! Treize hommes en sont atteints. Leur traitement consiste en frictions répétées et en fortes doses de jus de citron. Ils ne mourront pas du scorbut si bien décrit dans sa partie clinique.

Dans *Les Naufragés du Jonathan*, **l'alcoolisme** affecte un Allemand, Fritz Gross. Ce naufragé, arrivé en Magellanie sur l'île Hoste, est un ivrogne invétéré au « visage écarlate, joues pendantes, ventre énorme, dents gâtées, saleté repoussante et tremblement perpétuel ». Sous l'emprise de l'alcool, le tremblement disparaît, ses mouvements retrouvent leur sûreté et il devient un violoniste de génie... On constate que l'alcool arrête le tremblement mais il favorise l'alcoolisme. Un autre alcoolique du même naufrage, dénommé Lazare Ceroni, meurt en huit jours de **phthisie galopante**. L'alcoolisme favorise les tuberculoses graves et, d'une façon générale, la fréquence de l'infection.

Un autre exemple d'alcoolisme est décrit en Angola dans *Un Capitaine de quinze ans*. Le roi de Kazonnde, Maini Laungga est un grand alcoolique, il se réjouit devant une grande bassine en cuivre que l'on a remplie d'eau de vie. Il s'avance en titubant près de la bassine avec dans la main une mèche allumée... et met le feu en fouettant le liquide avec la mèche. Il saisit une louche,

la plonge dans la bassine et approche de ses lèvres la louche pleine de punch en flamme. « Dans ce corps si profondément alcoolisé, la combustion ne produit qu'une flamme légère et bleuâtre ». L'eau ne peut arrêter les flammes, l'alcool ayant envahi tous les tissus. Le roi succombe très vite...

La goutte est signalée dans *L'étoile du Sud* chez un fermier d'Afrique du Sud qui soigne sa maladie avec du gin... mais il n'y a pas de description de la crise de goutte.

Dans l'île Terceira du groupe des Açores, les touristes de *L'agence Thompson and Co* vont au village d'Angra assister à la procession de Pentecôte. Il faut éviter la foule qui est sale et atteinte de la *gale*. Des bandits s'emparent de la magnifique croix du Christ entourée de rubis, provoquant une panique dans la foule. Malgré leur protection, les touristes sont bousculés. M. Blockhead atteint de démangeaisons est isolé. Dans l'île Saint-Michel, on parcourt la vallée des Fournaises entourée de sources chaudes. Dans une sorte de vasque, la plus grande source surgit à 105°C dans laquelle le galeux doit affronter d'épaisses vapeurs sulfureuses. L'auteur précise que « lorsqu'il sortit, il est cuit, congestionné, suant ». Il est ensuite plongé dans une boue savonneuse d'environ 45°C, puis il se nettoie dans l'eau tiède. On constate qu'il est guéri : il était temps de connaître ce traitement de la gale !

Le Docteur Ox est un roman qui se situe à Quiquendone, petite ville flamande qui vit au ralenti avec des habitants « calmes, modérés, froids, flegmatiques, en un mot flamands ». L'éclairage de la ville est confié au docteur Ox, physiologiste de premier ordre, habile chimiste. Le système utilisé sature le village et la région

en oxygène. Les habitants deviennent agressifs et irritables. La flore explose : il faut être deux pour manger une fraise et quatre pour manger une poire... Les choses s'aggravent et le village veut attaquer le village voisin. L'armée se met en marche quand une formidable explosion retentit. L'armée s'est couchée à terre. L'usine à gaz venait de sauter. Une communication entre le réservoir d'oxygène et celui d'hydrogène a entraîné un mélange détonnant... **L'hyperoxie** disparaît et la cité redevient « paisible, flegmatique et flamande » comme elle était autrefois...

L'hyperoxie peut être responsable d'une forme « épileptique » avec raidissement, nystagmus, spasmes musculaires et convulsions ou d'œdème pulmonaire par atteinte du surfactant. Cette substance tensio-active maintient les alvéoles ouvertes. Elle fait défaut chez les grands prématurés. Son apport par aérosols évite la grave maladie des membranes hyalines. Même si les doses d'oxygène émises à Quiquendone étaient faibles, on pourrait mettre en doute les conséquences décrites.

Le docteur Clawbonny souffre cruellement d'une **ophtalmie** douloureuse qui peut aller jusqu'à la cécité dans *Les Aventures du Capitaine Hatteras*. La lumière du crépuscule réfléchi par la neige lui brûle les yeux. Il est obligé de les couvrir car les verres de lunettes se revêtent d'une croûte glacée, deviennent opaques et interceptent la vue.

Par ailleurs, le brouillard givrant près du pôle Nord fait prendre pour un ours une volumineuse masse au sommet d'un monticule. On tire mais on est à mille pas alors qu'on se croirait tout près. On s'approche et l'animal tué est un renard ! La **réfraction** les a trompés sur la dimension comme sur les distances.

Un phénomène semblable est observé au pôle Sud dans *Le Sphinx des Glaces*. Ainsi, « la présence des glaces est signalée par une teinte presque jaunâtre de l'atmosphère que les baleiniers désignent sous le nom de *blink*. C'est un phénomène de **réverbération** particulier aux zones glaciaires ». Ces effets sont connus et lors de brouillard, on observe des phénomènes similaires.

Dans *Michel Strogoff*, le courrier du tsar est capturé par les Tartares, dénoncé par un traître russe. Il est « **aveuglé** par une lame ardente passée devant ses yeux ». Aveugle, il est conduit par une jeune femme Nadia. Lorsqu'ils furent attaqués par des loups sur un radeau, en longeant le lac Baïkal, Michel Strogoff se défend « comme s'il y voyait ». Or, le héros n'a jamais été aveugle. Il peut ainsi se venger du traître et remplir sa mission auprès du grand Duc.

L'auteur explique que, devant sa mère maltraitée, les larmes se sont amassés sous ses paupières et, en se volatilisant sur la cornée, sauvèrent sa vue. Ainsi, « la couche de vapeur formée par ses larmes, s'interposant entre le sabre ardent et ses prunelles, a suffi à annihiler l'action de la chaleur. C'est un effet identique à celui qui se produit lorsqu'un ouvrier fondeur, après avoir trempé sa main dans l'eau, peut traverser impunément un jet de fonte en fusion ».

La brûlure oculaire par coup d'arc du soudeur, sans protection, se rapproche de celle de Michel Strogoff. Il en résulte une **photophobie** et une **kératite ponctuée**. Il faudrait laver les yeux avec du sérum physiologique ou à défaut avec de l'eau claire. Les larmes peuvent être un écran à la brûlure.

Dans *Les Frères Kip*, des hollandais naufragés de la goélette Wihelmina, sont recueillis après deux semaines

sur l'île Norfolk où la nourriture est rare et sont amenés sur le brick James Cook. A Fort-Praslin, en Nouvelle Irlande, le James Cook se dirige vers l'île d'York à vingt quatre heures de navigation. Le capitaine, M. Gibson est assassiné sur l'île par Flig Balt et Vin Mod, « ses yeux grands ouverts se fixèrent une dernière fois sur ses meurtriers ». La plaie du thorax et la tête, les yeux grands ouverts, sont photographiés par Nat. Malgré ce malheur, le navire retourne à Fort-Praslin puis à Hobart-Town en Tasmanie, sous la direction de Flig Balt. Ils ont essuyé une violente tempête où le maître d'équipage s'est révélé incompetent. Le navire fut sauvé par les frères Kip qui furent accusés par les auteurs de ce crime après que Vin Mod eut caché les papiers du capitaine et quelques piastres dans leur valise. Ils furent condamnés à tort et envoyés au bagne. Un ami du capitaine demande une épreuve photographique agrandie de M. Gibson. Nat avait agrandi la tête de son père, mort, sur la photo. Il s'approche pour baiser le front de son père sur la reproduction et voit dans ses yeux quelque chose qu'il analyse avec une forte loupe : « Au fond des yeux du capitaine Gibson, sur la rétine agrandie, apparaissent dans toute leur férocité, les figures de Flig Balt et de Vin Mod ». Les deux hollandais sont alors innocentés. Mais il s'agit d'une croyance populaire, sans aucune base scientifique.

3. Troubles psychiatriques

Dans *Le Testament d'un Excentrique*, un riche habitant de Chicago, William J. Hypperbone, grand amateur du jeu de l'oie, meurt. Son testament est lu par un notaire. Le gagnant du jeu reçoit toute la fortune du défunt. Qui

est donc cet inconnu qui gagne ? C'est le mort ressuscité ! Que s'est-il passé ? Au début, il jouait dans son club à son jeu préféré. « Soudain, sa face se congestionne, ses membres se raidissent ». Il est allongé sur un divan et est examiné par deux médecins. On constate qu'il a succombé à une congestion cérébrale. On est le 30 mars 1897. De magnifiques funérailles ont lieu et son immense monument funéraire se referme le 3 avril. Dans la soirée, le gardien qui était occupé à éteindre les lumières, entend un remuement dans le catafalque. Il dévisse le couvercle et découvre que W. J. Hyperbone est vivant. Il est resté quatre jours en *catalepsie*, ce qui ne l'empêchera pas de jouer, de voyager dans divers états, de gagner et de se marier ! La catalepsie est une perte momentanée de la contractilité des muscles avec une aptitude des membres et du tronc à conserver les attitudes qu'on lui donne. Elle est décrite dans le sommeil hypnotique, la grande attaque d'hystérie et les démences précoces. William J. Hyperbone, atteint de mort apparente était-il cataleptique ?

Dans *Face au Drapeau*, un roman d'anticipation de Jules Verne, paru en 1896, plusieurs *cas de folie* sont décrits dont celle du français Thomas Roch, âgé de quarante cinq ans, caractérisée par « l'absence de mémoire, l'impossibilité d'attention ; il n'y a plus de conscience ni de jugement ». Il fut le génial inventeur du « fulgurateur Roch », une arme de guerre très puissante qui fut refusée par les français, les anglais et les américains. Reconnu dément, Thomas Roch est enfermé dans un asile. Il est kidnappé par un bandit qui lui donne tous les moyens, y compris financiers pour fabriquer le fulgurateur. Il détruit d'abord un navire.

Mais il va réagir lorsqu'il voit le drapeau français dans un autre navire ; alors il détruit toute l'installation et se détruit lui-même. Etait-il encore fou ?

Les autres cas de folie sont transitoires. L'explosion du *Château des Carpathes* ne laisse que des ruines fumantes. On en retire le propriétaire, le comte Franz de Telez, physiquement indemne mais il ne reconnaît personne, « le jeune comte a perdu la raison ». On lui fait entendre les chants de sa bien-aimée décédée et « quelques mois plus tard le comte a retrouvé la raison ».

Dans *Mistress Branican*, un brick-goélette, le Boundary, évite un bateau à vapeur grâce à un vigoureux coup de barre. Dolly Branican « qui se tenait près de la lisse est projetée par-dessus bord avec son enfant », un garçon de neuf mois. Elle est repêchée sans son enfant ce qui lui fait perdre la raison. Elle est atteinte d'une « *mélancolie douce* sans crise nerveuse ». Un mois plus tard, « elle pousse un cri déchirant... Mistress Branican retourne à la raison ; c'était comme une morte qui serait revenue à la vie ».

On retrouve dans *Les Naufragés du Jonathan*, Sand, un mousse du navire, écrasé par un éboulement où il a perdu l'usage de ses membres inférieurs. Son ami et protecteur Dick, l'autre mousse, en pleine détresse, se met à délirer. Ce délire est dû à une « congestion cérébrale. Ses yeux clos, son visage d'un rouge brique parcouru de frémissements nerveux, une respiration courte et sifflante entre ses dents serrées, il brûlait d'une fièvre intense. Pendant plus d'un mois, Dick ne sortit pas du délire. Son front fumait littéralement ». Puis, lors de la convalescence, il fit de rapides progrès, surtout lorsqu'il apprit que Sand était sauvé. A cette

nouvelle, pour la première fois depuis tant de jours, il s'endormit d'un sommeil paisible. Ce fut le premier temps de sa guérison.

Plus complexe fut le cas de Lady Laurence Monro dans *La Maison à Vapeur*. Elle disparaît le 27 juin 1857 lors du massacre de Cawpore, un épisode de la révolte des cipayes en Inde. Pendant que la « maison à vapeur » fait son périple dans le même pays, on parle d'une femme qui depuis trois ans erre dans la vallée de la Nerbudda. Elle est vénérée, ne parle pas, se promène la nuit tenant à la main une branche résineuse allumée : c'est « la flamme errante », une folle sans raison. Des années plus tard, la flamme errante se trouve près de Sir Monro, le colonel commanditaire de la maison à vapeur. Il reconnaît sa femme Laurence après neuf années de séparation. Jetée dans un puits à Cawpore, elle s'échappe après avoir vu mourir sa mère et perd la raison. Après un mois de repos et de soins, Lady Monro revient peu à peu à la raison et se remet à penser. Après neuf ans de folie, elle guérit en un mois !

Ces quatre cas surviennent après des chocs émotionnels intenses responsables d'états dépressifs graves. Une amnésie et un manque d'intérêt pour toutes les activités peuvent survenir. Cet état pourrait persister plusieurs mois ou plusieurs années et guérir sans séquelles.

Revenons à *Mathias Sandorf*. Trois hongrois vivaient à Trieste, occupée par l'Autriche. Ils militaient pour que le royaume de Hongrie se sépare de l'empire autrichien. Ils furent dénoncés par leur secrétaire, emprisonnés et doivent être exécutés. La grille de la fenêtre cède et le comte Mathias peut descendre le long d'un paratonnerre. Ses amis vont mourir. Etienne Barthony fut

foudroyé car l'orage gronde et le paratonnerre lui brûle les mains : il lâche et tombe dans l'abîme. Le second n'a pas le temps de fuir, l'alerte ayant été donnée : il est pris dans la prison et sera exécuté. Le comte réussit à s'échapper grâce à un pêcheur très dévoué qui sera lui aussi dénoncé.

Le héros est aussi un grand médecin. Il se transforme en docteur Antékirtt. Grâce à sa compétence, il a acquis une grande notoriété. Il a refait sa fortune qui lui a été confisquée lors de sa condamnation. Il retrouve Pierre Barthony, le fils de son ami. Ce dernier reçoit un coup de poignard qui lui traverse la partie supérieure du poumon gauche. Il a un souffle faible et intermittent. Regardé avec fixité par le médecin, il se redresse à demi et retombe inanimé. Après l'inhumation, le docteur sort le cercueil, ouvre la bière puis réveille Pierre Barthony qu'il avait hypnotisé. Il a fait croire qu'il était mort pour le soustraire à ses ennemis dont le traître, qui fut le secrétaire du comte et de son père. Les soins constants, pendant plusieurs mois, permettent à la blessure de cicatriser et de le sauver. Madame Barthony qui fut déjà frappée par la disparition de son mari, perd la raison après la mort de son fils.

Bien plus tard, le mausolée funèbre de la famille Barthony est refait à l'identique dans l'île du docteur. La mère Barthony est placée devant le mausolée ; la porte s'ouvre et son fils Pierre en sort vivant. Après plusieurs mois, elle reprendra ses esprits.

L'hypnose est utilisée pour calmer de violentes douleurs, notamment dans les coliques néphrétiques. Une personne sur trois est résistante à l'hypnose et seulement trois sur vingt y sont très sensibles.

En conclusion, on peut mettre en doute la guérison de blessures graves sans moyens médicaux, la guérison du paludisme avec l'écorce de coloradito, l'alcoolique en feu que rien ne peut éteindre. L'hyperoxie, la catalepsie de quatre jours, les folies transitoires sont aussi difficiles à admettre. Faut-il tout accepter du génial Jules Verne ?

NOUVELLE

La souris du paradis

Dr Jacques POUYMAYOU

Anesthésiste-Réanimateur
IUCT - Oncopole - Toulouse

A Cinzia Cortese, pour ses explications limpides et ses conseils avisés

« En vérité, j'ose le dire, car je l'ai vu et entendu à Rome, personne ne sait avec certitude où reposent les corps de saint Pierre et de saint Paul, ni même s'ils y sont. Le Pape et les cardinaux savent parfaitement que c'est là chose incertaine. »

Martin Luther.

Le 24 décembre 1950, à l'occasion du message de Noël clôturant l'année sainte, Pie XII annonce « *urbi et orbi* » la découverte du tombeau du prince des apôtres.

« Hominem mortuum in urbe ne sepelito neve urito »
Loi des XII tables (451 av J.C.).

« Qu'aucun homme ne soit enseveli ni brûlé en ville »
(c'est-à-dire dans l'enceinte de Rome, le Pomerium).

C'est ce qui s'est passé pour l'apôtre Pierre martyrisé lors de la persécution consécutive au grand incendie de 64 (voulu par Néron pour bâtir la *Domus Aurea*) livrant les chrétiens désignés responsables (il faut toujours un bouc émissaire) à la vindicte populaire avec des mises à mort aussi cruelles que spectaculaires.

A tel point que notre principal informateur, Tacite en l'occurrence, finit par conclure après avoir décrit les divers supplices inventés concluait, écoeuré, que *« bien que jugés coupables et méritant les plus graves châtiments, les victimes finissaient par susciter la*

compassion car il semblait qu'elles n'étaient immolées pour le bien commun mais pour assouvir la cruauté d'un seul » (Annales, XV, 44).

Ce récit de la fin du premier siècle, s'il ne mentionne pas l'identité des victimes indique le lieu du martyr, à savoir « *les jardins de Néron pendant que se déroulait un jeu de cirque* ». C'est l'emplacement actuel, grosso modo, de la moitié sud de la place Saint Pierre et de la basilique pour le cirque, les jardins étant situés pour leur part à proximité au nord et à l'est.

Une première indication de l'identité des victimes nous est fournie par une lettre de Clément, troisième pape, (épître aux Corinthiens 1, 5, 6) elle aussi datée de la fin du premier siècle, dans laquelle il est nommément question des apôtres Pierre et Paul.

Ce sont les textes les plus anciens et les plus dignes de foi, d'autant que leurs auteurs ont sans doute puisé leurs sources auprès de témoins oculaires, même si aucun d'entre eux ne tranche la question de manière indubitable.

Il semble probable que Pierre ait d'emblée été enterré près du lieu de son supplice, tout comme son coreligionnaire Paul (lequel, en sa qualité de citoyen romain avait « bénéficié du privilège moins douloureux » d'avoir la tête tranchée).

Comment leurs corps, comme le rapportent certaines sources dont l'épigraphe apposée par le pape Damase (305/348) sur la basilique Saint Sébastien : « *hic abitate prius sanctos cognoscere debes nomina quisque petri pariter paulisque requiris* » (« *qui que tu sois à la recherche de Pierre et de Paul tu dois savoir qu'ils ont*

d'abord habité ici ») se retrouvèrent-ils temporairement dans une catacombe de la via Appia ? Mystère.

« Mère de toutes les routes », la via Appia est construite 312 a c à l'initiative d'Appius Claudius Caecus (d'où son nom) et relie sur 500 kilomètres Rome à Brindisi, port d'embarquement pour l'Orient, en passant par Capoue où Hannibal se vautra dans les délices au lieu de marcher sur une Rome sans défense, désarmée à la suite du désastre de Cannes, tremblant alors de voir apparaître « *Le chef borgne monté sur l'éléphant gétule* ».

Il semble, sous toute réserve, que les corps de Pierre et Paul aient été déplacés lors de la persécution de Dioclétien pour les mettre en lieu sûr. Les nécropoles existantes le long des voies d'accès à Rome offraient toute la sécurité voulue. Qui irait, sans indication précise, chercher un corps au milieu de milliers d'autres ? D'autant que la violation de sépulture était considérée comme un acte particulièrement sacrilège.

Une autre version veut que les corps aient été volontairement exhumés et jetés le long de la voie par les persécuteurs avant d'être récupérés et mis en sécurité par les fidèles.

Une dernière enfin, plus imaginative, fait intervenir le vol des deux corps par des chrétiens d'Orient désireux de récupérer leurs compatriotes qui auraient été saisis d'effroi à la suite d'un tremblement de terre à l'endroit de l'actuelle basilique Saint Sébastien.

En somme, il y en a pour tout le monde.

L'empereur Valérien déchaînera en 257-258 la plus terrible des persécutions, visant pas moins à l'extermination des Chrétiens. Ces derniers seront sauvés par sa

défaite face au roi perse Shapur Premier (359) qui, après l'avoir capturé s'en serait servi de marchepied pour monter à cheval. Ecorché après sa mort, sa peau teinte en rouge avait servi à revêtir un mannequin suspendu dans un grand temple zoroastrien.

Enfin Constantin vint, accordant la liberté de culte aux Chrétiens. Les tribulations des deux corps semblaient terminées et on pouvait raisonnablement envisager la sépulture définitive de Pierre sous la basilique qu'on était en train d'édifier à sa gloire. On choisit pour celle de Paul le départ de la Via Ostiensis.

Curieusement, exception faite des pèlerins, personne alors ne sembla, au sein de l'église catholique romaine et apostolique, se préoccuper de son emplacement exact. Et la basilique constantinienne fut recouverte et remplacée aux XVI^e et XVII^e siècles par le monument actuel.

La campagne de fouilles pour retrouver le tombeau de l'apôtre commença en 1939 de manière fortuite à la suite de la mise au jour accidentelle (?) de la nécropole romaine lors de l'excavation destinée à la tombe de Pie XI.

Un soir de 1942, les archéologues découvrent une petite cavité de 77x29x3 cm ornée de graffitis. Ils en remettent l'exploration à plus tard concentrant leur attention sur une plaque de marbre proche.

Comme toujours, le diable se cache dans les détails...

Pie XII avait chargé le secrétaire économe de la basilique, Monseigneur Kass accompagné d'un préposé aux travaux de la basilique, Giovanni Segoni, de suivre les fouilles et de veiller à éviter tout sacrilège (on n'est

jamais trop prudent). Le soir même, passant après les archéologues, les deux hommes remarquent la petite cavité, y repèrent un certain nombre d'ossements mêlés de terre, et, sans en avertir quiconque, les rassemblent dans une cassette qu'ils déposent dans un ossuaire humide et sombre.

Et les recherches continuent...

Dix ans plus tard, en mai 1952, Margherita Guarducci, archéologue, alors en charge du dossier s'interroge sur les graffitis qu'elle vient de déchiffrer dans la petite cavité. Elle en conclut qu'ils indiquent bien la tombe de l'apôtre mais... Perplexe, elle finit par demander au susnommé, Giovanni Segoni si on n'avait, lors des fouilles précédentes, rien retrouvé d'autre à cet endroit. C'est le déclic ! Giovanni se souvient de la fameuse cassette et va la chercher. L'examen révèle « *des os fragiles, presque blancs abondamment incrustés de terre... quelques piécettes de monnaies dont l'une médiévale et l'autre d'âge classique...des fragments de tissu rougeâtre où luisaient des fils d'or...quelques débris de crépi rouge* ».

L'examen détaillé réalisé entre octobre 1962 et juin 1963 (dix ans plus tard tout de même...) révèle des « restes appartenant au squelette d'un même individu de sexe masculin dont l'âge pourrait osciller entre 60 et 70 ans », des fragments de tissus de pourpre et d'or finement travaillés adhérents aux ossements dont ils devaient entourer le corps, un os de chèvre ou mouton et le squelette d'une petite souris.

Alors ?

Les os humains pouvaient bien correspondre à ce qu'on connaît de la vie de Pierre. Quant au tissu, il était de

ceux réservés aux personnages illustres (pourpre et or) et il avait enveloppé le corps retrouvé.

Les pièces avaient très bien pu arriver par des fissures et l'os de chèvre être ramassé par mégarde.

Quant au squelette de la petite souris, la seule explication possible était qu'entrée dans le tombeau, elle y était morte faute d'en avoir pu sortir.

Est-ce bien la tombe de Pierre ?

Probablement au vu des graffitis et de la localisation.

Les restes sont-ils les siens ?

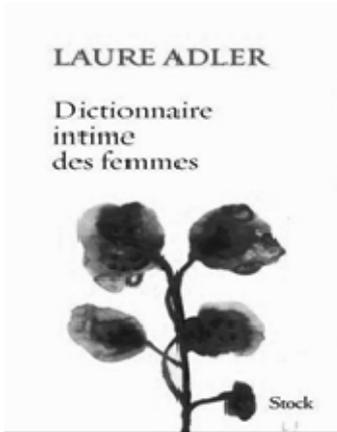
Le débat reste ouvert et pour longtemps sans doute car le Vatican ne semble pas, comme pour le suaire de Turin, prêt de s'engager. Et on peut le comprendre.

Tout cela est d'abord affaire de Foi et les preuves archéologiques restent discutables. N'empêche *si non e vero...* Mais la réponse nous attend là-haut, quand « *nous irons tous au paradis* » et que « *notre salut balayera largement le seuil bleu* ».

Peut-être verrons-nous apparaître Saint Pierre les clés à la main, un sourire narquois au coin des lèvres accompagné du coq et... d'une petite souris.

LES LIVRES

Laure Adler, *Dictionnaire intime des femmes*, Editions Stock, 406 pages.



« Ce livre est une invitation au voyage dans un étrange pays sans frontières, une *terra incognita*, un territoire où vit la moitié de l’humanité.

On a dit que c’était un continent noir. Je pense, au contraire, qu’il est habité par la lumière et bruisse de toutes les voix qui, vivantes aujourd’hui ou venues du passé le plus lointain, ont construit notre histoire. Ce livre est un dictionnaire, donc une manière d’ “entrer” à sa guise dans ce vagabondage où des femmes très célèbres cohabitent avec des anonymes. Il est “intime”, car il est aussi, à mon insu, une sorte d’autobiographie.

Dire que l’on admire est inévitablement une forme de confession. Mon seul désir est de faire connaître ou reconnaître ces femmes, tant elles sont pour moi des exemples qui nous donnent courage, énergie, espoir ».

Patrick Bourdet et Guillaume Debré, *Rien n'est joué d'avance*, Editions Fayard.



« Ce livre n'est pas une autobiographie, pas davantage des Mémoires. C'est seulement un humble témoignage, le récit d'un parcours improbable que le passage du temps m'a donné envie de partager ;

Mon histoire a commencé dans des conditions tragiques et s'est poursuivie dans la barbarie. J'ai connu l'indigence, la brutalité de parents malades, la désespérance sociale. La misère a nourri mon enfance et mon adolescence. Elle a aussi fait de moi un homme.

J'ai grandi dans une cabane sans eau ni électricité, au fond de la forêt landaise, partageant mon quotidien avec ma mère alcoolique et ses compagnons violents. Pour me sauver, j'ai dû quitter cet enfer, seul. J'ai commencé à travailler très jeune, d'abord comme balayeur, puis comme ouvrier mécanicien, avant de gravir un à un tous les échelons.

Ma réussite, ce n'est pas d'être devenu PDG. C'est de n'avoir jamais renoncé, d'avoir continué à apprendre et à me construire malgré l'adversité, puis d'avoir aidé les autres à s'accomplir. C'est aussi d'avoir eu l'intuition, justement à cause de ma candeur, d'un projet innovant : certains métaux radioactifs de l'usine dans laquelle je travaillais pouvaient permettre de lutter contre le cancer. Cette idée, que personne n'avait eue avant moi, est peut-être sur le point de révolutionner ce qu'on appelle la radio-immunothérapie, une thérapie ciblée très prometteuse pour combattre la maladie.

Je passe parfois pour un idéaliste, mais le fait est que certains de mes rêves se réalisent. Et puisque rien n'est jamais joué d'avance, peut-être cette histoire ne fait-elle que commencer. »

Patrick Bourdet sait qu'il doit beaucoup à tous ceux qui ont cru en lui et lui ont permis de quitter l'enfer de la cabane. Mais ce qui frappe dans son récit, c'est son audace et sa capacité jamais entamée à rêver. L'histoire d'une incroyable ascension hors de tout parcours scolaire, telle que la France en connaît trop peu.

**Erik Orsenna, *La Fontaine, une école buissonnière*,
Editions Stock, 198 pages.**



Erik Orsenna raconte, en mêlant son talent de conteur à son érudition joyeuse : on part avec lui faire l'école buissonnière. Ressort de son voyage à Versailles et à Château-Thierry le portrait d'un La Fontaine libre voire insoumis, fidèle ami, mauvais mari, accumulant les pépins d'argent et les querelles politiques, soutien de Fouquet, ennemi de Colbert, aimant la vie et les femmes « gentilles de corsage ». Un homme nonchalant qui masquait un travailleur acharné (il a écrit 240 fables et 60 contes), qui aimait les folies parisiennes autant que sa retraite à la campagne, qui instruisait le Grand Dauphin fils de Louis XIV par ses fables et défrisait la Cour par ses contes libertins. Mais connaît-on si bien le détail de ce destin bourré de paradoxes ? La Fontaine éprouvait envers ses frères et sœurs humains une attention amusée – en cela, il était frère de Montaigne. Et enfin et surtout, dans son rapport à la nature, La Fontaine était moderne : nous ne dominons pas celle-ci, nous lui appartenons. Un texte vivant, mené avec érudition et humour, parce que lire est un plaisir.

Jean d'Ormesson, *Je dirai malgré tout que cette vie fut belle*, Editions Gallimard



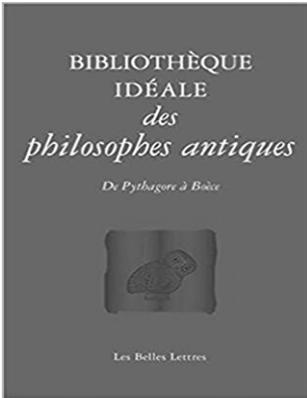
Pour se défendre dans un procès qu'il s'intente à lui-même, l'auteur fait défiler au galop un passé évanoui. Il va de l'âge d'or d'un classicisme qui règne sur l'Europe à l'effondrement de ce « monde d'hier » si cher à Stefan Zweig. De Colbert, Fouquet, Bossuet ou Racine à François Mitterrand, Raymond Aron, Paul Morand et Aragon. Mais les charmes d'une vie et les tourbillons de l'histoire ne suffisent pas à l'accusé : « Vous n'imaginiez tout de même pas, que j'allais me contenter de vous débiter des souvenirs d'enfance et de jeunesse ? Je ne me mets pas très haut, mais je ne suis pas tombé assez bas pour vous livrer ce qu'on appelle des Mémoires ». Les aventures d'un écrivain qui a aimé le bonheur et le plaisir en dépit de tant de malheurs cèdent peu à peu la place à un regard plus grave sur le drame qui ne cesse jamais de se jouer entre le temps et l'éternité, et qui nous emportera.

Michel Serres, *C'était mieux avant*, Editions Le pommier.



Ce petit manifeste, écrit sur un coup de sang par l'auteur de Petite Poucette en colère contre tous les Grands Papas Ronchons qui empêchent de regarder devant nous avec espoir. « Dix Grands Papas Ronchons ne cessent de dire à Petite Poucette, chômeuse ou stagiaire qui paiera longtemps pour ces retraités : “C'était mieux avant”. Or, cela tombe bien, avant, justement, j'y étais. Je peux dresser un bilan d'expert. Qui commence ainsi : avant, nous gouvernaient Franco, Hitler, Mussolini, Staline, Mao... rien que des braves gens ; avant, guerres et crimes d'état laissèrent derrière eux des dizaines de millions de morts. Longue, la suite de ces réjouissances vous édifiera. »

Edité par Jean Louis Poirier, *Bibliothèque idéale des philosophes antiques. De Pythagore à Boèce*, Les Belles Lettres, 686 pages.



« Paradis de l'esprit humain », selon le mot de Hegel, la pensée antique ne cesse de nous apprendre à philosopher. Ce livre devrait donner une idée de ce qu'aucun livre, aucune bibliothèque ne peuvent enfermer ! Et d'abord la beauté même, et la grandeur d'un classicisme libre : ce miracle qui affleure dans tant de pages de Platon ou de Cicéron, dans l'énergie de Lucrèce, dans la lucidité de Sénèque. Mais une bibliothèque idéale des philosophes antiques ne pouvait pas non plus laisser de côté cette autre façon quelque peu décalée dont la philosophie antique elle-même se met en question, en se réfléchissant ou en s'ouvrant au monde oriental : on lira, on découvrira, Plutarque, Porphyre, Origène, Philon, Hermès Trismégiste et tant d'autres joyaux de l'esprit humain d'une actualité constante et d'une profondeur qui ne cesse de donner à penser.

**Guy Laurent, *Après le cancer, suivi et intervention*,
Maloine**



Cet ouvrage a pour but de recenser les divers aspects de l'après-cancer et plaide pour une meilleure prise en compte des besoins de ces patients par la communauté oncologique, en particulier pour les populations les plus vulnérables. Il est temps d'appliquer de nouvelles modalités d'accompagnement pour faciliter la coordination entre le patient et les divers (et parfois nombreux) acteurs de santé afin d'augmenter la sécurité et la productivité du suivi.

L'enjeu croissant de l'après-cancer invite oncologues, infirmières, psychologues, sociologues ou spécialistes de santé publique à explorer ce domaine sous l'angle de la recherche et des pratiques à l'interface entre médecine et sciences humaines et sociales. Ce livre leur est destiné et de façon plus large à toutes les personnes intéressées par le parcours de soin en cancérologie, y compris patients, médecins généralistes, membres d'associations ou responsables administratifs.

Barbara Demeneix, *Cocktail toxique*, Editions Odile Jacob, 308 pages.



Pesticides, plastifiants, désinfectants, retardateurs de flamme, agents tensio-actifs, filtres UV : ces polluants omniprésents, provenant de notre environnement, contribuent non seulement à la multiplication alarmante des troubles neurologiques et des difficultés d'apprentissage, mais ils pourraient bien, dans un futur plus ou moins proche, être à l'origine d'une baisse globale des performances cognitives chez l'être humain – une première dans l'histoire de l'humanité. Ces produits toxiques ont des conséquences néfastes sur notre cerveau et sur celui de nos enfants. Face à ce bilan très inquiétant, Barbara Demeneix, spécialiste mondiale des perturbateurs endocriniens, nous explique quelles mesures concrètes prendre, pour aujourd'hui et pour demain, afin que nous tous, nous puissions rester intelligents et en bonne santé.

**Bernard Pigearias, *La Francophonie dans ses mots -
Tome I, Mots en méditerranée*, Editions Glyphe.**



Bernard Pigearias

La francophonie dans ses mots

Tome I. Mots et Méditerranée

Préface d'Alfred Gilder

Éditions Glyphe

Par cette balade sémantique en francophonie, l'auteur nous guide dans les méandres de l'histoire de notre Méditerranée, des mythes errant de Tyr à Carthage, en passant par Malte, Alger, la Sublime Porte, le Liban, sans oublier Nice, la ville où il exerce son art. Les toponymes de son Périgord natal sont aussi revisités dans leur réalité celte bientôt métissée de latinité puis du monde des Franc.

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

Véronique Adoue, INSERM, Toulouse ; **Pr Jacques Amar**, INSERM 558, Service de Médecine Interne et d'Hypertension Artérielle, Pôle Cardiovasculaire et Métabolique CHU-Toulouse ; **Dr Françoise Bienvenu**, Laboratoire d'Immunologie, centre hospitalier Lyon Sud ; **Pr François Carré**, PU-PH, responsable de l'UPRES EA 3194, Université de Rennes 1, Hôpital Ponchaillou ; **Dr Décultot Cécile**, Interne en M.G, Faculté de Rouen ; **Pr Alain Didier**, **Drs Roger Escamilla, Christophe Hermant, Marlène Murriss, Kamila Sedkaoui** : Service de Pneumo-Allergologie, Clinique des voies respiratoires, Hôpital Larrey, CHU Toulouse ; **Pr Julien Mazières, Valérie Julia, Anne Marie Basque** : Unité d'Oncologie Cervico-Thoracique Hôpital Larrey, CHU-Toulouse ; **Dr Sandrine Pontier**, Service de Pneumologie et Unité des Soins Intensifs, Clinique des voies respiratoires, Hôpital Larrey, CHU Toulouse ; **Dr Bruno Degano**, Hôpital de Montauban ; **Dr Hervé Dutau**, Unité d'endoscopie thoracique, CHU de Sainte Marguerite, Marseille ; **Pr Meyer Elbaz**, Service de cardiologie B, Fédération cardiologie CHU Rangueil Toulouse ; **Dr Martine Eismein**, Conseil Général de la Haute-Garonne, **Pr Michel Galinier**, Pôle cardiovasculaire et métabolique CHU Rangueil Toulouse ; **Pr Hermil Jean-Loup**, PU-MG, Faculté de Rouen ; **Pr Jean-Pierre Louvet, Pierre Barbe, Antoine Bennet**, UF de Nutrition, Service d'Endo-crinologie, 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-Griffière**, 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 Raffegau**, bénévole, Maison Jeanne Garnier, Paris ; **Nouredine Sahraoui**, Laboratoire Teknimed, Toulouse ; **Pr Simon Schraub**, Professeur d'oncologie radiothérapie, Faculté de Médecine Université de Strasbourg ; **Laurence Van Overvelt**, chercheur Laboratoire Stallergènes ; **Camille 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 Albenque**, **Agustín Bortone**, **Nicolas Combes**, **Eloi Marijon**, **Jamal Najjar**, **Christophe Goutner**, **Jean Pierre Donzeau**, **Serge Boveda**, **Hélène Berthoumieu**, **Michel Charrançon**, service de Rythmologie ; **Thierry Ducloux**, Médecine Nucléaire ; **Raymond Despax**, Oncologie ; **Dr Philippe Dudouet**, service de Radiothérapie, Clinique Pasteur, Toulouse.

Jacques Arlet, Professeur des Universités, Ecrivain ; **Laurent Arlet**, Rhumatologue, Toulouse ; **Elie Attias**, Pneumo-Allergologue, Toulouse ; **Sébastien Baleizao**, médecin généraliste ; **Paul Bellivier**, artiste-peintre ; **Reine Benzaquen**, peintre-sculpture ; **Jean-Paul Bounhore**, 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-Giesse**, 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, 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-Baertlich, 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 Delpa

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. Vattier

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-Giuseppe

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 vieilir

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 Bounhour

Maladie coronaire et sexe féminin

Aristide Querian

Histoire de la chirurgie cardiaque

Elie Attias

Réflexions sur la jalousie

Gérard Pirlot

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

Paul Léophonte

Un génie presque oublié, Laennec

Pierre Carles

Et Zeus nomina les étoiles

Jacques Pouymayou

L'homme qui détourna le fleuve

Apothéose, A Denis Dupoirion

Numéro 26 : Un cheminement philosophique de Ruth Tolédano-Attias

La "juste mesure" et la démesure

Approche philosophique du corps

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

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

Réflexions sur la violence

Approche philosophique des rapports humains

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

La justice avec ou sans la démocratie

Voltaire : *Candide ou l'optimisme*

Crise ou rupture des transmissions

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

Vieillesse et sagesse

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

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

Socrate : la tâche du philosophe

Lectures et commentaires :

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

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

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

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

Numéro 27 :

Paul Léophonte

Une brève histoire de la tuberculose

Jean Paul Bounhoure

La mort de Gustave Mahler

Bref rappel sur l'histoire des endocardites malignes

Cécile Décultot, Jean-Loup Hermil, Sébastien Baleizao

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

Ruth Tolédano-Attias

Rire/Aimer/Joie

David Le Breron

Quand le rire fait police

Charlotte Hebral

Le rire en littérature

Elie Attias

Le Burlesque

Christian Virenque

Double anniversaire

Pierre Carles

Les voyageurs de Jules Verne sont malades

Jacques Pouymayou

La souris du paradis

Achevé d'imprimer

G.N. Impressions - 31340 Villematier

Email : gnimpressions@gmail.com

Dépôt légal : janvier 2018

NUMÉRO 22

medecine & culture

Juin 2015



La Liberté



Mariel Welby-Gousse
 Elie Attias
 David Le Breton
 Laurent Piétra
 Charlotte Maubrey
 Jean Paul Bounhoure
 Paul Léophte
 Jacques Pouymayou

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

blog :
www.medecineetculture.fr/medecineetculture.com
 Association Médecine et Culture
 20000 Trarieux
 1000, Trarieux
 Directeur de la publication :
 E. Attias

NUMÉRO 25

medecine & culture

Decembre 2016



La Jalousie

G. Laurent
 G. Compaci
 J.P. Bounhoure
 A. Querian
 E. Attias
 G. Perot
 P. Léophte
 R. Carles
 J. Pouymayou

**L'accompagnement des patients
en cancérologie**

Maladie coronaire et sexe féminin

Histoire de la chirurgie cardiaque

internet :
www.medecineetculture.com
 Association Médecine et Culture
 20000 Trarieux
 1000, Trarieux
 Directeur de la publication :
 E. Attias

NUMÉRO 24

medecine & culture

Juin 2016



Le Bonheur



J. Pouymayou
 M. Olivier
 M. Welby-Gousse
 E. Attias
 R. Attias
 L. Piétra
 Ch. Maubrey
 P. Léophte
 P. Carles

À la poursuite de l'Antalgie

Chant et Reflux

page de commentaires :
Paul Bellier
 internet :
www.medecineetculture.com
 Association Médecine et Culture
 20000 Trarieux
 1000, Trarieux
 Directeur de la publication :
 E. Attias

NUMÉRO 26

medecine & culture

Juin 2017



Ruth Tolédano-Attias

Un cheminement philosophique



internet :
www.medecineetculture.com
 Association Médecine et Culture
 20000 Trarieux
 1000, Trarieux
 Directeur de la publication :
 E. Attias