



HAL
open science

L'humour dans l'exercice médical

Philippe Biedermann

► **To cite this version:**

Philippe Biedermann. L'humour dans l'exercice médical. Sciences du Vivant [q-bio]. 2000. hal-01732155

HAL Id: hal-01732155

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732155>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I
2000

143184
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 73

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Philippe BIEDERMANN

le 27 juin 2000

L'humour dans l'exercice médical

Examineurs de la thèse :

M. G. BARROCHE Professeur

Président

M. M. PIERSON Professeur

M. P. TRIDON Professeur

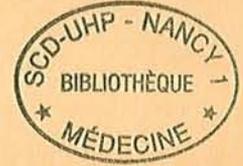
M. Ph. DULUCQ Docteur en Médecine

Juges

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 162837 1



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Philippe BIEDERMANN

le 27 juin 2000

L'humour dans l'exercice médical



Examineurs de la thèse :

M. G. BARROCHE	Professeur		Président
M. M. PIERSON	Professeur	}	
M. P. TRIDON	Professeur	}	Juges
M. Ph. DULUCQ	Docteur en Médecine	}	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Asseseurs

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOUX - Marcel RIBON

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Max WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Histologie, Embryologie, Cytogénétique)*

Professeur Hubert GERARD - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Bruno LEHEUP

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et traitement de l'image)*

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et Biologie Moléculaire)

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Francine NABET
Professeur Jean-Louis GUEANT

2ème sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (Bactériologie, Virologie-Hygiène)

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : (Maladies infectieuses - maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON - Professeur Alain GERARD - Professeur Thierry MAY

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

2ème sous-section : (Médecine du travail et des risques professionnels)

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : (Médecine légale)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques et informatique médicale)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47ème Section : HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, TRANSFUSION, CANCÉROLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (Hématologie)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -
Professeur Pierre LEDERLIN

(Génie biologique et médical)

Professeur J.François STOLTZ

2ème sous-section : (Cancérologie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

(Radiothérapie)

Professeur Pierre BEY

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (génétiq ue)

Professeur Philippe JONVEAUX

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

2ème sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Alain LARCAN - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique)

Professeur René-Jean ROYER - Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE, PATHOLOGIE MENTALE et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes)*

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie)*

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : *(Médecine physique et réadaptation)*

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : *(Dermato-vénérologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)*

Professeur Michel MERLE - Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-PULMONAIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie)*

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : *(Cardiologie et maladies vasculaires)*

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Nicolas DANCHIN - Professeur Yves JULLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jacques BORRELY - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire)*

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Hépatologie, gastro-entérologie)*

Professeur Pierre GAUCHER - Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : *(Chirurgie digestive)*

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE et CHIRURGIE GÉNÉRALE MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALES

1ère sous-section : *(Médecine interne)*

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

**54ème Section : PATHOLOGIE DE L'ENFANT, OBSTÉTRIQUE, SYSTÈME ENDOCRINIEN
REPRODUCTION ET DÉVELOPPEMENT**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (*Gynécologie et obstétrique*)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Jacques LECLERE - Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (*Biologie du développement et de la reproduction*)

-

55ème Section : SPÉCIALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (*Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Hygiène et santé publique

Professeur Roland SCHULZE-ROBBECKE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, cytogénétique*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER - Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologique*)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et traitement de l'image)*

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : *(Bactériologie, Virologie-Hygiène)*

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

-

47ème Section : HÉMATOLOGIE, CANCÉROLOGIE, IMMUNOLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : *(Hématologie)*

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : *(Génétique)*

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Gilbert ALIN
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Claude PERRIN
Professeur Jean PREVOT - Professeur Michel MANCIAUX - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain GAUCHER - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC - Professeur Michel WAYOFF

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A.)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A.)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A.)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A.)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A.)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A.)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A.)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A.)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A.)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Gérard BARROCHE
Professeur de Neurologie

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de présider cette thèse,
Pour votre disponibilité,
Pour votre écoute,
Pour la qualité de votre enseignement lors des cours magistraux et au chevet du patient,
Pour l'attention que vous portez aux patients, enseignement indicible que vous nous transmettez à votre insu,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Michel PIERSON
Professeur émérite de Génétique Humaine
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,
Pour votre accueil et votre écoute,
Pour l'intérêt que vous portez aux questions éthiques,
Pour la qualité de votre enseignement,
Pour votre regard sympathique sur l'être humain,
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Pierre TRIDON
Professeur honoraire
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,
Pour votre accueil,
Pour votre disponibilité,
Pour votre accompagnement dans notre travail,
Pour la qualité de votre enseignement, au cours duquel vous nous avez appris à accueillir le patient comme un proche, à le regarder comme un être humain malgré les faiblesses dues aux maladies qui le défigurent,
Pour votre humour et votre gentillesse,
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Philippe DULUCQ
Pédiatre
Chef de Service

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,
Pour l'ensemble des connaissances que nous avons acquises dans votre service,
Pour votre disponibilité,
Pour votre souci de communiquer avec l'ensemble des acteurs de santé,
Pour votre curiosité et votre recherche constante et tranquille pour apporter les meilleurs soins,
Pour les réunions du vendredi,
Pour votre regard amusé sur la nature humaine,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Marie-Etiennette BELY,
 Pour l'enthousiasme que vous avez exprimé dès l'ébauche de l'idée de nos recherches,
 Pour vos encouragements,
 Recevez l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Michel DUC,
 Pour vos remarques fructueuses sur les inconvénients de ce travail,
 Pour votre vision de la médecine pleine d'humour,
 Recevez notre gratitude.

A Monsieur le Professeur James A. THORSON,
 Pour la qualité de votre travail en humorologie,
 Pour les nombreux documents que vous nous avez fait parvenir,
 Pour l'autorisation de reproduction du questionnaire *Multidimensional Sense of Humor Scale* élaboré avec Monsieur le Professeur F. C. POWELL,
 Nous vous exprimons ici notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Rod A. MARTIN, à Monsieur le Docteur V. SAROGLU,
 Pour la traduction et l'autorisation de reproduction des questionnaires *Coping Humor Scale* et *Situational Humor Response Questionnaire*,
 Recevez toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Alain LAROME,
 Pour l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de notre travail en nous répondant et en nous envoyant un de vos articles,
 Nous vous remercions chaleureusement.

A mes parents,

Merci pour la fécondité de vos rires,
 Merci pour la joie,
 Merci pour votre patience, votre enthousiasme discret,
 Merci pour l'apprentissage du manque et pour votre générosité,
 Merci pour l'apprentissage des limites, de l'effort, de la prévoyance, de la liberté,
 Merci pour votre regard résolument bon sur l'être humain,
 Merci pour le dialogue qui est toujours premier,
 Merci pour votre renoncement pour que nous soyons,
 Merci pour votre humour à deux voix.

A mon frère Gilles,

Second dans la fratrie, mais aîné dans la rédaction de mémoires en tous genres,
 Les conseils issus de ta lecture m'ont été très précieux,
 Pour tes encouragements sur la valeur de mes recherches aux heures du doute,
 Reçois mes remerciements et toute mon affection.
 Dans le dialogue avec toi, voici donc la réponse que je formule à ce que tu dis
 dans *Action et Humilité*.

A ma soeur Anne-Isabelle,

Ton labeur plus important et plus soutenu que le mien, dans la même ville, a
 éveillé mon admiration.
 Nous sommes restés des travailleurs de l'inutile indispensable.

A ma cousine Brigitte,

Pour ces rires pleins dans lesquels tu as croqué comme dans des pommes juteuses
 et savoureuses,
 Pour ces rires homériques qui résonnent encore dans ma mémoire dans la joie
 d'être avec toi,
 Et même quand ces rires s'éloigneront,
 Reçois toute mon affection.

A mon oncle Xavier,

Grand artificier comique, pyrotechnicien de la rime riche, tu préfères, dis-tu, un
 petit verre d'un "vieil Armagnac" à un grand vers d'un "vieillard maniaque".

A ma tante Odette,

Ta joie de vivre et ton point de vue espiègle invitent à regarder les petites choses
 et les désagréments avec cocasserie.

A toutes mes familles,

Il y fait bon vivre.

A Natacha,

Je ne sais toujours pas par quelle relation tu as pris connaissance de mes travaux, mais toujours est-il que tu es venue me faire part de ton mémoire sur le sourire.

Nous possédions chacun des documents introuvables pour l'autre que nous avons partagés, ce qui nous a permis d'avancer d'une façon prodigieuse dans nos travaux respectifs.

Merci d'avoir osé cette rencontre fructueuse, alors que nous ne nous connaissions pas.

A Ula,

Pour la traduction de l'article au sujet du comique chez les déportés,
Reçois mes remerciements les plus cordiaux et fraternels.

A Pauline,

Merci pour ta lecture attentive, ton écoute, ta disponibilité, et tes conseils.

A Agnès,

Merci d'avoir réveillé ma curiosité du côté de la sémiotique et des sciences du langage.

A Sabine,

Merci pour ton humble documentation dont tu reconnaîtras l'un des dessins.

A Christian, à Philippe,

Merci d'avoir été ceux qui ont reçu les prémices maladroits de mon travail.
Merci d'être les témoins humbles et amusés de la Joie.

A Hélène & Xavier, Jeffy & Virginie,

Pour mes premiers balbutiements avec un traitement de texte.

A Stéphane & Christine et Théo,

Merci pour ce chemin ensemble qui nous a construits dans la joie et la bonne humeur depuis les premières années de médecine.

Merci pour les randonnées, et pour les clowneries de toutes catégories.

A Sophie,

Merci pour ta présence en cours et ton amitié.

A Christophe,

Merci pour ta joie de vivre, ton enthousiasme, et ton humour.

Tu es certainement le seul à connaître la deuxième voix du chant des sirènes du SAMU.

A Etienne-Paul,

C'est en allant porter ta thèse à Monsieur le Professeur Pierson que j'ai rencontré Monsieur le Professeur Tridon. Je suis donc triplement heureux de t'avoir rendu ce service.

"Soyons fous !", nous dis-tu, d'un calme olympien. C'est chose faite. Encore une foi(s).

A Florence,

pour les premiers travaux en humorologie expérimentale auprès de l'équipe soignante de pédiatrie.

A François,

Vice-Président des Affaires Comiques à l'hôpital de Remiremont.

A Pascale,

Voisine émérite en humorologie clinique.

A Philippe,

Ancien pipothérapeute auprès des cochons cardiaques de Chir Ex.

A Olivier, Renaud, Laurence, Anne,

Mes aînés en médecine, qui m'ont sans cesse partagé leur enthousiasme, qui m'ont porté, chacun à sa façon, pour me montrer l'avenir plein de promesses.

Aux Carrés bienveillants : Robin, Judith, Xavier, Tien-Ai, Fabienne...

Malgré l'angoisse qui pouvait peser sur vous en première année, vous avez été accueil, vous avez été visages dans l'amphi 600 B.

A Valérie, Aline & Denis, Valérie, Laurence, Nathalie, Valentin, Sébastien, Etienne,...

Ceux qui étaient avec moi en T.P.

A Agnès, Caroline, Delphine, Vincent, Fabienne, ... Ceux de ma promotion et tous ceux rencontrés à la Faculté durant ces douze ans.

A Jens, & Andrea

A Lucien, Peter, Mabrouk, et tous les médecins de toutes les origines du monde qui m'ont appris souvent avec humour la médecine au chevet du patient...

Aux équipes soignantes et aux médecins de tous les services qui m'ont accueilli en stage, aux équipes des services adjacents, et plus particulièrement :

au service de cardiologie de l'hôpital de Remiremont,

au service de pédiatrie de l'hôpital de Remiremont,

le service de neurologie de l'hôpital Saint Julien.

A tous ceux qui m'ont apporté des articles, leur opinion sur l'humour, des encouragements ou des mises en garde.

Aux médecins que j'ai remplacés, en particulier à Francis et à Olivier,

Merci de m'avoir fourni un peu de travail, ce qui m'a permis de financer entièrement ces recherches.

A Loïc, associé dans les remplacements (ce qui n'est pas loin d'être unique en France !)

A tous ceux qui ont travaillé pour que je devienne ce que je suis, de la maternelle à l'Université,

A chacun, j'adresse mes remerciements respectueux.

A Ghislaine,

Merci pour ton écoute et ton compagnonnage.

Merci pour les modelages avec Esprit.

Merci d'être témoin de la Joie.

A Claude, Frédérique, Etienne, Louis, Marie-Do,...tous mes amis de la communauté de médecine des premières années.

A Fabienne & Xavier, Rémi, Sophie, Hervé, Pierre-Jean, Christian, Christine, Claude & Jean-Marie...

A Emmanuel & Dominique, Edith & Arnaud, Martine, Eva & Xavier, Elisabeth, Rachel, Frédéric, Matthieu...à ceux qui sont habités par le Dialogue...

A Marina, Laure, Sabine, Anna, Hélène, Valérie, Claire, Alice, Benoît, Andrée, Sandrine, Benoît, Isabelle, Christine, Delphine, Benoît & Marie-Julie, Vincent...

A Claude, Jacques, Véronique...aux veilleurs auprès des étudiants...

A Jérôme, Jean-Marie, Pierre, Elisabeth...à ceux qui ont prêté l'oreille à la Parole...

A Daniel...aux veilleurs auprès des communautés de la Grande Assemblée...

A Michel, Jean-Paul, André & Monique, Philippe, Matthieu, Raphaël, Claude, Jeanne-Marie, Luc, Jean-Claude, Matthieu...

A Claire, Paul, Damien, Rozen, Sophie, et tous les autres... aux communautés d'Interfac...

...Chercheurs de l'Humble.

A ceux qui n'apparaissent pas ici, mais qui sont inscrits dans mon coeur.

A tous ceux qui pensent que l'être humain est quelqu'un qui est digne de respect et d'attention.

A ceux qui souffrent, à ceux dont on ne veut plus, qui n'osent même plus souhaiter un peu de joie.

Aux patients qui me sont confiés.

Au Très-Bas.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des Matières

Table des matières	18
Table des figures, tableaux, grilles et questionnaires	25
Liste des abréviations utilisées	26
PROLOGUE.....	27
INTRODUCTION.....	29
CHAPITRE 1. METHODE.....	38
INTRODUCTION.....	38
1. ETUDE DE FAISABILITE.....	38
2. FORMATION A LA LECTURE	40
3. DEFINIR DES MOTS-CLES	41
4. ORGANISATION DES RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	43
5. SELECTION DES PUBLICATIONS	45
6. ESSAI D'EVALUATION DE LA PERTINENCE DE NOS RECHERCHES	46
CONCLUSION	48
CHAPITRE 2. LE RIRE	49
INTRODUCTION.....	49
1. DESCRIPTION SÉMIOLOGIQUE.....	50
1.1. Signes physiques visibles au niveau du visage.....	50
1.2. Signes physiques audibles du rire	51
1.3. Signes physiques accessoires.....	52
1.4. Définition du rire. Signes nécessaires et suffisants	53
2. DÉFINITION DU SOURIRE	54
3. ORIGINES DU RIRE.....	55
3.1. Éléments succincts d'éthologie	55
3.2. Éléments succincts de phylogénèse du rire	56
3.3. Éléments succincts d'ontogénèse du sourire et du rire.....	57
3.3.1. <i>Ontogénèse du sourire</i>	57
3.3.2. <i>Ontogénèse du rire</i>	59
3.4. Origines anatomiques du rire.....	61
3.5. Origines biochimiques ou hormonales du rire ?.....	65
4. LES SIGNIFICATIONS DU RIRE	67
4.1. Le premier rire.....	67
4.2. Rire masque et autres significations du rire.....	67
4.3. Les rires anormaux	69
CONCLUSION	70

CHAPITRE 3. LE COMIQUE.....	72
INTRODUCTION.....	72
1. DEFINITION.....	73
2. MECANISMES DU COMIQUE.....	73
2.1. Les mécanismes chez le créateur comique.....	73
2.1.1. <i>Introduction à la linguistique</i>	73
2.1.2. <i>Une rupture du déterminisme</i>	76
2.1.3. <i>La création</i>	77
2.1.4. <i>Le jeu du psychisme</i>	78
2.1.5. <i>Les symboles, jouets pour le psychisme</i>	79
2.2. Eléments succincts de communication.....	81
2.3. Effets produits dans le psychisme de l'auditeur atteint par le comique.....	82
2.3.1. <i>Approche générale de la cinétique psychique chez l'auditeur</i>	82
2.3.2. <i>Au coeur du comique, le dessaisissement : comportement intérieur actif et passif</i>	83
3. CONDITIONS NECESSAIRES POUR QUE SURVIENNE LE COMIQUE.....	84
4. LES NUANCES DU COMIQUE.....	88
4.1. Le degré de pureté du comique.....	88
4.2. Classement des formes de comiques purs et de comiques mêlés.....	89
4.2.1. <i>Le burlesque mêlé</i>	90
4.2.2. <i>Les ironies</i>	91
4.2.3. <i>Le sarcasme et le cynisme</i>	92
4.2.4. <i>Les comiques tragiques et le comique noir</i>	93
5. LE COMIQUE DANS LA STRATEGIE D'ADAPTATION.....	95
5.1. Les stratégies d'adaptation face à l'agression.....	95
5.2. Le comique face à l'agression.....	97
CONCLUSION.....	98
CHAPITRE 4. L'HUMOUR.....	100
INTRODUCTION.....	100
1. ONTOGENÈSE DE L'HUMOUR.....	101
1.1. Méthode pour étudier l'apparition de l'humour chez les enfants.....	101
1.2. Développement de l'incongru.....	102
1.3. Le rôle des parents dans la genèse de l'humour.....	103
1.4. Le rôle de l'enfant face à ses parents.....	103
2. ORIGINES ETYMOLOGIQUES.....	105
2.1. UG-, hugros, chumos, umere, et (h)umor.....	106
2.2. L'humeur.....	108
2.3. L'humour.....	110
3. REFLEXIONS PHILOSOPHIQUES POUR UNE DÉFINITION DE L'HUMOUR.....	112
3.1. Problématiques.....	112
3.2. Analyse du concept humour.....	113
3.2.1. <i>L'humour, un comique pur</i>	113
3.2.2. <i>L'humour, un comique épris de bienveillance</i>	114
3.2.3. <i>L'eutrapélie ou vertu d'enjouement</i>	115
3.2.4. <i>L'humour, un comique rempli d'humilité</i>	117

3.2.5. <i>L'humour, un don reçu</i>	118
3.2.6. <i>L'humour, un état d'esprit qui vient de l'enfance</i>	118
3.2.7. <i>L'humour, alliance entre liberté et réalisme</i>	119
3.2.8. <i>La joie partagée avec l'autre, finalité de l'humour</i>	120
3.2.9. <i>La contingence de l'humour</i>	121
3.3. Vers une définition pratique de l'humour	122
4. L'HUMOUR ET L'ADAPTATION	123
4.1. L'humour selon Freud	124
4.2. L'humour, symptôme du dessaisissement	126
CONCLUSION	127

CHAPITRE 5. OBSERVATIONS CLINIQUES

DU COMIQUE ET DE L'HUMOUR.....	129
INTRODUCTION.....	129
1. OBSERVATION DE LA FREQUENCE DU COMIQUE.....	130
1.1. Objectifs	130
1.2. Méthode	130
1.2.1. <i>Echantillonnage</i>	130
1.2.2. <i>Recueil des données</i>	130
1.3. Résultats.....	131
1.3.1. <i>Résultats quantitatifs bruts</i>	131
1.3.2. <i>Résultats qualitatifs</i>	132
1.4. Discussion	132
1.5. Conclusion.....	134
2. ETUDE D'UNE RENCONTRE CLINIQUE PERSONNELLE ENGAGEANT DES ÉLÉMENTS COMIQUES	136
2.1. Observation n°1	136
2.2. Discussion	139
3. ETUDE DE LA SIGNIFICATION DE QUELQUES PROPOSITIONS COMIQUES TYPIQUES EMPLOYÉES PAR LES PATIENTS	140
3.1. Le comique non intentionnel	141
3.2. Le comique tragique	141
3.2.1. <i>Comique noir</i>	141
3.2.2. <i>Comique tragique positif</i>	142
3.3. Le comique masque	143
CONCLUSION	143

CHAPITRE 6. METHODES D'ETUDE DE L'HUMOUR145

INTRODUCTION.....	145
1. METHODES QUALITATIVES : LA PHENOMENOLOGIE	145
1.1. Description générale	146
1.2. Questionnaires en phénoménologie humorologique auprès des patients.....	147
1.3. Questionnaires phénoménologiques auprès des soignants	150
2. METHODE QUANTITATIVE : L'HUMOROMETRIE	152
2.1. Introduction.....	152
2.1.1. <i>Définitions</i>	152
2.1.2. <i>Approche de la problématique rencontrée dans la conception d'une échelle humorométrique</i>	153
2.2. Matériel et méthode	154

2.3. Description et analyse des différentes échelles humorométriques ..	155
2.3.1. <i>Le Sense of Humor Questionnaire</i> (Revised) (SHQ).....	155
2.3.1.1. Description.....	155
2.3.1.2. Discussion.....	156
2.3.2. <i>Le Situational Humor Response Questionnaire</i> (SHRQ)	157
2.3.2.1. Description.....	157
2.3.2.2. Analyse du SHRQ.....	160
2.3.3. <i>La Coping Humor Scale</i> (CHS).....	163
2.3.3.1. Description.....	163
2.3.3.2. Analyse du CHS.....	163
2.3.4. <i>La Multidimensional Sense of Humor Scale</i> (MSHS)	165
2.3.4.1. Cadre conceptuel.....	165
2.3.4.2. Description.....	166
2.3.4.3. Analyse de la MSHS et discussion.....	168
CONCLUSION	171

CHAPITRE 7. L'HUMOUR INDUIT-IL DES MODIFICATIONS

DANS LES ETATS D'AGRESSION ?172

INTRODUCTION.....	172
1. HUMOUR ET DÉFENSES IMMUNITAIRES.....	173
1.1. Problématique.....	173
1.2. Articles analysés	173
1.3. Hypothèses formulées dans ces articles	173
1.4. Analyse des biais de ces études	174
1.5. Résultats et discussion	175
2. HUMOUR, STRESS et ANXIETE.....	177
2.1. Définitions.....	177
2.2. Problématique.....	178
2.3. Articles analysés	178
2.4. Résultats.....	181
2.5. Discussion	182
3. HUMOUR ET DEPRESSION.....	186
3.1. Définition	186
3.2. Problématique.....	186
3.3. Articles analysés	186
3.4. Résultats.....	188
3.5. Discussion	188
4. HUMOUR ET DOULEUR.....	190
4.1. Définition	190
4.2. Problématique.....	190
4.3. Articles analysés. Matériels et méthodes.....	190
4.3.1. <i>Pression</i>	190
4.3.2. <i>Décharge électrique</i>	191
4.3.3. <i>Froid</i>	192
4.4. Résultats.....	193
4.4.1. <i>Pression</i>	193
4.4.2. <i>Décharge électrique</i>	194
4.4.3. <i>Froid</i>	194
4.5. Discussion	195
CONCLUSION	199

CHAPITRE 8. HUMOUR, VIEILLISSEMENT, ET LONGEVITE...	201
INTRODUCTION.....	201
1. HUMOUR ET VIEILLISSEMENT.....	201
1.1. Etudes phénoménologiques.....	201
1.1.1. <i>Méthodes</i>	201
1.1.2. <i>Résultats</i>	202
1.1.3. <i>Discussion</i>	204
1.2. Etudes quantitatives.....	206
1.2.1. <i>Méthodes</i>	206
1.2.2. <i>Résultats</i>	207
1.2.3. <i>Discussion</i>	209
2. HUMOUR ET LONGEVITE.....	211
2.1. Articles analysés et méthodes.....	211
2.2. Résultats.....	212
2.3. Discussion.....	213
CONCLUSION.....	214
CHAPITRE 9. REGARDS PORTES SUR L'HUMOUR	
DANS LA DEMARCHE DE SOINS PALLIATIFS....	215
INTRODUCTION.....	215
1. REGARD DU PATIENT SUR L'HUMOUR.....	216
1.1. Echantillons interrogés et méthodes.....	216
1.2. Résultats.....	219
1.2.1. <i>L'approche de l'humour par les patients</i> <i>à l'extrémité de l'existence</i>	219
1.2.2. <i>L'approche de l'humour par les patients</i> <i>atteints de maladies graves</i>	220
1.2.3. <i>La perception du rire du personnel soignant</i> <i>par les patients en réadaptation</i>	222
1.3. Discussion.....	223
1.3.1. <i>Avantages et inconvénients des différents types d'études</i>	223
1.3.2. <i>Connaissance de la place de l'humour chez le patient</i> ...	224
2. REGARD DE CELUI QUI EST PROCHE DU PATIENT SUR L'HUMOUR.....	227
2.1. Echantillons et méthodes.....	227
2.2. Résultats.....	228
2.3. Discussion.....	230
3. REGARD DES INFIRMIÈR(E)S SUR L'HUMOUR.....	232
3.1. Echantillons et méthodes.....	232
3.2. Résultats.....	233
3.2.1. <i>Attitudes des infirmières par rapport à l'humour</i> <i>selon l'étude de Sumners</i>	233
3.2.2. <i>Perception de leur propre sens de l'humour</i> <i>par les infirmières</i>	233
3.2.3. <i>Moments et manifestations de l'humour</i>	234
3.2.4. <i>Obstacles à l'humour</i>	235
3.3. Discussion.....	235
CONCLUSION.....	238

CHAPITRE 10. LECOMIQUE ET L'HUMOUR

 AU SERVICE DU SOIN	239
INTRODUCTION.....	239
1. PERCEPTION DE L'HUMOUR :	
SES DÉFINITIONS, SES FONCTIONS	240
1.1. Par les auteurs infirmiers.....	240
1.2. Par les auteurs médecins et psychologues.....	241
2. LE COMIQUE ET L'HUMOUR EN PSYCHOTHÉRAPIE.....	243
2.1. Le comique comme outil diagnostique	243
2.1.1. <i>Le comique produit par le patient</i>	243
2.1.1.1. Le comique spontané.....	243
2.1.1.2. Le comique du patient demandé par le thérapeute	245
2.1.2. <i>Le comique produit par le thérapeute</i>	245
2.2. Le comique et l'humour comme psychothérapie	246
2.2.1. <i>Historique</i>	246
2.2.2. <i>Exemple d'emploi du comique en psychothérapie comportementale</i>	247
2.2.3. <i>Autres domaines d'application du comique en psychothérapie</i>	248
3. LE COMIQUE ET L'HUMOUR ENVISAGÉS COMME SOIN EN DEHORS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE.....	250
3.1. Programmes humoristiques et comiques mis en place auprès des patients adultes hospitalisés.....	250
3.1.1. <i>Chariot du rire</i>	250
3.1.2. <i>Salle du rire</i>	251
3.1.3. <i>Sessions de programmes comiques</i>	251
3.1.4. <i>Développer l'humour au cours du soin</i>	253
3.2. Aperçu de la logistique mise en oeuvre pour monter un projet de soins comiques	255
3.3. Evaluation des projets de soins comiques et humoristiques.....	257
3.3.1. <i>Evaluation par les patients au moyen de questionnaires</i>	257
3.3.2. <i>Evaluation quantitative indirecte d'un programme comique</i>	258
3.3.2.1. <i>Auprès des patients</i>	258
3.3.2.2. <i>Auprès des infirmières</i>	258
4. LUTTER CONTRE LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PAR LE COMIQUE ?.....	259
5. OBJECTIONS À L'USAGE DU COMIQUE AU COURS DU SOIN	260
5.1. Objections extrinsèques : le trouble du soin.....	260
5.2. Objections intrinsèques : le trouble de la relation avec le patient ...	261
6. RECOMMANDATIONS.....	263
6.1. Usages inadaptés du comique.....	263
6.2. Usages appropriés du comique et attitudes des soignants	265
CONCLUSION	267

CHAPITRE 11. DES CLOWNS POUR ETRE LIBRE AU COEUR DE LA MALADIE.....	268
INTRODUCTION.....	268
1. ORIGINES ANTHROPOLOGIQUES DES CLOWNS	269
1.1. Ethnies de clowns guérisseurs.....	269
1.2. Techniques des clowns guérisseurs	269
1.3. Description d'un rite de clowns guérisseurs	270
1.3.1. <i>Mythe à l'origine de l'apparition des clowns guérisseurs au Sri Lanka</i>	270
1.3.2. <i>Déroulement du rite</i>	271
1.4. Historique de l'arrivée des clowns en milieu hospitalier.....	272
1.4.1. <i>Des clowns chrétiens pour des patients adultes</i>	272
1.4.2. <i>Origine des clowns hospitaliers en France</i>	273
2. DESCRIPTION GÉNÉRALE DES CLOWNS EN SERVICE HOSPITALIER	274
2.1. Matériel.....	274
2.2. Méthodes.....	275
3. COMPÉTENCES REQUISES POUR ÊTRE CLOWN HOSPITALIER....	278
4. OUTILS D'ÉVALUATION DU TRAVAIL DES CLOWNS ET RÉSULTATS.....	279
4.1. Moyens internes d'évaluation	279
4.2. Moyens externes d'évaluation.....	280
4.2.1. <i>Evaluation par les patients</i>	280
4.2.2. <i>Evaluation par les soignants</i>	280
4.2.3. <i>Evaluation par les proches</i>	281
5. LIMITES, PIÈGES, ET INTERROGATIONS	281
5.1. Limites et pièges.....	281
5.2. Interrogations.....	283
6. DISCUSSION. LES FONCTIONS DU CLOWN DANS LA GUÉRISON.	286
6.1. Un thérapeute du symbole.....	286
6.2. Un autre regard	287
6.3. Celui qui restitue le temps.....	288
CONCLUSION	289
CONCLUSION.....	290
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	299
ANNEXES (1 & 2).....	314
LA LUXATION TEMPORO-MANDIBULAIRE AU COURS DU RIRE	314
OBSTRUCTION DES VOIES AERIENNES AU COURS DU RIRE ET MANOEUVRE DE HEIMLICH.....	315
GLOSSAIRE	318

Table des figures, tableaux, grilles et questionnaires

Figure 1. Signes physiques du rire observables au niveau du visage.....	51
Figure 2. Signes physiques audibles du rire.....	52
Figure 3. Gestalt-signe et intensificateur du sourire chez l'enfant de 3 mois.....	58
Figure 4. Schéma de la face latérale de l'hémisphère cérébral gauche, du cervelet et du tronc cérébral.....	62
Figure 5. Schéma de la face médiane de l'hémisphère cérébrale gauche.....	63
Figure 6. Le rire masque.....	68
Figure 7. Relation entre le signifiant et le signifié.....	74
Figure 8. Dissection d'une plaisanterie.....	75
Figure 9. La rupture de déterminisme.....	76
Figure 10. La bisociation.....	77
Figure 11. Théorie de l'information comique.....	81
Figure 12. Théorie de l'information comportant du comique mêlé.....	89
Figure 13. Origine étymologique du mot <i>humour</i>	107
Figure 14. Les 4 tempéraments selon la conception antique d'Hippocrate.....	109
Figure 15. Temps moyen d'immersion de la main dans l'eau froide aux différents temps de l'expérience en fonction de la nature du film.....	198
Figure 16. Schéma de la vue latérale droite des os de la face.....	314
Figure 17. Physiopathologie de la luxation de l'articulation temporo-mandibulaire au cours du rire.....	314
Figure 18. Manoeuvre de Nelaton.....	315
Figure 19. Schéma de l'action de la manoeuvre de Heimlich.....	316
Figure 20. Position des mains du praticien dans la manoeuvre de Heimlich en station debout.....	317
Figure 21. Manoeuvre de Heimlich en station debout.....	317
Figure 22. Manoeuvre de Heimlich au sol.....	317
Figure 23. Manoeuvre de Heimlich au sol (vue de profil).....	317
Tableau 1. Conditions nécessaires et obstacles dans la communication du comique.....	87
Tableau 2. Aperçu synthétique des significations des différentes formes de comiques.....	94
Tableau 3. Quelques mécanismes de défense et d'adaptation.....	96
Tableau 4. Les différents stades du développement de l'incongru.....	102
Tableau 5. Echelles humorométriques courantes.....	154
Tableau 6. Extrait du tableau résumant la considération et l'utilisation de l'humour selon l'état fonctionnel.....	203
Grille 1. Grille de lecture du comique lors de la rencontre avec le patient.....	144
Grille 2. Proposition de questionnaires humorologiques auprès des patients.....	148
Grille 3. Proposition de questionnaires humorologiques auprès des soignants.....	150
Grille 4. Evaluation qualitative clinique d'un programme humoristique par les infirmières auprès d'un patient.....	258
Questionnaire 1. Le Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ).....	158
Questionnaire 2. La Coping Humor Scale (CHS).....	163
Questionnaire 3. La Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS).....	167

ABREVIATIONS

- * : mot qui figure dans le glossaire
 □ : référence factice ! (notes en bas de page)
 ~ : reprend le mot qui est en gras (glossaire)
 [mots entre crochets] (dans une citation) :
 ajouts de notre part au cœur d'une citation
 pour rendre la compréhension du passage
 cité plus facile.
 [...] : suppression d'un mot ou d'un passage
 dans une citation.
 [ABCD nm] :
 Entre crochets : quatre lettres, suivie d'un
 espace et de deux chiffres : référence
 bibliographique (voir p 299)
 (a) ou (1) : lettre ou chiffre entre parenthèse :
 repère d'un élément dans le texte.
 ACTH : Adreno-CorticoTrophique Hormone :
 hormone corticotrope.
 adj. : adjectif (glossaire)
 A.M.M. : Autorisation de Mise sur le Marché
 (pour un médicament).
Approx. : approximatif
 CD 4 : Cluster of Differentiation n° 4 :
 lymphocyte T 4.
 Chap. : chapitre
 CHQ : Coping Humor Questionnaire = CHS
 CHS : Coping Humor Scale
 (Martin et Lefcourt, 1983)
 CIRC : Centre Infirmier de Ressources
 coll. : collaborateurs.
 Comiques
 CRP : Protéine C Réactive.
 dir. (ou : dirs.) : directeur(s) d'un ouvrage
 collectif
 € : Euros (unité monétaire européenne, 1999)
 6,55957 F
 etc. : *et caetera* : et toutes les autres choses
 et coll. : et collaborateurs.
 (autres auteurs d'un article)
 Ex. : exemple (noté aussi : ex.)
Epidémio : épidémiologie.
 fig. : figure
 gén. : génitif
 Gn : livre de la Genèse
 (Bible, Ancien Testament).
 gr. : grec
 H₂S : gaz di-hydrogène de soufre.
Humor. : humorologie.
 i. e. : *id est* : c'est-à-dire
 IFN γ : Interféron gamma.
 Ig : Immunoglobuline.
 Ex. : IgM : Immunoglobuline M.
 IL 2 : Interleukine 2.
 In : dans l'ouvrage
 J.C. : Jésus Christ.
 Lc : évangile de Luc
 (Bible, Nouveau Testament).
Ling. : linguistique (science du langage)
Méd. : médical
 ms : millisecondes
 MSHS : Multidimensional Sense of Humor
 Scale (Thorson et Powel, 1993)
Néol. : néologisme
 NK : Natural Killer (Cell(s)) :
 Cellule(s) tueuse(s) naturelle(s)
 n. f. : nom féminin
 n. m. : nom masculin
 n° : numéro
op. cit. : *opus citandi* : ouvrage cité
 p (statistiques) : erreur de type I = mesure de
 vraisemblance d'une hypothèse, probabilité
 de rejeter l'hypothèse nulle. (Voir : *p**)
 p : page
 pl. : pluriel
 pp : pages
 pop. : populaire
Psychan. : psychanalyse, psychanalytique
Psycho. : psychologie
 r : coefficient de corrélation (Voir : *r**,
 coefficient de corrélation*).
 ® : marque déposée.
 Rem. : remarque
 s : secondes
 SHQ : Sense of Humor Questionnaire
 (Svebak, 1974)
 SHQ-6 : Sense of Humor Questionnaire réduit
 à 6 propositions (Svebak)
 SHRQ : Situational Humor Response
 Questionnaire (Martin et Lefcourt, 1984)
 (sic) : ainsi dans le texte
Spéc. : spécialement
 \$ (US) : Dollars (Etats Unis).
 Th. : thèse ; Th. D : thèse d'exercice
 THC : tétrahydro-cannabinol
 trad. : traduction
 v. : verbe

PROLOGUE

On raconte¹ qu'à la fin d'un repas, Churchill remarque qu'un convive glisse discrètement un couvert dans sa poche. Churchill dérobe alors lui aussi un couvert. Puis, s'adressant au convive en reposant le couvert sur la table, il lui dit : "*Remettons-les, je crois qu'on nous a vus*".

Cette histoire – sûrement véridique – nous semble illustrer ce qu'est l'humour dans toute sa noblesse.

Ce qui frappe dans l'attitude de cet homme respectable qui fait semblant de porter le même vice que l'autre, c'est la *compréhension en profondeur de la faiblesse* de la nature humaine. Cette anecdote n'a certainement pas fait rire le lecteur aux éclats, et pourtant, nous savons qu'il s'est certainement réjoui au fond de lui-même en la lisant. L'humour nous invite à un premier constat : il n'y a pas forcément manifestation extérieure des sentiments*, pas d'émotion*. L'humour est souvent un rire qui se tait, un rire silencieux, parfois un sourire donc. Le deuxième constat, c'est que l'humour est un comique profondément humain.

Dans cette histoire, il n'y a pas de reproche, pas la moindre trace de moquerie, mais de la *délicatesse* en réponse à un comportement indélicat, de la *grandeur* pour que l'autre soit de nouveau anobli. Ce n'est pas l'homme qui se découvre dans sa petitesse qui est jugé, c'est le comportement non humain qui est mis à l'index avec tact.

Tout tient dans le "nous". Le voleur, ce n'est pas l'autre, c'est "nous", même si l'un fait semblant. Il fait semblant ? Parce que nous n'imaginons pas cet homme d'Etat se laissant aller à "chaparder" des couverts à fromage. Mais justement, cet homme se risquerait presque à perdre sa renommée en faisant semblant de porter un vice, pour proposer à l'autre de lui rendre sa vertu, sa dignité. Cette réhabilitation est une proposition, une invitation plus qu'un impératif, fondée sur deux doutes : l'acte délictueux a pu être vu, et il vaudrait mieux que ce "nous" remette sur la table, *ensemble*, les objets du délit ; ce n'est peut-être pas si convenable de se saisir de ce qui appartient à qui vient de nous servir un si bon repas.

¹ Nous n'avons malheureusement pas les références de cette histoire que nous restituons de mémoire.

Le voleur est libre, libre de se conformer à cette invitation et d'en ressortir, par cette pirouette, indemne, voire d'en rire, un rire qui vient du plus profond de soi, où l'on s'accueille petit, faible, méprisable, mais finalement *aimable*, ou libre de briser le "nous" et de fuir avec la louche de la soupière dans sa poche arrière, se révélant aux autres en essayant de se cacher.

L'humour n'a pas d'autres projets que cette réhabilitation de l'homme, cet accueil de soi dans un *rire avec soi-même*, et cette joie profonde partagée dans un *rire avec l'autre*.

INTRODUCTION

"Le vrai paraît ailleurs, il ne se trouve pas dans l'utile. De même pour l'action. Pour le médecin comme pour le patient, le soin ne se résume pas au médicament. Le patient a besoin d'une parole qui rassure. Au-delà de ce corps qui est affecté par la maladie, c'est toute la personne qui est dans son intégrité touchée, blessée. Et le médecin se rend également compte que les gestes, les méthodes du "technicien du corps" ne s'adressent pas uniquement à cet organe malade, cette parcelle de chair, mais s'adressent à l'autre dont la maladie a mystérieusement révélé la souffrance, l'approche pénible de la limite. De même que le patient a besoin de la parole du médecin – apparemment inutile, puisque physiologiquement, c'est le médicament qui vient la plupart du temps mettre fin à la douleur – le médecin a besoin de cette relation à l'autre et ne peut se contenter d'une simple et rapide prescription. Lorsque la médecine se révèle impuissante face à la maladie, lorsque plus rien ne semble possible et lorsque tout ce que l'on croyait utile se découvre inutile, la parole, la présence du médecin prend tout son sens. L'accompagnement du malade vers la mort n'est pas un acte d'aveuglement face à la souffrance : "Pourquoi ne voulez-vous pas mettre fin à cette souffrance ? Mon corps est inutile, je suis devenu inutile..." Proposer d'accompagner le malade dans sa souffrance plutôt que d'accepter de lui donner l'euthanasie, cela n'est pas se voiler la face devant cette souffrance de l'autre. Elle est présente. Elle nous touche profondément, même si cela nous est très difficile de la comprendre. C'est au contraire une reconnaissance de la limite. C'est accepter de donner sens à l'existence de l'autre au-delà de sa souffrance, reconnaître l'être de l'autre, irréductible à l'image du corps endolori. Bien sûr, le respect de l'autre doit être présent : respect de l'autre qui désire mettre fin à cette douleur." [BIED 96]

Souffrance, liberté, et qualité d'être.

Même si son chemin passe par la souffrance*, nous croyons que l'être humain est fait pour la joie*. En tant que soignant, nous participons modestement au service de la restauration de cette joie lorsqu'elle est brisée par la souffrance. Ce service s'enracine dans une qualité d'être*. Cette qualité d'être est ce qui permet de déployer le faire et l'avoir, à travers compétences et traitements. Compétences et traitements peuvent exister sans qualité d'être, mais c'est en ignorant la joie et en réifiant* l'être humain.

Cette réification est le fruit d'une idolâtrie de la technique et de l'avoir, au détriment de celui qui est en face de nous et qui dit : "je souffre". Il

souffre même de ne pas avoir été entendu sous la couverture étouffante de notre action et de nos traitements que nous avons enserrée autour de lui pour ne pas être atteints nous-mêmes par sa souffrance. Il souffre de la toute-puissance médicale qui cache maladroitement les manques à être* et le non-savoir*, il étouffe sous la toute-puissance illusoire qui ne veut pas reconnaître ses limites. Alors le souffrant se révolte, il arrache les perfusions qui soignaient la peur de la mort du médecin, et il s'en va, libre et "à poil"¹.

Celui qui nous interroge dans cette liberté qui nous déconcerte, c'est ce patient, parce qu'il est libre de poser des choix, de dire qu'il n'est pas d'accord, qu'il a peur, qu'il ne comprend pas, libre de s'affronter à nous, parfois avec violence, libre de se cacher derrière des mots. Il est libre d'exister et de résister. La rencontre avec le patient, c'est peut-être plus se laisser apprivoiser par lui que d'essayer de l'apprivoiser. Soigner, ce n'est pas d'abord faire un soin, c'est se recevoir² de cet autre si dérangent avec ses gémissements, sa souffrance, son corps mutilé qui nous paraît affreux tant que nous n'avons pas pris conscience que ce corps c'est le sien, c'est lui, c'est sa vie. Ce corps qui crie, c'est quelqu'un.

Nous croyons que l'humour peut naître dans cet interstice entre la souffrance et la liberté de cet homme limité. Notre travail va tenter d'observer et de comprendre comment s'ouvrent des passages entre la souffrance et la joie, non seulement pour le patient, mais aussi pour les soignants.

Hippocrate et le rire de Démocrite.

La recherche de la compréhension du rire, du comique et de l'humour n'est probablement pas récente en médecine.

On a attribué au célèbre médecin grec Hippocrate³ de l'île de Cos, né vers 460 avant J.C., la rédaction de lettres sur le rire et la folie [HIPP 2, 3]. Ces lettres présentent le personnage de Démocrite qui rit de tout, ce qui cause du souci aux Abdéritains qui ne comprennent pas l'origine de cette hilarité.

¹ Situation qui n'est pas si rare que cela !

² se recevoir du patient, c'est voir la rencontre avec le patient comme un don, aussi difficile qu'il soit d'accueillir ce don parfois ! C'est aussi être renouvelé dans sa fonction de soignant par cette rencontre unique et privilégiée.

³ Mais il s'agirait du Pseudo-Hippocrate, un écrivain qui aurait composé cet échange épistolaire philosophique à propos du rire et de la folie au début de notre ère et non pas entre le V^{ème} et le IV^{ème} siècle avant notre ère [HIPP 2].

Celui que les Abdéritains croient malade s'explique ainsi :

"Ne tournerai-je pas en dérision celui qui, ayant mis à la mer un navire lourdement chargé, accuse ensuite les flots de l'avoir englouti avec sa cargaison ?" [HIPPI 2]

N'ayant pas trouvé de symptôme de folie chez Démocrite, Hippocrate le quitte en lui rendant hommage :

"Illustre Démocrite [...] je rapporterai à Cos de précieux présents d'hospitalité : car tu m'as rempli d'une grande admiration pour ta sagesse ; en rentrant chez moi, je proclamerai que tu as exploré et découvert la vérité de la nature humaine. Tu m'as donné de quoi soigner ma pensée." [HIPPI 2]

La joie et l'humour.

A la différence d'Hippocrate qui adopte le point de vue de Démocrite en trouvant de la sagesse dans la dérision, nous pensons que la sagesse de l'humour prend sa source dans une joie profonde.

Notre travail s'enracine dans la joie. La joie est un sentiment profond qui prend naissance dans la relation avec l'autre, dans un *être avec**. Cette joie nous a été transmise par notre famille proche ou plus éloignée, par nos amis. Cette joie s'enracine aussi dans notre expérience de la rencontre de l'autre au cours du soin, cet autre qui peut être le patient qui nous demande un soin, ou le soignant qui travaille avec nous. Au-delà des pesanteurs administratives du soin, au-delà du temps qui s'est usé à faire tenir d'impossibles rendez-vous dans des toutes petites journées, au-delà des rencontres improbables avec les patients où nous sommes passés à côté de l'essentiel, il restera du bonheur et un peu d'humour.

L'humour dans le soin, nous l'avons rencontré assez tôt dans nos études, lorsque nous avons accompagné notre père dans ses consultations et ses visites. Nous avons été agréablement surpris de voir survenir fréquemment ces quelques phrases humoristiques, salutations amicales, presque familiales, qui étaient le témoignage d'une connivence entre le patient et le médecin.

Nous avons le souvenir d'avoir beaucoup ri avec les soignants de la plupart des services où nous sommes passés. Il y avait toujours

suffisamment d'incongru et de loufoque dans le quotidien pour qu'il soit difficile de ne pas finir par en rire, parfois aussi parce que la rudesse de la tâche finissait par nous donner ce petit surplus d'énergie pour un peu d'amusement, un peu de liberté, un peu de détachement par rapport à une réalité qui se prenait trop au sérieux.

Certains de nos aînés, qui étaient internes ou chefs de cliniques lorsque nous étions externe, ont eu le don de nous redonner joie et courage à travers l'humour dans les moments où nous étions décontenancés et abattus par notre travail.

Nous avons pu aussi à notre tour mener à bien des petits projets humoristiques avec d'autres à destination des soignants : nous avons ainsi mis en place quelques spectacles comiques ou confectionné des objets humoristiques comme du *Sirop-pour-être-gentil* ou de la *Mousse-pour-mains-abîmées-de-docteur*.

Notre rencontre avec l'humour est aussi celle de l'humour avec les patients. Certains patients avaient de réels talents pour envisager les choses différemment, et créer tout un monde plaisant et habitable. Parfois, il nous est arrivé de partager avec eux un point de vue amusant, dans une spontanéité bienvenue qui leur a certainement permis d'entrer dans un climat chaleureux. Pendant notre travail de recherche bibliographique qui se déroulait en même temps que nos remplacements, nous avons aussi rencontré l'humour de la part du patient comme signe d'un changement intérieur radical salutaire.

Problématiques rencontrées.

Notre recherche sur l'humour est le fruit de la rencontre entre l'incontournable travail d'écriture que constitue la thèse d'exercice, avec toutes les questions existentielles⁴ que cela pose, et des questions parfaitement incongrues et tout aussi existentielles sur le rôle et la signification de l'humour dans le soin.

Nous avons pris connaissance de l'arrivée des clowns dans les services d'oncologie* pédiatrique. Nous nous sommes alors demandé quelles étaient les raisons de l'absence des clowns dans les services d'adultes.

En menant plus loin notre réflexion, nous nous sommes interrogé aussi sur la place de l'humour à l'approche de la fin de la vie. Cette question

⁴ Questions sur la contingence de ce travail et sur notre subsistance à travers ce travail !

pouvait paraître indécente au premier abord ; pourtant, il nous semblait que la joie pouvait encore avoir sa place dans le temps qu'il reste à vivre.

Nous nous sommes très vite heurté au problème de la définition de l'humour. Nous avons un thème de recherche, mais les limites en restaient floues. D'autre part, les frontières entre le rire*, le comique*, et l'humour* semblaient très mobiles, l'un des termes étant souvent pris pour les autres. Notre première tâche a donc été un travail de définition de ces trois termes, et d'étude de leur relation les uns par rapport aux autres (Chapitres 2, 3, et 4). Nous avons, à cette fin, consulté des publications touchant différents domaines des sciences humaines que sont la philosophie, la linguistique, les théories de la communication, la psychanalyse, la littérature...

Nous avons ensuite passé la littérature médicale anglo-saxonne en revue pour y chercher ce que disent les soignants sur l'humour. L'étude de la littérature nous a permis de déceler de grands axes de recherches que nous présentons au fil de notre travail : il s'agit des méthodes d'étude de l'humour (Chapitre 6), des études qui tentent de démontrer les effets de l'humour face aux états d'agression et face au vieillissement (Chapitres 7 et 8), d'enquêtes sur la définition, la place et le rôle de l'humour auprès des patients, en particulier des patients souffrant de maladie chronique, auprès de leurs proches, et auprès des soignants (Chapitre 9), des réflexions et expériences des soignants qui ont utilisé l'humour comme soin (Chapitre 10), enfin d'une synthèse sur les clowns hospitaliers (Chapitre 11).

Le coeur de notre réflexion s'appuie sur cette rencontre avec ce patient dépressif que nous avons vu passer de la tristesse à la joie, joie qui s'est manifestée par de l'humour (Chapitre 5). Ce chapitre comporte aussi plusieurs aspects de notre expérience personnelle de la rencontre du comique et de l'humour issu du patient.

Une discipline nouvelle.

Plus nos recherches avançaient, plus nous constatons que nous entrons dans un domaine de recherche spécifique qu'Apte, un anthropologue américain, a dénommé "humorologie" (*humorology*, en anglais) dès 1984 [APTE 88]. Cette dénomination, si elle était acceptée par la communauté des chercheurs dans le domaine de l'humour, permettrait de séparer ce qui relève du travail de l'humoriste* dont l'objectif est de faire rire, de ce qui relève du

travail de l'humorologue* (*humorologist*, en anglais) dont l'objectif est la compréhension de l'humour.

L'humorologie* – ou : science qui étudie l'humour – est pluridisciplinaire. Il s'agit d'une discipline récente qui appartient à l'anthropologie. Elle emprunte des données et des méthodes de travail principalement issues de la linguistique*, de l'ethnologie*, et de la phénoménologie*, mais aussi de la psychologie et bien d'autres encore. Elle s'exprime dans une revue anglo-saxonne qui lui est consacrée, *Humor : International Journal of Humor Research*, qui publie des travaux internationaux et des réflexions, mais aussi de façon sporadique dans les revues consacrées à chacune des disciplines qui composent l'humorologie ; plusieurs congrès spécifiques concernant l'humorologie ont lieu régulièrement depuis déjà plusieurs années.

En France, il existe l'Association française pour le développement des recherches sur le COMique, le Rire et l'HUMour (CORHUM), qui édite une revue, *Humoresque*, dirigée par J. Stora-Sandor : cette approche de l'humour est plutôt littéraire.

Comme nous avons essayé de connaître les relations entre deux disciplines, l'humorologie et la médecine, le travail que nous présentons pourrait s'intituler "fondements de l'humorologie médicale". En raison de cette approche nouvelle et des problèmes que cela soulève, nous avons pensé qu'il était nécessaire de créer des termes techniques spécifiques comme : "humorométrie"* (mesure du sens de l'humour) et l'adjectif "humorométrique"*, "humoristicité"* (capacité à produire ou recevoir de l'humour). Ces termes sont définis au chapitre qui développe les méthodes d'étude de l'humour (Chapitre 6).

Nos premières réflexions s'étaient orientées vers le rire, n'ayant pas encore bien différencié rire et humour. Nous avons gardé un chapitre qui est consacré spécifiquement au rire (Chapitre 2) ; c'est en quelque sorte le résidu de l'ensemble de nos recherches préliminaires. Nous avons envisagé de le supprimer en raison du volume de nos écrits ; cependant, il nous semble que ce chapitre permet de bien comprendre comment le rire et l'humour sont liés en particulier chez le tout petit enfant. Il permet aussi de soulever quelques questions, en particulier sur les cannabinoles* qu'on pourrait trop rapidement considérer comme les molécules de l'humour.

Objectifs pédagogiques personnels.

Le travail de thèse n'est pas nécessaire dans l'acquisition de compétences pour exercer la médecine.

Nous nous sommes donc retrouvé dans la dialectique de l'utilité et de l'inutilité de ce travail de thèse. Le choix d'un thème anthropologique – l'humour – qui ouvre la médecine sur une autre réflexion, nous a permis à la fois d'accueillir pleinement le devoir qui nous était demandé, et par la même occasion de remettre en question l'intérêt de ce devoir. Ce n'est pas sans espièglerie que nous avons travaillé un thème qui n'apportera rien d'utile à ceux qui n'ont qu'une conception utilitaire de la médecine.

En revanche, pour nous qui engageons de toute façon personnellement argent et temps dans cette entreprise intellectuelle, il nous semblait indispensable d'y puiser tout de même quelques motifs sérieux de nous mettre au travail. Nous avons ainsi dégagé plusieurs objectifs pédagogiques qui nous permettraient d'acquérir quelques compétences supplémentaires pour nous-même : en prenant un thème rare, (1) savoir rechercher des renseignements dans différentes bibliothèques et (2) grâce aux nouvelles technologies de l'information, (3) essayer d'appréhender les limites de nos recherches, (4) comprendre l'anglais scientifique, (5) comprendre les résultats des études statistiques, (6) développer un esprit critique et encore plus curieux, (7) élaborer des synthèses, (8) aborder de nouveaux points de vue et interpeller les soignants. Nous aborderons les six premiers points dans le chapitre qui parle de notre méthode de travail (Chapitre 1).

Limites de nos recherches.

Nous avons essayé de rassembler tous les éléments utiles qui permettraient de mieux commencer à comprendre la signification et le rôle de l'humour dans la relation entre un patient et un soignant, que ce soit le patient qui produise de l'humour, ou que ce soit le soignant qui y soit invité. Nous avons essayé de garder comme ligne de mire la compréhension de cette rencontre avec une personne éprouvant de la souffrance ou se trouvant confrontée à ses limites. Nous avons écarté de nos recherches les publications qui abordaient des patients ou des aspects trop particuliers.

Nous avons donc éliminé de notre champ d'investigation ce qui concernait (1) le rire pathologique* (épilepsie*, accidents vasculaires cérébraux*, pharmacologie*), qui avait déjà été traité dans d'autres thèses, (2) l'humour comme test diagnostique de l'atteinte de certaines structures ou fonctions cérébrales suite à des accidents vasculaires cérébraux, qui se rapporte au thème précédent, (3) l' "humour noir", qui n'est pas l'humour tel que nous le définissons ni tel que le définissent les soignants ni les patients, (4) l'étude des plaisanteries sexistes et agressives, qui ne sont pas non plus de l'humour à proprement parler, (5) les études expérimentales de l'humour chez l'enfant, puisque nous étudions plutôt l'adulte – nous avons cependant gardé quelques études pédiatriques, en particulier sur les clowns, (6) les études de l'humour diagnostique ou thérapeutique en psychiatrie en dehors de la dépression* – nous avons en particulier éliminé toutes les études concernant la schizophrénie*, (7) la plupart des études psychanalytiques*, très nombreuses, qui prennent malheureusement souvent pour démontré ce qui relève de l'anecdote ou de l'hypothèse, (8) une bonne partie des articles infirmiers qui sont trop brefs et qui reprennent des idées déjà explorées, (9) les articles concernant l'humour comme pédagogie auprès des étudiants infirmiers, (10) les articles trop anciens ayant fait l'objet d'une actualisation plus récente, sauf s'il s'agissait d'articles cités souvent comme références en la matière, (11) les articles (peu nombreux) en allemand, en japonais, en hébreu, en norvégien, en russe, (12) les ouvrages de référence en anglais sur l'humour, dont la consultation dans des délais brefs n'est pas aisée en France.

Nous avons analysé la possibilité d'étudier l'humour selon plusieurs approches : (1) bibliographique dans le but d'essayer de faire une synthèse sur le sujet, (2) phénoménologique* au moyen de questionnaires auprès des patients et/ou des soignants, (3) ethnologique* auprès des clowns hospitaliers ou auprès des soignants, en nous mettant éventuellement en situation d'observateur dans un service pour un temps donné.

Nous avons abandonné l'idée de mener une approche phénoménologique ou ethnologique, car, à la lecture d'articles décrivant les méthodes utilisées dans ces approches, il nous est apparu que cela demandait des instruments de travail spécifiques et une disponibilité que nous ne possédions pas.

Notre travail a certainement moins pour but d'être démonstratif – nous n'avons pas de preuves indiscutables concernant l'effet de l'humour au coeur de la relation soignant-patient – que de rendre témoignage d'une recherche et d'une réflexion qui peut être sérieuse au sujet de l'humour.

Nous avons trouvé opportun de créer un glossaire qui comporte non seulement tous les mots forgés spécialement pour la clarté de ce travail, mais aussi des notions philosophiques, linguistiques, statistiques, médicales, afin que notre travail soit, si possible, accessible à des lecteurs de toutes les disciplines du savoir, ou tout simplement curieux d'en savoir plus sur l'être humain et l'humour.

Il n'est pas toujours drôle de rire. Le rire aux éclats peut provoquer une luxation de la mâchoire ; il peut provoquer l'inhalation* d'un aliment au cours d'un repas. C'est pourquoi il nous a semblé indispensable de décrire, en annexe, quelques gestes simples : la manoeuvre de Nelaton permettra au médecin de refermer une bouche trop longtemps bée, la manoeuvre de Heimlich – que tout le monde devrait connaître – peut sauver le patient d'une mort certaine par étouffement.

Nous nous sommes permis de nous affranchir parfois des règles très précieuses qu'il convient de suivre dans l'écriture d'une thèse de médecine [HUGU 98]. Nous avons pris connaissance de ces règles avec beaucoup d'intérêt. Ces règles sont rigoureuses au point d'enlever toute coloration émotionnelle à un texte qui a pour vocation d'énoncer des informations dont la seule force doit résider dans les faits décrits et non dans leur mise en valeur ou atténuation rhétorique. Nous nous sommes risqué à utiliser un style parfois plus littéraire, à décorer nos propos de quelques éléments comiques, pour essayer de rendre hommage à l'humour et à ceux qui se sont aventurés avec nous à croire que c'est un des symptômes de la joie.

CHAPITRE 1. METHODE

"Le rire est-il un phénomène contagieux textuellement transmissible ? Les histoires drôles sont-elles des gélogénésies texticulaires ?"¹

INTRODUCTION

Les problèmes méthodologiques rencontrés au cours de l'élaboration de notre travail sont probablement ceux que rencontrent habituellement nos condisciples.

En choisissant le thème de l'humour, nous avons pu mettre à jour les difficultés pour accéder à des documents pertinents et pour les interpréter lorsque l'on n'est ni un expert de la documentation, ni un spécialiste de la lecture critique. Ce thème agit donc comme un révélateur des carences chez celui qui met en oeuvre de telles recherches, mais aussi des insuffisances des systèmes de recueil de l'information qui ne sont pas encore exhaustifs ni hiérarchisés.

Nous présenterons donc les facteurs qui ont rendu ce travail possible, la pédagogie que nous avons essayé de mettre en oeuvre par notre formation à la lecture, la recherche de mots-clés pour entrer dans nos investigations, l'organisation de nos recherches bibliographiques, notre méthode de sélection des publications recueillies ; enfin, nous essayerons d'évaluer la pertinence de nos recherches.

1. ETUDE DE FAISABILITÉ

En 1996, notre travail n'aurait jamais pu voir le jour. La facilité d'accès à tout type de document a été un facteur déterminant pour commencer notre travail.

Ce travail n'a été rendu possible qu'en raison de la concordance des éléments suivants : (1) une ouverture de la part des enseignants que nous avons consultés au sujet de questions moins habituelles, (2) le soutien de nos amis, de nos proches, et de tous ceux que notre sujet intéressait à un titre ou

¹ □ POUHR-MOISSA Raoul : La maïeutique des histoires drôles. In : *Traité d'andrologie obstétrique antique*. Paris : Les Rats Piécés, 1965. p 24

à un autre, (3) la possibilité d'effectuer à moindre coût des recherches bibliographiques pluridisciplinaires poussées, (4) la possibilité d'avoir accès à des documents absents des bibliothèques françaises.

Nous ne développerons pas les points (1) et (2) qui témoignent de l'indispensable enracinement humain de toute entreprise.

La possibilité d'effectuer des recherches bibliographiques poussées (3) et d'avoir accès à ces documents (4) n'était pas évidente au début de notre travail, en raison de l'absence d'enseignement concernant les méthodes de recherche documentaire, en raison du coût estimé élevé de ces recherches au début, en raison aussi de facteurs humains.

Nous avons ainsi été surpris du jugement négatif porté sur la valeur de nos recherches de la part d'une bibliothécaire dans une bibliothèque autre que la nôtre. Cette critique de l'objet de nos recherches nous est apparue déplacée². Nous avons crainte qu'une telle objection soit la règle [ECO 82], mais nous avons fort heureusement trouvé un accueil surpris mais favorable au sein des autres bibliothèques et dans notre Bibliothèque de la Faculté de Médecine.

L'accès initialement payant vers la banque de données *Medline*³ sur CD-Rom à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine a retardé nos recherches. En raison de la rareté de notre sujet, nous avons crainte qu'une consultation trop rapide ne nous montre que quelques articles sans intérêt, et que des consultations plus amples et systématiques n'épuisent en vain notre budget. Par chance, la consultation de *Medline* par l'internet est devenue gratuite en juin 1997 [COIG 97].

Nous avons crainte aussi que des documents jugés sans grande valeur scientifique mais exprimant certainement une expérience humaine comme ceux des revues infirmières américaines ne puissent pas être disponibles en France. Or, si notre bibliothèque ne pouvait pas nous fournir les articles demandés, elle faisait appel à l'Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST). A défaut, l'INIST envoyait notre demande au British Library Document Supply Center, au Royaume Uni. La coordination des centres de documentation a rendu accessible la majeure partie des articles présentés dans *Medline*, y compris les plus "insignifiants" d'un point de vue scientifique.

² Selon l'article 19 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, toute personne a le droit de rechercher des informations, en particulier sur la pratique du baisemain chez les mouches tsé-tsé.

³ *Medline* = Medliars on line, base de données bibliographiques de la *National Library of Medicine* de Bethesda aux Etats-Unis.

2. FORMATION À LA LECTURE

Nous nous sommes heurté très tôt à des problèmes de compréhension des articles que nous avons sélectionnés qui comportaient des statistiques pour certains, et qui étaient rédigés en anglais pour la plupart. Cette difficulté de lecture a pris une bonne partie de notre temps de travail qui aurait pu être diminué grâce à un apprentissage spécifique antérieur.

Formation à l'anglais

Nous avons donc mis en oeuvre une stratégie pédagogique pour améliorer notre compréhension écrite de l'anglais.

Nous avons élaboré un lexique personnel informatisé anglais-français au fur et à mesure que nous lisons. En effet, un dictionnaire français-anglais courant [R&C 95] ne permet pas de comprendre :

- les tournures de phrases spécifiques aux articles scientifiques.
- le vocabulaire spécifique des soignants : (1) des infirmières, (2) des médecins, (3) de la psychologie.
- le vocabulaire spécifique des statistiques.
- les subtilités du vocabulaire spécifique du domaine du rire, du comique et de l'humour.

La traduction d'une bonne partie de nos articles par nos soins nous est apparue incontournable pour essayer d'en percer le sens précis. Nous avons en effet remarqué que nous étions incapable de résumer le contenu d'un article après l'avoir lu même plusieurs fois. La pratique de cet exercice nous a révélé combien une lecture trop superficielle ne nous aurait pas permis de saisir l'essentiel, en raison des contresens fréquents dus à une apparente similitude des mots français et anglais. Ce travail fastidieux a été bénéfique. Toutefois, certains articles nous sont restés irrémédiablement hermétiques, probablement en raison d'un vocabulaire très technique, en particulier en psychanalyse.

Pour améliorer notre rapidité de lecture , nous avons eu recours à un excellent ouvrage intitulé *Science in English* [PAQU 91].

Nous avons été amené à écrire en anglais à quelques auteurs pour leur demander des précisions ou des droits de reproduction. Un ouvrage, intitulé *L'anglais de la communication scientifique internationale, guide pratique*

[NAVA 91], nous a particulièrement aidé dans la rédaction de notre correspondance.

Formation à la lecture critique des statistiques

Il existe de nombreux ouvrages statistiques qui ne sont pas adaptés à la formation d'un lecteur critique parce qu'ils poursuivent manifestement d'autres objectifs : (1) la formation de statisticiens, ou (2) la préparation de concours, ou (3) une courte initiation, mais rares sont les ouvrages qui permettent de savoir *interpréter* valablement et rapidement des statistiques.

Un ouvrage attrayant intitulé : *Epidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé* [BEAU 96], nous a beaucoup aidé. Il propose des grilles de lecture, analyse les biais, décrit les significations de plusieurs opérations statistiques.

Toutefois, de nombreuses questions sont restées sans réponse. En particulier, les raisons pour lesquelles on emploie tantôt tel test, tantôt tel autre, alors que les études semblent similaires, nous échappent encore. Ne pouvant critiquer le choix de telle ou telle méthode statistique, nous nous sommes surtout contenté de passer au crible l'échantillonnage et les méthodes employées pour produire des données.

3. DÉFINIR DES MOTS-CLÉS

En français

Nous avons commencé par observer les champs lexicaux concernant le terme "rire" et les champs lexicaux associés. Nous avons ainsi pu mettre en évidence les mots principaux suivants :

- *rire, comique, humour*

Ces trois mots-clés semblaient initialement à peu près interchangeables concernant leur sens (rire = comique = humour).

De ces mots dérivait sémantiquement d'autres mots plus précis, qui concernaient un domaine particulier du rire. Ces autres mots n'étaient pas équivalents les uns par rapport aux autres, et ils semblaient subordonnés aux précédents. Ainsi l'ironie appartient au domaine du rire, mais le rire n'est pas toujours ironie. Ces mots étaient :

- *sourire, hilarité, ironie, moquerie, satire, caricature, sarcasme, cynisme,...*

Aux trois mots *rire, comique, et humour*, nous avons associé d'autres notions proches comme :

- *joie, gaieté, euphorie, euphorisant, enjouement, jovialité, allégresse, esprit, clown...*

L'ensemble de ces mots ouvraient sur d'autres notions plus éloignées comme :

- *émotion, sentiment, humeur, bonheur, plaisir, caractère, jeu...*

De tous ces mots, nous avons donc extrait une liste principale de mots-clés :

- **rire, humour, comique, sourire, clown**

à laquelle nous avons joint une seconde liste de mots-clés plus larges qui permettaient de confronter des idées proches, ou de retrouver des articles traitant éventuellement de notre sujet, par une autre approche :

- *joie, esprit, euphorie.*

Ces mots-clés ont surtout été introduits dans *Docthèse*, au début de nos recherches, ce qui a permis par recoupements de connaître à peu près l'ensemble des thèses élaborées sur le rire et l'humour.

Nous nous sommes rapidement recentré sur nos mots-clés initiaux. Nous avons éliminé les mots-clés *sourire* et *comique*. En effet, l'essentiel des publications sur le sourire étaient celles d'étudiants dentistes, dont les travaux décrivaient des techniques pour rendre le sourire harmonieux ; le mot *comique* renvoyait à des thèses de littérature et était de toute façon moins performant que le mot *rire*. Les autres mots-clés des listes secondaires ont ramené soit des travaux trop peu nombreux, très spécialisés, soit des thèses qui dépassaient largement le cadre du rire et de l'humour.

En anglais

Nous avons tenté de traduire la plupart de nos mots-clés en anglais, pour pouvoir les introduire ensuite dans notre recherche sur *Medline*. Cette façon de procéder n'était pas satisfaisante pour plusieurs raisons :

- La traduction du terme *rire* par *laugh* est correcte, mais c'est *laughter* qui est la plus employée.
- Le mot *humour* est équivalent en anglais britannique (*humour*), mais en anglais américain, le terme le plus couramment utilisé est *humor*, qui ne comporte pas de *u*.

- Cependant, *humor* peut désigner aussi les liquides physiologiques, les humeurs, comme *l'humeur aqueuse* en ophtalmologie, ce qui introduisait une confusion possible.

Nous avons donc utilisé le thesaurus américain *Medical Subject Headings* (MeSH). Il s'agit du langage d'indexation et d'interrogation de *Medline* : c'est un vocabulaire contrôlé dans lequel les termes (= les descripteurs* = les mots-clés) sont reliés entre eux par des relations sémantiques. Le MeSH dans sa version récente (octobre 1999) comporte 19768 termes [EVEI 99a]. Il est accessible par l'internet par l'un des accès gratuits de la National Library of Medicine vers *Medline*, à l'adresse : <http://igm.nlm.nih.gov/>. La consultation du MeSH est très simple [COIG 97]. En introduisant nos mots-clés traduits en anglais, nous avons abouti aux descripteurs "*laughter*" et "*wit and humor*". Ces descripteurs étaient situés sur une sorte de grande carte sémantique, au bout d'une ramification d'autres termes, ce qui permettait de situer parfaitement le domaine particulier de leur emploi dans la base de donnée *Medline*.

Nous avons lancé nos recherches avec d'autres mots-clés pour trouver d'autres articles sur l'humour par recoupement, en particulier avec le mot-clé *happiness* (joie). Cette façon de procéder nous a permis de constater que les résumés et les descripteurs des articles parlant de la joie ne parlaient ni du rire, ni de l'humour. Nous en avons donc conclu que les descripteurs *wit and humor* et *laughter* étaient pertinents.

4. ORGANISATION DES RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

L'organisation de nos recherches s'est effectuée de deux manières simultanées : une recherche systématique et une recherche de proche en proche. Nous avons aussi mené en parallèle des recherches dans le domaine médical et dans les sciences humaines.

Pour notre recherche systématique, nous avons consulté les banques de données suivantes :

- *Docthèse* sur CD-Rom à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Nancy, pour l'ensemble des thèses françaises depuis 1985 jusqu'à 1997.
- Les catalogues des bibliothèques suivantes :
 - Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Nancy ;
 - Bibliothèque de la Faculté de Lettres de Nancy ;

- Bibliothèque Diocésaine de Nancy ;
- Bibliothèque Municipale de Nancy ;
- Bibliothèque du Centre Psychothérapique de Laxou ;
- Médiathèque de Nancy ;

– La banque de données *Pascal* sur CD-Rom de l'INIST, en accès libre à la bibliothèque de l'Institut National Polytechnique de Lorraine. *Pascal* regroupe les résumés des articles et ouvrages scientifiques répertoriés à l'INIST. Nous l'avons consultée dans sa totalité avec les mots-clés "rire" et "humour" durant l'année 1998.

– La banque de données *Francis* sur CD-Rom de l'INIST, en accès libre à la bibliothèque de la Faculté de Lettres de Nancy. Cette base de données regroupe les résumés des articles et ouvrages de sciences humaines répertoriés à l'INIST. Nous l'avons consultée dans sa totalité avec les mots-clés "rire" et "humour" durant l'année 1998.

– La banque de données de l'INIST disponible à l'adresse internet <http://www.inist.fr> : dernière consultation le 10.06.99, pour les années 1996 à 1999, avec les mots-clés : "humour", "humor", puis "humor" NOT {"humoral", "ophthalmology", "aqueous", "vitreous"}

– La banque de données *PsycLIT* sur CD-Rom produite par l' American Psychological Association, qui est une compilation de la base de données *PsycINFO*, à la bibliothèque de la Faculté de Lettres de Nancy, pour la période de 1993 à 1998, avec les mots-clés "humour", "humor", et "laughter". Cette banque de données rassemble des ouvrages et articles anglais et certaines publications internationales dans le domaine de la psychologie.

– La banque de données *Medline* sur l'internet à l'adresse <http://igm.nlm.nih.gov/> consultée pour la dernière fois le 16.05.99 pour la période de 1966 (date de création de *Medline*) à 1999, avec les mots-clés "laughter", "wit and humor".

– La banque de données *Electre* sur CD-Rom à la bibliothèque de la Faculté de Lettres de Nancy, banque de données qui rassemble l'ensemble des ouvrages publiés en librairie en France, avec le mot-clé "humour", durant l'année 1999.

Nous avons mené parallèlement des recherches de proche en proche. Cette méthode consistait à consulter les références des publications que nous

avons déjà à notre disposition, et de demander celles qui nous intéressaient, que ce soit dans le domaine du rire, de l'humour, ou dans d'autres domaines utiles à la compréhension de ces phénomènes, comme celui du stress ou des relations entre stress et immunité.

5. SÉLECTION DES PUBLICATIONS

Nous avons cherché à connaître au départ tout ce qui se disait sur le rire et l'humour, pour affiner petit à petit nos recherches dans le domaine plus spécifique de la santé. Nous avons admis que la banque de données *Medline* concernait principalement les questions de santé.

Nous avons ainsi consulté les quelque 2500 références de 1966 à 1999 sur *Medline*, qui comportent le descripteur "*wit and humor*". Il s'agissait de lire les titres, puis de consulter les résumés si le sujet nous paraissait pertinent.

Le descripteur "*wit and humor*" ne permettait pas de différencier les articles comiques des articles humorologiques. La présence d'un résumé permettait la plupart du temps de différencier ces deux types d'articles.

Au fil de notre consultation, nous avons été amené à éliminer les articles des domaines trop spécifiques que nous citons dans l'introduction de notre thèse.

Nous avons consulté *Medline* avec le descripteur "*laughter*" qui a ramené des articles principalement de neurologie qui dépassaient les limites de notre travail.

Parallèlement, nous avons consulté plusieurs ouvrages de philosophie, de psychologie, des articles de psychanalyse sur le rire et l'humour, tous en français. Nous les avons choisis parmi 274 références citées dans différentes bibliographies ou trouvées principalement grâce à la banque de données *Francis*. Ces références de sciences humaines devaient nous permettre de mieux définir l'humour.

Nous avons vu progressivement se dessiner des axes de recherches ou de réflexion qui ont constitué la trame de notre travail.

- Qu'est-ce que le rire ?
- Qu'est-ce que le comique ?
- Qu'est-ce que l'humour ?
- Quels sont les liens entre rire, comique et humour ?
- Comment apparaît l'humour chez le petit enfant ?

- Comment étudier et mesurer l'humour ?
- Quelles sont les modifications physiologiques provoquées par le rire, le comique ou l'humour, qui s'opposent à la souffrance ou à la maladie ?
- Que disent les patients et les soignants de l'humour dans les enquêtes ?
- Que disent les soignants de l'humour dans la littérature, quelle en est leur expérience ?
- L'humour comme soin existe-t-il ?
- Quelle est le rôle des clowns dans le soin ?

Nous avons sélectionné les résumés de 572 références issues de quelque 2500 que proposait *Medline* avec le descripteur "*wit and humor*". Nous avons classé ces 572 résumés par niveau d'intérêt (de 1 : "très intéressant" à 5 : "très peu intéressant") selon (1) la pertinence des questions qu'ils soulevaient, (2) la pertinence de leur démarche, même si elle était imparfaite, et (3) selon les axes de recherche définis plus haut. Nous avons pu ainsi rejeter 423 références et en conserver un peu moins de 149.

La banque de données *PsycLIT* mettait à disposition environ le même nombre de références concernant l'humour. La consultation de cette banque nous a permis de retrouver des articles déjà cités dans *Medline*, et de compléter ce que nous avons déjà par quelques références en psychologie expérimentale. Le gain d'informations apporté par *PsycLIT* a été modeste, puisque les quelques articles supplémentaires auxquels nous avons eu accès ne constituaient pas des références indispensables.

6. ESSAI D'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE NOS RECHERCHES

6.1. Evaluation de la pertinence des documents choisis

Selon les recommandations présentées dans l'ouvrage *Epidémiologie appliquée* [BEAU 96], nous avons recueilli des publications qui présentent les défauts principaux suivants :

- une absence fréquente d'un résumé structuré ;
- des échantillons de participants souvent très petits ;
- des participants souvent sélectionnés selon des critères mal définis ;
- parfois une absence de répartition aléatoire des participants selon les situations à tester ;
- des méthodes qui peuvent manquer de rigueur (stress) ;

- des descriptions insuffisantes ;
- des faits relevant plutôt de l'anecdote que de l'observation ;
- des études isolées ;
- des méthodes de mesures de l'humour divergentes ;
- des définitions de l'humour contradictoires ; ...

Ce jugement sévère que nous portons sur le matériel bibliographique qui a nourri une partie de cette thèse nous invite à porter un regard plutôt sur les méthodes, les hésitations, les impasses, les interrogations que suscite l'humorologie, plutôt que sur ses conclusions qui ne sauraient constituer des preuves.

6.2. Evaluation de l'exhaustivité dans le domaine choisi

Nous avons du mal à savoir si des médecins français (ou des équipes soignantes françaises) se sont penchés sur l'intérêt de l'humour. Cette difficulté tient au fait que nous n'avons pas connaissance d'une banque de données équivalente à *Medline* pour la littérature médicale française. La banque de données *Francis* de l'INIST nous semble pertinente, mais elle ne concerne que les publications de sciences humaines ; la banque de données *Pascal* ne comportait pas de référence. La banque de données de l'INIST consultable par l'internet n'apportait que quelques rares références sur l'humour.

L'essentiel des références françaises que nous possédions concernaient en grande partie la psychanalyse et des ouvrages de réflexion ou de littérature. C'est presque par hasard que nous avons retrouvé un article écrit par un médecin qui avait participé à un congrès sur le comique [LARO 87].

Nous attendions beaucoup de la consultation de l'internet au moyen des moteurs de recherche. Cependant, l'absence de descripteurs pertinents pour distinguer ce qui relève du comique et ce qui relève de l'humorologie rend de telles recherches parasitées par de trop nombreuses informations sans intérêt. D'autre part, les meilleurs de ces moteurs de recherche n'indexent que 30 à 60 % du contenu de l'internet [EVEI 99b]. L'utilisation de méta-moteurs est plus efficace puisqu'ils interrogent plusieurs moteurs de recherche simultanément et des répertoires, mais ils additionnent les défauts de chaque outil avec lequel ils travaillent [EVEI 99b].

La consultation de ces méta-moteurs par une personne intéressée par nos recherches nous a permis de trouver une adresse intéressante

(http://les.man.ac.uk/CRIC/Jason_Rutter/HumourResearch/chapters.htm) où sont recensés de nombreux travaux publiés sur l'humour. Ce recensement nous a permis de constater que nous avons déjà connaissance de la plupart de ce qui avait été publié en anglais dans le domaine médical. Les articles de synthèse de Gelkopf et Kreitler [GELK 96] et de Matz et Brown [MATZ 98] nous ont permis de vérifier que nous avons rencontré les articles jugés pertinents en humorologie dans le domaine que nous avons défini.

Par ailleurs, selon Eveillard [EVEI 99c], les répertoires (comme le MeSH) fournissent des résultats beaucoup plus pertinents que les moteurs de recherche, parce que ces répertoires sont établis par des documentalistes professionnels. Il existe peut-être d'autres répertoires que ceux que nous avons consultés, mais notre choix de travailler avec le MeSH et *Medline* nous a probablement permis d'avoir accès à ce qu'il existe de plus pertinent dans notre domaine.

CONCLUSION

Si notre travail de thèse nous a permis d'améliorer notre capacité à lire et interpréter des articles, même si ces capacités nous semblent suffisantes pour pouvoir nous débrouiller, nous restons avec un certain degré d'insatisfaction, à la fois sur nos capacités à communiquer en anglais dans notre domaine, et sur nos capacités à comprendre les manipulations statistiques. Ces deux points nous semblent pourtant essentiels dans la mesure où le partage du savoir utilise préférentiellement l'anglais, et dans la mesure où les statistiques constituent un outil essentiel pour mesurer des faits qui concernent la santé des populations. Il s'agit aussi d'un outil indispensable pour orienter la décision du praticien pour le meilleur soin pour chaque patient, en particulier par la médecine fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*).

"Le médecin ne sait pas chercher dans une bibliothèque, manipuler un index ou faire une recherche bibliographique, parce qu'on ne lui a pas appris à le faire." [EVEI 99a].

Nous aurons essayé, certainement maladroitement, de mieux savoir chercher des documents, sans toutefois être certain d'être parfaitement performant. Pour l'heure, la remise en question et la curiosité restent encore les meilleurs moteurs de recherche, et les revues médicales en papier nos meilleurs guides pour l'exercice et dans la recherche bibliographique sur l'internet.

CHAPITRE 2. LE RIRE

*"Le ris consiste en ce que le sang qui vient de la cavité droite du coeur par la veine artérielle, enflant les poumons subitement, et à diverses reprises, fait que l'air qu'ils contiennent est contraint d'en sortir avec impériosité par le sifflet, où il forme une voix inarticulée et éclatante, et tant les poumons en s'enflant, que cet air en sortant, poussent tous les muscles du diaphragme, de la poitrine et de la gorge, au moyen de quoi ils font mouvoir ceux du visage qui ont quelque connexion avec eux ; et ce n'est que cette action du visage, avec cette voix inarticulée et éclatante, qu'on nomme ris."*¹

René DESCARTES : *Les passions de l'âme*. Article 124.

INTRODUCTION

La connaissance du rire* est la clé qui permet de comprendre ce que sont le comique* et l'humour*. Le rire précède l'humour chez le petit enfant. L'humour est d'une certaine manière un rire qui va s'intérioriser au niveau du psychisme.

Pour éviter toute confusion entre le rire, le comique* et l'humour, nous allons décrire et définir ce que sont le rire et le sourire*, manifestation plus discrète du rire, qui le précède dans le développement de l'enfant.

Nous irons donc aux origines probables du sourire et du rire dans l'évolution de l'espèce humaine ainsi qu'à leurs origines dans le développement du petit enfant.

Nous évoquerons brièvement les structures neurologiques impliquées dans le rire. Nous nous interrogerons sur ses mécanismes biochimiques ou hormonaux.

Nous étudierons enfin les significations du rire : si le premier rire de l'enfant est univoque, cette expression faciale et vocale peut traduire par la suite de multiples sentiments, et surtout faire office de masque pour mettre à

¹ Cité par : Goustard [GOUS 59]. Cette conception physio-philosophique du rire est sans aucun doute à l'origine de l'invention des ballonnets de contre-pulsion aortique*.

distance de l'entourage des sentiments que la personne ne souhaite pas lui montrer. Exceptionnellement, le rire peut être le symptôme d'une maladie.

1. DESCRIPTION SÉMIOLOGIQUE

Du point de vue d'un observateur extérieur, le rire est avant tout un phénomène* corporel qui se donne à voir et à entendre. Au risque de parler de choses que tout le monde semble connaître, nous allons décrire ce qui permet de reconnaître le rire, indépendamment des significations qu'il peut avoir. Nous reprenons pour cela l'approche sémiologique* du corps telle que nous l'utilisons quotidiennement en médecine clinique*.

1.1. Signes physiques visibles du rire au niveau du visage (Figure 1)

Le visage est la partie qui porte l'essentiel de ce phénomène* qui engage parfois tout le corps.

D'une façon générale, la partie basse du visage est le lieu par excellence où se résume le phénomène : la bouche est grande ouverte, les commissures* des lèvres orientées vers les pommettes qui sont proéminentes de façon constante ; la bouche tend à découvrir les dents et laisse voir la langue en position indifférente.

En complément, au niveau de la partie haute du visage, la fente palpébrale se ferme partiellement, les sourcils peuvent s'élever, et des ridules peuvent apparaître aux commissures palpébrales* latérales. L'espace intersourcilier se détend. Parfois, le front se plisse ; on peut voir aussi une augmentation de la production du liquide lacrymal*, qui ne s'échappe pas aussi facilement et aussi abondamment de l'oeil que lors des pleurs. La peau se colore du rose au rouge chez les personnes au teint clair.

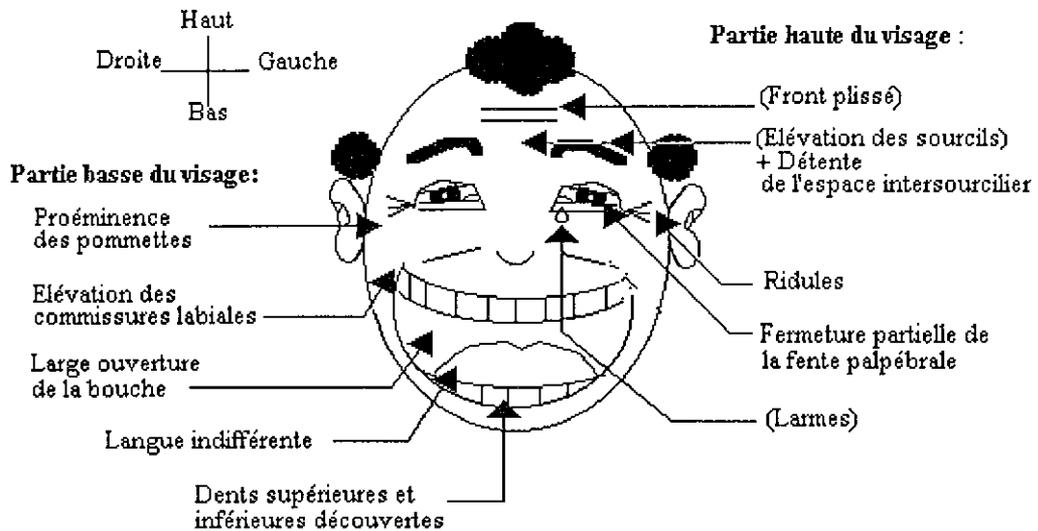


Figure 1. Signes physiques du rire observables au niveau du visage.
Visage vu de face.

Les éléments entre parenthèses sont des signes qui peuvent être absents.

Lors du rire, le visage est formé de lignes qui se disposent *grosso modo* selon des cercles dont le nez est le centre. Cette disposition des lignes du visage évoque volontiers esthétiquement quelque chose de relativement harmonieux, par opposition à la disposition des lignes brisées et orientées perpendiculairement à celles du rire lors de l'expression d'autres émotions comme la tristesse ou la colère.

1.2. Signes physiques audibles du rire [FISC 98] (Figure 2)

Ce qui est donné à entendre au cours du rire sont des trains de sons d'une longueur de deux secondes émis par la bouche grande ouverte. Ils se succèdent environ toutes les trois secondes. Émis de façon saccadée et expiratoire, les sons qui composent chaque train sont une succession de cinq à sept voyelles identiques qui durent chacune environ 75 millisecondes ; ces voyelles sont précédées par une courte expulsion d'air. La fin d'un train de sept voyelles est suivie par une inspiration d'un peu moins d'une seconde. Ce que nous venons de décrire avec peine se résume dans les onomatopées "Ha ! Ha ! Ha !" (bis) (inspirer, puis recommencer *ad libitum*)

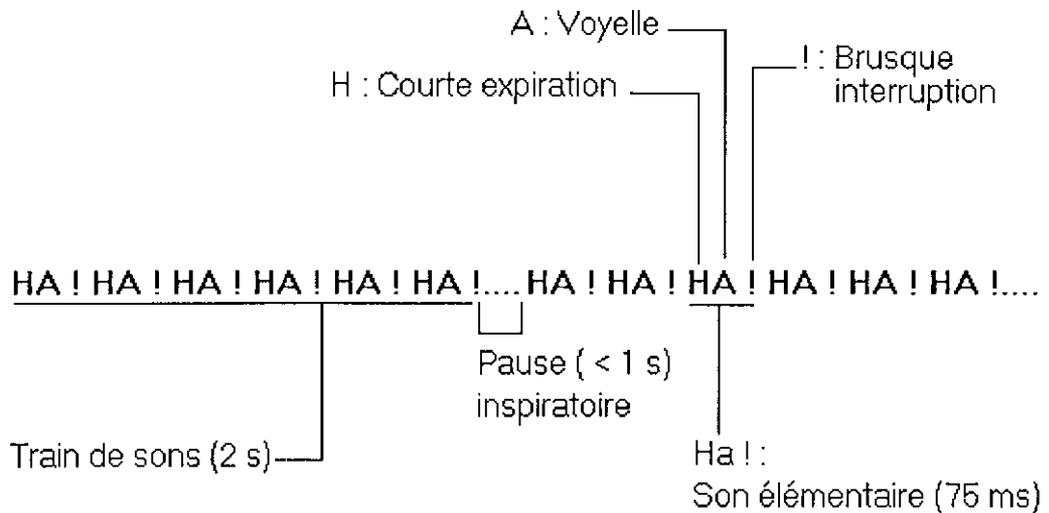


Figure 2. Signes physiques audibles du rire.

D'un point de vue acoustique, selon Fischetti, le rire n'est ni la voix parlée ni la voix chantée. "*Il se situe entre l'onomatopée et le langage articulé*" [FISC 98]. Il existe une infinie variété d'expressions vocales du rire : le nombre de sons émis peut varier en timbre selon les voyelles, en intensité au cours du train de sons ; la note musicale de la voyelle peut changer au cours du train... Cependant, si l'on modifie artificiellement un des paramètres (durée des sons élémentaires, saccades, fréquences, intensité, etc.) du rire, il peut se transformer en un rire qui sonne faux ou en un cri d'animal. C'est dire, malgré tous les degrés de liberté qui peuvent se manifester dans son expression, combien il s'agit d'une succession de sons bien codifiée.

1.3. Signes physiques accessoires

Le rire mobilise aussi la cage thoracique et les muscles de la paroi abdominale. En fonction de son intensité, il peut entraîner des secousses de la tête et des épaules. Des mouvements brusques plus ou moins volontaires comme des tapes de la paume des deux mains sur les cuisses peuvent aussi se voir. La contraction de l'abdomen associée à un certain relâchement des sphincters* peut entraîner une miction* involontaire incomplète, surtout chez la femme, et peut laisser entendre des bruits impromptus issus du séant (curieusement plutôt chez l'homme).

1.4. Définition du rire. Signes nécessaires et suffisants

Pour affirmer qu'il y a rire, il faut et il suffit que soient présents les signes suivants :

1. une large ouverture de la bouche
2. et une élévation des commissures labiales* vers les pommettes
3. et une occlusion partielle des fentes palpébrales

et / ou ²:

4. émission de la cascade vocale caractéristique décrite ci-dessus.

Il nous semble important d'insister sur le fait que, pour nous, la véritable définition du rire devrait se limiter à ce que nous venons de décrire de façon très académique.

Selon nous, ce qui provoque le rire – autrement dit ce qui est la cause (habituelle) du rire – s'appelle le comique*. C'est par métonymie³ que l'usage utilise le terme "rire" à la place de comique. Cet usage est tout à fait justifié dans la vie courante. En revanche, dans le domaine des sciences humaines ou fondamentales, il conviendrait de réserver le terme "rire" le plus souvent à ce qui se donne à voir et à entendre, pour éviter toutes sortes de confusions.

En effet, le rire – surtout en médecine – n'a pas toujours le comique pour cause. En raison de son élaboration au niveau d'un ensemble de structures cérébrales, le rire peut être – très rarement – le symptôme de l'atteinte de l'une de ces structures. Un rire pathologique* peut se voir aussi au cours de certaines affections psychiatriques.

² Le "et / ou" ne se justifie que dans la mesure où nous pouvons dire que quelqu'un rit derrière une vitre, alors que nous n'entendons pas le son de sa voix, ou que nous entendons rire derrière une porte alors que nous ne voyons pas son visage.

³ Figure de rhétorique* (ou stylistique*) qui consiste à nommer un concept par un autre concept souvent plus concret, qui lui est proche et qui lui est logiquement lié. Ex : toute *la ville* en parle : c'est en fait : tous *les habitants* (de la ville) en parlent. (d'après [FROM 95]).

2. DÉFINITION DU SOURIRE

Nous pouvons définir aussi le sourire, qui présente des signes physiques proches de ceux du rire :

1. Elévation des commissures labiales vers les pommettes
2. et bouche fermée ou moins ouverte que dans le rire
3. et silencieux.

De petits signes peuvent accompagner le sourire : l'observation des yeux permet de constater qu'il existe généralement une petite fermeture de la fente palpébrale* ; au bloc opératoire où le port de masques anti-infectieux cache la partie basse du visage, il est possible de savoir qu'un soignant sourit alors que nous ne voyons que ses yeux.

Si le sourire survient au cours de la parole, le son de la voix devient très légèrement plus aigu, et nous pouvons entendre de très fins cliquetis à la fin de l'émission de presque chaque syllabe. Ce petit bruit est probablement dû à l'expulsion de petites bulles d'air qui sont brusquement chassées du vestibule buccal* lorsque la muqueuse labiale* se plaque contre la muqueuse gingivale*. Ces très fins changements sonores lors de la parole permettent de savoir que quelqu'un sourit lorsque nous l'entendons alors que nous ne le voyons pas, comme au cours d'une conversation téléphonique.

L'expression harmonieuse des lignes concentriques du visage qui se donne à voir dans le sourire est semblable à l'harmonie du rire. Le rire est une surenchère de signes par rapport au sourire : il reprend les mêmes pour les accentuer. Le sourire est donc une expression du visage qui exprime quelque chose⁴, et le rire exprime la même chose avec plus d'intensité, engageant le corps dans une manifestation plus intense. D'un point de vue sémiotique*, nous pouvons dire que le sourire est le précurseur logique du rire, ce que confirme d'ailleurs l'ontogenèse*.

⁴ Nous nous gardons d'attribuer au rire ou au sourire une seule signification en raison des multiples significations dont ils peuvent être le support.

3. ORIGINES DU RIRE

L'étude des origines du rire permet de constater que le rire est un phénomène* complexe très élaboré apparemment exclusivement humain, qui est en lien avec le langage.

3.1. Eléments succincts d'éthologie* [SMAD 90, PROV 98]

*"Une vache qui rit est un fromage à parts, jusqu'à preuve du contraire."*⁵

Des travaux d'observation du comportement animal ont essayé de savoir si les animaux riaient. Il n'existe actuellement un équivalent du rire que chez les primates. Cela ne signifie pas pour autant que les autres animaux ne sont pas capables de jeu, ni d'éprouver et de manifester à leur manière un sentiment de gaieté*, ou du moins de satisfaction, qui apparaît être plus que du bien-être.

En regardant des photographies, on pourrait croire que les animaux rient parce qu'ils ouvrent la gueule à la manière d'un homme qui rit. De même, en écoutant les cris d'animaux pourrait-on croire reconnaître une cascade qui ressemble au rire humain. En fait, l'observation plus attentive de ces animaux dans leur cadre naturel en relation avec leurs congénères montre que ce que l'on prenait pour un rire lorsque ce phénomène était pris hors contexte, n'est en fait qu'un bâillement ou tout autre phénomène qui n'intervient apparemment pas dans un contexte ludique ou enjoué. Le rire de l'animal n'est souvent que l'interprétation anthropomorphique* que l'homme en fait.

Il existe cependant un "proto-rire"*⁶ chez les chimpanzés. Ce proto-rire se manifeste par :

- soit une **expression faciale silencieuse avec les dents découvertes** qui serait un signal pour rassurer un congénère ; il exprimerait l'appartenance à l'espèce, évoquant la soumission et la non-hostilité. Cette expression faciale pourrait être équivalente au sourire*.

⁵ □ DUROUPILLON Eugène : Faut-il avoir peur de la vache molle ? *Pis-soir, la revue vespérale des laiteries*, 1997;(27):1.

⁶ Néologisme de notre part qui signifie qu'il s'agit là d'un équivalent de rire sans avoir les caractéristiques du rire humain. Ce pourrait être un précurseur phylogénétique* du rire humain.

- soit une **expression faciale détendue avec la gueule ouverte**, qui peut ne s'accompagner d'aucun cri, et qui survient dans le cadre d'activités assez ludiques comme la simulation de lutte. Lorsqu'il y a une émission d'un cri, celui-ci est à la fois inspiratoire et expiratoire, contrastant avec le rire humain qui est habituellement uniquement expiratoire (sauf exception). Fait amusant, Provine et Weems ont fait écouter l'enregistrement du proto-rire d'un chimpanzé à des étudiants en leur faisant deviner de quoi il s'agissait : "*Presque tous ont dit avoir entendu un homme en pleine crise d'asthme, en hyperventilation, en train de courir ou même encore de faire l'amour.*"

3.2. Eléments succincts de phylogénèse* du rire [SMAD 90, PROV 98]

Smadja a montré l'évolution de plus en plus complexe des muscles de la face chez les mammifères jusqu'à la musculature des singes anthropoïdes*. Cette complexité musculaire est indispensable pour pouvoir présenter différentes expressions faciales significatives dont les expressions d'enjouement comme le proto-rire*.

Provine et Weems ont ajouté que les chimpanzés, et probablement les autres grands singes, sont limités à la production d'une seule syllabe par cycle respiratoire, ce qui ne leur permet pas une expression vocale développée.

Nous pouvons comparer les moyens d'expression du singe à celui de l'homme dans son véhicule : l'automobiliste ne possède pour communiquer avec son vis-à-vis motorisé qu'un klaxon, des phares, et son comportement sur la route, ce qui limite le langage à l'expression de dangers (accidents et radars), de sympathie⁷ ou d'une profonde indignation.

Pour que l'expression soit équivalente à celle de l'homme, il faudrait que se développe chez le singe un système neuronal qui régule la respiration et la parole, et qu'une reprogrammation des influx nerveux se fasse vers les muscles de la face.

Provine et Weems pensaient aussi que, chez l'homme, c'est l'apparition de la position bipède qui aurait permis de libérer le complexe épaules-thorax de sa fonction de support. Cette libération aurait ainsi autorisé le développement de la parole articulée et de l'utilisation très précise des mains. Le singe, quant à lui, resterait prisonnier d'un système neuro-musculaire rigide en lien étroit avec un mode de respiration archaïque peut-être dû à sa locomotion quadrupède.

⁷ Par exemple : une charmante demoiselle qui fait des appels de fards est une marque de séduction.

3.3. Eléments succincts d'ontogenèse* du sourire et du rire

L'étude du développement du sourire permet de mieux comprendre son lien avec le rire, et donc son lien avec l'humour.

3.3.1. Ontogenèse du sourire [GOLS 87]

Golse a présenté l'essentiel des travaux de Spitz⁸ et d'autres auteurs sur le sourire dans un article de synthèse [GOLS 87]. Il rapportait que les premiers sourires de l'enfant dans la période prénatale apparaîtraient, selon Amiel-Tison, "*dès l'âge de 34 à 35 semaines de gestation et, [...] [seraient] apparemment sans signification*".

Selon Golse qui cite Stern⁹ : "*Durant les deux premières semaines postnatales, l'enfant sourit pendant les phases de sommeil paradoxal (sommeil-rêve) et pendant certaines phases de somnolence*", mais rarement pendant l'éveil. Les sourires apparaissent souvent fugaces, évoquent une grimace ou la béatitude. Ces "**sourires endogènes**"* (termes de Stern) n'ont aucune signification et seraient témoins de la succession de tensions et de détentes cérébrales (Stern). On dit que le bébé "*sourit aux anges*."*

Dans la période de 6 semaines à 3 mois apparaît le "**sourire exogène**"* ou "**sourire-réponse**". Il est provoqué de façon prévisible par différents stimulus externes comme les voix aiguës, le visage et le regard humains, le chatouillement*.

Spitz et Wolf ont particulièrement étudié l'apparition de ce phénomène de sourire-réponse chez 145 enfants de 0 à 12 mois en 1946. En fait, le bébé de 3 mois va sourire au visage humain à condition que (Figure 3. A) :

- le visage soit **de face** (a)
- le visage soit **mobile** (b), quel que soit le mouvement (hochement de tête, ouverture de la bouche, grimace, sourire)
- le visage comporte les éléments suivants :
 - les **yeux** (c) (élément central)
 - le **nez** (d) (élément inférieur, sous les yeux)

⁸ SPITZ René : *De la naissance à la parole* (6^{ème} ed.). Paris : PUF, 1979. (cité par [GOLS 87])

SPITZ R. A., WOLF K. M. : The smiling response : a contribution to the autogenesis of social relations. *Genetics Psychology Monographs*, 1964;34:57-125.

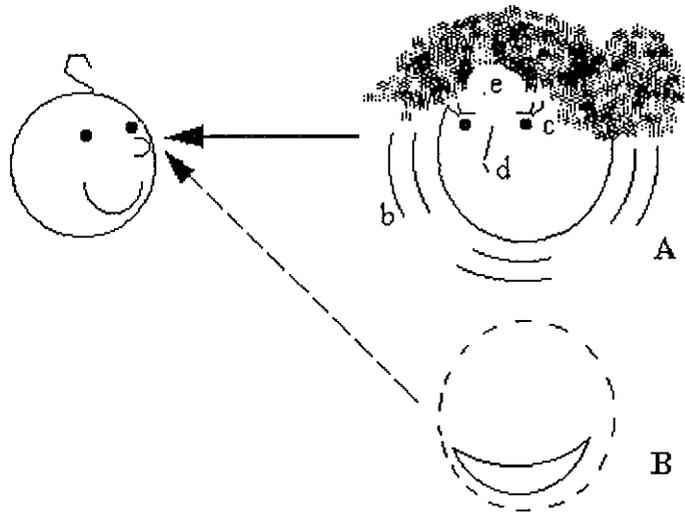
⁹ STERN Daniel : *The first relationship infant and mother*. London : Open Books, 1977.

- le front et la ligne d'implantation des cheveux (e) (élément supérieur, au-dessus des yeux).

Figure 3. Gestalt-signe* et intensificateur* du sourire chez l'enfant de 3 mois.

A : Forme-signe* qui déclenche le sourire.

B : bouche : intensificateur du sourire.



A propos de la ligne d'implantation des cheveux, Golse rapporte l'anecdote croustillante suivante :

"Pour la petite histoire, il faut savoir que R. Spitz était chauve et qu'en fait les bébés ne lui souriaient pas. Dans les conditions [de l'expérimentation], ils souriaient à tout le monde, sauf à lui, jusqu'au jour où Spitz eut l'idée de mettre un béret qui procurait un substitut artificiel de la ligne des cheveux. C'est ce béret que Spitz porte sur les documents cinématographiques de l'époque [...]" [GOLS 87]

Cette anecdote confirme que c'est bien la partie supérieure du visage, et non pas la partie inférieure qui comporte la bouche, qui va déclencher le sourire. Le visage, et en particulier sa partie haute (front-yeux-nez), est une Gestalt-signe* : il s'agit d'une **forme** (Gestalt en allemand) qui est **signifiante** pour le bébé et qui va déclencher le **sourire-réponse**. Le bébé réagit de façon automatique quel que soit le visage, sans qu'il y ait reconnaissance spécifique de la personne. Il est d'ailleurs possible de reproduire cette Gestalt-signe en dessinant la partie haute d'un visage sur un ballon. Il s'agirait de mécanismes innés*¹⁰ de mise en place du psychisme. "Spitz dénomme [cette Gestalt-signe] **premier organisateur*** du psychisme et l'apparition du sourire-réponse en est l'indice, l'indicateur essentiel." [GOLS 87]. C'est en quelque sorte comme si l'enfant possédait la forme du visage humain en mouvement, imprimée en lui.

¹⁰ Affirmer que ce mécanisme n'est pas acquis est difficile à démontrer ici ; le visage en mouvement est pourtant certainement la forme en mouvement la plus présente dans l'environnement du bébé.

La partie basse du visage vient pour intensifier cette forme-signe : si l'expérimentateur présente un visage avec une bouche élargie, qu'elle soit grimaçante ou riante, le sourire de l'enfant vient plus facilement (Figure 3. B).

Vers 3 mois, le bébé déclenche lui-même le sourire de façon spontanée, pour obtenir une réponse de son entourage. Vers 4 mois, le sourire accompagne d'autres expressions faciales qui permettent de manifester tout un éventail d'expressions complexes aux significations ambivalentes, comme le sourire associé à un léger froncement de sourcil. Vers 5 mois, le bébé sourit et vocalise devant son image dans un miroir.

L'étude de l'ontogenèse du sourire chez les enfants aveugles est intéressante pour confirmer le **caractère inné du sourire** [GOLS 87]¹¹. Ces enfants sont capables de sourire de façon normale à la voix humaine. Toutefois, à partir de l'âge de 4 ou 6 mois, leur sourire devient moins éblouissant, comme si un renforcement visuel était nécessaire pour que le sourire reste déployé à son maximum.

Comme le souligne Despinoy, le sourire est un des éléments d'accrochage* dans la communication entre la mère et le bébé [DESP 86].

3.3.2. Ontogenèse du rire

Le premier rire surviendrait au plus tôt vers le 4^{ème} mois [MASS 94], mais pourrait peut-être parfois se rencontrer après 2 mois [DESP 86]. Néanmoins, on pourrait le voir apparaître chez certains enfants seulement vers 1 an, alors que le sourire est déjà présent depuis longtemps.

Nous avons personnellement constaté à peu près dans cette tranche d'âge (4 mois) un "**pro-rire**"*¹² chez certains enfants. Ce pro-rire est constitué d'un cri de joie formé d'un "iiii" prolongé guttural parfois strident, expiratoire, sans trémolo (ou alors très léger) ni saccade, qui ressemble à l'imitation du crissement des pneus d'une automobile dans un virage. Ce cri survient spontanément dans un contexte de mouvements joyeux, ou bien à la stimulation tactile.

¹¹ citant Stern.

¹² Néologisme de notre part qui désigne ce qui ressemble au rire dans l'ontogenèse*, parce qu'il survient dans le même contexte que le rire, sans pourtant être un vrai rire.

Sroufe et Wunsch¹³ ont étudié l'apparition et l'évolution du rire chez 160 enfants. Ils ont constaté que ce qui déclenchait le rire chez les bébés étaient les éléments suivants :

- Stimulus **tactiles** (gros baisers sur l'abdomen, chatouillement, souffler sur les cheveux)
- Stimulus **auditifs** (répétitions d'onomatopées par la mère ou claquement répété des lèvres).
- Stimulus **visuels** (couvrir puis découvrir le visage, faire disparaître et réapparaître un objet, ramper, agiter ou remuer les cheveux, marcher comme un pingouin)
- Stimulus dits "**sociaux**" : ("coucou !", "la petite bête qui monte", "je vais t'attraper").

Jacobson¹⁴ a décrit qu'il y avait aussi des :

- Stimulus **moteurs** (faire des mouvements de pédalage au bébé)

Selon Masse [MASS 94] :

- A 4 mois : les stimulus comiques sont purement **tactiles**, et "*vigoureusement appuyés*" (gros baiser sur le ventre).
- A 5 mois : le rire est déclenché par l'association de stimulus tactiles et **auditifs** ("la bête qui monte") ; puis ces stimulus deviennent plus fins, "*plus chatouillants*".
- A 6 mois : le rire est déclenché par des stimulus **visuels** (marionnettes).
- De 8 à 12 mois : le comique nécessite des stimulus "*plus structurés et plus subtils*¹⁵ et [qui] font intervenir la notion d'**incongruité**¹⁶" (Ex. : la mère qui tâte le biberon.)
- Vers 12 mois : l'enfant connaît le stimulus comique et va le modifier pour y apporter **sa propre touche drôle personnelle**. (Ex. : il prend le mouchoir avant qu'on ne puisse faire "coucou !")

La maturité du développement sensoriel pour un âge donné explique le changement progressif de la nature du **stimulus comique** [SMAD 90 ; MAZA 93]. Le développement de l'audition et de la sensibilité cutanée, puis de la vision, et enfin la maturation du néocortex (langage, rationalité, prévision, anticipation) permettent à l'enfant de prendre connaissance de ses sens et de construire son psychisme, à travers le jeu.

¹³ SROUFE L A, WUNSCH J P : *The development of laughter in the first year of life*. Child Development, 1972;43(4):1326-44. (cité par [SMAD 90] et [MAZA 93])

¹⁴ JACOBSON Edith : The child's laughter. In : *The psychoanalytic study of the child* (Vol. 2). 1946. p 39-59 (citée par [DESP 86]).

¹⁵ C'est nous qui mettons en caractère gras.

¹⁶ idem que note précédente.

Le rire de l'enfant n'est pas seulement une réaction face à des stimulus extérieurs. C'est aussi le témoin d'une **gaieté pure**. Cette gaieté vient de la réussite de performances motrices comme l'acquisition de la marche [SMAD 90]. Elle vient aussi de l'**émervaillement** devant ce qui est vivant comme le souligne Plaquevent qui rapporte l'observation du rire d'un enfant face à une chenille velue [PLAQ 59].

"La simple contemplation de soi peut faire rire ou sourire : "Ah, je ris de me voir si belle en ce miroir..." (Marguerite, Faust) " [WACK 76]

3.4. Origines anatomiques du rire

[DESP 86, DERE 88, SMAD 90, MAZA 93, MASS 94]

Le rire est dû "à des tensions et à des relâchements alternatifs des parties élastiques de nos intestins, qui se communiquent à la rate."¹⁷

La connaissance que nous avons du rire sur le plan anatomique est due en grande partie à des découvertes fortuites, et font l'objet d'observations isolées. Ces observations ont été rassemblées par des auteurs comme Black^{18,19}, Mamo²⁰, ou Schott²¹ pour les plus connus.

Nous n'aborderons pas en détail toutes les voies neurologiques du rire et leurs découvertes, qui ont été largement développées par nos prédécesseurs : Despinoy [DESP 86], Deregnaucourt [DERE 88], Smadja [SMAD 90], Mazas [MAZA 93], et surtout Massé [MASS 94].

A la lecture de tous ces travaux, et en dépit des observations récentes de Fried, Wilson, Mac Donald, et Behnke [FRIE 98], il ne semble pas exister un seul centre spécifique du rire, mais un réseau complexe entre plusieurs centres nerveux qui s'échangent des informations. Cette complexité ressemble à la complexité des réseaux des mémoires, ainsi qu'à celle de la douleur.

¹⁷ KANT Emmanuel : *Critique de la faculté de juger*. (Cité par [GOUS 59]) Ne pas confondre philosophie et physiologie.

¹⁸ BLACK D.W. : Pathological laughter. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis*, 1982;170(2):67-71. (cité par [MASS 94])

¹⁹ BLACK D. W. : Laughter. *JAMA*, 1984;252(21):2995-8.

²⁰ MAMO H. : Le rire ; réflexions sur les bases physiologiques. *L'Encephale*, 1973;62(1):5-19. (cité par [DERE 88] avec un titre anglais ; cité par [MASS 94] avec ce titre français)

²¹ SCHOTT B. : Histoire naturelle du rire. In : *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*. (74^{ème} session) Rouen : Masson, 1976. pp55-80. (cité par [DESP 86])

L'élaboration du rire commence avec l'intégration d'informations qui sont extérieures à l'individu, appelées stimulus*, qui cheminent par les voies sensitivo-sensorielles. Ces informations sensitivo-sensorielles sont aussi neutres au départ que le minerai de fer qui est apporté à une usine ; de même que cette dernière pourra élaborer différents produits comme des rails de chemin de fer, ou des ressorts, de même l'individu pourra élaborer d'autres informations pour une action, une réflexion, des affects* ou des émotions* comme le rire...

Les informations sensibles et sensorielles sont dirigées vers des aires corticales* spécifiquement réservées au traitement psychique* et cognitif* de l'information, c'est-à-dire à son interprétation. Ce sont les premières localisations où les informations prennent sens, avant d'être redistribuées à d'autres aires du cerveau comme les aires frontales ou limbiques*. Ces aires corticales d'interprétation se trouvent au niveau du lobe pariétal et du lobe occipital (Figure 4).

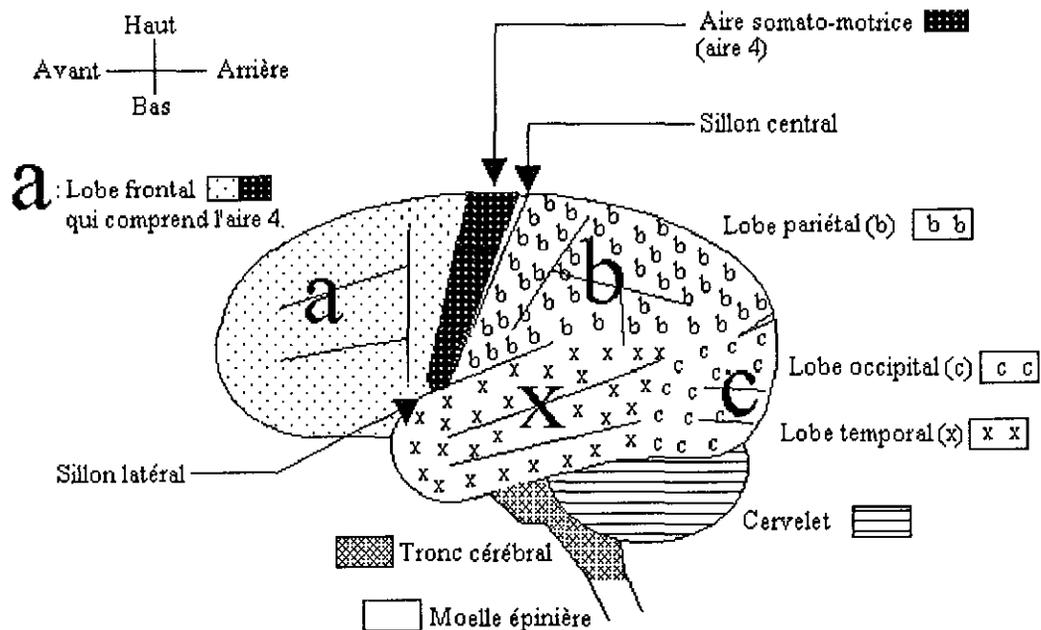


Figure 4. Schéma de la face latérale de l'hémisphère cérébral gauche, du cervelet et du tronc cérébral.²²

Ces informations vont être distribuées vers le système limbique (Figure 5) dont les centres principaux sont l'hippocampe, l'hypothalamus, et les aires corticales médianes du gyrus cingulaire (= circonvolution paracalleuse = circonvolution du cingulum).

²²D'après : [BOUR 86, KAHL 81, ROHE 91]

Ces structures du **système limbique** qui se trouvent au coeur du cerveau s'échangent des informations les unes avec les autres, recueillent aussi des informations hormonales et viscérales. Zone de **dialogues** réciproques entre le reste du **corps** et le **cerveau**, le système limbique est probablement le lieu des sentiments affectifs (comme l'agressivité), des comportements vitaux (de soif, de faim), de la régulation de certaines grandes fonctions végétatives* (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire...). Ce système interviendrait aussi dans la mémorisation. Il est en lien avec d'autres structures cérébrales, en particulier le cortex frontal. Comme **interface** entre les **zones psychiques** où s'élaborent les pensées et le **reste du corps**, il peut expliquer que certains troubles psychiques aient un retentissement somatique très marqué comme, par exemple, l'absence de menstruations* ou l'impuissance*.

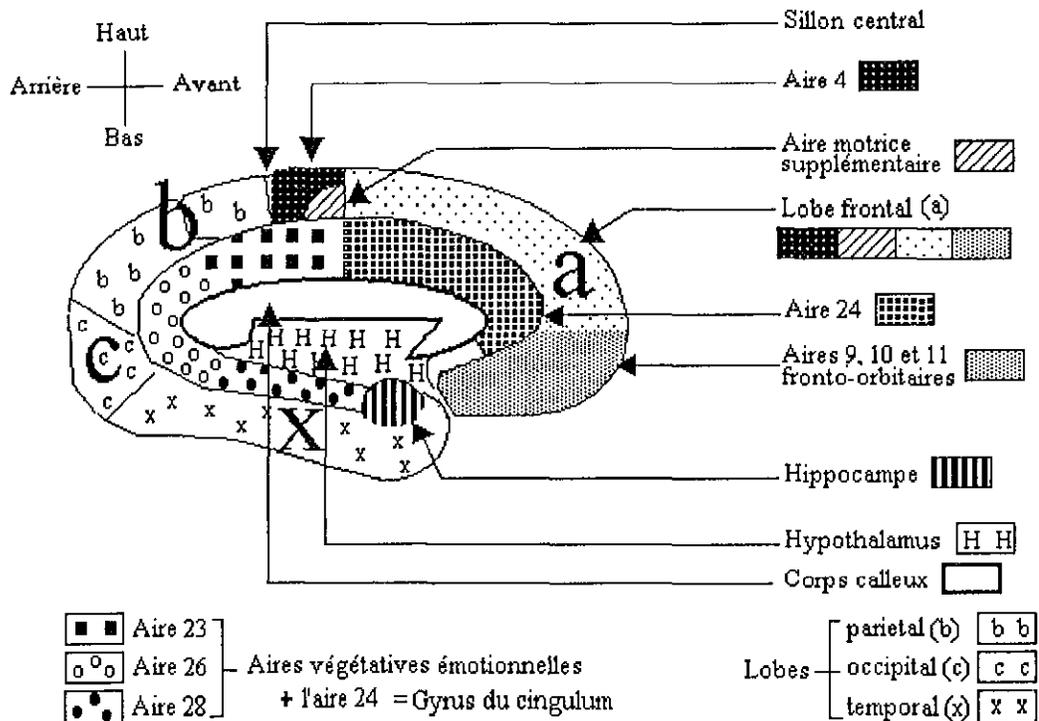


Figure 5. Schéma de la face médiane de l'hémisphère cérébral gauche.²³

Les aires corticales fronto-orbitaires (= pré-frontales) qui regroupent les aires 9, 10, 11, et 12 sont en relation avec le système limbique, en particulier avec l'aire 24 du gyrus cingulaire [SMAD 90]. Ces aires **fronto-orbitaires** permettent la **mémorisation**, la **prévision**, la **délibération** ; elles interviennent aussi dans l'**humeur**, les **émotions**, la perception consciente de la **douleur**.

²³ D'après : [BOUR 86, KAHL 81, ROHE 91]

Le gyrus pré-central ou aire somato-motrice (aire 4) du cortex frontal (Figure 4) est le lieu de la **commande volontaire du mouvement**. Le tiers inférieur de ce gyrus, vers le sillon latéral, commande les organes de la **phonation*** (voix, parole) et les muscles de la **face**. La partie la plus inférieure de ce tiers commande le larynx et le pharynx par l'intermédiaire des 9^{ème} et 10^{ème} nerfs crâniens et de leurs noyaux pour produire les sons de la voix. La partie supérieure de ce tiers inférieur commande les expressions du visage et les mouvements de la bouche par l'intermédiaire de la 7^{ème} paire de nerfs crâniens et de leur noyau.

Toutes les localisations anatomiques ci-dessus sont nécessaires pour que s'élabore le rire, de telle sorte que nous pouvons penser qu'il n'y a pas un seul centre unique du rire. Cette notion est d'autant plus vraie qu'une masse qui comprime une de ces différentes localisations peut parfois entraîner un rire pathologique*.

A tous ces lieux anatomiques, il faut ajouter toutes les structures cérébrales qui permettent d'affiner les mouvements, et de les rendre harmonieux. Nous pouvons citer : les noyaux gris centraux, le cervelet, et surtout la réticulée descendante du tronc cérébral (Figure 4). Cette réticulée semblerait donner le rythme bondissant du rire avant de l'envoyer vers les noyaux 7, 9, et 10 du tronc cérébral qui commandent les muscles du larynx et du pharynx.

A titre anecdotique, pour montrer qu'il n'y a pas un unique centre du rire, Foester et Gagel auraient décrit au cours d'une expérience fortuite peropératoire* en 1932 [SMAD 90] qu'un rire pouvait être déclenché en étirant le plancher du 3^{ème} ventricule*. Or, en 1998, Fried et coll. [FRIE 98] rapportaient l'observation de l'apparition de rire à la stimulation électrique de la partie antérieure de l'aire motrice supplémentaire de l'hémisphère gauche au cours de la recherche d'un foyer épileptogène* chez une adolescente.

La différence entre ces deux observations – qui ont lieu chez des personnes conscientes – se situe aussi dans l'interprétation qu'en faisait chacun des patients : le premier affirmait ne pas comprendre pourquoi il se mettait à rire, la seconde pouvait clairement nommer dans son environnement ce qui provoquait son rire, comme si la stimulation entraînait une production de signification, et en particulier de sens comique.

Cette différence s'explique probablement par le fait que la stimulation dans l'une ou l'autre observation vient **en amont ou en aval** de structures cérébrales où est produit la **signification**, cette stimulation ayant lieu sur un

des circuits du rire. Le rire enjoué témoigne des liens étroits qui existent entre les structures cognitives (savoirs), affectives (sentiments*), et motrices (commandes des muscles), au sein d'un large réseau neuronal capable d'analyses parallèles, où ce réseau est activé dans son ensemble par la stimulation en n'importe quel point [FRIE 98]²⁴.

3.5. Origines biochimiques ou hormonales du rire ?

C'est un rêve d'alchimiste de vouloir trouver *la* molécule qui ferait rire et – se risquerait-on à penser – qui rendrait les gens heureux.

La connaissance des mouvements biochimiques*, hormonaux, ou des neuromédiateurs* lors du rire est balbutiante et compliquée à interpréter. Il semblerait qu'il n'existerait pas, là non plus, une seule molécule qui interviendrait sur toutes les structures neuronales engagées dans l'élaboration du rire. Nous pensons pour notre part qu'il s'agirait plutôt d'un climat de neuromédiateurs, climat favorable nécessaire aux échanges enjoués (bonne "humeur") mais insuffisant pour que survienne le rire.

Le protoxyde d'azote (NO) est le gaz hilarant [GARA 92], mais nos sources ne nous renseignaient pas sur le caractère réellement enjoué ou non du rire qu'il provoque. On commence à peine à découvrir les effets physiologiques de cette molécule chimiquement extrêmement simple, utilisée en anesthésie. Nous ne pouvons que constater la disparition du NO des champs de foire où il était administré autrefois, probablement en raison de la pénurie d'anesthésistes-réanimateurs forains²⁵.

Au registre des gaz, Blondel [BLON 88] signale H₂S (à moins que ce ne soit du méthane CH₄) dont les effets hilarants sont toutefois indirects et proviennent de son parfum qui rappelle les fragrances mercaptanes des rivages de l'estuaire de la Seine, ou surtout de la musique incongrue qui le porte.

Il existe des recherches actuellement pour mieux connaître les cannabinoles, substances illicites recherchées par les toxicomanes occasionnels. Le plus connu est le delta-9-tétra-hydro-cannabinol (THC) qui se trouve dans le haschich. Cette substance (THC) est extraite de façon "artisanale" du chanvre indien : elle se présente sous forme de feuilles ou

²⁴ Citant RUMELHART D. E. et McCLELLAND J. L. : *Parallel distributed processing explorations in the microstructure of cognition*. Vol. 1. Cambridge (Massachusetts) : MIT Press, 1978.

²⁵ L'article 74 du *Code de Déontologie Médicale* (1995) stipule que : "L'exercice de la médecine foraine est interdit".

fleurs séchées, de résine ou encore d'huile. Elle est préparée pour être inhalée, bue, ou encore ingérée, intégrée dans des préparations culinaires, comme des gâteaux [TRIB 93]. Les noms "commerciaux" les plus courants sont cannabis, joint, chilom, haschich, chira, marijuana (Amérique du Nord), kif (Afrique du Nord), ganga (Inde), grifa (Mexique), shit. La "posologie" complètement aléatoire s'étend de 1 à 40 mg par prise. Cette plante et ses extraits classés dans les drogues dites "douces" est en vente libre au Pays Bas. Elle est recherchée pour ses effets euphorisants²⁶. L'individu qui absorbe du cannabis se trouve dans un état inhabituel où il présente une tendance à rire de tout et n'importe quoi, son seuil de perception comique étant abaissé.

La recherche sur les indications et les contre-indications de ces molécules – les cannabinoles – qui provoquent l'euphorie*, nous semble nécessaire. Elle a déjà cours dans différents pays dont Israël²⁷, où le tétrahydrocannabinol (THC) est proposé sur ordonnance pour les patients atteints de sida, ou de pathologies cancéreuses. Le THC est prescrit en cas de fortes douleurs, de nausées et d'anorexie.

Il serait très intéressant de mieux connaître les récepteurs* pharmacologiques* de ces substances au niveau des neurones. Ces récepteurs permettront peut-être de découvrir qu'il existe des endocannabinoles* comme il existe des endorphines* – sorte de morphine produite par l'organisme qui le protège des douleurs trop importantes. Ces cannabinoles permettraient-ils peut-être, dans de rares cas, de pallier un excès de dépression, comme la morphine pallie un excès de nociception*, ou la modafinil* pallie l'excès de sommeil de la narcolepsie ? Ces hypothétiques endocannabinoles permettraient-ils d'expliquer l'euphorie* manifestée lors des syndromes d'épuisement* professionnel (Voir Chap. 10, 4.) ?

Quelle indication pour une "molécule du rire" ?

Ne nous faisons pas d'illusions : de même que la morphine ne se justifie que dans la mesure où nous n'avons pas pu avoir d'action sur la cause première de la douleur, de même, les cannabinoles ne se justifieront que si nous n'avons pas pu trouver la cause de la dépression (ou la cause des symptômes qui justifient leur indication).

Or, à la lumière de notre courte pratique, nous avons constaté que la plupart des dépressions sont réactionnelles et se nourrissent du travail de deuil, de troubles sociaux comme le chômage ou l'excès de travail, et certainement plus souvent encore de troubles relationnels au sein des

²⁶ SAMI-ALI : Le haschich en Egypte, In : *Essai d'anthropologie psychanalytique*. Paris : Payot, 1971. (cité par [AJMA 88]).

²⁷ *La Revue du Praticien - Médecine générale*, 1999;13(477):1807.

familles. Nous ne devons pas nous contenter d'effacer le symptôme de cette légitime "fatigue d'être soi" – faute d'en maîtriser l'étiologie* – par une molécule qui nous ferait abandonner la lutte pour la restitution de l'autonomie de nos patients.

A la différence d'un traitement étiologique où la cause d'une maladie est identifiée et soignée comme c'est le cas dans l'éradication de bactéries avec les traitements antibiotiques, le choix d'un traitement symptomatique invite toujours à une réflexion philosophique et éthique qui interroge à la fois chacun et l'ensemble de la société.

4. LES SIGNIFICATIONS DU RIRE

*"Il n'y a jamais une seule lecture –
comme il n'y a jamais un seul rire dans
un rire." [NANC 88]*

4.1. Le premier rire

Le rire exprime à l'origine chez l'enfant pratiquement toujours une surprise agréable, un plaisir, une surabondance d'excitations joyeuses. Le phénomène visible et audible rire est donc naturellement la manifestation – c'est-à-dire une émotion* – qui traduit des **sentiments* enjoués**.

L'enfant se rend très vite compte que l'expression du rire est très gratifiante à la fois pour lui-même et pour l'entourage.

4.2. Rire masque et autres significations du rire

Au cours de l'ontogenèse* du sourire, nous avons noté que le sourire peut s'accompagner plus tard d'autres expressions faciales simultanées comme un froncement des sourcils, ce qui permet de manifester des expressions de significations ambivalentes. Il en est de même pour le rire, qui devient une expression parmi d'autres chez un enfant dont la psychologie se structure pour gérer des sentiments*, c'est-à-dire des sommes d'affects* (Ex. : affect (1) + affect (2) : "Papa me fait rire (1), mais je suis un peu triste (2)").

Progressivement, le rire qui signifiait pratiquement toujours un certain enjouement, pourra donc contenir aussi d'autres sens, tandis que l'individu

devient adulte. Maîtrisant de mieux en mieux cette expression au départ parfaitement automatique, l'individu grandissant va même pouvoir se dissimuler derrière l'expression du rire pour afficher sur son visage qu'il est "joyeux" alors qu'il est confronté à des sentiments de nature très différente au fond de lui.

L'intérêt de manifester un **rire masque*** est de rassurer l'entourage, de ne pas l'inquiéter (Figure 6). Il s'agit de manifester un rire pour faire semblant d'être joyeux, pour simuler les bons moments primitifs, alors que ce rire est en fait une **mise à distance** (Ex. : "Regardez comme je suis joyeux, comme lorsque j'ai été chatouillé la première fois (1) ! [mais je suis en fait un peu triste (2)]").

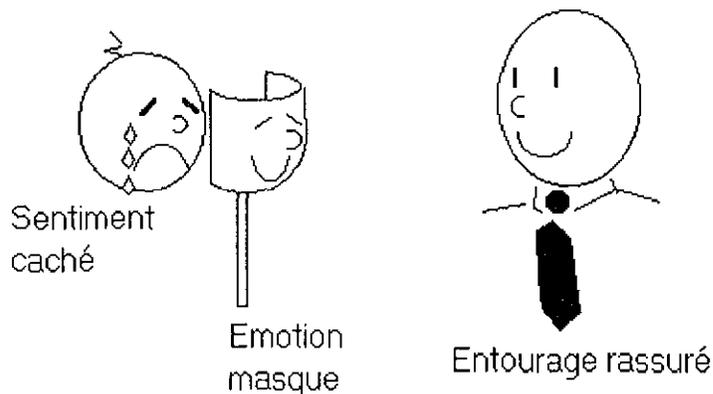


Figure 6. Le rire masque.

Il ne saurait être question de broser un tableau de toutes les significations du rire. Nous avons pu retrouver à travers la littérature non médicale des significations parfois voisines, parfois opposées du rire comme les suivantes :

émerveillement, surprise, jeu, gaieté, joie, satisfaction, plaisir, triomphe, maîtrise, supériorité et moquerie, défense ou offense, peur vaincue ou peur invaincue, décharge émotionnelle ou économie psychique [FREU 05], mise à distance, exclusion ou complicité, humiliation ou humanité, manifestation contre l'esprit de sérieux, politesse ou impertinence, liberté, espérance, ivresse... les causes du rire se déclinent à l'envi.

Il faut signaler quelques rires de nature spirituelle. Le rire d'Abraham (centenaire) et de Sarah (nonagénaire) à l'annonce de la naissance d'un fils²⁸ au sein de leur couple : le rire du fond de soi où l'on se heurte au Tout-Autre*, qui propose évidemment tout autre chose que ce à quoi on avait pensé, quelque chose de plus joyeux. Bataille dit : "*impossible et pourtant là.*" [BORC 88]. Des profondeurs insondables du désir*, là où se tient la Parole, Isaac est conçu, Isaac qui veut dire "*il rira*".

²⁸ On pourra se référer à Gn 17 [TOB 94], à [ABEC 96].

4.3. Les rires anormaux

Nous évoquerons brièvement les rires de causes pathologiques* [DESP 86, DERE 88, SMAD 90, MAZA 93, MASS 94]. Ces rires sont rares. Ils se classent en deux grands groupes étiologiques* : les causes psychiatriques et les causes neurologiques.

Parmi les causes psychiatriques, nous notons :

- les syndromes maniaques*, hypomaniaques, maniaco-dépressifs
- la schizophrénie*
- mais tout malade psychiatrique peut présenter un rire anormal au cours de sa maladie, ce qui peut d'ailleurs signifier un changement dont il faudra se méfier, comme dans la mélancolie où le retour du rire peut signifier un passage à l'acte dangereux pour le patient.

Parmi les causes neurologiques, on peut retrouver :

- l'alcool
- les drogues, en particulier les dérivés du cannabis que nous évoquons ci-dessus, mais aussi d'autres drogues hallucinogènes* (champignons)
- les pathologies vasculaires : un rire prodromique* peut précéder d'une demi-heure à plusieurs heures des déficits neurologiques dus à des ischémies*, des hémorragies, anévrysmes*, hémangiomes*...
- la sclérose en plaques
- les tumeurs bénignes et malignes, dont les localisations sont très diverses
- les maladies dues à des surcharges en cuivre (maladie de Wilson*), en manganèse, en sphingomyéline (maladie de Niemann-Pick*)
- les maladies infectieuses (encéphalites, syphilis...)
- les épilepsies* gélastiques* (temporale, de l'hippocampe, du système limbique)...
- d'autres causes dont le rarissime kuru* ou des causes encore inexpliquées (épidémie de rire chez des fillettes durant plusieurs mois dans la région de Bukoba en Tanzanie, en 1962)...

CONCLUSION

Le rire est un ensemble de signes visibles et audibles manifestés par une personne. Il s'agit de l'élévation des commissures labiales, de l'ouverture de la bouche, de la fermeture des fentes palpébrales et de l'émission d'une cascade rythmée et répétitive de sons caractéristiques. Le sourire présente certains signes du rire, mais de moindre intensité.

Apparemment exclusivement humain, le rire serait issu, selon la phylogénèse, du proto-rire du chimpanzé. Aurait-il précédé la parole comme peut le suggérer l'ontogénèse ?

La forme-signe constituée par le haut du visage en mouvement fait sourire le bébé de 3 mois. Vers 4 mois apparaît le rire, phénomène déclenché par des stimulus d'abord grossiers puis par des stimulations qui engagent les organes de la perception de façon de plus en plus subtile au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Il n'y a pas un centre mais un réseau de centres neurologiques du rire, que sont le système sensitivo-sensoriel, le système limbique (centre affectif, végétatif, hormonal, interface de dialogue avec le reste du corps), le cortex frontal (centre de prévision, de délibération, et de volonté), différentes structures d'acheminement et de régulation du programme "rire" destinées au pharynx et à la face. De même, il n'y aurait pas une molécule du rire, mais un climat composé de plusieurs neuromédiateurs dont, peut-être, des "endocannabinols".

Le rire signifie en premier lieu plaisir, jeu. Il faut bien garder à l'esprit que le rire comme mise à distance est un rire dénaturé, un rire masque qui simule l'enjouement initial du rire primitif. Si le rire exprime souvent un peu plus que ce qu'il voudrait montrer, il faut accepter qu'il conserve aussi toujours une part de mystère en raison des multiples significations qu'il peut dissimuler.

Les rires pathologiques, qu'ils soient neurologiques ou psychiatriques, sont rares. Nous retiendrons surtout les étiologies toxiques (alcool, cannabis, champignons hallucinogènes) qu'il faut certainement évoquer en premier lieu en raison de leur fréquence dans la population.

Le rire n'a donc pas toujours le comique pour origine. Le comique est ce qui provoque le rire normal et naturel de l'enfant. Le comique est d'abord

une stimulation assez approximative, motrice ou tactile, puis il devient plus subtil au fur et à mesure que les sens s'affinent et que l'enfant intègre la parole, de telle sorte que le rire va pouvoir se déclencher grâce aux "chatouillements" sémantiques* que provoque le comique introduit dans le langage.

CHAPITRE 3. LE COMIQUE

"Je porte toujours une épée sur moi pour me défendre. En cas d'attaque, j'appuie sur le pommeau, et l'épée se transforme en canne blanche. Alors on vient à mon secours." Woody Allen.

INTRODUCTION

Ce chapitre va nous permettre de comprendre ce qu'est le comique, ingrédient principal de l'humour.

Nous étudierons la mécanique du comique. Cette mécanique suit des règles sémiotiques* et linguistiques*. Nous suivrons donc pas à pas l'élaboration d'une histoire drôle très simple chez la personne qui crée le comique, nous observerons sa transmission à un auditeur, et nous analyserons l'effet produit dans la pensée de cet auditeur.

Suite à ces observations, nous présenterons les règles nécessaires pour que survienne le comique. L'étude des nuances du comique nous permettra de comprendre quelles intentions peuvent se dissimuler dans la pensée de la personne qui le produit.

Cette connaissance du comique nous conduira enfin à comprendre quelle est la place du comique dans la stratégie d'adaptation du patient face à la maladie.

1. DÉFINITION

"Il n'y a pas de sources de comique dans la nature : la source du comique est dans le Rieur."

[PAGN 47].

Nous appelons **comique*** ce qui provoque le rire de gaieté* dans des conditions normales. Il s'agit de la cause principale du rire (voir Chap. 2, 4). Par souci de simplification, nous considérons ainsi que le risible et le comique sont synonymes. D'autres auteurs comme Fourastié [FOUR 83a] pensent que le comique est une subdivision du risible : le comique serait le risible inventé par l'homme, artificiel donc, ce qui supposerait qu'il y aurait du risible "naturel". Il n'y a cependant de comique que dans la pensée du rieur.

Nous aborderons ultérieurement la relation entre le comique* et l'humour*. Nous considérons que comique n'est pas tout à fait synonyme d'humoristique*. Le comique est cependant un élément important de l'humour.

2. MECANISMES DU COMIQUE

"Essayez d'expliquer pourquoi une histoire ou un dessin sont humoristiques... il ne reste au bout du compte qu'un ridicule petit tas de comique méconnaissable." [AIMA 88]

2.1. Les mécanismes chez le créateur comique

2.1.1. Introduction à la linguistique

Pour comprendre la production du risible dans son intimité, nous allons faire un bref détour par la linguistique* telle que l'envisage Ferdinand de Saussure [B2T 92, CAHI 76]. Le langage est composé de signes* qui sont l'association d'un signifiant* et d'un signifié* (signe = signifiant + signifié). Pour simplifier : à chaque idée que nous avons en tête correspond un mot que nous pouvons prononcer ou écrire. C'est cette association d'un mot et

d'une idée que l'on appelle signe. Le signifié (= idée) renvoie à un objet concret que l'on appelle référent. Chaque signifiant (mot qui matérialise l'idée dans le langage) est composé de phonèmes* (lettres prononcées pour former le mot) ou de graphèmes* (lettres ou dessins écrits pour représenter le mot) (Figure 7).

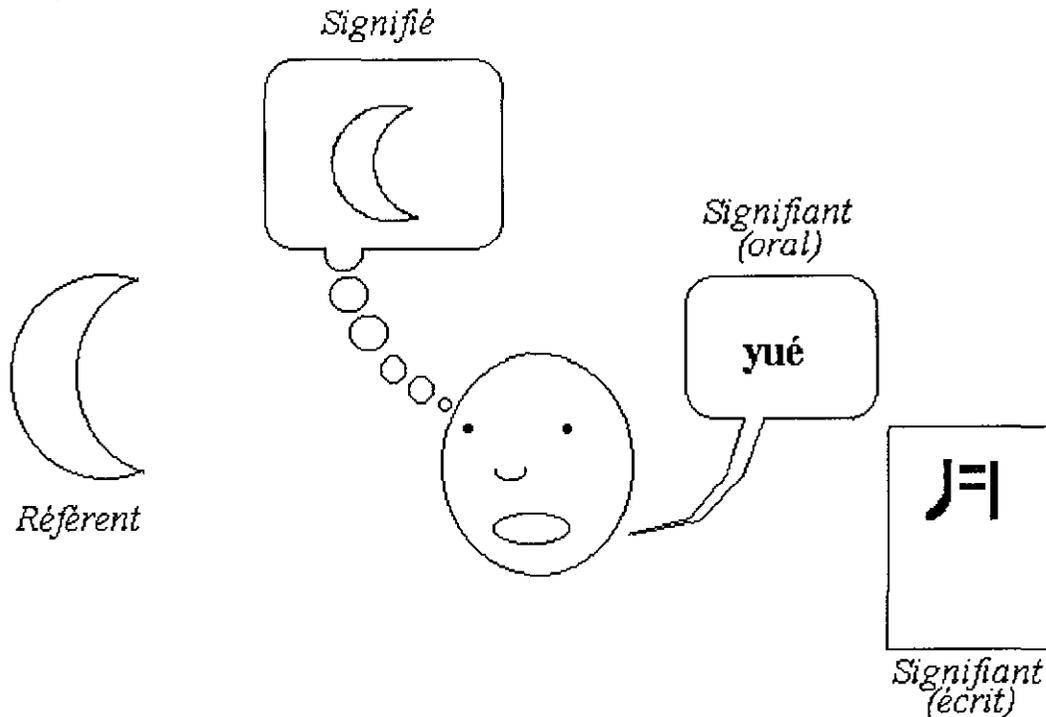


Figure 7. Relation entre le signifiant et le signifié
(dans une langue chinoise) [B2T 92]

Normalement, un signifiant est assez fortement lié à un signifié pour former le signe. Si tel n'est pas le cas, nous risquons de ne plus rien comprendre, comme ce serait le cas dans l'exemple ci-dessus où le signifié (= l'idée) *lune* a pour signifiant (= se dit) "yué" et non pas "lune".

Le comique va justement consister à jouer sur cette liaison entre signifiant et signifié, ou plus exactement entre un signifiant (un mot) et deux signifiés (deux idées), c'est-à-dire un mot à double-sens.

2.1.2. Introduction aux notions entomologiques* de respiration artificielle

– Aujourd'hui, nous allons vous montrer comment réaliser le mouche-à-mouche ! annonce une fourmi rouge¹, sur un taon joyeux².

¹ Hypothèse : elle est rouge parce qu'elle crie très fort.

Nous allons disséquer le coeur³ de cette plaisanterie qui est un jeu de mots enfantin par substitution du graphème*/phonème* "b" par un "m" dans l'expression (signifiant) "*bouche-à-bouche*" (pour ceux qui n'y auraient vu que du feu).

Que s'est-il passé ? Nous étions parti, en bon secouriste, sur l'idée (le signifié) – facile ! – que la fourmi allait nous parler de la technique du bouche-à-bouche. Et patatras ! Nous **perdons** les graphèmes/phonèmes "b" en cours de route, **remplacés** par des "m", et nous voilà en train d'assister à un cours de réanimation pour les drosophiles*. En changeant ainsi légèrement de signifiant, de façon subtile pour l'oreille ou l'oeil, nous voilà devant un autre signifié (une autre idée).

Voici ce que le créateur comique voudrait qu'il se passe chez l'auditeur qu'il souhaite faire rire⁴ (Figure 8) :

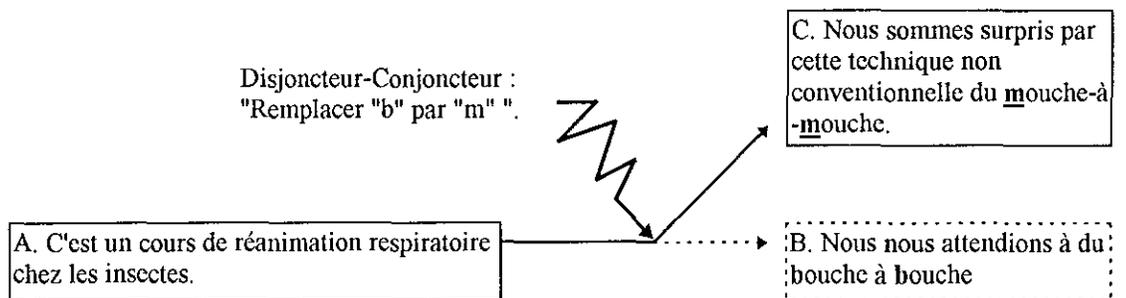


Figure 8. Dissection d'une plaisanterie. (lire A, puis B, puis C)

Le disjoncteur-conjoncteur* est l'élément technique dans le langage/la pensée qui va permettre d'introduire une **rupture** ("enlever les 'b' ") – comme un fusible ou un disjoncteur électrique – **dans le cours de la pensée** qui se trouve alors prise dans un **mini-conflit logique** ("ne dit-on pas '*bouche-à-bouche*', normalement ?"), tout en proposant une **solution alternative** ("*mouche-à-mouche*"), grâce au conjoncteur : ("remplacer par 'm' ").

² Pour les entomologistes-réanimateurs, il faut savoir que la technique du bouche-à-bouche est absolument inefficace chez les insectes comme la guêpe dont la respiration ne se fait pas par la "bouche", mais par des orifices latéraux qui garnissent son abdomen.

³ Nous nous excusons auprès des âmes sensibles. Il est à noter toutefois qu'aucun insecte n'a été tué au cours de l'élaboration de cette thèse conformément aux lois en vigueur. Tout insecticide ultérieur entre deux pages en refermant brusquement cet ouvrage ne saurait engager la responsabilité de son auteur.

⁴ A moins que l'auditeur soit déjà un exégète averti versé dans les blagues Carambar®, auquel cas il n'y a plus d'effet de surprise, et donc pas de rire.

2.1.2. (bis) Une rupture du déterminisme

Nous venons d'étudier la façon très élémentaire dont le comique se forme au niveau du langage. De façon plus large, dans une succession de représentations mentales, le comique naît d'un brusque changement de cohérence⁵ logique vers un autre système de cohérence chez le candidat au rire (l'auditeur) ; ce changement de cohérence se fait de façon inattendue mais garde une certaine logique avec la cohérence initiale. Fourastié parle d'une "*rupture de déterminisme*"* [FOUR 83a, b, 84].

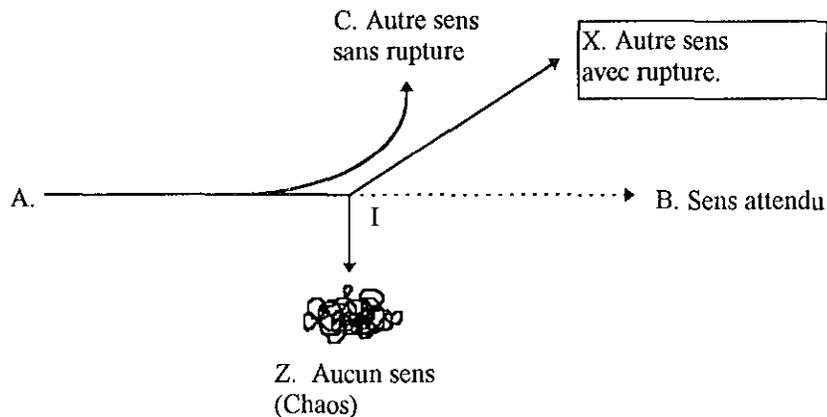


Figure 9. La rupture de déterminisme.

Nous pourrions comparer le cheminement de la pensée à un concours pour franchir un obstacle I (Figure 9). Quatre véhicules (B, C, X, et Z) entrent en compétition. Le début de la pensée, premier élément de la chaîne logique, est constitué par une route rectiligne [A;I] sur laquelle les véhicules peuvent prendre leur élan.

- Le véhicule B franchit l'obstacle I en prenant suffisamment de vitesse et se dirige tout droit, ce que tous les spectateurs (= la conscience claire*) attendaient : ce sont toutes les **pensées communes**, très utiles, mais qui n'ont rien d'original.
- Le véhicule Z s'écrase et prend feu avant de franchir I : ce sont toutes les pensées sans lendemain, **désorganisées**.
- Le véhicule C utilise un tremplin pour franchir I, c'est avec beaucoup d'efforts et sans surprise qu'il franchit l'obstacle : il s'agit de tout le travail intellectuel par **tâtonnement**.

⁵ Les sémioticiens (ceux qui étudient les mécanismes de production de la signification) parlent d'un changement brusque d'une isotopie* vers une autre isotopie. Le disjoncteur est alors un disjoncteur référentiel*. Une isotopie est un lieu (dans la pensée) où le sens prend sa cohérence. Ex : *pain, nourriture, manger*, renvoient à une même isotopie que l'on peut qualifier d'alimentaire. Si vous avez besoin d'assiettes, allez rapidement en chercher une dans la partie 2.1.5 qui traite du symbole avant qu'elles ne soient cassées.

- Quant au dernier véhicule, X, il décolle du sol pour s'envoler subitement dans les airs à la surprise générale : il reçoit les acclamations du public, et pour cause, il s'agit du premier avion : c'est la pensée **créative**.
Voici comment nous illustrons la rupture de déterminisme qui est à l'origine – entre autres choses – du comique dans la pensée.

2.1.3. La création

Il existe d'autres représentations, très proches, de cette survenue de la surprise dans la pensée. Koestler a ainsi forgé le concept de "*bisociation*"*⁶ [KOES 64]. Il s'agit de "*la perception d'une situation ou d'une idée L, sur deux plans de référence M1 et M2 dont chacun a sa logique interne mais qui sont habituellement incompatibles*" (Figure 10).

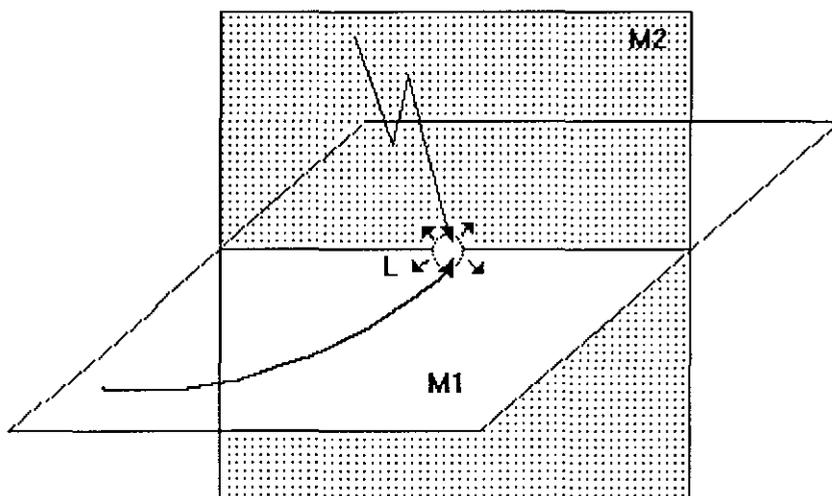


Figure 10. La bisociation : rencontre de deux pensées issues de deux matrices* différentes. [KOES 64]

Les courbes représentent les cheminements de pensée. Les plans M 1 et M 2 sont les matrices (ou systèmes cohérents dans lesquels évoluent ces pensées). L est le point de rencontre de ces deux courbes : c'est la bisociation.

C'est ce phénomène de *bisociation* qui intervient dans la petite plaisanterie présentée ci-dessus : habituellement, les bouches n'ont – logiquement – rien à voir avec les mouches, mais par constatation d'une similitude de sonorité (bouche rime avec mouche), il est alors facile de trouver une petite histoire où finalement l'acte technique de la ventilation artificielle se transforme en un halètement artificiel⁷ chez des mouches sur une toile cirée.

⁶ Terme consacré, qui s'écrit bien avec un seul "s"

⁷ Définition du bouche-à-bouche selon Delacour [DELA 78]

Koestler pense que les activités de création que sont le comique, la découverte scientifique, et l'art sont issus de ce même mécanisme de bisociation. La plupart de nos recherches – quelles qu'elles soient – se situent en général dans une seule matrice logique (c'est la direction B, sur la figure 9), et se font par approximation (direction C, figure 9). En revanche, les activités de création vont brusquement changer de plan – de matrice logique – pour atteindre un point qui se situe en dehors de la matrice où se situaient jusque là les recherches.

Après avoir consulté la biographie de plusieurs personnes connues dans tous les domaines de la créativité, Koestler remarque que cette activité créatrice survient d'ailleurs la plupart du temps **sans que la personne ait produit d'effort intellectuel** particulier. Elle fait intervenir pour une large part **l'inconscient***, vaste bibliothèque des expériences, des savoirs connus ou oubliés, des affects*, qu'il faut plutôt regarder comme un grenier rempli de **trésors** accumulés. L'intuition dans le psychisme du créateur (scientifique, poète, comique) est un enfant qui s'amuse avec toutes ces merveilles, prend une merveille comme jouet et invente une histoire avec ce dernier, et la raconte à la conscience claire*.

2.1.4. Le jeu du psychisme

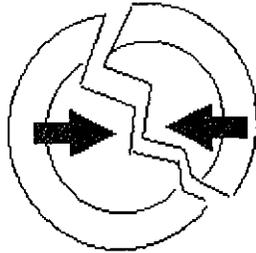
Le jeu du psychisme* est en effet l'activité fondamentale de l'esprit créateur. Le jeu a besoin d'une action, le mouvement du psychisme, et d'objets, les symboles*. D'où vient le mouvement du psychisme ? Ce mouvement est inné* (déjà présent), mais aussi acquis* (à développer). Nous pensons que les activités des parents avec l'enfant qui sont à l'origine des premiers rires⁸ entrent probablement pour une large part dans l'accélération du mouvement enjoué du psychisme de l'enfant, comme le suspecte Jacobson⁹.

Selon nous, tout se passe comme si les mouvements rapides et plaisants imprimés sur le corps de l'enfant, ou plus tard les stimulations auditives ou visuelles, étaient enregistrés en tant que mouvements au niveau du psychisme, et organisaient, orientaient, les flux de pensées (conscientes ou inconscientes) qui sont déjà présents. Cette mise en route et accélération psychique – cet éveil – s'accompagnent de plaisir.

⁸ voir au Chap. 1. 4.3. Ontogenèse du sourire et du rire

⁹ JACOBSON Edith : The child's laughter. In : *The psychoanalytic study of the child* (Vol. 2). 1946. p 39-59 (citée par [DESP 86]).

2.1.5. Les symboles, jouets pour le psychisme



La Cène.

*Ils sont à table
Ils ne mangent pas
Ils ne sont pas dans leur assiette
Et leur assiette se tient toute droite
Verticalement derrière leur tête.*

Le symbole : un objet cassé reconstitué.

Jacques PREVERT, *Paroles*.

Autrefois, chez les Grecs, le symbole* était un objet (par exemple : une assiette à dessert de Madame Pénélope) que deux amis cassaient ensemble¹⁰ ; chacun prenait un morceau de l'objet cassé avant de se séparer ; la **reconstitution** de l'objet, (*συμβολον*, *symbolon* : le symbole, qui vient de *συμ-βαλλω*, *symballô* : jeter ensemble, réunir, rapprocher) lors des retrouvailles, était un signe de **reconnaissance** :

*"Objet coupé en deux, dont deux hôtes conservaient chacun une moitié qu'ils transmettaient à leurs enfants, ces deux parties rapprochées (voir : *συμ-βαλλω*) servaient à faire reconnaître les porteurs et à prouver les relations d'hospitalité contractées antérieurement."* [BAIL GF]

Cette petite histoire nous enseigne plusieurs choses sur le symbole :

- Il s'agit d'un **objet concret** détourné brusquement de sa fonction habituelle¹¹.
- Cet objet, avant d'être cassé ou après être reconstitué, est un **témoin**, ici, des liens entre deux personnes. Il **matérialise une réalité** dont l'actualité dans les dimensions du temps et de l'espace est difficile à démontrer (les deux amis ne peuvent pas se serrer la main en permanence).
- C'est en fait comme si chacun des deux morceaux de l'objet représentait chacune des deux personnes, la brisure, la nécessité de se séparer, et l'unité de l'objet reconstitué, leur relation.

En reprenant les notions de linguistique évoquées plus haut, le signe est l'assiette, le signifiant, chaque morceau de l'assiette, le signifié, l'idée de relation entre deux personnes. En fait, ce qu'a perdu l'assiette ici, c'est sa

¹⁰ Pour ce qui est de la (simili-) porcelaine, les Grecs doivent d'ailleurs avoir des prix spéciaux, comme on peut le constater dans les restaurants hellènes du Quartier Latin à Paris.

¹¹ Peut-être qu'en disant les choses ainsi, Madame Pénélope sera moins fâchée de constater le destin de ses assiettes à dessert.

fonction de contenant pour les poires "Belle Hellène" ; elle a en revanche gagné une fonction d'expression du langage¹².

Mac Ghee¹³ situe les premiers signes de l'acquisition du symbole aux alentours de 18 mois, lorsque l'enfant utilise un objet de façon détournée par rapport à sa fonction initiale. Il peut ainsi utiliser un bâton comme peigne (Voir Chap. 4).

Le symbole a plus de potentialités que la réalité elle-même :

- il permet de **parler du réel** sans avoir à le montrer (sinon, il faudrait toujours avoir dans ses poches un matériel pesant pour discuter, comme des montagnes, des maisons...);
- il résume **plusieurs réalités** (exemple : le mot "maison" désigne tous les espaces couverts où l'homme vit) ;
- dans la multitude de significations de la réalité, complexes, intriquées, voire contradictoires, il désigne (en principe) par convention **une seule de ces significations**.

Le mouvement ordonné des symboles dans la pensée et dans le langage permet d'accéder à **d'autres réalités**, en particulier d'anticiper par déduction sur la réalité supposée qui fait suite à une première réalité. Ainsi : lorsque les enfants lancent une assiette (première réalité), ce qu'ils supposent (deuxième réalité supposée), c'est qu'elle va logiquement se casser. L'invention comique et scientifique, c'est de créer des assiettes incassables, ce qui bouleverse cette deuxième réalité supposée pour lui substituer une réalité inattendue.

Le comique joue ainsi sans cesse avec les symboles. C'est pourquoi, il n'y a pas de comique absolu : "*le rire*¹⁴ *se crée ses propres objets*" [DESP 86]. Nous reviendrons ultérieurement sur la fonction symbolique dans le comique lorsque nous étudierons la fonction du clown à l'hôpital (Voir Chapitre 11).

¹² D'un point de vue sémiotique, l'assiette avait déjà une fonction d'expression : pour un observateur extérieur qui voit de la nourriture dans une assiette, l'assiette "parle" d'elle-même en "se décrivant" dans la pensée de l'observateur comme *contenant* de la nourriture.

¹³ Mc GHEE P E : "*Humor*", *Its origin and development*. San Francisco: Freeman W H. & Co, 1979. (cité par [AIMA 88]).

¹⁴ Pris au sens de comique.

2.2. Eléments succincts de communication

Après avoir décrit les mécanismes qui interviennent dans le psychisme du créateur comique, nous allons à présent regarder ce qu'il se passe dans la relation entre deux personnes dont l'une souhaite provoquer le rire de l'autre.

Si un premier individu souhaite qu'un deuxième individu partage la même idée que lui, il est nécessaire d'entrer en communication pour échanger des informations. Cette communication s'effectue selon des règles bien précises que nous résumons succinctement (Figure 11) : pour passer de l'idée 1 chez un individu à l'idée 2 identique à l'idée 1 chez un autre individu, il faut que l'individu qui possède l'idée 1 soit l'émetteur d'un message : c'est le locuteur*. Ce message est formulé selon un code (ici le chinois) et envoyé grâce à un support (ici la parole et la voie aérienne). Ce message doit être reçu par le récepteur, appelé auditeur ou encore allocataire*, individu à qui il est adressé, qui doit posséder le même code (code 1 de l'émetteur* = code 2 du récepteur*) pour le déchiffrer (le comprendre).

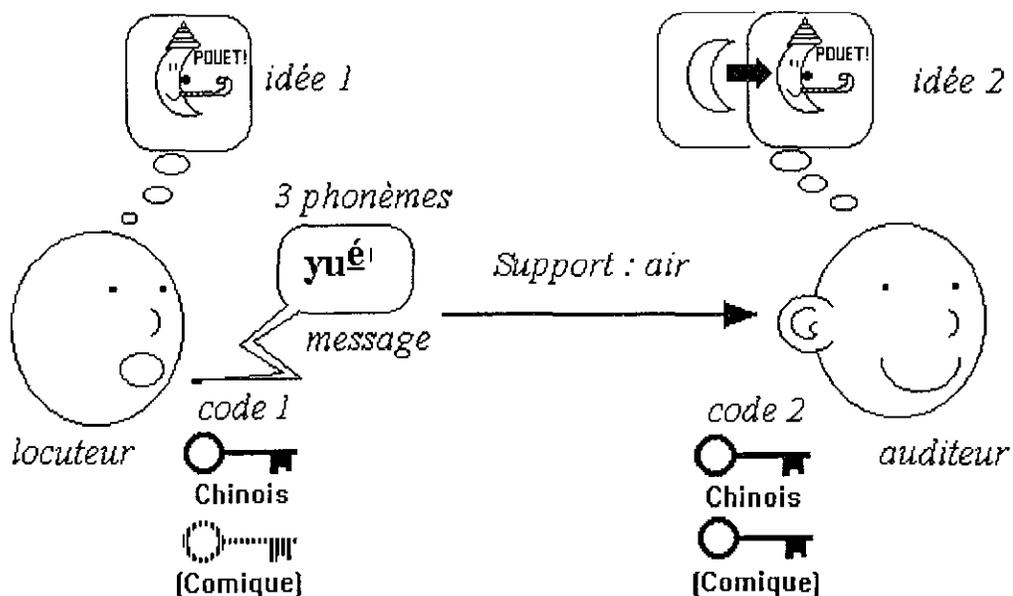


Figure 11. Théorie de l'information (d'après Shannon) comique (d'après Noguez) [NOGU 69].

Noguez [NOGU 69] nous apprend que le message comique est doublement codé. Pour le déchiffrer, il faudra donc comprendre d'une part le message en soi – nous dirions : le comprendre comme d'habitude – à l'aide d'une première clé, le chinois, mais ainsi comprendre qu'il s'y cache une intention comique "que le langage reçu est piégé", à l'aide d'une seconde clé, une légère modification dans le langage qui indique que le discours se situe dans un registre comique (Figure 11, deuxième clé hachurée).

Nous avons dit plus haut que le signifiant et le signifié étaient fortement liés pour constituer le signe. Or cet attelage ne semble tout à coup pas si solide lorsque le comique veut s'y glisser. Tout l'art pour le locuteur va être de camoufler suffisamment, mais pas trop, que cet attelage entre le signifiant (le mot) et le signifié (l'idée) est prêt à rompre pour le plus grand plaisir du locuteur et surtout de l'auditeur. Nous parlons de camouflage (la deuxième clé de lecture du message est en partie cachée), Noguez parle de "*translucidité*" : "*Ni transparence, ni opacité*".

Ainsi dans notre histoire "abracadabrante" de réanimation chez les insectes, le lecteur aurait dû avoir la puce à l'oreille en voyant arriver en rampant un paragraphe au demeurant passionnant¹⁵ mais qui n'a pas grand chose à voir avec l'humorologie*, si ce n'est dans ses applications pratiques. L'intention comique est assez souvent précédée de petits prodromes* qui éveillent un petit doute chez l'auditeur.

Par opposition au modèle classique de la structure du langage où l'information doit accompagner l'auditeur de bout en bout pour être comprise, le langage comique s'ingénie à laisser parfois des trous dans cette information [EVRA 96], pour apprivoiser l'esprit de l'auditeur à combler ces manques d'information par son bagage culturel ou son système routinier de pensée, jusqu'au chausse-trappe (disjoncteur-conjoncteur) qui va faire tomber l'auditeur dans une logique où ce bagage sera renversé.

2.3. Effets produits dans le psychisme de l'auditeur atteint par le comique

2.3.1. Approche générale de la cinétique* psychique chez l'auditeur

Le message comique doit **passer la première barrière affective** – barrière de protection de l'individu contre les agressions – pour aller percuter les centres où s'élaborent les idées. C'est ce que Bergson [BERG 95] appelle l'anesthésie du cœur ou l'insensibilité, et Eastman l'impassibilité.

Puis tout se passe comme si de rien n'était : le message comique est **intégré à une matrice logique*** (c'est-à-dire dans une isotopie*)...

...Jusqu'au moment où il crée un mini-conflit dans le psychisme de l'auditeur qui butte sur le disjoncteur*. Ce disjoncteur logique entraîne une remise en question du système de valeurs ou du système logique jusque là

¹⁵ Ca ne vous intéresse pas de savoir ventiler une guêpe ?

admis par l'auditeur. Le comique utilise le **paradoxe***. Le paradoxe vient du suffixe grec *παρα*, *para*, qui signifie "opposé à" ou "à côté de" et du nom *δοξα*, *doxa*, qui est l'**opinion commune**, l'opinion des gens. Le comique **remet en question** l'opinion que se faisait l'auditeur. Ce questionnement peut aller jusqu'à un certain degré de **tension psychique** (très léger état d'angoisse)...

...Mais finalement, au moyen du conjoncteur* logique (qui est inclus dans le disjoncteur), ce mini-conflit **se résout** facilement, ce qui procure chez l'auditeur un **gain de plaisir**, un sentiment de **triomphe**, de **maîtrise**, et l'**émotion*** du rire, qui sera plus ou moins manifesté (du rire intérieur en passant par le sourire* jusqu'au rire aux éclats).

"En résolvant l'énigme, l'auditeur sort de son rôle passif, il est contraint de coopérer, de répéter dans une certaine mesure l'invention de la plaisanterie, de la récréer en imagination. [...] la vraie récréation est une re-création." [KOES 64].

En fait, l'auditeur se félicite d'être assez habile pour comprendre, dans un mélange d'admiration et de satisfaction personnelle.

"On ne rit que si l'on a trouvé, découvert par soi-même." [FOUR 83a].

2.3.2. Au coeur du comique, le dessaisissement : comportement intérieur actif et passif

Le comique enclenche des phénomènes psychiques passifs :

*"Le rire naît d'une contradiction ou d'un écart soudain entre ce qui est dit et ce que ça nous dit. Il laisse parler deux discours à la fois et se nourrit de l'effet de sens qui en résulte."*¹⁶

Cependant, comme le souligne Fourastié, le rire nécessite une prise de décision :

"il n'y a pas en général de rire sans volonté de rire, sans choix, sans recherche et sans accueil volontairement favorable du message ou du spectacle plaisant" [FOUR 83a].

En définitive, la seule chose que le comique demande à l'auditeur, c'est un dessaisissement, véritable **double lâcher-prise** : (1) se détacher du contexte affectif habituel, se détacher **des schémas** de pensée **routiniers** (la *doxa*)

¹⁶ VASSE Denis (cité par [CLER 96]).

pour se laisser surprendre et se laisser reconquérir par la gaieté, et (2) s'autoriser à manifester cette gaieté par le rire.

3. CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR QUE SURVIENNE LE COMIQUE

(Tableau 1)

De tout ce que nous avons évoqué précédemment découlent des règles qui ont plutôt valeur de recettes culinaires que de véritables lois. Ces règles permettent surtout de comprendre pourquoi le comique n'a pas fonctionné ou ne peut pas fonctionner dans une situation donnée. L'application de ces règles n'est pas suffisante pour qu'apparaisse le comique chez le rieur parce que

"le rire dépend en définitive d'une décision du rieur [...]" [FOUR 83a].

Ces règles sont :

1. Un climat propice :

■ Selon la charge affective, les mêmes interlocuteurs dans un climat différent n'arriveront pas à rire. La **contrainte affective négative** qui pèse en particulier sur l'auditeur peut être un obstacle majeur, mais pas toujours :

- **contrainte relationnelle** : il existe une relation de subordination de l'auditeur par rapport à celui qui provoque le comique, de la haine, ou de l'incompréhension...
- **contrainte due à la souffrance** (au sens large : de la peine au stimulus douloureux)
- **contrainte conflictuelle** : l'auditeur est en train de gérer une crise (comme la colère, l'indignation, le refus,...)
- **contrainte due à la peur** (au sens large : du stress à la panique)
- **autres contraintes**

■ Les **ingrédients** entrant dans la préparation de ce climat peuvent être plus ou moins nombreux. Tout l'art consiste à faire rire dans un climat qui comporte le minimum d'ingrédients. Ces ingrédients sont [ZIV 87] :

- **Des indicateurs indirects de contexte** :
 - le contexte social (repas, fêtes, noces...)

- l'entrée en matière par la communication non verbale.
- un climat de jeu.
- Des **indicateurs directs de comique** :
 - l'apparence comique de celui qui parle.
 - l'expression du visage.
 - la déclaration verbale.
 - autres ingrédients.

2. Compétences

- **du locuteur comique** [NOGU 69] : écoute, observation, intuition, finesse, créativité, habileté à manier les langages (verbal, non-verbaux...), pour coder au second degré, pour camoufler ni trop, ni pas assez.
- **de l'auditeur** : écoute, observation, habileté à comprendre. L'intelligence comique n'est heureusement pas nécessairement superposable à l'intelligence définie par le quotient intellectuel.

3. Complicité [AIMA 88] :

- le locuteur comique doit **connaître** un minimum celui à qui il s'adresse, en particulier :
 - le contexte culturel dans lequel évolue l'auditeur.
 - si possible : des éléments de son histoire personnelle. Pour Roustang, *"la limite du faire rire l'autre réside dans la limite que l'autre a posée dans son rire sur lui-même. L'art du faire rire suppose la connaissance exacte de ce dont l'autre ne saurait rire en aucun cas, à savoir le malheur singulier de son existence singulière"* [ROUS 88].
- l'auditeur doit faire "**acte d'allégeance**" [NOGU 69] : *"Tout se passe comme si rire d'un trait d'humour consistait à reconnaître la valeur de celui qui le lance"* ; inversement, l'auditeur ne rit pas du comique d'un locuteur comique qu'il méprise, même s'il est réellement drôle.

4. Un message comique qui comporte habituellement¹⁷ les éléments suivants [AIMA 88, DESP 86¹⁸, HAVE 66] :

- 1) **Séduction** : il faut que cela soit intéressant.
- 2) **Clarté**.
- 3) Un caractère **impassible** : il n'éveille pas de sentiments trop vifs ou trop profonds.
- 4) **Vraisemblance**.
- 5) Une **stratégie** pour opérer subrepticement un déplacement de l'attention.
- 6) Une **attente**. Cette attente peut être très légèrement inquiétante mais non menaçante, pour créer une interrogation, un mini-conflit logique.
- 7) **Fluidité** : le rythme soutenu du message – comme dans la danse [DESP 86] – doit le rendre aisé et non laborieux.
- 8) **Concision**.
- 9) Une discontinuité, une **rupture** : un effet de surprise inattendu qui rompt avec la logique de la stratégie élaborée pour déplacer l'attention : "*saut brusque et inattendu d'une convention à une autre*" [HAVE 66].
- 10) Une **solution inattendue, mais permise**, qui emprunte une **autre logique** : "*Le gag¹⁹, ce n'est pas un non-sens ou quelque chose d'illogique, le gag ne fait que rendre absurde une logique en la confrontant à une autre. Il nous surprend non pas en nous exposant une réalité inconnue, mais en nous présentant quelque chose de connu d'un point de vue inattendu ; il ne nie pas la réalité, il la complète par une réflexion qui va plus loin. Le gag n'est pas une contradiction avec les conventions, au contraire, il les exploite en s'appuyant sur elles.*" [HAVE 66].

¹⁷ Le comique peut évidemment exceptionnellement jouer avec certains de ces éléments, à condition qu'il respecte les autres éléments.

¹⁸ Se référant à : Max EASTMANN.

¹⁹ Gag et comique sont ici, pour nous, synonymes.

Tableau 1. Conditions nécessaires et obstacles dans la communication du comique.

Conditions nécessaires		Obstacles
1. Indicateurs :	indirects de contexte :	<ul style="list-style-type: none"> • social (fête, repas...) • communication non verbale • climat de jeu
	directs de comique :	<ul style="list-style-type: none"> • apparence • expression du visage • déclaration verbale • autres
2. Compétences	du locuteur :	<ul style="list-style-type: none"> • écoute, observation • intuition, finesse, habileté, créativité
	de l'auditeur :	<ul style="list-style-type: none"> • écoute, observation • habileté à comprendre
3. Complicité :	du locuteur :	Connaissance : <ul style="list-style-type: none"> • de la culture de l'auditeur • de son histoire personnelle
	de l'auditeur :	Méconnaissance : <ul style="list-style-type: none"> • de la culture de l'auditeur • de son histoire, ses limites, ses souffrances
4. Message :	1. Séduction	Absence d'accroche, pas de stimulation de l'intérêt
	2. Clarté	Difficulté à comprendre le langage ou le message
	3. Impassibilité	Emotion négative ou positive forte (pleurs, excitation)
	4. Vraisemblance	Doute trop important
	5. Stratégie	Surprise comique déjouée
	6. Attente	Absence d'attente
	7. Fluidité	Rythme trop haché, comique à contretemps
	8. Concision	Rythme trop lent
	9. Rupture	Absence de rupture, continuité logique attendue
	10. Solution inattendue mais permise	Solution attendue ; solution non permise

4. LES NUANCES DU COMIQUE

Il n'y a pas un seul comique mais des comiques. Nous distinguons les comiques selon leur pureté, selon les sujets qu'ils traitent, et selon leurs modes d'expression. Notre travail pour différencier les différentes nuances du comique s'est appuyé en bonne partie sur l'étymologie.

4.1. Le degré de pureté du comique

Le comique que nous appelons **comique pur*** est un message drôle, ou supposé l'être, qui comporte uniquement des éléments destinés au pur plaisir de l'auditeur sans porter atteinte à autrui, ni comporter de sentiments négatifs. Nous pensons que le comique pur est le seul qui peut prétendre vraiment à entrer dans le domaine de l'humour.

Exemple de comique pur [TOUQ 98] :

"Qui fait "zzzzzb-zzzzb-zzzzb !" ?"
Une abeille en marche arrière.

Ce que nous définissons comme le **comique mêlé*** comporte quant à lui :

- non seulement des éléments **comiques** plaisants – ou tout du moins **séducteurs** –
- mêlé à des **sentiments négatifs**,
- le plus souvent (mais pas toujours) vis à vis d'un tiers qui peut être :
 - soi-même (**auto-dérision***),
 - l'auditeur (il s'agit alors de **moquerie***),
 - ou un (ou des) tiers extérieur(s) à l'espace de communication formé par le locuteur et l'auditeur (**moquerie***).

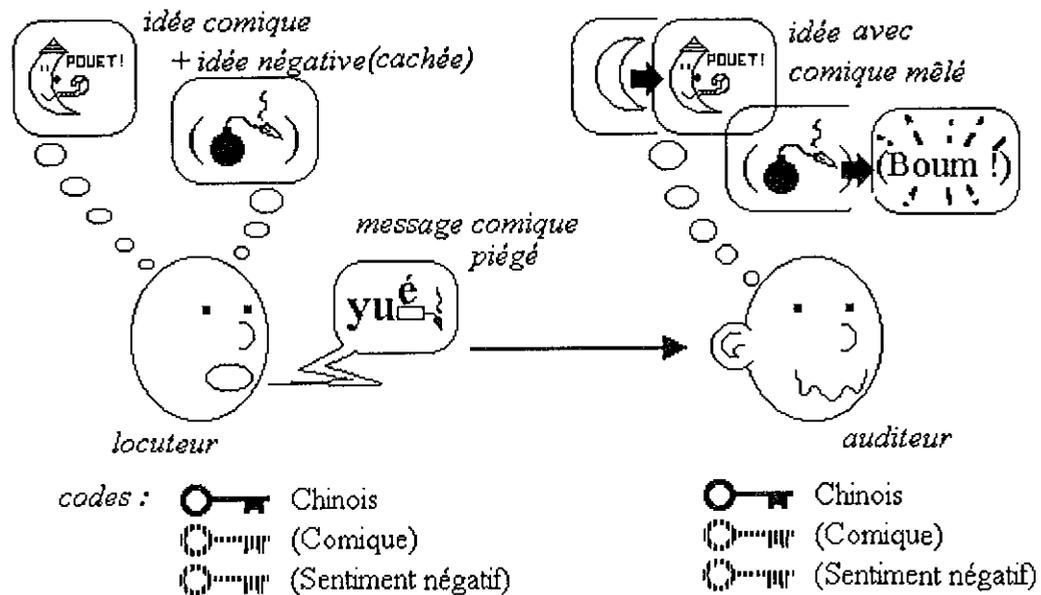


Figure 12. Théorie de l'information comportant du comique mêlé.

Le comique mêlé demande donc à l'auditeur une triple clé de lecture : (1) compréhension du message, (2) compréhension qu'il s'agit de quelque chose de comique, (3) compréhension qu'il existe enfin une émotion négative dans ce message (Figure 12).

D'une façon générale, le comique mêlé est la **dérision***, avec toutes ses déclinaisons que sont l'ironie*, le sarcasme*, le cynisme*, le comique noir*. Le comique mêlé "permet de dire ou de suggérer des idées désagréables, sans avoir à redouter ni réactions violentes ni représailles."²⁰ [ZIV 87]. Il s'agirait d'une "forme acceptable de l'agressivité"²¹ [AIMA 88]. Le comique employé dans la dérision excuserait la méchanceté.

4.2. Classement des formes de comiques purs et de comiques mêlés

Nous étudierons avec exemples à l'appui, le burlesque mêlé, les ironies, le sarcasme et le cynisme, les comiques tragiques, le comique noir. Nous proposons à la fin de notre description un tableau récapitulatif de toutes les formes de comiques que nous avons définies et identifiées (Tableau 2).

²⁰ Il est à noter que dans cette phrase, Ziv et Diem parlent de l'humour. Nous refusons cet amalgame entre l'humour et le comique méchant.

²¹ Même remarque que dans la note précédente.

Cette description des formes de comiques est utile non seulement pour définir ce qu'est l'humour, mais aussi pour comprendre ce que révèle l'emploi de l'un ou l'autre type de comique par le patient ou un soignant.

4.2.1. Le burlesque mêlé

Le **burlesque mêlé*** est un comique mêlé qui comporte :

- généralement des sentiments agressifs,
- mais personne n'est visé directement dans ce genre de comique qui comporte pourtant une certaine méchanceté.

Cependant, pour un auditeur, le comique – qui joue justement sur l'effet de surprise agressif – l'emporte plus facilement que les sentiments négatifs agressifs eux-mêmes. Ce serait un comique pur si ce comique ne comportait ces éléments agressifs qui nous font hésiter à raconter ce genre de plaisanterie à n'importe qui.

Exemple de burlesque mêlé :

Qu'est-ce qui est jaune et qui devient rouge lorsqu'on appuie sur un bouton ?
Un canari dans un mixeur.

Le burlesque mêlé est-il anodin ? A en croire Freud qui l'appelle *mot d'esprit** (Witz*) à *tendance hostile* [FREU 05], ce n'est pas si sûr. Pourquoi a-t-on besoin de produire du comique avec des moyens finalement agressifs voire un peu sordides ? N'y a-t-il pas quelque agressivité refoulée parce qu'interdite qui ressort sous une forme autorisée parce que drôle ? Peut-être est-ce un résidu d'agressivité exprimé verbalement, comme on s'amuse à se chamailler lorsqu'on est enfant. On fait semblant, pour rire. Cette manifestation de l'agressivité nous paraît normale, au même titre que l'activité de rêve dont l'élaboration est proche de celle du mot d'esprit*.

En revanche, l'emploi trop fréquent de burlesque mêlé (à saturation pour les auditeurs) signalerait d'autres choses : des sentiments effectivement agressifs contenus, peut-être en raison d'une souffrance* ("*je souffre, donc j'agresse*"), le besoin d'exister par rapport à l'entourage ("*j'agresse, donc j'existe*").

4.2.2. Les ironies

Autrefois, pour les Grecs, l'ironie (de εἰρωνεία, *eirôneia*) signifiait "interrogation", mais aussi "dissimulation" [BAIL GF] :

"Socrate interrogeait ses interlocuteurs en feignant l'ignorance, la naïveté, en affectant une confiance aveugle en leurs avis et compétence pour mieux dégonfler en fin de compte, par d'habiles questions ingénues, leur prétention à posséder la vérité vraie, rien qu'en piquant d'une interrogation piège." [BLON 88].

Pour éviter toute confusion, il est important de garder les deux significations de l'ironie comme nous y invite l'étymologie. Nous distinguons ainsi l'ironie interrogation et l'ironie dissimulation. Ces deux formes d'ironie peuvent être séparées ou coexister dans le même énoncé*.

L'ironie interrogation* constitue un véritable cheval de Troie. Il s'agit d'une riposte astucieuse face à un raisonnement piège. Elle ne vise pas des personnes mais bien les structures de pensée contradictoires chez l'adversaire contrairement à l'ironie-dissimulation. L'ironie interrogation est souvent un comique pur : elle rit des faits intellectuels, mais ne condamne pas ceux qui les ont produits. L'ironie interrogation peut donc constituer une forme d'humour. L'adversaire ainsi interrogé n'a que deux issues possibles : soit admettre l'ineptie de son raisonnement (voire en rire), soit se fâcher d'être tombé dans son propre piège (ou se taire).

Il existe certainement de nombreux exemples d'ironie interrogation dans les échanges oratoires entre protagonistes dans l'Antiquité. Un des exemples les plus connus est extrait des évangiles :

Lc 20, 20 "S'étant postés en observation, ils envoyèrent à Jésus des indicateurs jouant les justes ; ils voulaient le prendre en défaut dans ce qu'il dirait, pour le livrer à l'autorité et au pouvoir du gouverneur. 20,21 Ils lui posèrent cette question : "Maître, nous savons que tu parles et enseignes de façon correcte, que tu es impartial et que tu enseignes les chemins de Dieu selon la vérité. 20,22 Nous est-il permis, oui ou non de payer l'impôt à César ?" 20,23 Pénétrant leur fourberie, Jésus leur dit : 20,24 "Faites-moi voir une pièce d'argent. De qui porte-t-elle l'effigie et l'inscription ?" Ils répondirent : "De César." 20,25 Il leur dit : "Eh bien ! rendez à César ce qui est à César, et à Dieu ce qui est à Dieu." 20,26 Et ils ne purent le prendre en défaut devant le peuple dans ses propos et étonnés de sa réponse, ils gardèrent le silence." [TOB 94]

L'ironie dissimulation* (ou ironie antiphrase*) est en revanche l'ironie telle que nous la connaissons dans son sens actuel :

"Manière de se moquer de quelqu'un ou de quelque chose en disant le contraire de ce qu'on veut faire entendre [...] Figure de rhétorique apparentée à l'antiphrase*."*
[ROBE 92]

Le petit cow-boy qui entre dans un saloon en criant très fort : "*QUI A PEINT MON CHEVAL EN VERT ?*" et qui voit un gigantesque cow-boy s'avancer fait de l'ironie (dissimulation) en ajoutant : "*Je voulais juste savoir quand est-ce que vous passerez la deuxième couche !*" si et seulement si la couleur ne lui plaît pas (sentiment négatif) et s'il est le colt* le plus rapide de l'Ouest (élément agressif d'expression non verbale si le petit cow-boy porte la main à son revolver)²². Que le grand cow-boy essaye de porter la main à son pinceau, et c'est le petit qui risque de le "descendre" !

Comme le souligne Noguez, l'ironie (dissimulation) est alors souvent "*méchanceté lâche, qui ne veut pas assumer son apparence de méchanceté*" : il s'agit en fait d'une sorte de mensonge. Elle vise autrui plutôt que ses actes²³ : "*à sa manière, l'ironie apparaît comme [...] le décret souverain d'un homme en hermine et toge à propos d'un autre en guenilles, enchaîné à ses pieds, où il ne voit plus son semblable, qu'il ne veut connaître – s'il l'a jamais fait*".

4.2.3. Le sarcasme et le cynisme

Dans les comiques mêlés, tandis que l'ironie (dissimulation) peut s'exercer tout en finesse, le sarcasme* et plus encore le cynisme* sont des comiques très grinçants dont la différence résiderait dans l'intensité des sentiments négatifs qu'ils véhiculent par rapport à l'intensité du comique proposé.

Le bruit produit par le mot **sarcasme** évoque le cri grinçant de cet oiseau au beau plumage qu'est la pie. Il séduit par son apparence, son astuce, mais c'est pour mieux vous croquer mon enfant²⁴. Le mot sarcasme vient du grec *sarkazô* (σαρκάζω) qui signifie : "montrer les dents" [BAIL GF] comme pour **mordre** la chair (σαρξ, *sarx*). C'est la figure de Quaresmeprenant

²² Cette histoire n'a rien d'ironique au départ, mais tout est question de contexte : il suffit parfois d'ajouter un détail dans le scénario pour mettre l'un des cow-boys dans l'embarras.

²³ En effet, le petit cow-boy risque de descendre le grand cow-boy (attaque de personne), alors que cette affaire aurait pu rester strictement sur le plan des coloris avec catalogues à l'appui (expression de sentiments sur des faits). Cette confusion entre les personnes et les faits est à l'origine de la mauvaise gestion de la plupart des conflits humains.

²⁴ Nous nous excusons de cette intrusion du Grand Méchant Loup dans notre exposé.

peinte par Rabelais dans son *Quart Livre*, qui "*riaît en mordant, mordait en riant*" [BERT 98a]. Le sarcasme est un comique dévorant. Le thème de la destruction de l'autre, voire de la mort rode dans ce comique "sarcophage" (σαρκο-φαγος : *sarco-phagos*).

Exemple de sarcasme (d'après une histoire vraie) :

Patient : – Pourquoi est-ce que j'ai une sciatique ?

Médecin : – C'est la faute du *rachis* !

Patient : – Ah ! Encore un *arabe*²⁵ !

Quant au **cynisme**, il s'agit d'une **autodestruction**. Les affects négatifs qu'il véhicule sont tellement plus puissants que sa vertu comique que nous avons peine à parler encore de comique.

"*Refusant le monde et ses règles, le cynisme est un rire ironique totalement ravageur, il est joie paradoxale d'être seul...au monde.*" [BLON 88].

Exemple de cynisme :

"*Pour les poulets, soupira la poule, tous les fours sont crématatoires.*" [FOUR 92]

4.2.4. Les comiques tragiques et le comique noir

Les **comiques tragiques*** parlent de la mort ou de circonstances graves comme la maladie ou l'échec.

Le **comique tragique positif*** est véritablement une forme de comique pur, donc non mêlé, s'il témoigne d'une certaine espérance à la fois dans son énoncé et dans l'histoire personnelle du locuteur.

Exemple de comique tragique positif (voir Chapitre 5):

"*La mort sera condamnée pour faux et usage de faux.*"

Le **comique noir*** en revanche est un **comique tragique négatif***. Seul ce comique **dépressif** est "*la politesse du désespoir*", car il invite à un peu – si peu – de gaieté pour tenter de cacher la tourmente. Dans le comique

²⁵ Rachid n'y est pourtant pour rien dans cette sciatique. Quant au rachis, il s'agit de la colonne vertébrale.

noir, parfois, "[...] *les coups conduisent au refus du réel existant et, au-delà, dévalorisent tout réel possible* [...]" [FOUR 83a]. Si la proportion de sentiments négatifs véhiculés par le comique noir apparaît plus forte à l'auditeur que la proportion de comique, le comique noir est un véritable cynisme.

Exemple de comique noir :

*"Le plaisir des morts, c'est de moisir à plat."*²⁶

L'expression "humour noir" est impropre et il vaut mieux utiliser l'expression : comique noir. En effet, l'humour ne comporte selon nous que des éléments comiques purs, comme nous le verrons (Chapitre 4) ; or le comique noir est tragique négatif, dépressif, mêlé.

Tableau 2. Aperçu synthétique des significations des différentes formes de comiques.

	Pureté	Formes de comique	Signification
COMIQUE	Pur : • pas de sentiments négatifs • pas d'attaque de personne	Amusement, plaisanterie aimable	Jeu pur.
		Ironie interrogation	Remise en question de raisonnements stériles ou d'attaque.
		Tragique positif • Evoque la mort, la maladie, l'échec.	Espérance
	Mêlé : Dérision. • Sentiments négatifs • Attaque de personne – Soi = auto-dérision – l'auditeur ou d'autres personnes = moquerie	Burlesque mêlé	Chamaillerie anodine Souffrance
		Ironie dissimulation	Attaque de personne indirecte Antiphrase (mensonge)
		Sarcasme	Attaque directe de personne (morsure) (Cynisme si sentiments négatifs > comique).
		Tragique négatif = comique noir. • évoque la mort, la maladie, l'échec.	Sentiments négatifs. (Cynisme si sentiments négatifs > comique).
		Cynisme	Sentiments négatifs > comique.

²⁶ Cité par [LOUI 92]

5. LE COMIQUE DANS LA STRATEGIE D'ADAPTATION

5.1. Les stratégies d'adaptation face à l'agression

L'agression* est tout ce qui porte atteinte à l'individu, que ce soit dans son corps, dans son psychisme, dans sa vie de relation. La maladie est une agression.

L'agression entraîne une réaction de défense corporelle grâce à des mécanismes compensateurs, et/ou²⁷ grâce au stress, et/ou grâce à des réactions psychiques de défense vis-à-vis des affects* pénibles produits par l'agression.

La littérature anglo-saxonne emploie un terme pour désigner les réactions de défense psychique : le *coping**. Ce terme n'a pas d'équivalent précis en français ; il signifie "*débrouillardise*", stratégie pour "*faire face*". Nous proposons "**adaptation***". D'autres auteurs parlent d' "*ajustement*", de "*stratégie d'adaptation*", de "*stratégies adversitaires*". Il s'agit, selon Lazarus, de :

"l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire et tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu" [BOUR 99].

Selon Bourgeois [BOUR 99], il faudrait distinguer d'une part les mécanismes de *défense* qui seraient plutôt des phénomènes passifs, comme le refoulement* dans l'inconscient*, et d'autre part les mécanismes de *coping* qui seraient plutôt des phénomènes actifs, cognitifs*, qui correspondraient à des comportements adaptatifs conscients et appris.

De même, dans les mécanismes d'adaptation, il faudrait distinguer d'une part le *coping évitant** ou adaptation centrée sur les affects*, où la personne détourne son attention de l'agression afin de réduire la tension émotionnelle, d'autre part le *coping vigilant** ou adaptation centrée sur le problème*, où la personne affronte directement la situation difficile pour tenter de la résoudre [IONE 97].

Nous n'entrerons pas dans les détails des mécanismes d'adaptation dont le nombre a augmenté au fil des ans. Ionescu en dénombre ainsi 71 [IONE 97]. Il existe probablement autant de types d'adaptation que de

²⁷ Nous employons les deux conjonctions de coordination "et/ou" parce que la réponse à l'agression peut n'engager que le psychisme, ou que le corps, ou bien corps et psychisme (ce qui est le plus souvent le cas).

personnes et de situations, et une même personne pourra parfaitement s'adapter à un type de situation et se trouver démunie dans une autre qui apparaîtrait moins tragique, si bien qu'on essaye actuellement d'étudier simultanément l'événement agression et la personnalité du sujet [IONE 97]. Ces stratégies d'adaptations sont parfois actives, parfois passives, indépendantes de la volonté de la personne :

"Mais naturellement, l'intelligence ne suffit pas, loin de là, pour s'adapter et supporter les événements et exigences de la vie. La plupart des émotions et des motivations sont 'irrationnelles' et mêmes inconscientes" [BOUR 99].

Nous ne nous risquerons pas à tenter de faire le point dans ce domaine très complexe qui constitue une science à part entière. Nous citons à titre d'exemple quelques mécanismes de défense ou d'adaptation parmi d'autres (d'après [BOUR 99]) dans le tableau 3.

Tableau 3. Quelques mécanismes de défense et d'adaptation.

Haut niveau d'adaptation : l'adaptation est optimale ; ces types d'adaptation insistent sur la gratification*, permettent une conscience claire des sentiments*, des idées et de leurs conséquences. Elles apportent un équilibre optimal entre les motivations conflictuelles.	<ul style="list-style-type: none"> - anticipation - altruisme - affirmation de soi - sublimation* - comique²⁸ - ...
Inhibitions mentales : l'objectif de cette stratégie est de maintenir hors de la conscience des idées, des sentiments, des mémoires, des désirs ou des peurs potentiellement menaçants :	<ul style="list-style-type: none"> - intellectualisation - clivage entre monde intérieur et monde extérieur - isolement de l'affect* - refoulement* - ...
Distorsions de la représentation : distorsions de l'image de soi, du corps, des autres, qui peuvent être utilisées pour réguler l'estime de soi.	<ul style="list-style-type: none"> - dévaluation - idéalisation - omnipotence
Désaveu : mise à l'écart de la conscience de ce qui est déplaisant et inacceptable, affect agressif, pulsion, idée, responsabilité, avec ou sans fausse attribution à ces causes externes.	<ul style="list-style-type: none"> - déni* - projection - rationalisation
Troubles de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - passage à l'acte - retrait - plainte avec refus d'aide - agression passive
Faillite de la régulation défensive	<ul style="list-style-type: none"> - projection délirante* - déni psychotique* - distorsion psychotique - fantaisie schizoïde

²⁸ A la place du terme "comique" il est habituellement mentionné "humour" comme mécanisme de haut niveau d'adaptation. Nous préférons pour le moment y mettre le terme mieux défini de "comique" pour rediscuter de la place de l'humour dans l'adaptation dans le chapitre suivant.

5.2. Le comique face à l'agression

Nous avons vu au chapitre précédent que le rire (qui est une expression, une émotion*) pouvait être un **rire masque*** et cacher des **sentiments* négatifs** (peur, tristesse, colère...).

De même, le comique, en tant que stratégie de communication pour provoquer le rire d'un auditeur, peut être un **comique masque*** pour cacher ou éviter des sentiments négatifs. L'auditeur, pris par le plaisir de rire qu'apporte le comique, ne fera le plus souvent pas trop attention à la **souffrance*** du locuteur. De même, le locuteur pourra se cacher inconsciemment à lui-même qu'il affronte une souffrance. Cette façon de masquer les sentiments négatifs pourra se faire selon deux modes :

- soit par l'expression d'un **comique mêlé**, qui laisse passer un sentiment négatif sous couvert de comique afin de rendre ce sentiment assimilable par l'auditeur. Ce comique mêlé dit quelque chose à **mots couverts** sans vouloir le dire complètement.
- soit par l'expression d'un **comique pur**, qui ne laisse donc apparaître aucun sentiment négatif. La défense est alors particulièrement efficace, parce qu'il s'agit de provoquer le pur amusement de l'auditeur pour le **mettre à distance** de toute interrogation concernant des sentiments négatifs, ou une souffrance, éprouvés par le locuteur.

Le comique fait partie des mécanismes de défense matures et de haut niveau d'adaptation, le comique pur étant certainement plus mature que le comique mêlé. Le comique est donc une adaptation (coping) centrée sur l'émotion.

L'expression du comique par le patient devrait donc alerter le soignant, surtout s'il survient dans le contexte d'une maladie qui génère une défense légitime prévisible comme c'est le cas pour les cancers, les maladies délabrantes ou dont le pronostic est réservé. S'il s'agit de comique mêlé, il est important d'en noter :

1. le thème (est-ce du comique noir ?)
2. le type de sentiment négatif qu'il véhicule (agression, peur...?)
3. l'intensité du sentiment négatif (est-ce du cynisme ?)
4. quelle(s) personne(s) il vise (proches, système de soin...)

Toute expression d'un comique au cours de la rencontre avec un patient devrait inviter à rechercher son origine éventuelle dans une agression.

Cette agression est souvent la maladie elle-même et surtout l'anticipation de ses conséquences.

Parfois l'agression psychologique est plus difficile à trouver. Il n'est pas rare de retrouver ainsi dans l'histoire du patient le souvenir émotionnellement fort de la mort d'un proche ayant présenté au départ les mêmes symptômes que lui.

CONCLUSION

Nous avons pu constater que le comique joue avec le langage et le sens. Dans le langage, le comique s'amuse avec la relation forte qui existe entre un signifiant (un mot) et un signifié (une idée) ; dans le cours de la pensée, c'est-à-dire de l'élaboration du sens, le comique est **une rupture de déterminisme** qui vient proposer une idée nouvelle par rapport à l'opinion habituelle. Ce phénomène encore appelé *bisociation* est à l'origine de l'activité créatrice de l'être humain. Il s'agit, selon nous, d'un jeu avec des symboles, qui est le reflet des premiers jeux amusants avec les parents.

Le comique suit les règles habituelles de la communication, mais il les déjoue aussi suffisamment pour produire chez l'auditeur toute la surprise nécessaire à la véritable re-création du comique. Cette re-création par l'auditeur lui-même est une réelle gratification qui lui apporte beaucoup de plaisir. Cette surabondance de plaisir s'extériorise par le rire.

L'étude des nuances du comique permet de différencier des comiques que nous appelons *purs*, et des comiques que nous disons *mêlés*. Cette distinction permet d'analyser le comique mêlé dont la vocation est de provoquer le rire et d'escamoter ainsi – sous couvert de gaieté – des sentiments négatifs et/ou des attaques de personnes.

Cette perception accrue des nuances du comique est une porte d'entrée privilégiée vers la compréhension partielle de la souffrance du patient.

Le comique peut parfois être un mécanisme de défense face à une agression. Cette adaptation mature consiste à mettre de la distance vis-à-vis des affects trop pénibles produits par l'agression. Le comique peut donc constituer un résumé de l'état intérieur du patient, grâce aux éléments négatifs qu'il comporte. Le cynisme et le comique noir sont pour nous les signes d'un syndrome dépressif* masqué qu'il conviendra de préciser.

Le comique pur peut constituer une adaptation très élaborée de mise à distance d'affects négatifs vis-à-vis d'une éventuelle agression qu'il faudra parfois préciser.

Il faut toutefois se garder aussi de tomber dans l'excès d'interprétation : c'est vouloir faire dire systématiquement au comique plus que ce qu'il voulait exprimer. Il convient donc d'agir avec tact, de garder ces informations "sous le coude" pour aborder la question d'une souffrance de façon habile avec le patient. Le patient garde de toute façon toujours une partie de lui-même qui reste heureusement inaccessible au soignant.

La porte ouverte par le comique (pur) peut n'être aussi qu'une porte ouverte sur le simple plaisir de *rire avec* le soignant.

Le comique en tant que création et recreation, comme nous l'avons montré, nous paraît être une voie de recherche intéressante pour rompre, dans la compréhension symbolique qu'adopte le patient, certains déterminismes générés par la maladie. C'est toute la réflexion que nous proposons par la suite sur l'opportunité de l'introduction du comique dans le soin. Les règles nécessaires pour que survienne le comique que nous avons rassemblées peuvent être un outil utile aux soignants qui désirent rire avec leurs patients.

A présent que nous avons une meilleure connaissance du comique – "étiologie*" normale et habituelle du rire – il convient d'étudier ce qu'est l'humour et ce qu'il apporte de plus par rapport au comique.

CHAPITRE 4. L'HUMOUR

"Mais l'humour, qui n'a aucune royauté à rétablir, aucun trône à restaurer, aucun titre de propriété à faire valoir, ne cache pas d'épée dans les plis de sa tunique ; sa fonction n'est pas de restaurer le statu quo d'une justice close, ni d'opposer une force à une autre force, mais plutôt de substituer au triomphe des triomphants le doute et la précarité, de tordre le cou à l'éloquence et à la bonne conscience un peu bourgeoise des vainqueurs."

[JANK 95]

INTRODUCTION

Pour comprendre ce qu'est l'humour, nous irons le voir naître chez l'enfant. Nous avons séparé cette partie du chapitre qui traite de l'ontogenèse du rire pour des raisons didactiques, mais il faut garder à l'esprit qu'il n'y a pas de discontinuité entre l'ontogenèse du rire et celle de l'humour.

L'humour est comme un bel oiseau dans une cage dorée. Le bel oiseau est l'idée de l'humour, la cage est le mot qui désigne cette idée, qui contient cette idée. La difficulté dans l'approche de l'humour, c'est de mettre cet oiseau et pas un autre, à sa place, c'est-à-dire dans la cage.

Après avoir contemplé l'humour à l'état naissant au cours du développement de l'enfant, nous essayerons donc de nous avancer vers une définition de l'humour selon deux approches. D'une part, nous étudierons l'étymologie du mot, ce qui nous permettra de mieux connaître le *contenant* humour (la cage dorée), c'est-à-dire les raisons pour lesquelles nous avons hérité de ce *mot* pour exprimer une certaine idée. D'autre part, nous mènerons une réflexion philosophique personnelle succincte qui nous permettra de cerner le *contenu* humour (le bel oiseau), c'est-à-dire de quelle idée – de quel concept* – il s'agit.

Grâce à cette approche, nous étudierons enfin, la place théorique de l'humour dans l'adaptation* face à l'adversité, face à l'agression. Cela nous permettra de comprendre ce que signifie l'humour lorsqu'il survient chez le patient.

1. ONTOGENÈSE* DE L'HUMOUR

ENFanti-âge ® :

Crème anti-ride à l'extrait d'esprit d'enfance.

Composition :

– *insouciance* 3 g
 – *bienveillance* 5 g
 – *esprit filial* 1 g
 – *jus de jeu* 7 g
 – *éclats de rire* 8 g
 – *joie pure q.s.p.* 100 g

Indication :

Tristesse.
Esprit de sérieux.
*Adultitude**.
*Baisse de la ludido**.

Posologie :

Une application sur le visage le matin au lever, quel que soit l'âge.
Observer les effets dans un miroir.

Hors A.M.M. ; pas de prix.

Nous balayons les constats à l'emporte-pièce qui refusent toute forme d'humour chez l'enfant et ne réserveraient cette faculté qu'aux adolescents et aux adultes. Certes, les formes de l'humour au cours de l'enfance et en particulier de la petite enfance dont nous allons parler ici ne sont pas aussi élaborées que celles qui viendront ultérieurement. Il ne faudrait pas non plus attribuer trop vite un caractère humoristique à des propos enfantins qui n'ont pas l'intention initiale d'être drôles.

1.1. Méthode pour étudier l'apparition de l'humour chez les enfants

Comment l'humour s'éveille-t-il chez l'enfant ? Pour tenter d'apporter des éléments de réponse, nous nous référerons aux travaux d'Aimard [AIMA 88]. Ce médecin pédopsychiatre* a mené une étude phénoménologique* longitudinale. Il s'agissait de demander aux parents d'une population de 21 enfants de noter au fur et à mesure les exemples de la vie quotidienne de l'enfant qui semblaient être des traces de l'humour, sur une période de deux ans.

Cette population a été élargie à deux autres groupes d'enfants qui étaient vus moins souvent, et sur une durée s'étalant sur cinq à six ans. Aimard a ainsi pu collecter 3000 exemples, qu'elle a ensuite classés selon le contenu et le contexte présenté.

Aimard a d'emblée montré les limites de cette étude : (1) l'observateur était subjectif, puisqu'il s'agissait des parents qui réagissaient avec l'enfant ; (2) les notes rassemblées se sont révélées souvent être des banalités aux yeux des parents. Cependant, elle a situé le cadre de sa recherche dans le domaine de l'apparition de l'humour chez l'enfant, phénomène qu'elle a d'ailleurs nommé *pré-humour**. Le concept original de cette étude réside

dans le fait que les notes recueillies par des observateurs impliqués dans des relations qui sont apparues presque drôles – voire très drôles – dans l'instant valent plus que de longues et coûteuses observations par vidéo.

L'auteur explique qu'il faut une certaine conviction de l'observateur pour que soient rassemblées de telles notes sur ce qui lui apparaît fugitivement comme étant le début de l'humour. En effet, la plupart des événements minuscules qui se produisent et construisent la relation parents-enfant sont difficiles à relire si l'on n'y prête pas attention dès leur apparition. Cette conviction a été obtenue par une étude préliminaire de sensibilisation qui a aussi servi à ébaucher les premières hypothèses.

1.2. Développement de l'incongru

1er stade : découverte de l'incongruité.	environ 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant mêle deux schémas, il utilise des objets qui lui sont familiers et dont il connaît l'usage, mais il les utilise de façon non appropriée. <i>Ex : l'enfant fait semblant de prendre un bâton pour un peigne.</i>
2ème stade : l'étiquetage incongru	à partir de 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> Le langage entre en jeu : l'enfant prend plaisir à se tromper en nommant : non cohérence entre l'étiquette utilisée et l'objet. Cet étiquetage est souvent gratuit. <i>Ex : l'enfant rit lorsqu'on appelle un chat : chien.</i>
3ème stade : l'incongruité conceptuelle	à partir de 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant prend conscience que les mots correspondent à des classes d'objets ou de faits qui ont des points communs, mais aussi qui sont différents sur d'autres points. Il perçoit comme incongru ce qui diverge de l'ordre établi et qui peut être source de rire. L'humour est souvent lié aux entraves faites à la réalité. <i>Ex : l'enfant rit si on lui dessine un chat à deux têtes, ou si on lui raconte l'histoire d'un chat qui meugle.</i> Cependant, il ne faut pas changer trop de détails, sinon l'enfant ne sait plus à quelle réalité les rattacher. Un peu plus tard, entre 3 et 6 ans, les enfants aiment répéter des mots qui riment ou créer des mots qui n'ont pas de sens.
4ème stade : humour proche de celui des adultes	à partir de 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant perçoit que le sens des mots peut être ambigu.

Tableau 4. Les différents stades du développement de l'incongru selon Mac Ghee¹

Le développement de l'humour prend pour assise les développements du sourire et du rire (voir au chapitre qui traite du rire), mais aussi le jeu, le symbole, le langage. Le développement de l'humour suit le développement de l'incongru comme l'a décrit Mac Ghee (Tableau 4).

¹ Mc GHEE P. E. : "Humor", *Its origin and development*. San Francisco: Freeman W H. & Co, 1979. (cité par [AIMA 88]).

1.3. Le rôle des parents dans la genèse de l'humour

Aimard met plus particulièrement en lumière les processus relationnels entre les parents et l'enfant qui permettent le développement de l'humour.

Les parents sont les interlocuteurs privilégiés de l'enfant. Ils sont les **interprètes** de ce qu'il manifeste. Ce qu'ils trouvent drôle chez leur enfant va être non seulement source de **joie**, mais aussi un point qu'ils vont développer à l'envi avec lui. Spectateurs amusés, leur rire invite l'enfant à les faire rire encore en reproduisant les gestes qui ont été à l'origine de leur amusement.

Ils sont donc tour à tour **initiateurs** et **amplificateurs** du rire et de l'humour. Ils créent avec leur enfant des références culturelles familiales uniques. Ils instaurent une **complicité** à travers le rire, le jeu, et l'humour. Ces moyens plaisants leur permettent de construire un cadre sécurisant pour amener leur petit du **connu vers l'inconnu**.

Reproduisant les mêmes astuces, les mêmes gags, ils glissent progressivement des **incongruités nouvelles** pour introduire du **changement dans la continuité** du rire et de la joie. La répétition permet d'installer l'anticipation ; l'inattendu vient rompre l'anticipation que l'enfant avait établie. Ils veillent toutefois à ce que ces incongruités nouvelles ne constituent un exercice ni trop facile, ni trop dur, pour leur enfant : le familier doit l'emporter sur le nouveau pour que la durée de l'incertitude créée par la surprise n'amène pas l'enfant à la frustration. Maîtres du jeu, les parents contrôlent les limites entre le rire et les larmes.

Par l'humour, le rire et le jeu, ils invitent l'enfant à être peu à peu lui-même **co-créateur**, ils ouvrent avec lui la porte de l'imaginaire, du symbole et de ce qui donne sens. Nous retrouvons là à l'état naissant les principes que nous avons évoqués dans l'élaboration du comique.

1.4. Le rôle de l'enfant face à ses parents

"Ca y est, maman ! Je lis bien, je lis même les yeux fermés !"
(Julien, 5 ans) [AIMA 88]

L'enfant, quant à lui, apprend très vite qu'il a un formidable pouvoir de **séduction** grâce à ses formes dodues, son sourire, et ses éclats de rire. Il se rend progressivement compte que la **réalité prend différents visages**. Il est

doué de formidables capacités **d'imitation** où il retranscrit dans des gestes, des émissions vocales ce qu'il comprend. Cette relecture de la réalité est parfois amusante parce qu'il n'en saisit que certains morceaux qui lui apparaissent les plus frappants et parce qu'il juxtapose ces morceaux parfois sans qu'il y ait de lien logique entre eux :

"L'enfant imite en bloc tous les détails sans s'apercevoir que certains sont étrangers à l'action :

Céline, 2 ans :

Elle vient d'accompagner sa mère chez le coiffeur. Au retour elle rejoue la scène, coiffe sa mère, imitant tout ce qu'elle a vu. En même temps, elle mâche puissamment en faisant beaucoup de bruit.

– *Qu'est-ce que tu fais ?*

– *Ben, je te lave les cheveux !* (la shampouineuse mâchait du chewing-gum !)"

[AIMA 88] p 88.

Il peut exister aussi une imitation asynchrone : "*l'enfant imite le son de la voix, l'intonation, mais pas les mots !*" Tous ces décalages provoquent le rire des parents.

Jusqu'ici, il n'y a pas d'humour de la part de l'enfant, seulement du **comique dans le regard des parents**. Mais l'enfant voit que cela plaît aux parents et cherche à reproduire leur rire. Par essais successifs, les imitations s'améliorent. Les parents relèvent aussi les réussites dues au hasard, ce qui permet à l'enfant d'y prêter attention et de travailler la question de façon plus fine, par tâtonnements successifs.

Paule Aimard parle d'humour lorsqu'il y a de **l'imitation** à laquelle a été ajoutée une **trouvaille** tout à fait **personnelle**, qui montre que l'enfant se saisit du réel et s'en amuse. Ces imitations associent du sérieux et du non sérieux, de l'amplification ; elles renforcent en particulier **l'identité** de l'enfant, la reconnaissance des caractéristiques sexuelles, la reconnaissance de ce qui est autorisé et interdit.

Cette **reconnaissance des limites** est d'ailleurs l'occasion pour l'enfant d'exercer sa **liberté** dans l'espace restreint de ce qui lui est permis : il peut parfois arriver à ses fins sans conflit grâce à l'humour, défiant l'autorité des adultes en conciliant le plaisir de jouer et la frustration de la règle. Dans ce cas, le comique utilisé par l'enfant peut avoir une petite pointe d'agressivité, mais ceci ne peut se faire que dans un climat de complicité. Cette petite pointe d'agressivité se conçoit dans la mesure où l'enfant est petit face à ses parents qui semblent avoir tous les droits et lui beaucoup d'interdits.

"[...] *l'humour permet de traiter autrui avec gentillesse, sans blesser, sans être trop abrupt. On peut ainsi exprimer et s'affirmer sans abdiquer, tout en s'efforçant de maintenir la communication, de préserver l'estime d'autrui, de confirmer l'entente et la comivence. On trouve en effet, dans l'humour, une certaine bienveillance qui deviendra, chez l'adulte parfois, un humour-sympathie. Un fort intérêt pour la vie, pour la nature humaine malgré ses défauts et ses faiblesses. Ce n'est pas un humour enseigné, ni directement imité par l'enfant. Chacun perçoit à sa façon les choses de la vie.*" [AIMA 88]

2. ORIGINES ETYMOLOGIQUES

"*Aux grands mots, les grands remèdes.*"²

Comprendre un mot, c'est entrer dans les perceptions du monde choisies par des communautés humaines dans des lieux et à des époques données.

Cette compréhension est d'autant plus passionnante que *l'humeur* (le mot qui donnera le mot *humour*) entre pour une part importante dans la compréhension – empirique et erronée – de la physiopathologie* chez les médecins grecs de l'école hippocratique qui ont par ailleurs posé des bases scientifiques solides pour notre médecine moderne.

Nous allons nous "attaquer" au mot *humour* à la racine. Dans un petit voyage chronologique, nous étudierons les sèmes*³ recueillis par le lexème*⁴ *humeur / humour*. Cette approche tentera de partager les saveurs d'antan de ce mot fluide qui échappe à une définition précise comme de l'eau sur un sol assoiffé.

² □ MOTS-LIERRE : *Le palabre imaginaire*. Acte XXXIII, scène 17. Lille : Éditions du Petit Théâtre de la Poche Rapiécée, 1919.

³ Le sème est la plus petite unité de signification. (voir lexème) [CAHI 76]

⁴ Le lexème est en quelque sorte le mot composé de son aspect signifiant (comment il se dit ou s'écrit) et de son aspect signifié (quelle idée ou quelles idées il véhicule) : un lexème est composé de plusieurs sèmes [CAHI 76] : ainsi le lexème "canard" a pour sèmes : s₁ = volatile, s₂ = note (de musique), s₃ = sucre, s₄ = qui plonge à partir de la surface d'un élément liquide, s₅ = onomatopée (pour mémoire : "coïn-coïn"), s₆ = animé (dont les dessins), s₇ = inanimé (surtout à côté des oranges)...

2.1. UG-, hugros, chumos, umere, et (h)umor

Dans notre langue mère indo-européenne, la racine du mot *humour* serait UG- qui exprimerait une idée d'humidité [GRAN 94]. Cette racine se retrouve dans le mot grec *hugros* (υγρός) et dans le latin *umere* (langage poétique) devenu *humere*⁵, verbe qui signifie être **humide**.

Le mot *hugros* (υγρός) désigne ce qui est **humide, liquide, souple, délicat** [BAIL GF]. Ce mot se retrouve dans les termes du langage scientifique forgés à partir du XVII^{ème} siècle comme l' *hygromètre* (1666), instrument de précision servant à mesurer le degré d'humidité de l'air [ROBE 92].

Le mot *humere* viendrait peut-être du mot *ugs-mere*, fruit du mariage de cette racine UG- et de la racine indo-européenne MER- qui exprime l'action de briller ; cette racine MER- a donné l'adjectif latin : *merus*, qui signifie **clair, pur**, le terme *mier* en ancien français et l'anglais *mere*, qui signifient tous deux : *pur* [GRAN 94]. Du verbe *(h)umere* dérive le nom *(h)umor* [ERNO 39].

Le nom latin *(h)umor* (gén. *(h)umoris*) désigne l'**humidité** dans son sens **concret**, mais aussi **abstrait, l'humeur** [ERNO 39], les **liquides** de toutes sortes [GAFF 34], les **fluides** [QUIC 99].

Mais d'où vient donc le *h* de *humor*⁶ ? Ernout et Meillet [ERNO 39] font remarquer que la graphie sans *h* est la plus correcte, mais que l'étymologie populaire, qui a rapproché *umor* (humidité) et *humus* (terre), a ajouté un *h* adventice. Nous avons rencontré cette confusion étymologique à plusieurs reprises dans nos lectures, qui voudrait que *l'homme, l'humilité, l'humour* et *l'humidité* (et pourquoi pas *l'humérus*) soient nés d'une même racine. Il n'en est rien : *humus, homme, et humilité*, viennent d'une racine assez bien définie qui est l'indo-européen KHEM-, qui a donné en grec *khamai* (χαμαι) qui signifie *à terre* ; quant aux latins, ils ont hérité de cette racine dans le mot (a) *humus*, dont dérivent (b) *homo* (gén. : *hominis*), *le terrestre*, celui qui vient du *sol* – c'est-à-dire l'homme –, (c₁) *humilis*, l'humble, celui qui est à terre, peu élevé, (c₂) *humanus*, humain, (c₃) *humanitas*, la bienveillance.

⁵ Le mot latin est en fait *hūmēre* avec un *u* long, ce qui traduit en général la présence d'un phonème disparu, qui serait ici *g* de l'indo-européen UG-.

⁶ Ceci est d'une importance capitale, surtout lorsqu'on doit faire des enluminures.

Si le terme *hugros* (υγρος) semble faire consensus chez quelques auteurs pour désigner la racine grecque très probable du mot latin (*h*)*umor* [ERNO 39, GRAN 94], d'autres auteurs [QUIC 99] proposent les termes grecs *chumos* (χυμος) ou *uô* (υω).

Le mot *chumos* (χυμος) désigne ce qui est **liquide**, mou, ou en **fusion**, ce qui est mollesse, **élasticité**, **malléabilité** ; c'est aussi le **suc** ; un troisième sens est : le **goût** et la **saveur** ; ce mot désignait enfin **l'humeur** (le liquide physiologique) en médecine.

Ce mot est très proche de *chulos* (χυλος) qui est le **jus**, le **suc** nourricier, la **sève**, et désigne aussi le goût et la saveur. C'est ce terme qui a donné le **chyle**⁷, liquide d'aspect laiteux, composé de la transformation et l'assimilation des aliments par le tube digestif, qui se jette dans le canal lymphatique. Le chyme, qui vient de *chumos* (χυμος) est synonyme.

Chyle et *chyme* sont apparus au début du XVI^{ème} siècle dans le latin médical. La parenté du terme *humour* avec *chumos* et *chulos*, quoique fort jolie et séduisante, ne nous paraît pas exacte en raison des critiques séparatistes que nous formulons ci-dessus concernant la proclamation démagogique de la lettre *h* comme première dame dans le mot *humor*.

Le mot *uô* (υω) est un verbe qui signifie : faire pleuvoir. Il est certain que dans ces conditions climatiques règne effectivement une certaine humidité qui viendrait probablement toujours de la même racine indo-européenne UG-. Mais sa parenté avec le mot *humour* nous paraît improbable.

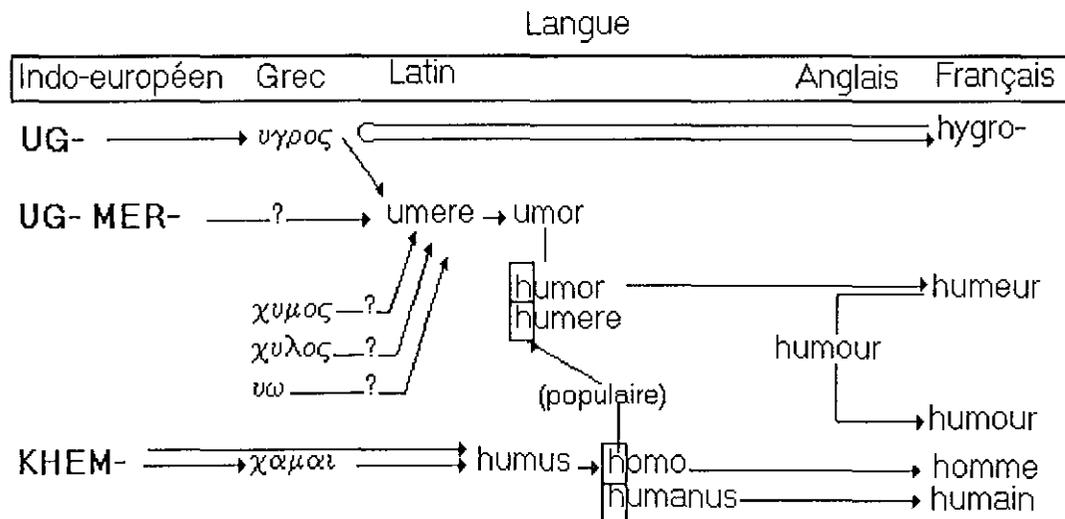


Figure 13. Origines étymologiques du mot *humour*.

⁷ Contre toute attente, c'est un terme qui est bien masculin.

Le mot *humeur*, qui deviendra le mot *humour* comme nous le verrons plus loin, recouvre donc à l'origine chez les Grecs plusieurs sens voisins : tout ce qui est liquide, les liquides physiologiques*, ce qui est souple, et peut-être par extension ce qui a du goût et de la saveur comme le jus ou le suc. Les latins ne gardent de l'humeur que deux sens, à savoir le sens concret de liquide, dont les liquides physiologiques, et le sens abstrait de l'humeur en tant que disposition psychologique. L'humeur (humour) n'a pas de point commun étymologique avec le mot homme plutôt sec et terreux (humus) et ses dérivés (Figure 13).

2.2. L'humeur

Ayant précisé la place de l'humeur dans le champ sémantique historique, nous présentons maintenant l'histoire de l'humeur comme terme médical.

On attribue à Polybe, médecin, disciple et gendre du célèbre Hippocrate de Cos (né vers 460 avant J.C.) la rédaction de la théorie des humeurs. Cette théorie permettait d'expliquer de façon cohérente les dysfonctionnements de l'organisme au cours des maladies, et de proposer des traitements comme la saignée ou les régimes pour rétablir l'équilibre entre ces différentes humeurs.

"Le corps de l'homme renferme du sang, du phlegme, de la bile jaune et de la bile noire. Voilà ce qui constitue la nature du corps ; voilà ce qui est cause de la maladie ou de la santé. Dans ces conditions, il y a santé parfaite quand ces humeurs sont dans une juste proportion entre elles tant du point de vue de la qualité que de la quantité et quand leur mariage est parfait ; il y a maladie quand l'une de ces humeurs, en trop petite ou trop grande quantité, s'isole dans le corps au lieu de rester mêlée à toutes les autres. Car nécessairement quand l'une de ces humeurs s'isole et se tient à part soi, non seulement l'endroit qu'elle a quitté devient malade, mais aussi celui où elle va se fixer et s'amasser, par suite d'un engorgement excessif, provoque souffrance et douleur. De fait, quand l'une de ces humeurs s'écoule hors du corps plus qu'il ne faut pour résorber la surabondance, la vacuité provoque de la souffrance ; si, inversement, c'est à l'intérieur que l'humeur s'évacue, change de place et se sépare des autres, de toute nécessité, d'après ce qui a été dit, c'est une double souffrance qu'elle provoque : à l'endroit qu'elle a quitté et à celui où elle s'est amassée en excès."

[HIPPI 1]

Selon la médecine hippocratique, il existait quatre humeurs (quatre liquides physiologiques*) : la bile jaune, la bile noire encore appelée atrabile (du

latin médical : *atra* : noir et *bilis* : bile), le flegme⁸ ou pituite qui est en fait la lymphe, et le sang. Par analogie aux quatre éléments constitutifs de l'univers, on considérait qu'elles déterminaient quatre dispositions psychologiques (tempéraments) selon leur prédominance (Figure 14) :

- Le bilieux (feu) : chaud et sec
- L'atrabilaire (terre) : froid et sec
- Le flegmatique (eau) : froid et humide
- Le sanguin (air) : chaud et humide

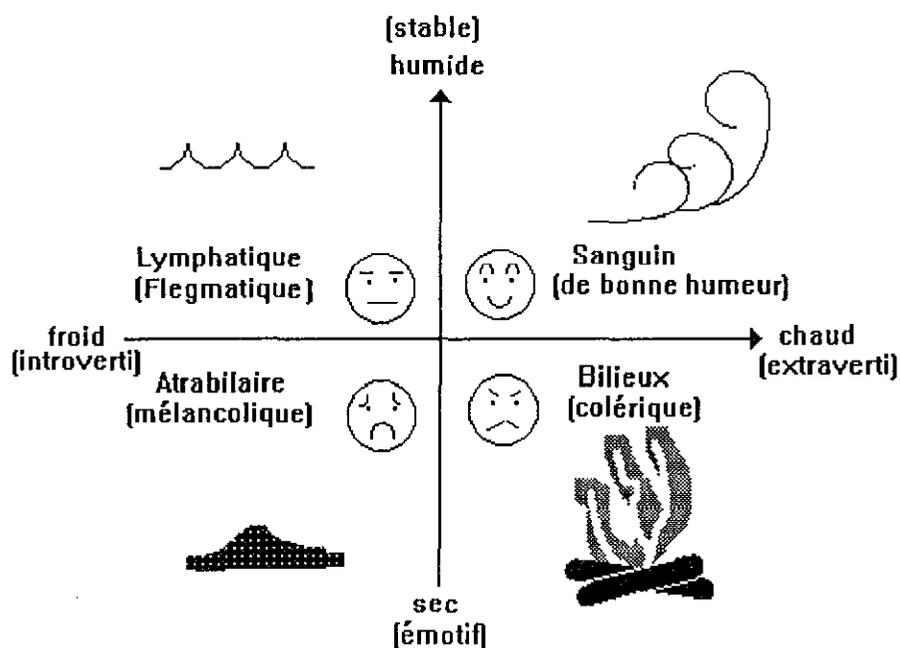


Figure 14. Les 4 tempéraments selon la conception antique d'Hippocrate (d'après [BERT 98b]).

Entre parenthèses figure une conception moderne du tempérament selon Eysenck⁹.

Si la bile, la lymphe, et le sang nous sont connus¹⁰, d'où vient en revanche l'atrabile ? Il s'agissait certainement du sang contenu dans la rate qui apparaît rapidement noir après le décès en raison de la formation d'un caillot et de sa décomposition dans cet organe gorgé de sang.

Galien a tenté d'expliquer la physiopathologie des troubles de l'humeur, c'est-à-dire des troubles psychologiques, par la prédominance

⁸ parfois orthographié : phlegme.

⁹ EYSENCK H. : *Les dimensions de la personnalité*. Paris : PUF, 1950. (cité par [ZIV 87]).

¹⁰ Depuis, la médecine a observé qu'il existe d'autres liquides physiologiques dans l'organisme : l'humeur aqueuse (œil), le liquide céphalo-rachidien (cerveau, moelle), l'urine, la salive, les sécrétions bronchiques, les sécrétions digestives, le liquide séminal, le liquide synovial, les liquides interstitiels, les liquides intracellulaires...

anormale de l'une des humeurs dans l'organisme [BERT 98b]. Pour lui, le rire permettait de chasser la bile noire (la mauvaise humeur) de la rate¹¹.

Reprise maintes fois, cette conception physiopathologique n'a pas été réévaluée pendant des siècles. Ces théories n'ont aujourd'hui plus aucune valeur : l'humeur (disposition psychique) ou la personnalité d'un individu dépendent de phénomènes psychologiques innés* et acquis*, de phénomènes hormonaux, biochimiques, et relationnels, et non pas de mouvements de liquides physiologiques. L'atrabile n'existe pas chez le sujet vivant.

La théorie antique des humeurs fait cependant encore vivre certains magazines populaires peu scrupuleux quant à l'exactitude de leurs publicités ou de leurs articles, et certains charlatans exploitant la crédulité des patients.

2.3. L'humour [EVRA 96]

*"L'humour est notre humeur qui aurait filé à l'anglaise."*¹²

A l'origine, il s'agit du terme français *humeur*, qui évoque à la fois les liquides physiologiques* et le caractère (à savoir la disposition psychologique) selon la conception médicale hippocratique. Ce terme est passé Outre-Manche probablement durant le Moyen-Age en conservant ce sens, et s'écrit "*humour*" chez les Anglais.

Mais il perd au XVI^{ème} siècle ses quatre qualificatifs (sanguin, bilieux, atrabilaire, flegmatique) qu'il avait jusqu'alors pour désigner non plus un caractère, ou surtout un jeu théâtral, mais la **tournure d'esprit des excentriques comiques**, "*prisonniers de leurs lubies [...] [qui vont] à contre-courant de l'action dramatique, en faisant obstacle par [leur] comportement absurde à l'issue espérée*"¹³ [EVRA 96]. Nous pourrions qualifier ce comportement d' "humoresque".

Cette conception évolue pour donner l'attitude intentionnelle et créatrice du "véritable" humour qui "*a l'air sérieux quand tout le monde rit*

¹¹ Ce que Kant admet encore à son époque, sans esprit critique (pour une fois). Mais on ne peut pas critiquer la raison pure, la raison pratique et les bases de la physiologie en une vie.

¹² □ LEGESTE-DUSEMEUR Auguste : L'humour à rebours. In : *Le verbe vagabond, verbiages, et autres verbicités*. Dunkerque : Interlope, 1725.

¹³ *Hamlet (tapping his forehead)* : – Where's my umbrella ? It's raining cats and dogs ! Mum said I shouldn't put those shoes destined for sundays when the weather is so clumsy. (au lieu de : – To be, or not to be... that is the question.)

*autour de lui*¹⁴. L'humour sort en quelque sorte du théâtre ou de la littérature pour devenir un **état d'esprit**, puis un véritable **art de vivre**.

Le mot *humour* fait son apparition dans le vocabulaire français en 1725. Dans une correspondance¹⁵ à l'abbé d'Olivet, en 1762, Voltaire définit l'humour ainsi :

"Ils ont un terme pour signifier cette plaisanterie, ce vrai comique, cette gaieté, cette urbanité, ces saillies qui échappent à un homme sans qu'il s'en doute ; et ils rendent cette idée par le mot humeur, humour, qu'ils prononcent yumor, et ils croient qu'ils ont seuls cette humeur [...] cependant, c'est un ancien mot de notre langue [...]"

Pour être plus précis, le mot anglais désigne la faculté de présenter une réalité de façon plaisante, insolite ou absurde (le *nonsense*¹⁶) avec une attitude détachée, presque triste¹⁷, ce que nous pourrions appeler le comique **pince-sans-rire***. Quoiqu'en dise Voltaire, l'humour constitue pour les anglais une véritable tradition nationale qui exprime *l'âme anglaise*¹⁸. En France, il faudra attendre une petite éternité pour que les Immortels lui donnent le droit d'entrer à l'Académie, en 1932.

Actuellement, selon le Petit Robert, il s'agit d'une "*forme d'esprit qui consiste à présenter la réalité de manière à en dégager les aspects plaisants et insolites*" [ROBE 92]. Toutefois, comme le souligne Evrard, il est difficile de définir la spécificité de l'humour, en raison de "*la variété de ses formes mais aussi [de] la proximité avec les autres modes du discours comique comme l'ironie, le mot d'esprit ou la satire.*"

Nous allons donc essayer de définir quelle est la spécificité de l'humour pour comprendre ce qu'il peut éventuellement apporter à celui qui souffre et à ceux qui l'accompagnent.

¹⁴ ADDISON : *The Spectator*, n° 35, 10 avril 1711.

¹⁵ VOLTAIRE : *Mélanges littéraires*, Lettre à l'abbé d'Olivet, 21 avril 1762. (cité par [EVRA 96])

¹⁶ Le *nonsense* constituera même un style littéraire à part entière vers le milieu du XIX^{ème} siècle, qui mêle enfance, logique, folie délirante, et fantasmagorie. L'oeuvre la plus connue est *Alice au pays des merveilles* (1865) du révérend Charles Lutwidge Dodgson, alias Lewis Carroll, mathématicien et poète [EVRA 96].

¹⁷ Selon nous, il ne s'agit pas d'une tristesse profonde qui se traduirait sinon par un comique mêlé*, mais plutôt d'un détachement qui emprunte une émotion opposée pour que le rire de l'auditeur n'en soit que plus façonné et recherché par le locuteur*, par contraste. De cette façon, le rire de l'auditeur ne peut pas être dû au rire phatique* du locuteur employé pour cacher un comique maladroit.

¹⁸ Exemple : pour les anglais, un jour de pluie est "*a beautiful day*" (une belle journée), et un jour ensoleillé est "*a glorious day*" (une splendide journée). On ne parle pas impunément du temps avec un anglais dont le for intérieur est trituré par le souci d'avoir un gazon impeccable.

3. REFLEXIONS PHILOSOPHIQUES POUR UNE DÉFINITION DE L'HUMOUR

"Un peu d'humour, un peu d'amour : un peu de joie."
[COMT 95]

3.1. Problématiques

Nous avons pu classer jusqu'à présent différents concepts* et leur attribuer des définitions précises. Le rire est une manifestation physique visible et audible, expression "débordante" habituelle d'une surprise très plaisante. Le comique est la cause habituelle et normale du rire, une sorte de mécanisme sémantique* qui permet de créer la re-création de cette surprise très plaisante chez un auditeur.

Nous avons pu identifier différentes formes de comiques*, qui se répartissent surtout en comiques purs* et comiques mêlés*. Les comiques mêlés comportent des sentiments* négatifs et/ou une atteinte vis-à-vis d'une ou plusieurs personnes par opposition aux comiques purs qui ne comportent ni l'un ni l'autre de ces constituants.

Les recherches étymologiques que nous venons de présenter sont insuffisantes pour comprendre quelle est l'essence* de l'humour, même si l'étude du lexème* *humour* permet d'entr'apercevoir que ce mot contient une réalité plus complexe qu'une simple variété du comique [DERV 68].

Nous essayerons donc dans cette partie de comprendre :

- En quoi l'humour se détache-t-il du comique et en particulier des comiques mêlés ?
- Quels sont les constituants de l'humour ?
- Quelles sont les intentions de l'humour ?

3.2. Analyse du concept humour

3.2.1. L'humour, un comique pur

Lorsque nous essayons de voir comment nous pouvons définir l'humour jusqu'à présent, nous pouvons constater que :

- L'humour, tel qu'il est défini par le dictionnaire [ROBE 92], **n'est pas le rire**, parce qu'il provoque éventuellement le rire – comme le comique – en présentant la réalité de façon plaisante.
- L'humour **n'est pas superposable au comique**, parce qu'il semble exprimer, selon son étymologie anglaise, quelque chose de **plus original** que la simple fabrication du rire grâce au comique. Il y a dans l'humour quelque chose qui relève de l'art de vivre, d'une attitude, d'un détachement, d'une **disposition de l'être**. Le comique pourrait donc n'être qu'un constituant de l'humour.

Vers quel comique l'humour tend-il ? Est-ce vers le comique pur ou le comique mêlé ?

Pour connaître l'orientation de l'humour, nous avons procédé à un choix. Dans l'espace de communication que nous décrivions au chapitre précédent entre un locuteur* et un auditeur*, nous désignons arbitrairement le patient comme auditeur et le soignant comme locuteur.

Prodiguer un soin ne peut s'envisager que dans une attitude – une qualité d'être* – qui est pleine d'attention pour l'autre. De même que le soin exige du soignant un profond respect du patient, de même le comique qui peut y prendre place exige le plus profond respect du locuteur vis-à-vis de l'auditeur.

Si un soignant souhaite *rire avec* celui qui souffre, c'est-à-dire une personne qui subit déjà une agression et qui porte parfois en elle des sentiments négatifs, la dérision* (le comique mêlé*) viendrait rajouter agressions et sentiments négatifs. Nous pensons par conséquent que l'humour ne peut être composé que d'un **comique pur***.

L'humour semble pourtant synonyme de dérision* dans certaines circonstances. Nous pensons que le mot *humour* employé à la place du mot *dérision* est un détournement du sens exclusif que le mot *humour* devrait avoir : il s'agit de dissimuler la dérision sous une appellation noble pour essayer d'anoblir ce qui est sans noblesse.

Toutefois, le dessein de l'humour qui est d'employer un comique pur reste un défi. Produire du comique en vue de provoquer le rire de l'autre est toujours un **risque** qui dépend des conditions que nous énoncions dans le chapitre précédent (Tableau 1). Cette prise de risque est la synthèse d'une somme d'informations issues du contexte et de la connaissance de l'auditeur. Or cette somme d'informations peut être incomplète, et le comique parfois maladroit au point d'offrir à l'auditeur un comique **ambigu** :

"Ainsi quand Groucho Marx déclare superbement : "J'ai passé une excellente soirée, mais ce n'était pas celle-ci." S'il le dit à la maîtresse de maison, après une soirée ratée, ce sera plutôt de l'ironie. S'il le dit au public, à la fin de l'un de ses spectacles, ce sera plutôt de l'humour. Mais il peut s'y ajouter de l'humour dans le premier cas, si Groucho Marx prend sa part de responsabilité dans l'échec de la soirée, comme de l'ironie dans le second, si le public, cela arrive, manquait par trop de talent..." [COMT 95].

3.2.2. L'humour, un comique épris de bienveillance

"Il est important de répéter que le socle de l'humour est la bienveillance." [ARIN 71]

Quelle que soit la forme que peut prendre le comique que choisit le locuteur, qu'il soit pur ou ambigu, il s'agit toujours d'une démarche éthique* dans la mesure où il s'adresse à un autre, et que le locuteur pose des choix dans cette rencontre avec l'auditeur.

La démarche éthique vise la vie bonne et heureuse, ici, de la part du locuteur à destination de l'auditeur. Cela suppose que le locuteur ait pris conscience de la dignité de l'auditeur. La dignité de l'auditeur, c'est ce respect redevable à tout patient que nous évoquions précédemment. Cette dignité – ce respect – n'est pas un privilège réservé à quelques patients ou à quelques auditeurs, mais c'est la reconnaissance de la noblesse de *chaque* patient, de *chaque* auditeur, qui a droit à notre plus haute estime et notre concours pour lui apporter cette vie bonne et heureuse, autrement dit cette santé.

Cette intention se heurte nécessairement à la pesanteur de la condition humaine, que ce soit du côté du patient ou du soignant. Ces limites – cette pesanteur – sont d'autant plus importantes que s'ajoutent aux limites

habituelles comme la fatigue, l'exaspération, les petites manies¹⁹, des limites imposées par la maladie comme la douleur, la disgrâce, ou la puanteur.

Il est donc parfois bien difficile de reconnaître cette dignité chez ce souffrant qui vient nous voir, il est bien difficile de dépasser ces pesanteurs qui sont les siennes et les nôtres, il est bien difficile de ne pas tomber dans le comique mêlé – si l'échange devient comique – dans les choix qu'offre le dialogue face à celui qui nous agresse avec sa maladie et ce qu'il est.

L'humour est donc ce choix que nous opérons et que nous considérons – à tort ou à raison – **bienveillant**, à la lumière de ce que nous connaissons de l'autre, parfois imparfaitement. Et comme toute démarche éthique, cet engagement à proposer du comique pour l'autre s'accompagne d'une prise de risque, celle de tomber à côté, de ne pas éveiller de gaieté chez l'autre, de l'inquiéter, voire parfois de le blesser en touchant maladroitement et par ignorance ce qui fait le tragique de son existence [ROUS 88].

Nous comprenons donc que si le comique peut inviter à rire de tout, tout comique n'est donc pas profitable dans l'approche humoristique avec l'autre. L'humour est – selon nous – ce parti pris de **rire avec l'autre**, et non pas de lui, ni contre lui, ni avec lui contre d'autres. L'une des premières démarches de l'humoriste sera donc de faire le choix de ne pas rire de tout à tout instant. Cette sobriété dans l'ivresse à laquelle invite le comique est une vertu* qu'Aristote appelle *eutrapélie**.

L'humour est une proposition pour un rire avec l'autre qui tombe **juste**, autrement, le comique qui se prend pour de l'humour usurpe ce titre de noblesse :

"Le bon humour ne dépasse pas les limites de la bienséance. L'esprit et la plaisanterie le font habituellement, généralement aux dépens des autres. L'humour ne se le permet pas, à moins que ce ne soit un reflet de la bienveillance." [ARIN 71]

3.2.3. L'eutrapélie ou vertu d'enjouement

L'eutrapélie* est un concept* oublié qui est l'ancêtre de l'humour. L'eutrapélie (ευτραπελία) vient de l'adjectif grec *eutrapélos* (ευ-τραπελος) qui signifie "*qui se tourne*²⁰ *facilement*", à savoir "*souple, agile (d'esprit)*",

¹⁹ pris au sens de "habitudes".

²⁰ La racine d'*eutrapélos* est *trépô* (τρῆπω) qui signifie *se tourner* et que l'on retrouve dans le *tréponème pâle*, bacille filiforme *contourné* de la syphilis.

d'où "*prompt aux réparties, d'humeur enjouée, qui plaisante facilement*" [BAIL GF].

L'eutrapélie n'était peut-être pas une notion abordée dans le second livre de la *Poétique* d'Aristote, qui aurait traité du comique, malheureusement disparu fort tôt [ARIS 1]. En revanche, c'est dans un traité de morale*, l'*Ethique à Nicomaque*, qu'Aristote parle de l'enjouement [ARIS 2].

Selon Aristote, l'homme **idéal** n'est pas un homme trop sérieux : c'est plutôt un homme **enjoué**, qui plaisante sans exagération. Cet état d'enjouement (eutrapélie) devrait se manifester au sein des **relations sociales**, en particulier au cours des **loisirs** qui sont **nécessaires** au repos. Mais cet enjouement demande une **prudence** pour éviter le rire de moquerie. Le comique de l'homme enjoué se développe avec **tact et mesure**, dans une gaieté de **bon goût**. Etre homme d'esprit n'est pas plaisanter à tout propos, mais trouver un juste milieu dans l'exercice d'un **talent naturel**. L'eutrapélie sied à l'homme de **bonne éducation, libre et vertueux**.

Aristote oppose l'homme enjoué au bouffon qui se rit de tout à l'excès, et à l'homme rustre toujours critique à qui manque cet esprit joueur, ou encore à l'homme d'une nature servile ou sans éducation. Il met dans l'amusement inconvenant les plaisanteries obscènes, les moqueries, et tout propos comique qui attriste celui qui écoute, qui ne tient pas compte des autres.

Cette vertu d'eutrapélie – nécessité pour l'homme d'être enjoué – a été reprise par Saint Thomas d'Aquin [AQUIN] dans la *Somme théologique*. Dépassant les points de vue restrictifs d'auteurs chrétiens antérieurs comme Ambroise ou Chrysostome qui n'accordaient que peu de crédit au jeu dans la vie du chrétien, Thomas réhabilite l'enjouement comme **délassement** face à la fatigue mentale. Il met cependant lui aussi en garde contre les plaisanteries grossières, insolentes, ou obscènes, et contre l'excès de plaisanteries à tout propos, qui ne seraient pas en **harmonie** avec l'état habituel de l'homme en tant qu'être de raison doué de cette eutrapélie qualifiée d' "**heureuse souplesse**". Cette activité **récréative** et le **plaisir** qui en résulte sont **bons** en soi, mais il faut auparavant avoir "*satisfait à toutes nos obligations graves ou sérieuses*." Thomas réhabilite le **jeu** comme activité **nécessaire**, ainsi que les comédiens, longtemps déconsidérés par l'Eglise. Après ce réveil au sein de la théologie* morale* chrétienne, l'eutrapélie sombre de nouveau dans l'oubli [RAHN 61].

Aristote puis Thomas d'Aquin présentent donc l'eutrapélie comme inhérente à la nature humaine. Cet enjouement est une nécessité, qui se

déploie dans une juste mesure, de façon harmonieuse, en relation avec d'autres.

3.2.4. L'humour, un comique rempli d'humilité

L'eutrapélie, cette joyeuse souplesse de l'esprit, semble faire partie de l'essence* de l'être humain puisqu'Aristote en fait une vertu*, et semble être en étroite relation avec ses limites, puisqu'il s'agit d'une nécessité.

L'humour serait-il donc profondément humain ?

La vertu de l'être humain, c'est **l'humilité**, c'est-à-dire ce consentement à n'être que ce qu'il est dans un ici et maintenant, consentement libre à s'accueillir limité et assoiffé comme une terre (humus) aride. Cette soif est le désir*, la perception des limites, la perception du manque à être*.

Cette humilité est **dessaisissement** : c'est un abandon choisi de la volonté de maîtrise, abandon délibéré de la volonté de remplir ce manque à être* par l'agitation du faire, par l'accumulation de l'avoir, ou par l'orgueil*.

L'humour est humilité. Il est accueil de soi avec bienveillance, déjà ***rire avec soi-même**** avant même d'être rire avec l'autre :

"Manquer d'humour, c'est manquer d'humilité, c'est manquer de lucidité, c'est manquer de légèreté, c'est être trop plein de soi, trop dupe de soi, c'est être trop sévère ou trop agressif, c'est manquer par là, presque toujours, de générosité, de douceur, de miséricorde... Trop de sérieux, même dans la vertu, a quelque chose de suspect et d'inquiétant : il doit y avoir quelque illusion ou quelque fanatisme là-dessous..." [COMT 95]

"Comme il faut se prendre au sérieux, au contraire, pour se moquer des autres ! Comme il faut être orgueilleux, même, pour se mépriser !" [COMT 95]

Avec l'humour, il s'agit de renoncer à cette volonté d'avoir une emprise sur l'autre en utilisant le comique pour s'approprier le rire de l'autre. Même s'il est plaisant, l'humour **refuse de séduire**.

Or, le comique, même pur, peut ne constituer qu'un instrument séducteur et phatique²¹ qui n'est au service que du locuteur : celui qui émet

²¹ "Allô !" est une expression phatique : expression qui sert seulement à attirer l'attention.

un propos comique rit tout seul et n'invite pas l'autre à rire. Le comique peut ainsi nous donner l'illusion d'être avenant dans le cadre de la rencontre, en particulier au cours du soin, alors que cette forme d'accueil manque son but car elle inquiète l'autre.

3.2.5. L'humour, un don reçu

L'humour se reçoit, comme s'il venait d'un autre (possible origine transcendante*, comme le suggèrent certains patients ? Voir Chap. 9, 3.2.), parce qu'il vient au coeur de cette non-maîtrise, ce refus de se saisir de tout pour rire à tout prix. Il arrive sans qu'il y ait eu besoin de trop réfléchir, comme une trouvaille, dans une **spontanéité** qui surprend l'auditeur et le locuteur. C'est un don, il est **gratuit, désintéressé**.

3.2.6. L'humour : un état d'esprit qui vient de l'enfance

La spontanéité de l'humour est celle des petits enfants. L'enfant est humble par nature, parce qu'il sait qu'il est petit. **L'esprit d'enfance** invite au jeu, à l'émerveillement, à la création :

*"[...] cet esprit d'enfance qui est abandon, insouciance, esprit de la perte d'esprit. L'âge additionne. L'expérience accumule. La raison construit. L'esprit d'enfance ne compte rien, n'entasse rien, ne bâtit rien. L'esprit d'enfance est toujours neuf, repart toujours aux débuts du monde, aux premiers pas de l'amour. L'homme de raison est un homme accumulé, entassé, construit. L'homme d'enfance est le contraire de l'homme additionné sur lui-même : un homme enlevé de soi, renaissant de la renaissance de tout. Un imbécile qui joue à la balle. Ou un saint qui parle à son Dieu. Ou les deux à la fois."*²²

Si l'on trace un cercle sur un tableau et qu'on demande à des adultes ce que c'est, tous répondront "un cercle" ou "un rond", privilégiant un seul sens au réel.

Pour des enfants de classes maternelles, il s'agira d'un ballon, d'une bulle de savon, d'un hublot, d'une tarte, du soleil, d'un petit lymphocyte* grossi huit cents fois²³... On pourra objecter que l'adulte ne s'encombre pas de sens inutiles, et c'est vrai. Cependant, au cours de son éducation, l'adulte

²² BOBIN Christian : *Le Très-Bas*. Paris : Gallimard (Coll. L'un et l'autre), 1992. pp 112-113.

²³ Pour ceux qui croient lire *Pomme d'Api* en lisant le *New England Journal of Medicine* de leur père. Un élément précieux pour savoir si l'on a affaire à l'un ou l'autre journal, c'est que le *New England Journal of Medicine* ne parle pas de Petit Ours Brun.

semble gagner en précision ce qu'il perd finalement en créativité. Il semble aussi gagner en responsabilité ce qu'il perd en capacité à jouer.

Nous pensons que cette ouverture à l'humour et à l'enjouement est simplement enfouie, dissimulée sous les strates de l'expérience qui forge le sérieux. "Moi, j'ai vécu" dira l'adulte, mais l'esprit d'enfance demande tout simplement de vivre dans l'ici et le maintenant, de s'accueillir comme être de désir*. Cet esprit d'enfance est probablement l'un des fondements de l'humour, et serait présent chez chaque personne – sauf s'il existe des altérations des fonctions cérébrales où s'élabore le sens –, pour peu qu'il y ait suffisamment de renoncement, de dessaisissement. Ce dessaisissement pour accéder à l'esprit d'enfance et à l'humour est parfois plus facile chez les personnes handicapées mentales pour peu qu'elles sachent s'accueillir comme elles sont, ainsi que leur entourage.

3.2.7. L'humour, alliance entre liberté et réalisme*

Nous venons de voir que l'humour est humilité, parce qu'il survient chez quelqu'un qui connaît ses limites, ses faiblesses, quelqu'un qui est capable de rire avec lui-même.

Ce consentement à se reconnaître limité, ce n'est pas une résignation, mais c'est l'expression d'une réponse libre [BIED 96]. Ce renoncement est le plus haut lieu de la volonté, de la plus grande liberté, qui peut s'exercer dans les circonstances les plus inextricables, dans les situations sans issue, sous les plus fortes contraintes. Le renoncement est offrande de soi dans l'ici et le maintenant, dans la confrontation avec la violence du réel, où en définitive on se reçoit pleinement en retour. Le renoncement est choix de n'être pas autre chose que soi.

Ce renoncement n'a rien d'héroïque, puisqu'il est vertu* de l'être humain. Il est la démarche la plus facile à faire, mais aussi la plus difficile à qui croit qu'il faut nier ses limites pour être soi.

Ainsi, le patient peut prendre conscience qu'il est libre *malgré* les contraintes (les limites), malgré l'approche de la mort par exemple. L'humour exige cette prise en compte du réel, et plus encore au cours de la

maladie, sinon il s'agit d'une fuite, d'une illusion, ou d'un délire²⁴. Proposant un autre regard, l'humour entretient cependant des rapports étroits avec la vérité dont les visages sont multiples et parfois symboliques.

Ainsi, cette prise en compte du réel ne signifie pas la restriction des lectures de ce réel – c'est-à-dire la recherche de sens – à ses aspects immédiats les plus troublants, mais invite à en faire le constat, puis à construire, à composer avec lui, dans une démarche de véritable création. La joie se trouve dans cet **acte de création** qui dépasse le simple plaisir de créer pour créer : le sujet créant, composant avec le réel tel qu'il est avec ses contraintes, s'en trouve ainsi redéfini en tant que sujet.

3.2.8. La joie partagée avec l'autre, finalité de l'humour

"On peut être joyeux sans humour, mais l'humour suppose que l'âme soit en joie."
[ROI 80]

L'humilité, ce renoncement libre, ne peut s'envisager que dans une relation avec l'autre.

Ce renoncement n'est autre que celui qu'expérimentent par exemple les parents vis-à-vis de leur enfant. C'est le don de soi, de son temps, de son travail, pour qu'un petit autre vive, pour qu'il grandisse, pour qu'il devienne lui aussi à son tour don de lui-même. Ce dessaisissement est joie pour le parent, parce que c'est la joie de voir l'enfant heureux.

La joie est plus que la gaieté, elle est plus profonde : c'est ce plaisir d'être ensemble, ce plaisir de souhaiter le bonheur de l'autre. La joie existe, enfouie, même lorsque l'autre s'éloigne, dans le temps, dans l'espace, dans ce qu'il accueille de la relation.

Cette joie est d'autant plus profonde qu'elle est **désintéressée** : il n'y a pas – ou ne devrait pas y avoir – de calcul dans le don de soi d'un parent, parce que ce qui fonde la relation, c'est un *être avec**. Il faudrait aller plus loin pour comprendre tout à fait ce qu'est la joie, car la joie est un événement qui est en lien avec la transcendance*.

²⁴ Fuir, c'est ne pas vouloir voir le réel (mais on sait qu'il est là) ; avoir une illusion, c'est se tromper sur ce que l'on voit du réel (mais on peut s'interroger soi-même sur cette façon de voir) ; le délire, c'est réinventer un réel à soi qui n'a rien à voir avec le réel qui est devant soi, sans pouvoir critiquer cette rupture logique.

L'humour est **joie**. Il est fondé sur cet *être avec*, il est désintéressé. Son but est de rassembler, presque plus que de faire rire, de construire un "nous" entre un locuteur et un auditeur. Le rire partagé serait presque secondaire, il est serviteur dans la relation, symbole* de ce "nous" amusé, débordement de plaisir pour sceller une alliance dont le "nous" pourra faire mémoire.

L'humour construit une **relation dynamique** puisqu'il y a un échange, échange d'une parole comique contre un sourire, un rire, des rires, voire réponse par une autre parole comique. L'humour est un dialogue pour la joie, pour l'amusement. Comme tout dialogue vrai, il s'instaure dans une relation de **confiance**, dans la vérité, l'authenticité, mais aussi la pudeur, puisqu'il ne s'agit pas de rire de soi en manquant de respect pour soi, mais de rire avec soi-même.

3.2.9. La contingence de l'humour

La spontanéité de l'expression de l'humour en fait un **hapax*** : il survient une seule fois dans l'ici et le maintenant de l'espace de communication entre un locuteur et un auditeur ; son expression est unique. Il est réservé à cette seule rencontre, et raconter ce qui s'est passé, essayer de reproduire l'humour de cette rencontre privilégiée, ce n'est déjà plus de l'humour, c'est du comique, de l'histoire drôle peut-être, c'est un résumé de l'humour qui ne saurait rendre compte de toutes les informations qui ont eu lieu dans ce partage. Ce comique "réchauffé" n'a déjà plus la saveur initiale de cette **trouvaille réservée** à ce seul échange originel entre deux personnes.

Bien sûr, observé dans l'ensemble des rencontres possibles, l'humour utilisera parfois un comique déjà inventé chez d'autres, pour d'autres, mais ce comique qui survient brusquement pour la joie de deux personnes sera toujours une découverte pour le locuteur et l'auditeur.

Tandis que le comique est un constat – un énoncé* est comique parce qu'il répond à des critères linguistiques de possible effet de surprise plaisant –, l'humour est **contingent*** : il peut être ou ne jamais avoir été. Pour que nous puissions dire que l'humour existe, il faut ce symbole de cette alliance, à savoir un rire, un sourire. L'un ou l'autre doit être vrai, sinon il n'existe qu'un locuteur comique avec son énoncé potentiellement amusant, et un

auditeur qui n'a pas compris et qui n'a pas été compris. L'humour n'a pas eu lieu, l'humour n'a jamais existé.

Ainsi l'humour ne peut s'excuser d'exister. Si un locuteur, voyant qu'il ne fait pas rire l'auditeur, doit ajouter des explications pour préciser qu'il s'agissait d'humour, ce n'est déjà plus de l'humour, c'est du comique à perte, parce qu'il s'agit souvent de comique mêlé*. Cette situation est assez embarrassante en communication, parce qu'il existe un certain degré de frustration en raison d'un effet de surprise qui n'a pas eu lieu.

L'auditeur peut donc parfois répondre par un "Ha-Ha-Ha" (trois "Ha" détachés qu'il prononce comme s'il les lisait pour la première fois), onomatopée du plus bel effet pour exprimer qu'il n'est pas dupe, avec toutes les variantes (Ex. : "Heu, Heu, Heu !") pour sauver une situation où c'est finalement de cette onomatopée que l'on va rire.

3.3. Vers une définition pratique de l'humour

La réflexion que nous avons engagée dans les propos qui précèdent permet d'ébaucher une approche de la définition de l'humour. Cette définition est nécessaire pour la cohérence dans nos propos ultérieurs, et pour étudier la congruence ou la séparation entre ce que nous avançons et ce qu'avancent d'autres auteurs. Cette définition est un choix : nous avons considéré que l'humour est noble, que cette noblesse vient du respect qu'il contient.

Dans ce choix d'une définition de l'humour, nous nous écartons de deux extrêmes : nous situons l'humour comme comique incompatible avec la dérision ; mais nous serons moins exigeant que l'humour anglais pince-sans-rire qui demande une éducation et un bain culturel particuliers.

Selon nous, l'humour comporte donc les éléments suivants :

1. du **comique pur**, qui est une **trouvaille** unique en son genre (hapax).
2. de la **bienveillance** : ce comique est pur ou tend à l'être, il n'y a pas d'intention mauvaise vis-à-vis de qui que ce soit, *a priori*. L'humour fait le choix de prendre *l'autre* dans une considération pleine de bonté, mais ce choix peut être *risqué* et donc comporter quelques ambiguïtés.
3. de l'**humilité** :
 - *dessaisissement* : non maîtrise, ce qui ne veut pas dire anarchie, mais se laisser guider par ce que fait naître la relation.

- *rire avec soi-même** : accueil de soi-même avec bienveillance
 - *juste mesure* : ni trop, ni trop peu
 - *esprit d'enfance* : capacité à ne pas se prendre de trop haut, et à s'autoriser à jouer comme un petit enfant.
 - *spontanéité.*
 - *refus de séduire, gratuité* : renoncement à l'appropriation de l'autre, mais construction d'un "nous".
4. **liberté et réalisme** : l'humour est une
- *activité créatrice* qui se développe *malgré* les contraintes, mais il prend en compte ces contraintes.
 - *vérité* : perception du monde et parfois révélation de soi qui nécessite *pudeur et authenticité.*
5. **joie** : renfort de la qualité de la *relation dynamique* entre l'être du locuteur et l'être de l'auditeur, en particulier de la *confiance.*

Nous pouvons voir que l'humour est défini de façon très relative puisqu'il dépend d'une part de l'autre, de l'intention que le locuteur a pour lui, mais aussi de facteurs difficiles à connaître comme : être unique en son genre, être humble, s'exercer dans le cadre d'une prise de conscience des éventuelles contraintes...

Ce sont donc bien souvent les données du contexte qui permettront de dire que l'humour s'est produit au sein d'une relation, ne serait-ce qu'en raison de toutes les ambiguïtés qui peuvent se présenter, en particulier dans la perception de l'humilité du locuteur.

Pour simplifier l'approche, nous admettrons que l'humour est un *rire avec l'autre*, composé de comique pur, dans un contexte bienveillant et apparemment spontané.

4. L'HUMOUR ET L'ADAPTATION

Nous avons pu voir au chapitre précédent que le comique constituait une stratégie d'adaptation particulièrement pertinente face à une agression pour lutter contre des affects négatifs.

En est-il de même de l'humour, selon la définition de l'humour que nous avons adoptée ?

4.1. L'humour selon Freud

Freud a tenté une première approche psychanalytique* de l'humour, en 1905, qu'il a envisagée sous forme de "*quelques remarques*", dans *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient* [FREU 05].

Il y soutient que l'humour est une des productions psychiques les plus élevées, qu'il différencie du mot d'esprit* dans la mesure où son développement n'a pas besoin d'un tiers spectateur (auditeur) comme témoin. Il y perçoit quelque chose de "*grandiose*", une "*grandeur d'âme*".

Il s'appuie sur des exemples de comique de potence²⁵ comme ce condamné à la décapitation* qui demande un foulard pour ne pas avoir froid au cou, alors qu'il est en chemin pour sa condamnation.

Pour Freud, l'humour est une économie de sentiment pénible (économie affective) vis-à-vis de soi. Selon lui, ce condamné devrait nous saisir de pitié, mais il détourne notre sentiment pénible vers un sentiment comique. Il s'agit de la plus haute forme de défense : "*Je suis trop grandiose pour que cela me touche de façon pénible.*"

Il reprend son étude de l'humour dans un article de 1927, dont voici un extrait :

"L'humour n'a pas seulement quelque chose de libérateur comme le mot d'esprit et le comique, mais également quelque chose de grandiose et d'exaltant, traits qui ne se retrouvent pas dans les deux autres sortes de gain de plaisir obtenus à partir de l'activité intellectuelle. Le caractère grandiose est manifestement lié au triomphe du narcissisme, à l'invulnérabilité victorieusement affirmée du moi. Le moi se refuse à se laisser offenser, contraindre à la souffrance par les occasions qui se rencontrent dans la réalité ; il maintient fermement que les traumatismes issus du monde extérieur ne peuvent l'atteindre ; davantage : il montre qu'ils ne sont pour lui que matière à gain de plaisir. [...] L'humour n'est pas résigné, il défie ; il ne signifie pas seulement le triomphe du moi, mais aussi celui du principe de plaisir, qui parvient en l'occurrence à s'affirmer en dépit du caractère défavorable des circonstances réelles." [FREU 27]

²⁵ Ce comique est appelé *Gagelhumor* par Freud, que le traducteur avait transformé en *humour noir*. La traduction habituelle est *humour de gibet* ou *humour de potence*. Il faut le différencier du comique moribond (*sick humor* des anglo-saxons) qui est le comique noir*. Le fait de demander un foulard pour son cou est une marque d'espérance, un pied-de-nez au tragique de la situation.

Freud y affirme que l'humour est un mécanisme de défense face à la souffrance, de la même façon que d'autres mécanismes de défense que sont les processus régressifs des névroses ou des folies, l'ivresse, l'absorption en soi-même, l'extase. Mais, contrairement aux autres mécanismes de défense, l'humour n'altère pas la santé psychique ; contrairement au mot d'esprit qui est agressif, l'humour exprime la dignité.

Avant d'aller plus loin dans la pensée de Freud, traçons très schématiquement (et de façon très incomplète) les composantes du psychisme qui sont mises en jeu :

- Le moi* est ce qui, dans l'individu, adapte l'organisme à la réalité, contrôle les pulsions (le "ça*") condamnées par le surmoi* [ROBE 92]. Autrement dit, selon nous, entre ce que me disent le corps et l'inconscient* (dont le ça), et ce que me commande le système de règles que j'ai intégré (le surmoi), il y a ce que je peux faire dans l'instant, et surtout ce que je veux faire (le pouvoir et le vouloir). Le moi est l'instance décisionnelle, et donc agissante, de la personne.
- Le surmoi* traite le moi* comme les parents (surtout le père) traitaient la personne lorsqu'elle était autrefois enfant. Il s'agit en fait d'un système de règles que la personne possède en elle-même, et auxquelles elle fait référence. C'est une représentation inconsciente de l'image parentale (du surmoi des parents ?), qui peut être assez éloignée d'ailleurs de ce qu'ont réellement été les parents dans l'éducation de l'enfant : le surmoi peut être beaucoup plus sévère.

Le surmoi joue à la fois le rôle de censeur et le rôle de modèle pour le moi, ce que Freud appelle l'idéal du moi*.

Le surmoi interdirait l'accomplissement des désirs²⁶ et même leur prise de conscience [CLEM 94]. Il ne faut pas confondre le surmoi et le noyau spirituel* de la personne, lieu du vrai désir*, de la liberté, et du sens le plus profond de l'Autre, de la relation. Pour Freud, le surmoi est le noyau du moi. Le moi et le surmoi peuvent apparaître distincts par moments, et confondus à d'autres moments.

²⁶ Nous n'avons pas la même conception du désir que Freud, qui n'y voit qu'une machine à produire des fantasmes : "Pour Freud, en effet, le désir recherche moins l'objet qu'il croit désirer que le fantasme inconscient dont celui-ci est le support. Le fantasme, à son tour, s'enracine dans le manque qu'engendre la position de l'interdit. Autrement dit, c'est par l'interdit que naît le désir. Il n'y aurait pas de désir sans interdit, telle est la thèse fondamentale de la psychanalyse." [CLEM 94]

Freud pense que l'humour qui surgit en situation de détresse est en fait un dialogue entre le surmoi et le moi, comme le serait un parent rassurant auprès de son enfant : *"Regarde, voilà donc le monde qui paraît si dangereux. Un jeu d'enfant, tout juste bon à faire l'objet d'une plaisanterie !"* Il s'agirait d'un déplacement du pouvoir psychique du moi vers le surmoi ; ainsi, le surmoi apparaîtrait énorme et plein de pouvoir, dictant au moi devenu minuscule de ne pas réagir face à l'adversité. Freud avance toutefois que l'humour est un don que peu de personnes possèdent, y compris pour apprécier l'humour qui leur est communiqué.

Si le surmoi est l'idéal du moi – une sorte d'admiration pour soi-même ? – qui s'exprime brusquement, cette théorie paraît valable, encore qu'il n'y ait là que l'expression d'un moi narcissique qui n'est centré que sur lui-même. Or nous avons posé que l'humour est résolument tourné vers l'autre, et que c'est la joie de l'autre qu'il souhaite.

Si, en revanche, il s'agit du surmoi qui écrase le moi, alors que le surmoi exprime la sévérité de la loi intérieure, ce raisonnement nous paraît curieux. Par quel enchantement ce surmoi qui semble si tyrannique dans ses interdits serait soudain pris d'affabilité et d'une licence que nous ne lui connaissions guère ? Le raisonnement psychanalytique de Freud se heurte certainement à la définition du désir qu'il a adoptée.

De plus, il est difficile de situer le comique de potence dans le classement des comiques que nous proposons dans le chapitre précédent.

Un condamné à mort que l'on amène à l'échafaud un lundi pourra dire : (1) "Voilà une semaine qui commence bien !" ou (2) "Voilà une semaine qui commence mal !"

Dans le cas (2), il s'agit de comique tragique* négatif, donc de comique noir*, dans le cas (1) de comique tragique positif, à moins que ce ne soit dans le cas (1) de l'ironie* (dissimulation) qui utilise une antiphrase, et pourquoi pas de l'humour dans le cas (2) si le cheval récalcitrant censé tirer la charrette emmenant le condamné ne daigne pas avancer.

4.2. L'humour, symptôme du dessaisissement

De ce que nous avons dit précédemment sur l'humour, nous pouvons déduire que l'humour n'est justement pas une stratégie d'adaptation.

Toutes les stratégies d'adaptation vont, peu ou prou, chercher à combler les manques, à nier les limites, à lutter avec acharnement contre l'agression, à entrer en résistance ou finalement à fuir, faute d'être parvenues à colmater les brèches créées par l'agression.

La seule adaptation qui va permettre de recommencer une existence nouvelle, c'est le dessaisissement, ce renoncement libre qui permet d'accueillir la réalité telle qu'elle vient. Et c'est tout simplement difficile s'il n'existe pas des relations fortes entre le patient et son entourage, si ce renoncement n'a pas lieu avec un soutien fondé sur un *être avec* qui s'enracine dans une joie profonde, qualité d'être* que nous pouvons rencontrer en particulier au sein des couples.

L'humour sera donc ce rire partagé, ce *rire avec*, qui viendra subrepticement au coeur d'un *être avec*. Il ne constitue pas un moyen d'adaptation, il n'est pas ce meilleur moyen comique qui permettrait de se tirer d'embarras à bon compte, d'un revers de rire. L'humour est le signe que le patient a choisi le meilleur moyen d'adaptation qui soit, c'est-à-dire que ce renoncement a eu lieu, comme nous l'illustrons avec l'observation clinique de Monsieur A. au chapitre suivant.

CONCLUSION

L'humour chez l'enfant se développe en même temps que l'incongru, la pensée symbolique. Il survient au fur et à mesure que s'affine le comique qui déclenche le rire de l'enfant. Les premières traces d'humour constituent plutôt un pré-humour, où le comique est surtout présent dans le regard et l'attitude bienveillante des parents vis-à-vis de leur enfant.

L'étymologie du mot humour – qui vient du mot humeur – nous dévoile que l'humour / humeur était autrefois une disposition psychologique que les médecins grecs de l'école hippocratique attribuaient à la disposition des liquides physiologiques dans l'organisme. Cette conception habile mais erronée de l'humeur (la disposition psychologique) a disparu au profit de la psychologie et de la neurologie modernes. D'un autre côté, l'humeur est devenue l'humour chez les Anglais, qui était à l'origine un jeu théâtral détaché, incongru et drôle.

Pour élaborer une définition de l'humour, nous avons adopté un point de vue plein de respect pour l'auditeur qu'est le patient. Selon ce point de vue, l'humour est un *rire avec* l'autre, composé de comique pur, dans un contexte bienveillant et apparemment spontané. L'humour est épris d'humilité, mais cette vertu du renoncement est difficile à approcher tant elle est discrète et s'efface pour laisser advenir la joie de l'autre.

Dépassant les conceptions psychanalytiques fort intéressantes de l'humour qui en font un mécanisme de défense, nous pensons que l'humour est le signe que la meilleure adaptation a été choisie, à savoir celle du renoncement, et qu'il constitue donc un des symptômes de la joie, joie qui se manifeste chez le patient malgré les contraintes imposées par la maladie.

Il nous reste donc à montrer l'existence de cette manifestation chez le patient, ce que nous abordons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 5. OBSERVATIONS CLINIQUES DU COMIQUE ET DE L'HUMOUR

"L'éléphant se laisse caresser, le pou non."

Lautréamont.

INTRODUCTION

C'est à partir de notre brève expérience de médecin généraliste remplaçant pendant trois ans, confronté à l'arrivée impromptue du comique dans notre pratique, en particulier de la part du patient, que nous avons eu l'idée de mener des recherches plus approfondies sur le rôle de l'humour en médecine. Le comique que présente le patient est-il toujours de l'humour ? Nous tenterons de faire la part des choses grâce aux connaissances que nous avons rassemblées jusqu'à présent.

Au coeur de notre travail de synthèse sur l'humorologie* médicale qui peut apparaître somme toute théorique, l'intention de ce chapitre est de partager quelques éléments concrets issus de l'observation selon trois approches : celle d'un groupe de patients, celle de l'histoire particulière d'un patient, celle de l'analyse de bribes de consultations.

Dans ce chapitre, nous présenterons donc une courte étude de la fréquence du comique dans une patientèle* de médecine générale, effectuée au cours de nos remplacements.

Nous aborderons un cas clinique qui présente des discours comiques, et nous tenterons de mettre à jour ce qui se révèle dans ce discours, s'il s'agit d'humour ou de fausse joie.

Nous développerons enfin quelques exemples caractéristiques de comique employé par les patients, pour montrer quelles significations utiles pour la prise en charge des pathologies ce comique – qui est parfois de l'humour – peut révéler.

1. OBSERVATION DE LA FREQUENCE DU COMIQUE

1.1. Objectifs

Nous souhaitons avoir une idée de la fréquence de l'apparition spontanée du comique dans une patientèle*, durant un remplacement suffisamment long.

1.2. Méthode

1.2.1. Echantillonnage

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients qui se présentaient à notre consultation* ainsi qu'au cours de nos visites*, durant une période de remplacement de trois semaines, ce qui représente 15 journées de travail. Il n'est pas aisé de donner les caractéristiques de l'échantillon de population étudié, ni de savoir facilement si cet échantillon est représentatif de la population suivie par le médecin que nous remplaçons. Toutefois, nous pouvons dire qu'il s'agit d'une patientèle fidèle, vieillissante, et plutôt citadine, puisque le médecin que nous remplaçons était installé depuis environs trente ans dans une petite ville.

1.2.2. Recueil des données

Au cours de chaque rencontre avec le patient, nous avons relevé si ce dernier produisait du comique en mentionnant cette apparition d'une lettre "H" dans son dossier électronique ou sur une feuille à part qui comportait son nom et son prénom (feuille mentionnant les visites à effectuer).

Pour affirmer le caractère comique, nous devons pouvoir noter brièvement dans le dossier ou sur la feuille les quelques éléments plaisants proposés par le patient, afin de ne pas considérer trop rapidement comiques des éléments qui n'étaient en fait que les fruits labiles d'échanges souriants, mais pas forcément drôles en soi.

Nous nous étions fixé pour consigne de ne pas intervenir en produisant du comique, tout du moins dans un premier temps, afin de **déceler l'apparition initiale spontanée du comique chez le patient**. En fin de remplacement, nous avons passé en revue l'ensemble des dossiers électroniques et de nos feuilles de visite pour rassembler les données. Une fois ces notes rassemblées, nous avons effacé la lettre "H" et la mention des propos comiques présents dans le dossier électronique.

Lorsque deux personnes venaient pour un seul acte (Ex. : une mère et son enfant), nous avons considéré qu'il s'agissait d'un patient unique, que le comique soit produit par le patient lui-même ou son accompagnateur. Lorsqu'il venait deux personnes pour deux actes au cours de la même consultation, nous avons considéré qu'il s'agissait de deux patients.

1.3. Résultats

1.3.1. Résultats quantitatifs bruts

En trois semaines, nous avons vu 295 patients, soit 123 hommes et 172 femmes. Parmi ces 295 patients, 34 se sont présentés deux fois ou plus de deux fois à la consultation (ou en visite), ce qui représente 41 actes supplémentaires pour des personnes déjà rencontrées : nous avons donc vu 254 personnes différentes.

Nous avons découvert 20 personnes (11 hommes et 9 femmes) ayant tenu des propos comiques au moins une fois¹ au cours de la rencontre. Parmi ces 20 personnes, une seule s'est présentée deux fois en visite.

La fréquence des rencontres comiques au cours de ces trois semaines a donc été de 20/295 soit 6,8 % des rencontres. La fréquence des personnes comiques était donc de 19/254 soit 7,5 %. Le nombre de rencontres par jour (nombre d'actes moyen) était de 295/15, soit un peu moins de vingt rencontres. Le nombre de rencontres comiques par jour était de 20/15, soit un peu plus d'une par jour en moyenne.

¹ Même si le patient produisait du comique à plusieurs reprises au cours de la rencontre, nous ne comptabilisons qu'une seule apparition du comique.

1.3.2. Résultats qualitatifs

Le comique que nous avons pu relever se retrouvait dans des **expressions incongrues** comme : "*Allons-y casquette comme à la foire aux chapeaux !*", des **métaphores** : "*Un vrai ballon dirigeable, mon ventre !*" Nous avons pu relever des mimiques **d'imitation** d'autres personnes, faites dans l'intention de nous faire rire, des **jeux de mots** pleins de sympathie alors que le temps en salle d'attente était fort long : "*Si on a le temps long, il faut le prendre en large !*" Parfois, ce sont aussi les échanges entre un patient sortant de consultation, et un autre entrant, qui se croisent : ainsi un monsieur chauve oubliant son parapluie que lui tend la patiente suivante : "*Ah oui ! C'est pour les cheveux !*"...

1.4. Discussion

L'échantillon que nous avons choisi n'est pas représentatif de la population des patients en général, et les résultats que nous avançons ne donnent qu'un ordre d'idée. Les patients que nous avons vus sont revus en général tous les mois en raison de pathologies chroniques parfois lourdes, ce qui fait que nous avons vu peut-être les trois quarts des rencontres typiques du médecin habituel au cours d'un mois. Nous nous sommes aperçus aussi avec ce médecin qu'il n'y avait pratiquement pas de diminution de l'effectif des patients au cours des remplacements par rapport à la fréquentation habituelle de la patientèle.

Il faut mentionner aussi que cette patientèle est certainement plus apte à engager une conversation comique que d'autres patientèles en raison de l'usage 'fréquent' d'échanges humoristiques entre le médecin que nous remplaçons et ses patients. Nous avons eu l'occasion de constater ces échanges comiques en particulier en début de consultation au cours d'un stage improvisé chez ce praticien. Ceci avait d'ailleurs éveillé notre attention et motivé notre présent travail. Notre impression est que la fréquence des échanges humoristiques est plus importante avec le praticien habituel que ce que nous révélons dans notre étude imparfaite. Mais nous avons aussi fait le choix de ne pas intervenir, dans la mesure du possible.

Au cours de l'étude, nous avons d'ailleurs relevé des traces de ces échanges humoristiques avec le médecin habituel, certains patients en reprenant des bribes pour nous les partager : "*J'ai des phalanges Louis XV !*", nous disait cette dame en présentant ses orteils ouvragés par le

temps et ces "satanées chaussures"² de femme dont le talon déverse les orteils dans la pointe comme dans un entonnoir.

Comme dans l'étude de Paule Aimard, nous avons relevé des moments où le comique était présent, mais finalement sans pouvoir dire de façon précise s'il existait une intention comique de la part du patient, alors que nous trouvions l'échange amusant, ce qui constitue selon nous un biais d'interprétation de notre part à ne pas négliger : ainsi, un homme asthmatique alors que nous lui tendions un débitmètre expiratoire : "*Je vais le faire, si vous y tenez ! Ca fait toujours rire [le médecin que vous remplacez]*" ; il souffla et cela produisit un barrissement d'éléphant.

Selon les critères que nous avons établis précédemment (au chapitre définissant l'humour), s'agissait-il de comique ou d'une démarche humoristique témoignant d'une certaine joie de vivre partagée ? Il apparaît que la plupart du temps, les remarques amusantes des patients que nous avons rencontrés se situaient dans un cadre où manifestement ces patients étaient heureux de nous voir. Les propos étaient dépourvus de méchanceté ou de dénigrement de soi ou d'autrui. De plus, ils ont constitué une bouffée d'air frais pour nous-même au cours de journées complexes.

Nous sommes conscient que parfois, en revanche, et peut-être chez les patients développant le plus de propos comiques, il existait probablement des souffrances sous-jacentes à explorer au fil des consultations avec le médecin habituel : il s'agissait là d'un comique employé comme masque. Le médecin remplacé nous en a d'ailleurs fait part brièvement au cours de la relecture de notre étude. Ainsi, l'absence d'eutrapélie* (amusement dans une juste mesure) serait un indicateur possible de comique masquant.

Il faut signaler aussi que nous étions dans la période d'Halloween³ et que la petite ville où nous remplacions avait lâché des sorcières (inanimées) un peu partout, et invité commerces et services à fêter l'événement. Du bon goût (velouté de potiron à la gare) au très mauvais (quelques mauvaises imitations "caoutchoutiques" de papules velues ou de membres supérieurs distaux oubliés), en passant par le drôle (la distribution du courrier par une sorcière à vélo), l'événement n'est pas passé inaperçu.

Tout à fait par hasard, dans les premiers jours de notre remplacement, le représentant d'un laboratoire nous a laissé le squelette d'un petit pied, censé servir de support pédagogique pour montrer des troubles articulaires

² "Nous rejetons Satan et ses pompes" (ancienne formule liturgique pour la messe des cordonniers).

³ Fête de la nuit du 31 octobre d'origine celte expatriée aux Etats Unis et revenue en France par voie commerciale.

aux patients souffrant de telles affections. Nous avons laissé cet objet sur notre bureau. Nous avons beaucoup ri lorsque quelques-uns de nos patients se sont exclamés sur le ton de la plaisanterie : "*Tiens, vous aussi vous faites Halloween ?*" Le fait d'introduire un objet incongru dans le champ visuel du patient est certainement une piste à explorer.

La prise de notes est un élément important au cours de l'étude pour pouvoir critiquer le caractère comique de l'entretien. Elle est difficile lorsque les éléments comiques constatés sont de l'ordre de la mimique, ce qui rend l'interprétation dépendante de l'observateur à la relecture. Cette prise de note est difficile dans certaines situations (au cours d'un examen clinique méticuleux), ou au cours d'un ensemble de propos très drôles en visite. Nous regrettons de ne pas avoir noté le moment de survenue du comique : est-il survenu plus souvent en début de consultation ? Est-il survenu avant ou après l'annonce d'éléments importants de l'expérience personnelle du patient face à sa maladie ?

Nous aurions souhaité comparer la fréquence de l'apparition du comique au sein de la même patientèle à une période différente, pour voir si ces chiffres de 6,8 % et 7,5 % se maintenaient constants. Nous aurions souhaité aussi observer si l'intervention comique du praticien ou l'introduction d'un objet tout à fait incongru (un jouet d'enfant par exemple à côté d'instruments de soin) modifiaient ces chiffres. Il aurait été intéressant de comparer aussi deux modes d'exercice différents (ville, campagne par exemple). Ce qui se passe dans la salle d'attente est aussi un mystère, mais semble parfois fort amusant aux dires de certains patients amis.

1.5. Conclusion

Notre approche n'est qu'un constat imparfait qui manque de rigueur. Nous sommes loin d'avoir tiré parti de tous les renseignements que cette étude pourrait apporter, en particulier en raison de la difficulté rencontrée pour recueillir les caractéristiques de l'échantillon étudié, en raison de la difficulté de prendre des notes précises au moment où le comique survient. Il conviendrait de travailler en collaboration avec un service de statistiques médicales pour élaborer une méthode rigoureuse et savoir ensuite exploiter des résultats avec des outils appropriés.

Selon Huguier, Maisonneuve, et coll. [HUGU 98]⁴, nous pouvons dire que la fréquence de la survenue du comique au cours de la rencontre de soin en médecine générale, qui se situerait aux alentours de 7 %, est un

⁴ [HUGU 98] : p 22, tableau 1

événement *rare*, voire ne survenant *presque jamais*, selon la terminologie proposée par ces auteurs. Nous remarquons aussi que la plupart des rencontres se sont effectuées dans un cadre non dramatique de soins habituels (suivi de patients aux pathologies multiples).

Dès lors, nous pouvons nous interroger sur la place occupée actuellement par l'humour au cours de la consultation de médecine générale. S'agit-il d'un événement si rare que cela ? Est-ce que cet événement peut croître sous l'influence de différents facteurs éducatifs et culturels par exemple, à la fois du côté du patient et du côté du médecin ? La salle d'attente est-elle un lieu où peut se développer l'humour avant de passer à la rencontre avec le médecin ? Que signifie l'absence même d'un minimum d'amusement chez la plupart des autres patients ou chez le médecin ? Le comique employé par les patients est-il le plus fréquemment un moyen d'entrer dans l'échange, s'agit-il d'un comique utilisé comme adaptation* face à l'adversité (coping*) ?

Certes, il convient de replacer le soin dans son contexte : il s'agit d'une démarche qui demande beaucoup d'attention de la part du médecin, et souvent beaucoup d'efforts de la part du patient pour venir le voir et lui partager ce qui le rend soucieux, mais s'autoriser à plaisanter un peu de part et d'autre atténuerait certainement les petits désagréments quotidiens pour le médecin et occasionnels pour le patient.

Ce n'était pas l'objet de notre étude, mais il serait aussi intéressant de prendre connaissance de l'avis des patients sur le comique employé par leur médecin : ce comique les met-il à l'aise ? Est-ce un moyen qui les renseigne sur la qualité de l'échange ? Quelle signification donnent-ils à la disparition du comique chez leur médecin qui en utilise habituellement ?

2. ETUDE D'UNE RENCONTRE CLINIQUE PERSONNELLE ENGAGEANT DES ÉLÉMENTS COMIQUES

Cette partie aurait pu s'intituler "étude de cas". Plus que dans d'autres domaines, l'humorologie* clinique ne peut se contenter de réduire le patient à son problème, parce qu'à travers le comique qu'il nous propose, c'est de l'ensemble de lui-même qu'il nous parle. D'autre part, l'humorologie s'intéresse à ce qui se passe non seulement du côté de celui qui produit le comique (locuteur), mais aussi du côté de l'auditeur ; il ne s'agit plus d'étudier simplement le comique, mais de prendre en considération toute la relation.

2.1. Observation (n°1)

Monsieur A.⁵ est un patient septuagénaire qui plaisante facilement en utilisant un comique masque* pour mettre à distance son lourd passé médical. Il présente en effet de multiples antécédents dont une poliomyélite* contractée, semble-t-il, alors qu'il était militaire engagé. Les séquelles de cette poliomyélite, situées au niveau des membres inférieurs, ne lui permettent de se déplacer qu'en fauteuil roulant. Il présente aussi des antécédents* cardiaques et digestifs qui ont motivé des visites itératives à son domicile ces derniers temps. Il s'est marié deux ans auparavant avec une ancienne amie qui est un peu plus jeune que lui.

L'histoire de nos rencontres avec ce patient commence de façon houleuse. Sorti de son propre chef d'une hospitalisation où le personnel ne semblait pas lui convenir, il nous demande de poursuivre les soins à domicile, dans une histoire complexe d'inappétance* associée à des troubles digestifs dont le principal symptôme* est une diarrhée. Nous essayons de mettre en oeuvre une démarche thérapeutique à domicile tout en proposant au patient une hospitalisation dans une autre structure de soin, ce qu'il refuse. Plus tard, en pleine consultation, le patient nous transmet que finalement il va se rendre à l'hôpital, et qu'il lui faut donc les papiers nécessaires (lettre et ordonnance de transport), que nous lui fournissons dans un certain enthousiasme mêlé d'agacement.

L'histoire est ensuite assez confuse. Probablement de nouveau sorti contre avis médical, nous le revoyons à plusieurs reprises, jusqu'au jour où il présente une tachycardie* par arythmie* complète qui motive la rédaction

⁵ Les lettres que nous avons attribuées aux patients ne sont pas les initiales de leur nom de famille.

d'une nouvelle lettre d'hospitalisation. De nouveau, le patient nous manifeste son refus. Nous lui expliquons qu'il nous est impossible de mener une démarche thérapeutique à domicile, même à grand renfort d'infirmières et de perfusions, en raison de la surveillance et des examens complémentaires nécessaires dans ce genre de maladie.

En raison des complications possibles de cette maladie, et devant les arguments avancés par M. A., peu fondés selon nous, qui l'ont amené à toujours quitter l'hôpital sans être complètement guéri, nous lui signifions assez fermement qu'il n'y a pas d'autre solution à envisager que celle que nous lui proposons.

Après cet épisode où le patient est finalement sorti traité et où il a été enchanté par l'accueil qui lui a été réservé à l'hôpital, nous arrivons aux faits qui nous intéressent. Nous avons rapporté les faits ci-dessus pour situer notre relation avec ce patient : nous commençons à mieux le connaître, concernant son histoire personnelle, ses antécédents médicaux, sa façon de plaisanter, et sa dynamique par rapport aux soins.

Nous sommes appelé en début de nuit par son épouse qui nous signale "*un ventre dur comme du bois*" en raison d'une douleur importante. Nous partons confiant, quoique gardant en mémoire les conflits précédents, tout en nous demandant bien comment nous allons pouvoir résoudre ce problème s'il faut envisager une chirurgie abdominale chez un patient qui commence à en avoir assez des allers et retours à l'hôpital.

Notre examen révèle un ventre souple, non douloureux, sans masse palpable. Il n'y a pas de globe* urinaire, même si la miction* est difficile et nécessite de sa part habituellement d'appuyer sur la vessie assez fortement avec son poing. Nous découvrons que le patient, dénutri, commence à être dévoré par les escarres*. Le reste de l'examen est normal.

C'est alors que le patient nous confie qu'il souhaite se suicider et nous en indique les moyens, parce qu'il en a assez d'être dans un fauteuil roulant, et de voir son état se dégrader.

Nous engageons alors avec lui une discussion au cours de laquelle nous essayons de lui manifester un réconfort. Nous échangeons avec lui des propos extraits des moments où nous avons appris à le connaître. A ce qu'il nous dit de lui-même de façon négative, nous essayons de lui proposer une version réaliste, amusée, et positive. Nous nous souvenons par exemple de l'échange (1) suivant :

- médecin (évoquant le mariage assez récent du patient) :
 – *Mais enfin, votre femme, qu'est-ce qu'elle va devenir si vous partez comme ça ? Vous êtes des jeunes mariés !*
- patient : – *Eh bien ça fera une jeune veuve !*

Mais ce petit échange n'est qu'un préambule. Il se met à nous parler de son histoire personnelle, de ses passions, et en particulier de son métier, au demeurant passionnant. Nous écoutons en silence. Au cours de la parole, il s'aperçoit (2) que nous sommes ensemble depuis déjà un bon moment, et s'inquiète de nous savoir entièrement occupé par ce qu'il raconte. Il ne souhaite pas nous retenir plus longtemps, mais nous lui affirmons que nous tenons à être avec lui. Cette prise en compte de notre présence se manifeste à plusieurs reprises.

C'est alors que le patient se met à pleurer (3), tout en s'excusant pour ce laisser-aller émotionnel ; nous le rassurons sur l'intérêt des pleurs pour l'occasion, en particulier sur leur rôle libérateur.

Il nous livre qu'il aurait envie parfois de "*tout casser*" (4) dans sa maison, puis il continue à nous faire part de son histoire personnelle, mêlée de sanglots par moments.

Après avoir pleuré et exprimé sa souffrance mais aussi finalement ce qu'il a aimé dans son existence, il est finalement animé d'une vive joie (5) qui le pousse à nous proposer de boire quelque chose avec lui pour fêter l'événement, c'est-à-dire la fin de ses idées suicidaires – ce que nous acceptons dans sa version jus d'orange –. Il nous offre même une bouteille de Champagne pour faire la fête et s'excuser auprès d'une hypothétique Madame qui nous attendrait de pied ferme avec un rouleau à tarte à la main. Alors que nous rédigeons la feuille de soin, le patient s'exclame (6) :

- patient : – *Au fait, Docteur, donnez-moi de l'élixir du Docteur Bande-Fort⁶ !*
- son épouse : – *Ah ! Eh bien, vous voyez, Docteur, c'est que ça va mieux !*

Nous avons quitté le patient sans l'ombre d'un doute quant à la nuit paisible qu'il allait passer.

⁶ M. A. voulait certainement parler du Sidénafil (VIAGRA ®)

Indépendamment de cet épisode, M. A. a dû être hospitalisé de nouveau quelques semaines plus tard, en raison des multiples pathologies* qu'il présentait. Il est actuellement décédé.

2.2. Discussion

Nous avons jalonné le cœur de l'observation de numéros qui permettent de repérer les moments importants du parcours du patient.

Dans la première partie (1), le patient produit du comique, mais à son détriment. Il oppose une "*jeune veuve*" aux "*jeunes mariés*" que nous lui proposons. Là où nous tentons de proposer une image positive d'un couple (d'un "*nous*" = lui et son épouse) heureux, il nous donne en échange une image en creux de lui-même : son épouse étant veuve, lui est absent. Il s'agit d'un **comique noir***, voire de **cynisme***.

Ce qui fait vaciller la position du patient de la position de retranchement où il se trouve est le moment où il sort de son problème à lui pour prendre en compte celui qui l'écoute (2). Il s'agit des premières fissures. Mais tout se joue lorsque le patient s'autorise en définitive à être lui-même et à éclater en sanglots (3).

De façon paradoxale, pleurer avec soi-même, c'est s'autoriser par la même occasion à rire avec soi-même, c'est se recevoir de soi-même au lieu de s'accaparer soi-même. Il y a ce "trop plein de soi" qui finit par céder. Pleurer est une démarche d'humilité et de miséricorde envers soi-même. En même temps, il s'agit d'une rupture de déterminisme qui fait sens, et qui entraîne une émotion. Il n'y a pourtant pas de comique dans ce qui est décrit, mais certainement un acte créateur. C'est la mise en pièce des cercles vicieux avant l'arrivée de la joie.

L'envie de tout casser (4) est certainement un signe de la violence contenue. Pour nous, il s'agit d'un élan vital qui cherchait justement à casser le système ancien qui tournait en rond. Cette énergie élastique du combat intérieur contre lui-même anime le patient et le mobilise pour changer son état de mal-être, mais la situation obscure le pousse à canaliser cette énergie vers une action qui peut entraîner sa propre perte (le pseudo-courage pour se supprimer). Au cours de la relation avec l'autre – ici le soignant, mais qui pourrait être toute autre personne – cette énergie de la crise est d'un seul coup réorientée au cours des pleurs et ce qui va suivre à travers la joie.

Cette joie (5) est réelle dans la mesure où elle s'accompagne de gestes symboliques (*être-avec*) d'amitié et de fête. Elle se conclut par une phrase (6) qui prend en compte la réalité sur un plan relationnel parlant implicitement de la relation avec son épouse et en particulier sur un plan intime. Le patient se retrouve donc dans une approche active des événements, tourné vers l'avenir (*à-être*), sans pour autant se cacher à lui-même que la réalité est âpre.

Nous pouvons reconnaître que ce que nous vivons avec le patient est réellement de l'**humour**, qui n'est pas composé de comique mêlé malgré la présence d'un comique sexuel. Nous retrouvons les différents critères que nous avons énoncés dans la définition de l'humour :

1. éléments **comiques** (trouvaille originale) : l'élixir Bande-Fort
2. la **bienveillance** : puisque personne n'est lésé dans ce propos
3. l'**humilité** : rire avec soi-même qui fait suite aux pleurs⁷.
4. **liberté et réalisme** : reconnaissance de la perte des fonctions et accueil de cette perte.
5. **joie** : renfort de la relation avec son épouse et nous. Autre regard de notre part sur ce patient.

Ainsi l'humour de M. A. est bien le symptôme d'une joie retrouvée qui nous a permis de le quitter sans inquiétude quant à ses velléités auto-destructrices.

3. ETUDE DE LA SIGNIFICATION DE QUELQUES PROPOSITIONS COMIQUES TYPIQUES EMPLOYÉES PAR LES PATIENTS

Nous avons recueilli de sources variées quelques phrases comiques qui sont typiques et qui permettent de faire la part des choses entre ce qui revient plutôt au comique mêlé ou plutôt à l'humour. Nous n'aurons pas la prétention de vouloir faire rire, étant donné que ces phrases sont situées hors contexte. Ce que nous cherchons à montrer, c'est le sens caché du comique, soit vers la joie, soit vers la souffrance.

La souffrance décelée à travers le rire qui veut la cacher doit avertir le soignant, et l'amener, au moment opportun et avec délicatesse, à inviter le

⁷ Humilité et humidité sont parfois liées dans les larmes !

patient à baisser masques et boucliers (comiques masques*, offensifs ou défensifs face à la souffrance).

3.1. Le comique non intentionnel

Observation⁸ n° 2

Madame B. nous montre le premier orteil de l'un de ses pieds et nous annonce :

– Je me suis fait opérer du phallux !

Cette patiente voulait dire qu'elle avait été opérée d'un hallux valgus*, qui est une déformation des hallux qui se dirigent vers la partie médiane du pied (en raison en particulier des chaussures pointues).

Il n'y a de comique que dans notre regard de soignant, puisque l'intention comique de la patiente n'était pas au rendez-vous. L'erreur serait de croire qu'il s'agit d'humour. En fait, ce comique peut finalement glisser vers un comique non pur (mêlé) chez le soignant au détriment du soigné qui fait une confusion entre une pièce anatomique de même consonance située plus haut chez l'homme (phallus*) et son gros orteil.

Le soignant peut transformer son rire gentiment moqueur en rire avec le soigné en lui expliquant la confusion⁹, ce qui est en général, par expérience, assez bien pris. La psychanalyse croit tout savoir en affirmant qu'il s'agit d'un lapsus révélateur, alors que ce qui se révèle, c'est une substitution d'un groupe de termes médicaux compliqués (hallux valgus) par un mot de consonance latine et de prononciation proche déjà entendu et mal compris par la patiente.

3.2. Le comique tragique

3.2.1. Comique noir

Observation n° 3 (Monsieur C.)

– Noël au scanner, Pâques au cimetière.

Aussi comique que peut apparaître cette sorte de dicton, il s'agit d'un comique tragique et noir. La mort est ici envisagée comme issue sans espoir

⁸ Observation personnelle.

⁹ Ce que nous n'avons pas fait pour en confier malicieusement tout le soin et tout le plaisir à un autre soignant.

dans des délais assez brefs (4 mois), suite à un examen d'imagerie. La tomomodensitométrie* est vécue comme le signe de cette mort prochaine ou peut-être aussi comme cause de la mort.

Ce genre de comique peut apparaître anodin, mais il véhicule en fait vers les patients l'idée que le scanner est néfaste, alors que le fait de faire un scanner est surtout le signe d'une prise en charge d'un symptôme et de la maladie qui produit ce symptôme.

Il convient de situer cette sorte de dicton dans son contexte. Celui qui l'a prononcé se savait porteur d'une maladie fatale qui a généré chez lui beaucoup d'anxiété. L'apparition d'un tel comique tragique négatif au cours de la rencontre clinique doit nous inviter à demander au patient – entre autres choses – s'il a peur de mourir, et de chercher à identifier avec lui ce qui lui fait peur dans cette approche éventuelle de la mort (Ex. : peur de souffrir, de perdre sa dignité...)

3.2.2. Comique tragique positif

Observation n° 4 (Monsieur D.)

– De toute façon, la mort sera condamnée pour faux et usage de faux.

Nous nous situons toujours dans un comique tragique, puisque le thème principal est la mort, mais ce caractère tragique est dépassé par l'espérance implicite que contient la phrase. Ce que dit le patient, c'est : "A mort la mort !", donc "Vive la vie !", et cette affirmation s'inscrit dans un absolu ("de toute façon").

Ce patient joue sur deux isotopies* : l'isotopie judiciaire, le "*faux et usage de faux*" étant une expression consacrée qui entraîne une sanction ; et l'isotopie agraire où la faux est un outil tranchant et dangereux dont se sert la mort pour faucher les gens comme des blés, dans une allégorie de la mort vue comme une grande faucheuse.

En discutant avec le médecin de ce patient, nous avons appris que ce patient avait prononcé cette phrase dans un contexte plutôt paisible semble-t-il, alors qu'il savait qu'il allait mourir. Elle dénote plutôt une dimension d'accueil de la situation telle qu'elle vient (réalisme), tout en exprimant une

profonde liberté. Il s'agit bien d'un comique tragique positif. Cet humour pourrait correspondre au comique de potence présenté par Freud.

3.3. Le comique masque

Observation¹⁰ n° 5 (Monsieur E.)

Nous annonçons à Monsieur E. que la raison de ses allergies à répétition est vraisemblablement due à la manipulation de latex dans sa profession. Nous envisageons avec lui la possibilité d'un changement de poste et d'éviter tout contact avec le latex.

– Oui, mais dans les élastiques de slip, il y a aussi du latex ! Alors comment vais-je faire ? Ah, je sais : je vais me promener en pagne !

Manifestement l'idée d'éviter tout contact avec le caoutchouc était exagérée chez ce patient, c'est pourquoi il a utilisé un comique masque pour se mettre à distance du problème et éviter d'affronter la question. Ce fut l'occasion d'envisager avec lui ce qui était de l'ordre du possible pour le moment, sans toutefois réussir à le convaincre. L'important était de laisser une porte ouverte pour pouvoir aborder de nouveau le sujet avec lui.

CONCLUSION

La fréquence du comique de la part du patient au sein d'une rencontre de médecine générale est un événement rare. Sa survenue semble plutôt être une marque de sympathie, et donc être de l'humour. Toutefois, le médecin doit rester vigilant parce que le comique peut être parfois le symptôme d'une souffrance.

L'humour peut parfois survenir comme issue heureuse suite à un contexte suicidaire. Il s'agit du symptôme d'une vraie joie retrouvée, si et seulement si la rencontre comporte au moins les éléments suivants :

1. l'examen clinique ne révèle pas de pathologie psychiatrique, neurologique, ou autre pouvant se manifester par une euphorie* ;
2. il s'agit d'un véritable humour tel que nous l'avons défini ;
3. cet humour survient après l'acmé* de la crise dépressive ;

¹⁰ Observation personnelle.

4. le patient a manifesté des signes d'un changement intérieur comme des pleurs ;
5. le patient a pu verbaliser sa souffrance.

En revanche, le comique qui précède le changement intérieur est un comique mêlé* de type comique noir* voire cynisme*. Il faut prendre au sérieux ce comique mêlé qui est un symptôme de la dépression.

Le comique du patient dépend du contexte dans lequel il le prononce. Cette connaissance du contexte est essentielle pour percevoir ce que le patient résume dans des propos comiques.

Nous proposons une grille de lecture clinique qui peut être utilisée lorsque surviennent des éléments comiques chez le patient (Grille 1). Cette grille permet de rester attentifs et de reconnaître les propos comiques comme symptômes. Faut-il rire en présence du comique du patient quelle que soit sa nature ? Si les propos nous apparaissent drôles, certainement, mais il convient aussi de ne pas se laisser amadouer par le rire et de savoir revenir rapidement à la recherche de la signification de ce comique et de la souffrance qu'il peut recéler.

Grille 1. Grille de lecture du comique lors de la rencontre avec le patient

1. Le patient a-t-il l'**intention d'être drôle**, ou s'agit-il de notre regard amusé ?
2. Quel est le **thème** principal des propos comiques ? Est-ce la mort, la maladie ?
3. Comment le patient parle-t-il de **lui-même** à travers son comique ? Se dénigre-t-il ou est-ce un regard sur soi amusé et bienveillant ?
4. Est-ce que nous sommes **inondés** de propos comiques ? Que semble vouloir cacher le patient derrière de tels propos ?
5. Que savons-nous de l'**histoire personnelle** du patient ? De ses antécédents même lointains ? De son histoire médicale récente ?
6. A quel moment de l'histoire récente apparaît ou disparaît le comique ? Est-ce qu'il existe un **passage** d'une forme de comique mêlé à une forme pure ?
7. Que pouvons-nous identifier comme **lieux de souffrance** réels ou supposés chez ce patient ? Quels sont les lieux de souffrance de ses proches ?
8. Comment réagissent **les proches** face au comique du patient ?
9. S'agit-il finalement d'**humour** ? (voir les critères proposés dans la définition de l'humour).

CHAPITRE 6. METHODES D'ETUDE DE L'HUMOUR

"Au restaurant, M. Tartempion s'écrie :

- GARÇON !

- Monsieur ?

- Il y a une MOUCHE qui nage dans mon assiette !

- Que Monsieur veuille bien nous excuser. C'est encore notre cuisinier qui a mis trop de potage. D'habitude, elles ont pied." [TOUQ 98]

INTRODUCTION

Au cours de nos lectures sont apparues deux méthodes complémentaires pour mieux connaître l'humour au sein des relations thérapeutiques.

La première méthode, qualitative, est une observation du phénomène* humour tel que le définissent et l'expérimentent les personnes qui y sont confrontées, soit en tant qu'humoristes elles-mêmes, soit en tant que spectatrices amusées par d'autres. Il s'agit de la phénoménologie.

La deuxième méthode, quantitative, essaye de décrire les variables* qui constituent l'humour, au sein d'une population.

1. METHODE QUALITATIVE : LA PHENOMENOLOGIE [HERT 93 ; MALI 91]

L'étude phénoménologique* se charge d'étudier l'expérience qu'éprouvent des personnes au sujet d'un phénomène. En d'autres termes, la phénoménologie s'attache à étudier ce qui se manifeste à des personnes.

Ce qui nous intéresse plus particulièrement dans notre travail, c'est de savoir quelle expérience de l'humour éprouvent les patients ou les soignants, ce qui permettra de mieux comprendre le concept multiforme de l'humour d'une part, et la relation que les patients et les soignants entretiennent avec ce concept d'autre part.

La méthode phénoménologique est certainement proche de la méthode ethnographique, toutefois, la méthode phénoménologique définit peut-être de façon plus fine l'objet de son étude, alors que l'ethnographie se proposerait d'observer souvent plusieurs phénomènes en même temps dans un groupe humain vivant en un lieu donné. L'ethnographie* propose une observation du comportement humain dans son milieu naturel, alors que la phénoménologie propose une observation de la réflexion de plusieurs personnes à partir de leur expérience sur un sujet donné.

1.1. Description générale

L'étude phénoménologique est une étude qualitative qui est composée de questions ouvertes* auxquelles les participants d'un échantillon défini répondent librement. A la différence des études quantitatives, qui utilisent des échelles ordinales* et demandent un choix unique, le participant est ici libre de répondre ce qu'il veut avec ses propres mots.

Le recueil des propos des participants se fait en général sur un support qui permet de garder l'ensemble de la réponse à chaque question. La simple prise de notes par l'investigateur est inadaptée, parce qu'il existe déjà une interprétation lors du recueil des données. C'est pourquoi, en général, l'investigateur demande aux participants de mettre leurs réponses par écrit, ce qui est le plus simple, ou bien il enregistre sur cassette audio les réponses orales au cours d'un entretien. Cette deuxième solution permet éventuellement à l'investigateur de demander des précisions au participant en cours d'entretien pour compléter chaque réponse, mais elle nécessite secondairement de la part de l'investigateur une retranscription complète par écrit.

L'analyse se fait (1) en recherchant les mots-clés ou les groupes de sens, repris tels quels dans un premier temps. L'investigateur identifie (2) les points communs et les différences. Il identifie ainsi (3) des catégories dans le langage des personnes interrogées. Il effectue (4) un regroupement par catégories. Ces catégories sont nommées avec des mots qui reflètent la caractéristique commune de chaque catégorie, (5) définissant ainsi un thème. Il apparaît en général (6) un thème dominant (en général, ce qu'est l'humour pour les personnes interrogées, c'est-à-dire son essence) dont (7) d'autres thèmes découlent (sources de l'humour, humour approprié/non approprié, fonctions de l'humour...).

L'évaluation de la qualité de l'analyse se fait en général par une double lecture :

(1) par un chercheur expérimenté dans ce genre d'analyse, soit qui procède à une correction des transcriptions de sens ou de groupes de sens, des thèmes etc., soit qui effectue de nouveau l'ensemble de la démarche sans voir le travail du premier investigateur pour voir s'il aboutit aux mêmes conclusions ;

(2) par quelques participants qui faisaient partie de l'étude, en principe choisis au hasard, qui vont lire les données de l'analyse pour voir si cela correspond à leur expérience du phénomène étudié.

1.2. Questionnaires en phénoménologie humorologique auprès des patients

Plutôt que de reproduire chaque questionnaire utilisé dans les études phénoménologiques auprès des patients, nous avons construit un questionnaire qui regroupe non seulement les questions habituellement posées dans ces études, mais aussi des questions élaborées par nos soins, issues d'autres champs de l'humorologie* (Grille 2). Ce questionnaire comporte à peu près l'ensemble des questions que nous nous posons dans la recherche de la connaissance de l'humour auprès du patient. Toutes n'auront pas de réponse dans la suite de notre exposé.

Ce questionnaire répond à trois objectifs :

- Phénoménologique : il permettrait l'étude de la place de l'humour chez un échantillon de patients et la comparaison de différents échantillons.
- Faisabilité d'un projet : il permettrait de savoir si les patients d'un service souhaitent et peuvent accueillir un programme humoristique.
- Individuelle et clinique : il permettrait de connaître la place de l'humour et du rire chez chaque patient. Ceci pourrait constituer un instrument d'évaluation avant et après différentes actions pour améliorer la qualité de vie et de relation du patient.

Selon le choix de l'un des objectifs ci-dessus, il est possible de créer un questionnaire propre à un service hospitalier, en ne prenant que certains groupes de questions (Ex. : A à H si on ne souhaite pas mener de programme humoristique, ou bien H toutes seules si on souhaite savoir si les patients utilisent l'humour comme adaptation* face à l'adversité (coping*)).

Nous proposons en fait une sorte de kit à monter soi-même en 10 éléments et 40 tiroirs.

La complexité et la rigueur de la méthode utilisée en phénoménologie, que nous décrivions brièvement ci-dessus, nous ont invité à ne pas mener nos propres investigations auprès de patients. Il s'agit en effet d'un véritable travail d'équipe qui nécessite la présence de chercheurs habitués à ce genre de recherche, ce qui dépassait le cadre de notre travail.

Grille 2. Proposition de questionnaires humorologiques auprès des patients.

Recommandations :

1. L'humour demande beaucoup de tact. Même s'il ne s'agit pas ici de plaisanter avec le patient, certaines questions, en fonction de la réponse aux précédentes, ne seront peut-être pas adaptées à chaque patient.
2. Il est possible d'envisager une version écourtée de ce questionnaire. Il faudra aussi apprécier si chaque groupe de questions correspond à ce que l'on recherche (Par ex. : il n'est peut-être pas nécessaire de proposer le groupe I si un programme de soins humoristiques n'est pas envisagé).
3. Il est important de garder aussi le témoignage des expériences négatives face à l'humour.
4. Il faudra expliquer l'objectif d'un tel questionnaire au patient. Préciser s'il s'agit :
 - d'une meilleure connaissance de l'humour chez les patients.
 - d'une recherche sur l'opportunité du développement d'un programme humoristique avec les patients.
 - d'un entretien préalable à une activité humoristique existante proposée avec chaque patient.

O. Données générales : date d'entrée, âge, sexe, date de naissance, niveau d'études,... [toute donnée qui permettra de formuler des conclusions et des solutions adaptées au groupe de personnes que l'on souhaite étudier.]

A. Entrée dans l'échange :

1. Puis-je vous poser quelques questions sur l'humour ? Peut-être que vous ne le souhaitez pas : pourriez-vous me dire pourquoi ? (Quelles difficultés traversez-vous en ce moment ? Qu'est-ce qui vous fait souffrir ? Qu'est-ce qui ne va pas ?)

B. Recherche d'antécédents de blessures par dérision :

1. Quel est l'humour que vous trouvez blessant ?
2. L'humour a-t-il été une expérience négative pour vous ?
3. Avez-vous déjà fait l'objet de moquerie durant votre enfance, votre adolescence ? Par qui ? (Parents, frères et sœurs, école, autres ?) A propos de quoi ? Comment l'avez-vous vécu ? Quels sentiments cela a-t-il fait naître en vous ? [McNA 79] [KUBI 71]
4. Et actuellement, que se passe-t-il lorsque vous entendez rire à ce sujet, lorsque cela concerne quelqu'un d'autre ? Et lorsque cela vous concerne ? [McNA 79] [KUBI 71]
5. Quels sont les moments où il vous semble que l'humour n'a pas sa place (habituellement, et en ce moment) ? De quoi ne peut-on pas rire ? Pourquoi ?

C. Recherche d'une définition de l'humour par le patient :

Introduire la suite du questionnaire par : "Maintenant, si vous le voulez bien, nous n'allons plus parler de l'humour blessant, mais de l'humour qui vous réjouit."

1. Qu'est-ce que le bon humour¹ pour vous ?
2. Quand vous pensez au mot humour, quels types d'images ou de pensées vous viennent à l'esprit ? [HERT 90]

¹ Il est important d'éliminer du champ d'investigation, dans la mesure du possible, tout comique mêlé (comique raciste, sexiste, etc.), à la fois pour mettre le patient à l'aise, mais aussi pour le sensibiliser à un comique simple, drôle, et libéré des moqueries habituelles dirigées contre ceux que l'on rejette.

D. Recherche des préférences comiques :

1. Vous souvenez-vous d'une situation qui vous a fait rire aux éclats ? Pourriez-vous me la raconter ?
2. Pourriez-vous me raconter à présent une situation qui vous est arrivée à vous et qui vous a fait rire ?
3. Pourriez-vous me raconter votre histoire drôle préférée ?
4. Qu'est-ce qui vous amuse le plus, qui vous fait le plus rire ? (Dessins humoristiques de la presse, bandes dessinées, livres, sketches, films... (proposer des titres)).

E. Recherche de capacités comiques créatives :

1. Vous arrive-t-il de trouver souvent des situations amusantes dans la vie courante ?
2. Est-ce que vous aimez raconter des histoires drôles de situations que vous avez vécues ?
3. Est-ce qu'il vous est arrivé de faire une farce de bon goût à quelqu'un que vous appréciez ? Cette personne a-t-elle apprécié votre plaisanterie ?

F. Recherche des personnes comiques et du rire avec soi-même :

1. Pensez-vous avoir de l'humour ? Savez-vous faire rire les autres ?
2. Vous arrive-t-il de rire de vous-même ? De quoi riez-vous ? Comment vous sentez-vous lorsque vous riez de vous-même ? [MALI 91]
3. Quelles sont les personnes qui vous semblent les plus humoristiques, les plus drôles, dans votre entourage ? Au sein de votre couple, de votre famille, avec vos amis, existe-t-il de l'humour ?
4. Qu'en est-il actuellement de la relation avec ces personnes ? [ERDM 91]

G. Recherche des antécédents comiques positifs et de leur actualité au cours de la maladie :

1. Est-ce que l'humour était une part importante de votre vie lorsque vous étiez plus jeune? [HERT 93]
2. Avant que vous ne deveniez malade, aviez-vous l'habitude de rire beaucoup ? [ERDM 91]
3. Est-ce que l'humour fait encore partie de votre vie ? [HERT 90]
4. Est-ce que l'humour est utile ou non en ce moment ? [HERT 90]
5. Est-ce qu'il y a des moments où vous appréciez l'humour plus qu'à d'autres moments ? [HERT 90]

H. Recherche de l'humour comme stratégie d'adaptation dans la maladie :

1. Vous arrive-t-il de choisir de rire de la situation (qui vous paraissait frustrante ou à votre désavantage) ?
2. Est-ce que l'humour est utile ou non en ce moment ? [HERT 90]
3. Est-ce qu'il y a des moments où vous appréciez l'humour plus qu'à d'autres moments ? [HERT 90]
4. Pouvez-vous vous rappeler une expérience pénible qui avait été calmée par l'humour ? [ERDM 91]
5. Quel est le domaine de votre vie dans lequel vous voudriez ajouter de l'humour ? [ERDM 91]
6. Si l'humour vous aide, que faites-vous pour garder l'humour dans votre vie ? [HERT 93]
7. Quand est-ce que l'humour est une expérience négative en ce moment ?
8. Est-ce que le rire c'est la santé ?

I. Recherche de la qualité de la relation humoristique et des attentes en ce domaine dans le soin :

1. Y a-t-il de la bonne humeur à l'hôpital ? Et du bon humour ? Est-ce que vous pensez que ce serait le lieu pour qu'il y ait un peu de bon humour ?
2. Est-ce qu'une aide soignante, une infirmière, un médecin, ou d'autres visites vous ont fait rire pendant votre hospitalisation ? De quoi avez-vous ri ?
3. Est-ce que cela vous aiderait si l'infirmière, le médecin ou d'autres professionnels du soin avaient le sens de l'humour ? [BELL 89]
4. Quels sont les jeux ou les activités que vous aimiez lorsque vous étiez enfant ?
5. Est-ce que cela vous aiderait s'il y avait un chariot avec des articles comiques qui passait dans votre chambre ?
6. Est-ce que vous seriez d'accord pour que des clowns sympathiques passent dans le service ?
7. Est-ce que vous aimeriez qu'il y ait certaines fêtes dans le service (carnaval) ?
8. (Questions annexes : qu'est-ce qui vous ferait plaisir ? Quels sont vos loisirs ? Avez-vous des projets ?...)

1.3. Questionnaires phénoménologiques auprès des soignants

De la même manière que chez les patients, nous proposons un questionnaire s'adressant aux soignants qui regroupe les questions proposées dans les différentes études, et d'autres qui nous sont apparues au fil de nos lectures dans d'autres domaines de l'humorologie (Grille 3).

Il est possible d'évaluer l'approche de l'humour chez les soignants par des questions plus personnelles extraites du questionnaire destiné aux patients. Toutefois, des questions comme celles des groupes B et G concernent presque exclusivement les patients. Ce deuxième questionnaire est aussi un kit et peut faire l'objet de différentes recompositions.

Grille 3. Proposition de questionnaires humorologiques auprès des soignants.

O. Recueil des caractéristiques :

Age, sexe, profession, nombre d'années d'exercice dans la profession, statut marital...

A. Entrée dans l'échange :

1. Puis-je vous poser quelques questions sur l'humour qui survient dans le soin ? Peut-être que vous ne le souhaitez pas : pourquoi ?
2. Etes-vous à l'aise avec l'humour ? [BELL 89]

B. Recherche d'une définition de l'humour par le soignant :

1. Quand vous pensez au mot humour, quels types d'images ou de pensées vous viennent à l'esprit ? [HERT 90]
2. Qu'est-ce que l'humour bienveillant pour vous ?

C. Recherche de capacités comiques créatives :

1. Vous arrive-t-il souvent de trouver des situations amusantes dans la vie courante ?
2. Qu'est-ce qui vous fait rire de bon coeur ?
3. Est-ce que vous aimez raconter des histoires drôles de situations que vous avez vécues ?
4. Est-ce qu'il vous est arrivé de faire une farce de bon goût à quelqu'un que vous appréciez ? Cette personne a-t-elle apprécié votre plaisanterie ?

D. Recherche de la capacité de rire avec soi-même :

1. Vous arrive-t-il de rire de vous-mêmes ? De quoi riez-vous ?
2. Comment vous sentez-vous lorsque vous riez de vous-même ?
3. Est-ce que cela vous arrive sur votre lieu de travail, ou en dehors, ou les deux ?

E. Recherche de l'humour comme stratégie d'adaptation face aux contraintes professionnelles (et en dehors) :

1. Vous arrive-t-il de choisir de rire d'une situation qui vous paraissait frustrante ou à votre désavantage, dans votre travail et à l'extérieur de votre travail ?
2. Pouvez-vous vous rappeler une expérience pénible qui avait été calmée par l'humour (dans votre travail et à l'extérieur de votre travail) ?
3. Si l'humour vous aide, que faites-vous pour garder l'humour dans votre vie (à votre travail et à l'extérieur) ?
4. Quel est le domaine de votre vie professionnelle et extra-professionnelle dans lequel vous voudriez ajouter de l'humour ?

F. Recherche de relations humoristiques avec les patients :

1. Est-ce que les patients vous invitent à rire ?
2. Est-ce que vous riez avec eux ?
Décrivez une situation où l'humour apparaît dans la relation entre vous et un(e) patient(e).
3. Avez-vous l'habitude de prodiguer vos soins avec humour ? Si vous ne le faites pas : pourquoi ?
4. Que recherchez-vous, lorsque vous faites de l'humour avec un(e) patient(e) ? [VanZ 85]
5. Est-ce que l'humour permet une meilleure communication entre le/la patient(e) et vous ?
6. Ou cache-t-il quelque chose ?
7. Est-ce que le patient présente une attitude saine et positive suite à l'utilisation de l'humour ? [BELL 89]
8. Est-ce que cette attitude a amélioré le bien-être physique et psychique du/de la patient(e) ? [BELL 89]
9. Au cours du soin avec un(e) patient(e), comment savez-vous que vous pouvez avoir un échange humoristique avec lui/elle ?
10. Qu'est-ce qui empêche la relation humoristique ?
11. De quoi ne pouvez-vous pas rire avec un(e) patient(e) ?
12. Existe-t-il déjà des fêtes dans le service ? Comment cela se passe-t-il ? Que souhaiteriez-vous améliorer ?

G. Recherche des antécédents s'opposant à l'utilisation de l'humour dans le soin :

1. Au cours de votre formation professionnelle, vous a-t-on empêché d'avoir des échanges humoristiques avec les patients ?
2. Au cours de votre exercice, avez-vous fait l'objet de remarques de la part de vos supérieurs hiérarchiques concernant les échanges humoristiques avec les patients ?

H. Recherche de relations humoristiques avec les autres soignants :

1. Est-ce que vous avez des échanges parfois humoristiques avec les soignants ayant les mêmes fonctions que vous ? Sinon pourquoi ?
2. Et avec les autres soignants ? En particulier avec les médecins ? Sinon pourquoi selon vous ?
3. Ces échanges humoristiques permettent-ils une meilleure communication entre soignants ?
4. Ou bien cachent-ils quelque chose ?
5. Que pensez-vous de ce que semblent penser les autres soignants de l'humour ?

I. Recherche de l'opportunité d'un programme humoristique :

1. Souhaiteriez-vous qu'il y ait des échanges humoristiques (ou plus d'échanges humoristiques) entre les patients et vous si on vous en donnait la possibilité ?
2. Souhaiteriez-vous qu'il y ait des échanges humoristiques entre vos pairs et vous ? entre les autres soignants et vous ?
3. Que souhaiteriez-vous le plus voir évoluer dans le service pour qu'il soit plus joyeux ?
4. Seriez-vous d'accord pour que des clowns sympathiques passent dans votre service ?
5. Aimeriez-vous qu'il y ait certaines fêtes dans le service (carnaval, anniversaires...) ?
6. Seriez-vous favorable à une formation pour que s'améliorent les échanges humoristiques entre vous ? Sinon : pourquoi ?
7. Seriez-vous favorable à un programme humoristique pour les patients mené par des spécialistes du rire ? (chariot ou salle avec articles comiques...) Sinon : pourquoi ?

2. METHODE QUANTITATIVE : L'HUMOROMETRIE

2.1. Introduction

Une mesure du sens de l'humour permet d'identifier dans un groupe de personnes les individus ayant un fort sens de l'humour et ceux ayant un faible sens de l'humour. Cette distinction permet de comparer les interactions de l'un puis de l'autre sous-groupe ainsi défini avec diverses situations psychologiques, physiologiques ou comportementales. Ainsi pourront être étudiées les relations entre l'humour et le stress, l'humour et la douleur, l'humour et la dépression.

2.1.1. Définitions

Afin d'éviter toute confusion par la suite, il nous a semblé opportun de créer des termes pour distinguer des concepts différents qui sont souvent regroupés sous le même vocable : "humoristique".

L'**humorométrie*** est, pour nous, une discipline qui cherche à quantifier le sens de l'humour chez une personne ou un groupe de personnes au moyen d'outils qualifiés d'**humorométriques*** et non pas humoristiques*, puisqu'ils n'ont pas de vocation comique*. Ainsi, les supports comiques que sont les films destinés à provoquer le rire chez les participants des expérimentations pourront être qualifiés d'*humoristiques* (mais nous préférons le terme *comique*). En revanche, les échelles pour mesurer le sens de l'humour seront *humorométriques* et rarement *humoristiques*.

L'humour serait composé d'un certain nombre de variables* que l'on pourrait mesurer. Le problème est que le nombre de ces variables est difficile à apprécier. D'autre part, selon la définition de l'humour que nous avons adoptée, certaines variables ne sont pas facilement quantifiables : comment mesurer la joie ou l'humilité ? Ces deux variables demanderaient à elles seules des questionnaires spécifiques.

La mesure du sens de l'humour reste donc une approche encore partielle. Un faible score sur une échelle humorométrique ne signifie pas une absence d'humour [THOR 93c]. Nous parlerons donc d'**humoristicité*** pour qualifier la mesure du sens de l'humour. Ce néologisme est calqué sur

l'anglais "*humorousness*". L'humoristicité *n'est pas* exactement le sens de l'humour : c'est une mesure qui *essaye* d'évaluer le sens de l'humour.

Nous distinguerons ainsi des personnes dites de **forte humoristicité*** par opposition à celles dites de **faible humoristicité***, selon leur score humorométrique. L'**humoristicité active*** est la mesure de la capacité à produire de l'humour, c'est-à-dire à trouver seul une situation amusante et en faire profiter les autres ; l'**humoristicité passive*** (qui n'est pas l'opposé mais qui est complémentaire) est la mesure de la capacité à accueillir l'humour, à recevoir l'humour venant d'un autre, sans avoir la faculté à trouver seul une situation amusante.

2.1.2. Approche de la problématique rencontrée dans la conception d'une échelle humorométrique [RUCH 96]

Le premier obstacle que rencontre la conception d'une échelle humorométrique est l'absence de définition univoque de l'humour. Il est tout aussi difficile de classer le sens de l'humour dans une des catégories de l'étude du psychisme : est-ce un comportement ? Est-ce un état cognitif d'un instant ? Est-ce un trait de la personnalité ?...

Si une équipe d'investigateurs se met d'accord pour une définition du sens de l'humour, est-ce que pour autant cette définition correspond à celle des personnes participant à l'étude ? Tous les chercheurs parlent-ils du même sens de l'humour ?

Que mesure-t-on et avec quels instruments ? Est-ce que l'ensemble des mesures effectuées avec un questionnaire humorométrique permettent d'évaluer l'humour dans sa totalité ? Quels sont tous les éléments qui constituent le sens de l'humour et comment les mesurer ? Existe-t-il un ou des sens de l'humour différents ? Est-ce que ces composants sont liés les uns aux autres, ou sont-ils indépendants ? Est-ce que le sens de l'humour est unipolaire, c'est-à-dire décrivant un état positif dit "humoristique" opposé à un état neutre "non-humoristique" ; ou bien, est-ce bipolaire, décrivant un état positif dit "humoristique" opposé à un état négatif dit "sérieux" voire "triste" ?

Faire du sens de l'humour un ensemble trop vaste, c'est attraper dans un même grand filet les petits poissons et les gros poissons qui vont les manger : l'humour avec la bienveillance qui le caractérise selon nous, pourrait ainsi être englouti par ses contraires, la moquerie et le sarcasme, dans un score additionnant tous les types de comiques.

2.2. Matériel et méthode.

Pour l'étude des échelles humorométriques, nous avons eu essentiellement recours aux études de Thorson et Powel [THOR 90, 91, 93a, b, c, 94, 97] : ils montrent les insuffisances des mesures antérieures employées de façon courante dans la littérature, puis développent et valident une échelle humorométrique.

Nous avons aussi repris les échelles de Martin et Lefcourt présentées dans un article étudiant la capacité de l'humour à réduire le stress [MART 83].

Nous avons rencontré au cours de nos lectures plusieurs échelles de conception assez semblable. Il ne nous était pas possible de discuter de toutes ces échelles en raison de leur nombre, de la difficulté d'obtenir les documents sources qui les décrivent, de leur emploi moins fréquent que les échelles que nous présentons. D'autre part, il nous est apparu rapidement que l'échelle développée par Thorson et Powel était plutôt bien construite à la lecture des nombreux articles qui la décrivent.

Nous ne parlerons donc que des échelles les plus courantes que sont la première version de l'échelle de Svebak, des deux échelles de Martin et Lefcourt, et de l'échelle de Thorson et Powel (Tableau 5).

Tableau 5. Echelles humorométriques courantes.

Nom de l'échelle	Abréviation(s)	Développée par :	Année
Sense of Humor Questionnaire ^{2,3}	SHQ	Svebak	1974
Situational Humor Response Questionnaire ⁴	SHRQ	Martin et Lefcourt	1984*
Coping Humor Scale ⁵ = Coping Humor Questionnaire	CHS = CHQ	Martin et Lefcourt	1983
Multidimensional Sense of Humor Scale ⁶	MSHS	Thorson et Powel	1993

* Le SHRQ a été présenté oralement pour la première fois en 1981.

² SVEBAK S. : A theory of sense of humor. *Scandinavian Journal of Psychology*, 1974;15:99-107. (cité par [THOR 91]).

³ SVEBAK S. : Revised questionnaire on the sense of humor. *Scandinavian Journal of Psychology*, 1974;15:328-31. (cité par [THOR 91])

⁴ MARTIN R. A., LEFCOURT H. M. : Situational Humor Response Questionnaire : quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984;47:145-55. (Cité par [THOR 93a]).

⁵ [MART 83]

⁶ [THOR 93c]

La première version de l'échelle de Svebak regroupe les caractéristiques et les inconvénients de presque toutes les autres échelles non mentionnées ici que nous avons rencontrées. Les deux échelles de Martin et Lefcourt sont les mesures les plus utilisées en humorométrie.

2.3. Description et analyse des différentes échelles humorométriques

Il s'agit de quatre auto-évaluations* constituées de questions qui appellent chacune une réponse unique sur une échelle ordinale* numérotée de 1 à 4 ou de 1 à 5 pour apprécier le degré d'accord, ce que les étudiants en médecine connaissent bien sous les termes de "questions à choix simple".

Nous les étudierons dans l'ordre chronologique, ce qui permet d'apprécier l'amélioration progressive de l'humorométrie.

2.3.1. Le Sense of Humor Questionnaire (Revised) (SHQ) [THOR 91]

Cette première échelle n'a plus cours actuellement, puisque son auteur l'a remplacée par une échelle simplifiée en 6 propositions (SHQ-6). Nous n'avons pas consulté le SHQ-6 parce qu'il est trop récent, peu utilisé, et que le nombre de propositions ne nous semble pas suffisant pour évaluer les différentes composantes de l'humour. La description du SHQ dans sa première version et son analyse sommaire nous apparaissent importantes non seulement en raison de sa diffusion dans les premiers travaux, mais aussi en raison des écueils qu'elle rencontre⁷.

2.3.1.1. *Description*

Ce questionnaire par auto-évaluation comportait 21 propositions notées sur une échelle de 4 points de "tout à fait d'accord" à "pas du tout d'accord". Pour calculer le résultat, il fallait "inverser" les phrases négatives⁸ (sic) [THOR 91].

Selon Thorson et Powel, cette échelle avait été conçue pour mesurer deux éléments de l'humour :

⁷ Nous ne possédons qu'une version anglaise du SHQ, qui comporte peut-être des erreurs de traduction du norvégien à l'anglais selon Thorson et Powell [THOR 91].

⁸ Cette façon d'établir le score reste énigmatique !

- la capacité à percevoir l'humour, à comprendre la plaisanterie au moyen d'une sous-échelle incluse dans le questionnaire (Meta-Message Sensitivity Subscale) dont une phrase type est la proposition n° 1 : "*Je peux généralement reconnaître une allusion ou un éclat dans le regard ou un léger changement dans la voix comme la marque d'une intention humoristique.*"
- la valeur que les personnes interrogées attribuent à l'humour au moyen d'une autre sous-échelle (Liking of Humor Subscale), dont une phrase type est la proposition n° 6 : "*J'apprécie les gens qui tolèrent toutes sortes d'humour.*"

2.3.1.2. Discussion

Cette échelle comportait les défauts essentiels suivants :

- 15 propositions (sur 21 !) dépeignent l'humour ou le rire de façon péjorative comme la proposition 10 "*Les personnes qui cherchent par tous les moyens à être drôles font vraiment preuve de légèreté et ne sont pas dignes de confiance*".
- Plusieurs propositions ne concernent pas directement l'humour, comme la proposition 13 "*Je fais souvent des erreurs dans l'appréciation du comportement émotionnel de circonstance dans une situation particulière*" ou la proposition 21 : "*j'essaye d'être quelqu'un de spontané*".
- L'inversion du score de la proposition, si la proposition est négative par rapport à l'humour, ne permet pas forcément d'exprimer exactement la même idée. Dans la proposition 16 : "*Les humoristes m'irritent parce qu'ils prennent plaisir à faire rire les autres.*", si la personne interrogée n'est pas d'accord avec cette proposition, nous obtenons : "*Les humoristes ne m'irritent pas lorsqu'ils prennent plaisir à faire rire les autres.*", ce qui donne une proposition de coloration neutre ("cela ne me dérange pas, mais me laisse indifférent") qui ne signifie pas "J'ai plaisir à voir les humoristes faire rire les autres", de coloration positive.
- Beaucoup de propositions sont trop ambiguës, comme la proposition 11 : "*Je ris comme un fou, et j'ai souvent des craintes que les autres pensent que je suis un peu trop expansif*". Exprime-t-elle seulement un rire fréquent et facile à déclencher, ou exprime-t-elle un rire gêné ?

Thorson et Powel ont dit que cette échelle ne mesurait pas ce qu'elle proposait de mesurer. Ils vont même jusqu'à dire que cette échelle mesure la misanthropie*.

Le SHQ rassemble effectivement des éléments hétéroclites et contradictoires. Cependant, si le SHQ ne mesure pas l'humoristicité, certaines propositions mesurent en revanche la résistance à l'humour ; pour que cette mesure de la résistance à l'humour soit applicable, il faudrait dégager des propositions qui l'expriment sans ambiguïté et les affiner.

Concernant les autres échelles, nous avons constaté surtout une confusion entre ce qui appartient à l'humour, et les autres aspects du comique qui ne sont pas de l'humour au sens noble comme la moquerie, le sarcasme, l'ironie, le comique noir, le comique sexiste.

2.3.2. Le Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ)

[MART 83, THOR 91]

Le SHRQ est une échelle humorométrique largement utilisée dans la littérature. Elle a permis de confronter l'humoristicité à différents affects négatifs comme la peur, la douleur, la dépression.

2.3.2.1. *Description*

Cette échelle comporte 18 propositions qui décrivent des situations hypothétiques. Les participants sont invités à choisir le comportement qu'ils auraient adopté dans ces situations, selon une échelle ordinale en cinq points :

- 1 = a. *"Je n'aurais pas trouvé cela particulièrement amusant."*
- 2 = b. *"Cela m'aurait amusé, mais je ne l'aurais pas montré."*
- 3 = c. *"J'aurais souri."*
- 4 = d. *"J'aurais ri."*
- 5 = e. *"J'aurais ri aux éclats."*

Ces propositions sont complétées par trois questions en fin de questionnaire, qui essaient d'étudier d'une part le choix des amis du participant en fonction de critères humoristiques, d'autre part le caractère variable des réponses aux 18 propositions en fonction de différents événements. La somme des réponses permet d'obtenir un score total compris entre 21 et 105 (inclus).

Questionnaire 1. Le Situational Humor Response Questionnaire⁹ (SHRQ).

"L'humour et le rire signifient des choses différentes selon les personnes. Chacun de nous a sa propre conception sur le genre de situation qui peut être humoristique, a sa notion propre de la convenance de l'humour dans telle ou telle situation et sa propre idée sur la place de l'humour dans la vie.

Dans ce questionnaire, vous trouverez des descriptions d'une série de situations dans lesquelles vous vous êtes probablement trouvés l'une ou l'autre fois. Pour chacune des questions essayez de vous rappeler un moment précis où vous avez réellement vécu la situation décrite. Si vous ne pouvez pas vous [en] rappeler, essayez de vous imaginer vous-mêmes dans une telle situation. Cochez la lettre (a, b, c, d, e) qui correspond à la phrase qui décrit le mieux la manière dont vous avez ou auriez réagi dans la situation."

1. Si vous étiez en train de faire des courses seul dans un [centre commercial], dans une ville loin de chez vous et que vous rencontrez, sans vous y attendre, une connaissance de l'école (du travail, etc...), comment avez-vous ou auriez-vous réagi ?

- a) Je n'aurais probablement pas consacré du temps pour parler à cette personne.
- b) J'aurais parlé avec la personne, mais je n'aurais pas montré beaucoup d'humour.
- c) J'aurais trouvé quelque chose pour sourire en parlant avec lui (elle).
- d) J'aurais trouvé quelque chose pour rire avec lui.
- e) J'aurais vraiment beaucoup ri avec la personne.

2. Si vous aviez été réveillé dans un profond sommeil au milieu de la nuit par un coup de téléphone et que c'était un vieil ami [...] ¹⁰, juste de passage dans votre ville, qui avait décidé de vous appeler et de vous saluer...

- a) Ceci n'aurait pas été particulièrement amusant.
- b) Ceci aurait été un peu amusant mais je n'aurais pas ri.
- c) J'aurais été capable de rire si mon ami disait quelque chose de drôle.
- d) J'aurais été capable de rire et dire quelque chose de drôle à mon ami.
- e) J'aurais beaucoup ri avec mon ami.

3. Vous avez été blessé par accident et vous avez dû rester quelques jours au lit. Durant cette période au lit, comment auriez-vous réagi ?

- a) Je n'aurais pas trouvé quelque chose de particulièrement amusant.
- b) J'aurais souri occasionnellement.
- c) J'aurais beaucoup souri et ri de temps en temps.
- d) J'aurais trouvé beaucoup de choses pour rire.
- e) J'aurais vraiment beaucoup ri la plupart du temps.

4. Si vous aviez été engagé dans une longue activité physique (Ex. natation, longue marche, ski) et, [vos amis et vous] ¹¹ vous vous trouvez complètement épuisés...

- a) Je n'aurais pas trouvé cela particulièrement amusant.
- b) J'aurais trouvé cela amusant, mais je ne l'aurais pas montré explicitement.
- c) J'aurais souri.
- d) J'aurais ri.
- e) J'aurais vraiment beaucoup ri.

5. Si vous arrivez dans une soirée et vous trouvez que quelqu'un d'autre porte un vêtement exactement [identique au] ¹² vôtre... (voir 4. a, b, c, d, e)

6. Si un ami vous donne [une énigme] ¹³ à résoudre et vous trouvez – ce qui surprend votre ami – que vous êtes capable de résoudre [cette énigme] très rapidement... (voir 4. a, b, c, d, e)

⁹ Reproduction de la traduction française (trad. fr.) de V. Saroglou et L. Van Esbroeck (1997) autorisée grâce à l'amabilité de M. Rod A. Martin. Nous avons apporté quelques petites corrections, pour une lecture plus exacte ou plus facile, que nous avons mis entre crochets.

¹⁰ [...] = "qui" dans trad. fr.

¹¹ inversé dans la trad. fr. : "vous et vos amis".

¹² "le même que le" dans la trad. fr.

7. Un jour où vous n'avez absolument pas de responsabilités ou d'engagements et [où]¹⁴ vous avez décidé de faire quelque chose que vous aimez bien avec quelques amis, dans quelle mesure auriez-vous réagi avec humour durant cette journée ?

- a) L'activité que nous aurions entreprise n'impliquerait pas tellement le sourire ou le rire.
- b) J'aurais souri de temps en temps, mais je n'aurais pas eu tellement l'occasion de rire beaucoup.
- c) J'aurais souri fréquemment et ri de temps en temps.
- d) J'aurais ri fort assez fréquemment.
- e) J'aurais vraiment beaucoup ri la plupart du temps.

8. Vous étiez en train de conduire votre voiture en hiver et soudainement la voiture fait un tête-à-queue sur une plaque de verglas et s'arrête face à la circulation sur l'autre côté de la grand-route. Vous êtes soulagé de découvrir que personne n'a été blessé et qu'il n'y a pas de dégâts [concernant]¹⁵ votre voiture... (voir 4. a, b, c, d, e)

9. Si vous étiez en train de regarder un film au cinéma ou un programme à la télé[vision] avec certains amis et vous avez trouvé une scène particulièrement drôle, mais [...]¹⁶ personne d'autre ne semble la trouver humoristique, comment auriez-vous réagi le plus probablement ?

- a) J'aurais conclu que j'ai dû avoir mal compris ou que, dans la réalité, ce n'était pas marrant.
- b) J'aurais souri [en]¹⁷ moi-même, mais je n'aurais pas montré mon amusement explicitement.
- c) J'aurais souri de façon visible.
- d) J'aurais ri fort.
- e) J'aurais vraiment beaucoup ri.

10. Si vous étiez en train de passer une soirée romantique seul avec quelqu'un que vous aimez vraiment (petit(e) ami(e), époux(se), etc.)...

- a) J'aurais probablement tendance à parler sérieusement.
- b) J'aurais souri occasionnellement, mais je n'aurais probablement pas ri fort.
- c) J'aurais souri fréquemment et ri de temps en temps.
- d) J'aurais ri fort assez fréquemment.
- e) J'aurais vraiment beaucoup ri la plupart du temps.

11. Si vous recevez, contrairement à vos attentes, une [note]¹⁸ basse à un examen et un peu plus tard, le soir, vous en parlez à un ami... (voir 4. a, b, c, d, e)

12. Vous avez cru avoir reconnu un ami dans une salle pleine de monde. Vous attirez l'attention de la personne et vous vous précipitez vers elle, mais quand vous arrivez vous découvrez que vous avez fait une erreur et que la personne vous [est]¹⁹ totalement étrangère... (voir 4. a, b, c, d, e)

13. Si vous étiez en train de manger dans un restaurant avec quelques amis et le garçon, par accident, renverse une boisson sur vous... (voir 4. a, b, c, d, e)

14. Si vous étiez en train de traverser une rue à un carrefour et un chauffeur impatient, qui [doit s'arrêter]²⁰ pour vous, klaxonne... (voir 4. a, b, c, d, e)

15. Si, à cause d'un problème d'ordinateur vous avez passé toute la matinée dans des files [d'attente] en divers magasins en essayant de résoudre le problème... (voir 4. a, b, c, d, e)

16. Si l'enseignant(e) annonce qu'il(elle) va rendre les copies d'examen [en commençant par les notes les plus élevées], et votre nom est l'un des premiers à être appelé²¹... (voir 4. a, b, c, d, e)

¹³ "un puzzle", dans la trad.. En anglais, le premier sens de *puzzle* est *énigme* [R&C 95].

¹⁴ absent dans la trad..

¹⁵ "à" dans la trad..

¹⁶ "que" dans la trad..

¹⁷ "à" dans la trad..

¹⁸ "cote" dans la trad..

¹⁹ "était" dans la trad..

²⁰ "devrait arrêter" dans la trad..

17. Dans le passé, si votre petit(e) ami(e) avait décidé de rompre la relation avec vous parce qu'il (elle) a trouvé quelqu'un d'autre, et quelques jours plus tard vous êtes en train d'en parler à un bon ami...

- a) Je n'aurais rien trouvé d'humoristique dans cette situation.
- b) J'aurais été capable de trouver quelque chose d'humoristique, mais je ne l'aurais pas montré.
- c) J'aurais été capable de sourire.
- d) J'aurais été capable de rire.
- e) J'aurais beaucoup ri.

18. Si vous étiez en train de manger dans un restaurant avec quelques amis et le garçon, par accident, renverse une boisson sur un de vos amis... (voir 4. a, b, c, d, e)

19. En choisissant vos amis, quelle importance accorderiez-vous au fait qu'ils puissent s'amuser facilement et être capables de rire dans des situations très variées...

- a) La plus importante caractéristique que je cherche chez un ami.
- b) Très souhaitable, mais pas la caractéristique la plus importante.
- c) Assez souhaitable.
- d) Ni vraiment souhaitable, ni vraiment indésirable.
- e) Pas très souhaitable.

20. Comment vous évaluez-vous vous-mêmes concernant la probabilité d'être amusé et de rire dans une grande variété de situations ?

- a) Ma caractéristique la plus marquante.
- b) Au-dessus de la moyenne.
- c) Autour de la moyenne.
- d) En dessous de la moyenne.
- e) Très peu.

21. Dans quelle mesure votre réaction, par le rire ou par l'humour, varie-t-elle selon la situation ? (Par exemple : dans quelle mesure cette réaction dépend-elle de la personne avec qui vous êtes, du lieu où vous vous trouvez, de la manière dont vous vous sentez sur le moment, etc. ?)

- a) Pas du tout.
- b) Pas tellement.
- c) Quelque peu.
- d) Assez.
- e) Beaucoup.

2.3.2.2. Analyse du SHRQ

Ces situations apparaissent extraites de la vie courante. Elles sont soit anodines, soit embarrassantes (un serveur empoté renverse deux fois des liquides sur des clients²²), parfois heureuses, concernant la personne elle-même, seule ou en lien avec ses amis, ou encore concernant une autre personne (proposition 17).

Les trois dernières questions (19 à 21) essaient d'apprécier la place de l'humour dans les choix amicaux (19) et d'évaluer la probabilité que ce test soit le reflet exact de la réalité (20 et 21).

²¹ "If the teacher announced that s/he would hand back the exams in order of grade, beginning with the highest mark in the class, and your name was one of the first be called..."

²² Pourquoi ne pas changer de restaurant pour la poursuite de ces tests humorométriques ?

Nous regrettons toutefois quelques confusions. Si le score représente l'addition des points de toutes les propositions, alors le score additionne des éléments qui ne sont pas de même nature. Nous ne voyons pas très bien ce que la somme des dernières questions pourrait avoir à faire avec l'humour, puisqu'il s'agit de savoir avec quel degré de véracité les participants ont répondu à l'ensemble des 18 premières propositions. Pour ces deux dernières, il s'agit d'une évaluation de la mesure et non pas d'une évaluation de l'humour.

L'analyse factorielle* de Thorson et Powel a permis de distinguer cinq facteurs* [THOR 91] :

- Facteur 1 : regroupe l'auto-évaluation des participants concernant la probabilité de rire dans les situations positives ;
- Facteur 2 : probabilité de rire dans une situation négative ;
- Facteur 3 : probabilité de rire dans des situations où le rire est ambivalent ;
- Facteur 4 : probabilité de rire ou la préférence pour la probabilité de rire (sic)²³ ;
- Facteur 5 : probabilité de rire dans un contexte de surprise.

Comme le soulignaient Thorson et Powel dans un article où ils s'interrogeaient sur l'humorométrie [THOR 90], le SHRQ mesure plutôt une probabilité de rire, qui est une réponse comportementale. Cette réponse comportementale peut être liée ou non au sens de l'humour. Thorson et Powel opposent à Martin et Lefcourt leurs propres déclarations²⁴ : "*Le rire peut survenir en l'absence d'humour, et l'humour n'est pas toujours accompagné du rire.*"

Le Facteur 3, qui regroupait pour l'échantillon étudié, les propositions 1, 2, 3, 5, évoque des situations où le rire serait ambivalent pour Thorson et Powel. Le rire est le produit de multiples significations parfois très éloignées de la notion d'humour, comme nous l'avons vu (masque, gêne, mise à distance). Un questionnaire doit permettre de faire la part des choses entre ce qu'il veut définir et ce qui est en dehors.

En fait, le caractère familier des situations évoquées, et l'absence d'idées misanthropes contrairement au SHQ, laissent certainement supposer au participant qu'il s'agit d'entrée de jeu d'évaluer son comportement humoristique et joyeux face à des situations heureuses ou moins heureuses.

²³ "Factor 4 [...] clustered self-ratings of likelihood to laugh or a preference for the likelihood to laugh" [THOR 91], p 696.

²⁴ LEFCOURT H. M., MARTIN R. A. : *Humor and life stress : Antidote to adversity*. New York : Springer-Verlag, 1986. pp 2-3. (cité par [THOR 90]).

Nous ne voyons pas pourquoi les participants parleraient de rires inadaptés et gênants (surtout aux éclats). Le rire de façade n'est pas gratifiant pour soi, et il ne laisse certainement pas dans la mémoire de trace en tant que joie.

Que penser du rire au restaurant du participant qui admire les coloris de la soupe de poisson qui sèche sur la chemise de son ami ? Le rire est celui de la surprise, rupture de la séquence où la soupe devait se vautrer dans l'assiette, mélangée à un peu de moquerie dirigée à la fois contre la maladresse du "manchot" de chez *Trois Gros*, et contre les thons qui jurent sur la cravate de l'ami. Pour qu'il y ait humour, il faudrait réserver le rire non pour soi, mais d'abord pour l'ami et le serveur, dans le souci de rire avec eux et de les mettre à l'aise.

Par rapport aux cinq points qui nous permettent de définir l'humour, nous constatons que :

- des probabilités de rire (et non pas la constatation du comique) sont recherchées dans différentes situations.
- la bienveillance dans certaines situations est peut-être douteuse (propositions 17 et 18).
- bien des situations peuvent laisser apparaître des rires contraints, séducteurs, peut-être inauthentiques et non pas spontanés.
- ce questionnaire interroge sur le rire avec soi-même (propositions 3, 5, 8, 11, 13)
- de nombreuses propositions évaluent la joie avec les autres à travers le rire.
- le questionnaire essaye d'évaluer une certaine créativité dans certaines situations de contraintes.

Malgré l'expression de ces quelques éléments de réserve ainsi que ceux de Thorson et Powel, le SHRQ constitue, selon nous, un moyen qui peut grossièrement évaluer le sens de l'humour même si rire, comique potentiellement mêlé et humour sont assez mélangés dans certaines propositions. En essayant d'évaluer la production humoristique face à différentes situations, il constitue une mesure de l'humoristicité active.

2.3.3. La Coping Humor Scale (CHS) [MART 83, THOR 91]

Cette échelle est aussi appelée CHQ (Coping Humor Questionnaire). Elle a été élaborée après le SHRQ, pour préciser une des dimensions de l'humour qui est utilisée comme adaptation* (coping*) face à l'adversité.

2.3.3.1. *Description*

La CHS comporte 7 propositions. Il s'agit d'une auto-évaluation où les participants sont conviés à noter le degré d'accord concernant chaque proposition sur une échelle à 4 points :

1 = "pas du tout d'accord" ; 2 = "pas trop d'accord" ; 3 = "assez d'accord" ; 4 = "tout à fait d'accord".

La réponse aux 7 propositions permet d'obtenir un score qui est la somme des réponses, sauf pour les propositions 1 et 4 où il faut "inverser"²⁵ la réponse choisie par le participant [MART 83]. Les scores iraient²⁶ de 7 à 28.

Questionnaire 2. La Coping Humor Scale²⁷ (CHS)

1. Je perds souvent mon sens de l'humour quand j'ai des problèmes.
2. J'ai souvent remarqué que mes problèmes peuvent fortement diminuer quand j'essaie de trouver quelque chose de [drôle]²⁸ dans la situation.
3. Souvent j'essaie de trouver quelque chose d'humoristique à dire quand je me trouve dans des situations tendues.
4. Je dois admettre que ma vie serait probablement plus facile si j'avais plus le sens de l'humour.
5. J'ai souvent trouvé que si je suis dans une situation où je ne peux que pleurer ou rire, c'est mieux de rire.
6. D'habitude, je peux trouver quelque chose pour rire ou faire une [plaisanterie]²⁹ même dans des situations difficiles.
7. Selon mon expérience, l'humour est souvent une façon très efficace de faire face à des problèmes.

2.3.3.2. *Analyse du CHS*

Nous regrettons que ce questionnaire présente des propositions qui ne font intervenir aucun tiers, sauf dans la proposition 3, où quelque chose de drôle est dit. L'humour en situation difficile y apparaît donc d'abord destiné à soi. Ceci éviterait l'ambiguïté d'interprétation de l'utilisation de l'humour en situation difficile adressé à un autre : l'humour peut être une façon de

²⁵ Nous mettons des guillemets à "inverser", car il ne s'agit pas de prendre l'inverse mathématique du chiffre choisi, mais d'attribuer 4 lorsque le participant a choisi 1, et 3 lorsqu'il a choisi 2 et vice versa.

²⁶ Nous mettons les limites inférieure et supérieure de ce score au conditionnel, car nous ne les avons pas trouvées dans nos lectures.

²⁷ Reproduction de la traduction française de V. Saroglou et L. Van Esbroeck (1997) autorisée grâce à l'amabilité de M. Rod A. Martin.

²⁸ "marrant"

²⁹ "blague"

protéger l'autre, de l'exclure de notre désarroi, par le rire (comique masquant).

Contrairement au SHRQ, il n'y a aucune situation concrète évoquée. Il n'y a que deux niveaux de situations difficiles : les problèmes, qui peuvent regrouper tout un registre de situations qui font obstacle mais qui ne sont pas forcément mal vécues, et les situations difficiles (proposition 6). L'humour ne semble pas être de survenue spontanée – reçu –, mais vu comme un objet dont il faut s'emparer comme d'un bouclier pour se défendre.

Thorson et Powel ont trouvé 2 facteurs. Les propositions du Facteur 1 traitaient de l'utilisation de l'humour dans un contexte d'adaptation* (coping*). Le Facteur 2 rassemblait les autres propositions, qui parlent de la valeur placée dans l'humour (propositions 1 et 4).

Thorson et Powel parlent d'une "image en miroir" [THOR 91] entre les propositions du Facteur 1 et les propositions du Facteur 2. Cela ne nous paraît pas tout à fait exact, car il est différent de dire : (1) "J'aimerais utiliser l'humour, mais je n'y arrive pas", qui exprime tout de même une certaine disposition à l'accueil de l'humour, et (2) "Je ne vois pas l'intérêt d'utiliser l'humour dans des situations négatives", qui affirme une opposition franche à l'humour. Cette proposition (2) est une mesure de la résistance à l'humour, qui peut faire l'objet d'une évaluation éventuellement plus développée, comme le propose maladroitement le SHQ. Le score de la proposition (2) ne devrait pas être additionné à celui du CHS, puisque les deux échelles mesurent des choses différentes : humoristicité et résistance à l'humour.

Thorson et Powel [THOR 91] estiment que le CHS est une mesure partielle, unidimensionnelle, du sens de l'humour, mais qui atteint son but.

Si nous nous référons à notre définition de l'humour, nous constatons dans ce questionnaire que :

- toutes les propositions parlent du comique (dénommé aussi "rire" et "humour").
- le critère de bienveillance n'est pas apparent.
- il est difficile de dire si l'humour est accueilli comme un don spontané ou s'il existe une volonté de maîtrise (propositions 3 et 6).
- il peut exister un comique inauthentique (masque) dans les propositions 3 et 6.

Bien que ce questionnaire nous semble incomplet, le CHS mesure l'humoristicité active dans la gestion de l'adversité (coping).

2.3.4. La Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS) [THOR 93a, b, c, 97]

La MSHS est l'une des échelles humorométriques les plus récentes, ce qui explique son utilisation encore modeste dans la littérature. Elle est le fruit d'une réflexion sur les insuffisances des échelles antérieures [THOR 90, 91]. Elle tente de résoudre deux problèmes essentiels : pour Thorson et Powel, (1) la probabilité de rire que mesure le SHRQ est une réponse comportementale liée ou non au sens de l'humour [THOR 90], ce qui gêne sa faculté à mesurer vraiment l'humoristicité ; d'autre part, (2) l'humorométrie doit mesurer les multiples dimensions de l'humour [THOR 91].

2.3.4.1. *Cadre conceptuel*

Suite à leur analyse des échelles SHQ, SHRQ, et CHS [THOR 91], Thorson et Powel ont formulé la définition suivante de l'humour pour guider leur recherche :

"L'humour est un concept à plusieurs dimensions qui contient les éléments suivants :

1. *la production humoristique, [qui est] en fait la capacité créative à être humoriste, à fabriquer le bon mot³⁰, à identifier les choses amusantes dans une situation, à créer et raconter ce qui amuse les autres ;*
2. *un sens de l'enjouement³¹ (playfulness) ou de la fantaisie, la capacité à passer un bon moment, d'être de bonne composition ;*
3. *la capacité d'utiliser l'humour pour atteindre des buts sociaux : utiliser l'humour comme lubrifiant social, comme moyen pour décompresser les situations tendues, renforçant les normes sociales, stimulant la solidarité à l'intérieur d'un groupe, ou embrochant ce qui se gonfle d'orgueil ou ce qui est pompeux ;*
4. *la reconnaissance personnelle de l'humour, ou des absurdités de l'existence, et la reconnaissance de soi comme sujet humoristique ;*
5. *l'appréciation de l'humour, des personnes humoristiques et des situations humoristiques ;*
6. *l'utilisation de l'humour comme mécanisme adaptatif, qui permet de rire des problèmes et de maîtriser des situations difficiles à travers les applications de l'humour."*

En comparant avec notre propre définition de l'humour, nous constatons qu'il existe de nombreux points communs. Il manque peut-être la bienveillance, mais que nous retrouverions développée à travers les expressions du troisième point. Nous parlons de dessaisissement, de non-

³⁰ En français dans le texte.

³¹ Cet enjouement est à rapprocher de l'eutrapélie développée par Aristote. (Voir le chapitre sur la définition de l'humour).

maîtrise, tandis que le sixième point tend à décrire l'humour non pas comme don reçu.

2.3.4.2. Description

La MSHS est une échelle qui comporte 24 propositions auto-descriptives que les participants sont invités à noter sur une échelle ordinale à 5 points.

Des sous-échelles représentent chacune une des dimensions particulières de l'humour³² :

1. Création et performance : Propositions 1, 5, 9, 12, 15, 18, 24.
2. Stratégie face à l'adversité : Propositions 2, 6, 13, 16, 19, 20, 22.
3. Utilisations sociales de l'humour : Propositions 3, 7, 17, 21, 23.
4. Attitudes face à l'humour et aux humoristes : Propositions 4, 8, 10, 11, 14.

Pour établir le score total, il faut procéder de la façon suivante :

Les huit propositions formulées de façon affirmative obtiennent des points répartis de la façon suivante :

Pas du tout d'accord	= 0
Pas d'accord	= 1
Neutre	= 2
D'accord	= 3
Tout à fait d'accord	= 4

Si aucune réponse n'a été cochée, on considère que la réponse est neutre (= 2).

Pour les six propositions négatives (4, 8, 11, 13, 17 et 20), on inverse l'ordre des réponses affirmatives :

Pas du tout d'accord	= 4
Pas d'accord	= 3
Neutre	= 2
D'accord	= 1
Tout à fait d'accord	= 0

³² Renseignements issus d'articles tirés à part gracieusement fournis par M. James A. Thorson.

Questionnaire 3. La Multidimensional Sense of Humor Scale ³³(MSHS).

	Pas du tout d'accord		Tout à fait d'accord		
1. Parfois, j'invente des plaisanteries ³⁴ ou des histoires drôles.	<input type="checkbox"/>				
2. L'humour m'aide à maîtriser des situations difficiles.	<input type="checkbox"/>				
3. Je suis persuadé(e) que je peux faire rire les autres.	<input type="checkbox"/>				
4. Je n'aime pas les comiques.	<input type="checkbox"/>				
5. Les autres prétendent que je dis des choses amusantes.	<input type="checkbox"/>				
6. Je peux utiliser l'humour pour m'adapter à toutes sortes de situations.	<input type="checkbox"/>				
7. Je peux détendre l'atmosphère en disant quelque chose de drôle.	<input type="checkbox"/>				
8. Ceux qui racontent des histoires drôles sont pénibles ³⁵ .	<input type="checkbox"/>				
9. A travers ce que je dis, j'arrive souvent à faire rire les autres aux éclats ³⁶ .	<input type="checkbox"/>				
10. J'apprécie une bonne plaisanterie ³⁷ .	<input type="checkbox"/>				
11. C'est une véritable insulte d'appeler quelqu'un "un clown".	<input type="checkbox"/>				
12. Je peux dire les choses de façon à faire rire les autres.	<input type="checkbox"/>				
13. L'humour ne vaut pas grand chose pour faire face aux événements.	<input type="checkbox"/>				
14. J'apprécie les gens qui font de l'humour ³⁸ .	<input type="checkbox"/>				
15. Les autres comptent sur moi pour dire quelque chose de drôle.	<input type="checkbox"/>				
16. L'humour m'aide à me débrouiller.	<input type="checkbox"/>				
17. Je suis mal à l'aise quand tout le monde fait des plaisanteries ³⁹ .	<input type="checkbox"/>				
18. Mes amis me considèrent comme quelqu'un de spirituel.	<input type="checkbox"/>				
19. Utiliser l'humour est une façon élégante de s'adapter.	<input type="checkbox"/>				
20. Essayer de maîtriser une situation grâce à l'humour est stupide.	<input type="checkbox"/>				

³³ Reproduction et adaptation de la traduction autorisées grâce à l'amabilité de M. James A. Thorson.

³⁴ Nous avons préféré le terme "plaisanteries" qui traduit mieux le terme anglais "jokes" qui sont à la fois des plaisanteries verbales ou des farces, au terme "farces" qui sont plutôt des actions comiques aux dépens d'autrui.

³⁵ La traduction probablement québécoise avait une fort jolie expression peu usitée en français : "Les conteurs de farces sont pénibles".

³⁶ Phrase initiale de tournure un peu lourde : "Souvent, par ce que je dis, je peux faire éclater les autres de rire."

³⁷ "farce"

³⁸ Notre proposition est plus proche de la version originale : "I appreciate those who generate humor", que sa traduction : "J'apprécie les gens qui font rire."

³⁹ "farces"

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. En fait, je peux exercer un certain contrôle sur un groupe en me servant de l'humour. | <input type="checkbox"/> |
| 22. L'humour m'aide à me sentir à l'aise. | <input type="checkbox"/> |
| 23. Je me sers de l'humour pour divertir mes amis. | <input type="checkbox"/> |
| 24. Mes mots d'esprit amusent les autres. | <input type="checkbox"/> |

2.3.4.3. Analyse de la MSHS et discussion

Ce questionnaire aborde les points suivants :

- l'appréciation du comique en général (Ex. : proposition 14)
- la créativité comique personnelle (Ex. : proposition 1)
- la perception de son appréciation par les autres (Ex. : proposition 5)
- la perception de l'utilisation de l'humour dans des situations difficiles (Ex. : proposition 6)
- la résistance au comique en général (proposition 4)
- la résistance à l'humour comme moyen d'adaptation (proposition 20).

Par rapport à notre définition de l'humour, nous constatons les différences suivantes :

- Le comique présenté à travers le questionnaire n'évoque pas la notion de bienveillance et de respect de l'autre.
- La spontanéité n'est pas présente dans ce point de vue sur le comique, mais il existerait plutôt une certaine volonté de maîtrise (Ex. : proposition 2). Cette maîtrise et cette utilisation du comique vont plutôt à l'encontre de l'humilité et de la gratuité dans la relation humoristique.
- Ce questionnaire n'aborde pas d'une façon ou d'une autre le rire avec soi-même (même sous le terme d'*auto-dérision**).
- Le participant peut mettre n'importe quelle définition du comique sous le mot "humour", ce qui ne permet pas de différencier finalement le créateur comique (qui élabore comiques purs et mêlés) et l'humoriste (qui élabore seulement un comique pur).
- Il peut exister un certain désir de séduire, voire de manipuler au moyen du comique, comme en témoigne la proposition 21, ce qui va à l'encontre de la gratuité et du refus de séduire de l'humour.

Ce questionnaire laisse aussi des questions en suspens :

- Dans quelle mesure le participant ne s'invente-t-il pas comme créateur comique, étant le seul à rire de ses propres histoires, et à croire qu'il fait rire les autres ?

- Le comique qui aide le participant à maîtriser les situations difficiles est-il un comique utilisé comme masque ou un véritable humour qui accueille la situation telle qu'elle vient ?

Afin d'établir quel sous-groupe est de forte humoristicité, et pour quel sous-groupe celle-ci est faible, les auteurs proposent de départager les deux groupes par la médiane*. Ceux qui sont en-dessous sont ainsi arbitrairement considérés comme étant de faible humoristicité, et ceux au-dessus comme étant de forte humoristicité. Il est possible aussi d'observer les caractéristiques des quartiles* extrêmes.

La MSHS ne constitue pas un test pour mesurer l'appréciation de l'humour, pour savoir si quelqu'un peut comprendre une plaisanterie, ou pour savoir s'il est capable d'inventer la légende la plus drôle dans un dessin [THOR 97]. Il s'agit d'une évaluation du propre comportement du participant par rapport à l'humour et par rapport aux autres participants. Selon la technique arbitraire de la médiane pour départager l'humoristicité des participants définie par Thorson et Powel, on peut très bien envisager un échantillon de participants ayant un faible score général, mais dans lequel on départage des personnes ayant un score plus fort et un autre plus faible.

Les auteurs eux-mêmes ont testé la MSHS avec plusieurs grands échantillons. D'autres équipes de recherche à travers le monde l'auraient aussi utilisé avec de grands échantillons [THOR 97] : il semblerait, selon Thorson et Powel, que ce questionnaire soit transposable à d'autres cultures.

Nous allons enfin observer la personnalité des gens selon l'humoristicité définie par la MSHS. Dans leur étude la plus récente [THOR 97], Thorson et Powel ont signalé que la MSHS avait des corrélations positives avec la capacité à s'ouvrir au monde extérieur, le désir de se montrer, la domination, la chaleur, la sociabilité, la confiance en soi, la recherche d'émotions fortes et de l'exaltation, la créativité, la religiosité intérieure, l'enjouement.

En revanche, il existait des corrélations négatives entre la MSHS et le pessimisme, la tendance à la névrose, l'évitement, l'auto-dépréciation, le respect, l'ordre, l'endurance, l'agression, la dépression, l'anxiété face à la mort, le sérieux, la perception des soucis quotidiens, la mauvaise humeur.

Quelques points nous frappent dans l'analyse de cette échelle confrontée à des échelles de personnalité : l'humoristicité de la MSHS est liée de façon positive à la domination et au désir de se montrer, et il est opposé au respect et à l'endurance. Or, selon notre définition, l'humour

n'apparaît pas ostentatoire de façon exagérée (eutrapélie), il ne cherche pas à dominer mais à être au service (humilité) ; donnant parfois de petits coups de coude, il invite pourtant au respect par son rire avec l'autre ; il est aussi une des forces reçues, pour certains, dans l'épreuve prolongée, où il se déploie avec majesté (liberté et réalisme malgré les contraintes).

Ces quelques points confirment les différences que nous avons constatées avec notre propre définition de l'humour. En fait, cette échelle est en accord avec la définition de l'humour adoptée par les auteurs, et en cela il nous semble que cette échelle atteint son but. Dans l'article où ils développent la MSHS, les auteurs avaient d'ailleurs prévenu, de façon implicite qu'ils avaient choisi de ne pas faire la distinction entre les différents types de comique :

"La personne qui dit, 'Je n'aime pas les plaisanteries aux dépens des autres' ou 'Je n'aime pas l'humour scabreux' peut tout de même avoir un haut niveau d'appréciation de l'humour et des humoristes. Il ou elle peut simplement exprimer un point de vue personnel sur ses goûts ou les types d'humour qui sont les plus à même de rentrer dans son répertoire qui constitue son sens de l'humour personnel." [THOR 93c]

Dans un article qui parle de l'humour positif (= comique pur*, selon notre définition) et de l'humour négatif (= comique mêlé*), Decker et Rotondo [DECK 99], qui ont utilisé la MSHS ont montré que cette échelle est corrélée de façon significative avec l'utilisation des deux types de comique.

Cette analyse de la personnalité de l'humoriste à travers la MSHS qui rejoint assez la définition proposée par les auteurs, nous invite donc, malgré les quelques réserves formulées, à considérer que la MSHS est certainement une assez bonne échelle – mais imparfaite en raison de la définition de l'humour adoptée. Si le SHRQ répondait à la question : "*est-ce que je ris face à telle ou telle situation ?*", la MSHS essaye de répondre à la question : "*quel regard est-ce que je porte sur ma relation au comique ?*". Cette échelle mesure l'humoristicité active et passive.

CONCLUSION

Les outils qui permettent de mieux connaître l'humour viennent à peine de voir le jour.

L'exploration par la méthode phénoménologique n'est pas encore complète. Nous avons tenté de rassembler des questions dispersées dans des questionnaires types qui permettraient peut-être d'avoir une connaissance plus précise de l'expérience de l'humour chez le patient et chez le soignant.

L'humorométrie se heurte à la difficulté de connaître une définition précise et consensuelle du sens de l'humour. Pour cette raison, ce que mesure l'humorométrie n'a été jusqu'à présent que la probabilité de rire ou la relation au comique. Ces approches nous ont amené à définir au préalable la notion d'humoristicité. En effet, ces échelles ne décrivent pas directement le sens de l'humour qu'elles ont du mal à définir, mais elles s'en approchent.

Il faudra donc conserver à l'esprit que la mesure du sens de l'humour – en particulier dans cette relation pleine de respect entre le soignant et le patient – n'existe pas encore, et par conséquent que les tests comparatifs étudiant les rapports entre l'humour et différents états physiologiques ou psychologiques ne seront qu'un reflet très partiel de la réalité : il faudrait plutôt parler pour l'instant d'études sur les relations entre *comique* et physiologie ou psychologie.

Il serait très intéressant que les méthodes qualitatives et les méthodes quantitatives se nourrissent les unes les autres pour une meilleure connaissance de l'homme dans ses ressources face à la souffrance.

CHAPITRE 7. L'HUMOUR INDUIT-IL DES MODIFICATIONS DANS LES ETATS D'AGRESSION ?

"Un homme préhistorique regagne sa caverne.

– Qu'est-ce qu'il t'est arrivé ? s'exclame son voisin. Tu es couvert de bleus !

– Ne m'en parle pas. C'est le manteau de fourrure que je voulais offrir à ma femme. Il m'a lâchement attaqué par derrière."

[TOUQ 98]

INTRODUCTION

Nous nous sommes demandé si le rire, le comique, ou l'humour présentaient des effets intéressants sur la physiologie, et si ces modifications amélioreraient la santé de façon notable, comme l'affirme l'opinion populaire.

Nous avons analysé les travaux qui étudient les relations entre humour et (1) immunité*, (2) stress et anxiété, (3) dépression*, (4) douleur physique. Les articles que nous avons recueillis ne parlent pas d'humour* à proprement parler, mais parlent du rire* et du comique*.

Ces travaux sont dispersés, et constituent plutôt le commencement de recherches et l'élaboration d'hypothèses. Il ne saurait en aucun cas être question de preuves indiscutables concernant un quelconque effet indéniable du comique. Les démarches pour construire des expérimentations qui vont permettre l'analyse du comique ou du rire face à l'agression sont parfois très originales.

1. HUMOUR ET DEFENSES IMMUNITAIRES

"Comme un suppositoire, le microbe, bien que parfaitement introduit, ne pourra jamais s'en sortir !"

Colonel Alain PHOCYTE, Commandant T4

1.1. Problématique

- Le comique et/ou le rire, modifient-ils l'immunité ?
- Modifient-ils l'immunité de façon durable ?
- S'il existe une modification, dans quel sens se fait-elle ? Vers une stimulation ou vers une suppression ?
- S'il existe une modification, a-t-elle une influence efficace sur la prévention, ou sur la guérison d'une ou plusieurs maladies, sur la mortalité due à une de ces maladies ?

1.2. Articles analysés

Nous pouvons distinguer trois groupes de recherches fréquemment cités dans la littérature :

- Les travaux de Berk et coll. [BERK 88, 89a, 93], qui ont effectué des prélèvements sanguins lors du rire pour étudier l'évolution de l'immunité cellulaire* et humorale* ;
- Des travaux japonais comparables à ceux de Berk et coll., dont ceux de Kamei, Kumano, et Masumura [KAME 97] ;
- Différents travaux sur l'évolution de la concentration des immunoglobulines* A salivaires (IgAs) avant et après le rire, dont ceux de Dillon, Minchoff, et Baker [DILL 85], et ceux de Lefcourt, Davidson-Katz, et Kueneman [LEFC 90].

1.3. Hypothèses formulées dans ces articles

- Le rire et le comique diminueraient le stress*, donc la concentration de cortisol* plasmatique, d'où une réduction de l'inhibition directe ou indirecte de l'expression du gène de l'interleukine* 2 (IL 2), ce qui entraînerait une prolifération des lymphocytes* [BERK 88].
- Le rire et le comique augmenteraient l'activité des cellules Natural Killers* (NK) [BERK 89a, KAME 97].

- Le rire et le comique augmenteraient plusieurs facteurs de l'immunité : d'un point de vue cellulaire, augmentation de différentes sous-populations de lymphocytes T ; d'un point de vue humoral, augmentation des IgA, IgM, IgG, de la fraction C₃ du complément*, de l'Interféron* gamma (IFN γ) [BERK 93].
- Le rire et le comique augmenteraient la concentration des IgA salivaires [DILL 85, LEFC 90].
- Le rire et le comique joueraient ainsi un rôle préventif dans la survenue des maladies infectieuses à porte d'entrée buccale.
- L'augmentation des IgA salivaires après un stimulus comique serait plus élevée chez les personnes de forte humoristicité* [LEFC 90].

1.4. Analyse des biais de ces études

Les articles de Berk et coll. ne sont en fait que des résumés de travaux. Nous aurions souhaité accéder à ces travaux, mais la consultation des banques de données, ainsi que des bibliographies que nous avons en notre possession n'ont pas permis de retrouver la trace des publications initiales.

En toute rigueur, comme le signalent Huguier et coll. [HUGU 98] nous ne devrions pas nous attarder sur ces résumés qui ne permettent pas de tirer de conclusions valables, faute de description suffisante. Cependant, la mention de ces travaux en référence à plusieurs reprises dans nos lectures nous a amené à en parler afin qu'ils ne servent désormais plus de preuves concernant la modification de la biologie par le rire.

Nous avons affaire à des études comportant de très petits échantillons d'une dizaine de personnes pour toutes les études, sauf dans celles de Lefcourt et coll. [LEFC 90] qui comportaient plus de 35 étudiantes. La nature expérimentale de ces études permet d'excuser d'avoir eu recours à de si petits échantillons*. Mais quels que soient les résultats, ils ne peuvent donc être extrapolés à la population, et encore moins à la population des malades.

Seuls les travaux sur les IgA, que ce soit ceux de Dillon et coll. ou de Lefcourt et coll., faisaient état d'une répartition aléatoire* des participants entre un groupe testé et un groupe témoin*.

Aucun de ces travaux qui étudiaient l'immunité n'a recherché des marqueurs de l'inflammation* comme la vitesse de sédimentation* ou la Protéine C Réactive* (CRP). Il nous semble pourtant que l'examen clinique et l'interrogatoire ne sont pas suffisants pour révéler des états inflammatoires cachés qui pourraient modifier l'immunité.

Le stress pouvant modifier l'immunité dans toutes les études, les modalités pour éliminer tout stress n'étaient pas suffisamment précises. Même les auteurs les plus attentifs à ce point dans leur étude sur les IgA salivaires, Lefcourt et coll., ne nous ont pas convaincu : ils ont proposé une tâche intellectuelle d'une heure pour être sûrs que les participants n'avaient rien absorbé une heure avant l'étude proprement dite. Or, si une dernière tasse de café avait été prise par des participants une heure avant, ses effets – comparables à ceux du stress – auraient encore été présents au moment des dosages des IgA. De plus, il faudrait certainement différencier les participants consommateurs habituels de café ou de thé, et ceux qui ont des durées de sommeil insuffisantes : ces deux états maintiennent des niveaux de stress biologiques plus élevés que des personnes ayant un sommeil normal et ne consommant pas de café.

Les recueils de la salive pour analyser la concentration en IgA dans toutes les études sur le sujet ont été effectués en crachant une quantité déterminée de salive durant un temps donné. Cela pose la question du débit de salive, qui est variable d'un individu à l'autre et qui est difficilement quantifiable.

Or, Lefcourt et coll. émettaient quelques réserves quant à leurs résultats en raison de la variation inverse du débit salivaire (volume / temps) comparée à celle des IgA ; cette variation inverse était déjà mentionnée par Brandtzaeg¹.

Enfin, les différentes études ne mesuraient pas toujours l'humoristicité* des sujets présents, ne mentionnaient pas toujours le nom du matériel comique utilisé, ni la durée d'exposition à ce matériel.

Aucune étude ne cherchait à savoir si les participants trouvaient très drôle le matériel comique qui leur était présenté.

1.5. Résultats et discussion

Nous ne citerons que les résultats des travaux de Kamei et coll. [KAME 97] qui montraient dans un bref article – avec un échantillon de taille réduite constitué de huit participants – qu'en définitive, après la projection d'une vidéo comique :

1. il n'y avait pas modification des pourcentages des lymphocytes T auxiliaires (CD 4),

¹ BRANDTZAEG P. : Human secretory immunoglobulin VII. Concentrations of parotid IgA and other secretory proteins in relation to the rate of flow and duration of secretory stimulus. *Archives of Oral Biology*, 1971;16:1295-310. (cité par [LEFC 90]).

2. ni des lymphocytes T supresseurs (CD 8),
3. et qu'il y avait même une diminution de l'activité des cellules tueuses NK².

Ces résultats négatifs, qui vont à l'encontre de ceux de toutes les autres études, ne démontrent sans doute pas grand chose en raison de la taille de l'échantillon. Cependant, ils ont au moins le mérite d'avoir été publiés et de pouvoir dire qu'en matière d'immunité, rien n'est démontré concernant l'efficacité du rire sur la modification de l'état immunitaire.

Les nombreux biais méthodologiques rendent tous les travaux cités sans grande valeur. Ils viennent surtout asseoir le fait qu'il est désormais nécessaire – si l'on souhaite poursuivre de telles recherches – de mener des études aussi rigoureuses en humorologie* expérimentale que dans d'autres domaines scientifiques, avec (1) des échantillons conséquents, (2) sélectionnés au hasard, (3) une répartition aléatoire entre groupe témoin et groupe testé, (4) une évaluation de l'humoristicité* des participants (au moins avec la MSHS*), (5) une évaluation du matériel comique utilisé, (6) une connaissance de l'état inflammatoire biologique, (7) une maîtrise des conditions de stress, (8) une standardisation des conditions d'étude...

Quoique non invasives*, les études sur les modifications des IgA salivaires nous apparaissent d'interprétation délicate en raison de la variation inverse du débit salivaire et de la concentration en IgA. Pour cette raison, cette voie de recherche nous semble sans issue.

La question de savoir si le rire, le comique, et l'humour améliorent la santé en induisant une modification de l'état immunitaire reste entière. Cependant, nous craignons que les effets transitoires de ces modifications ne soient pas suffisants pour déclencher des mécanismes physiologiques capables d'amener la guérison de maladies infectieuses en particulier, ni même de participer de façon efficace à leur prévention. Quand bien même on réussirait à démontrer de façon rigoureuse qu'il existe une augmentation de l'activité immunitaire, il serait bien difficile de démontrer vis-à-vis de quoi cette défense se met en place.

² Probablement mortes de rire ?

2. HUMOUR, STRESS, et ANXIETE

"*Corset* :

Epouse tous flancs.

*Il contient les puissants, soutient les faibles
et ramène les égarés."* [DELA 78]

2.1. Définitions

Selon le *Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine* [GARN 86]³, le **stress** est un mot anglais employé par Selye en 1936 pour exprimer : "*l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque*". Il s'agit d'une définition plutôt physiologique*. Les termes français qui correspondent au mot *stress* sont : "*agression, stimulation, atteinte, choc, contrainte, pression, tension, émotion, commotion, déséquilibre, dépression, indisposition, malaise...*" [GARN 86] selon le cas.

L'état de stress aigu⁴ selon la classification de l'American Psychiatric Association dans le *DSM-IV* [DSM4] est un état anxieux dans lequel se trouve une personne ayant été témoin brutalement d'une atteinte grave de l'intégrité pour elle-même ou pour d'autres personnes (blessures graves, menace de mort, décès brutal). Cet état a produit un sentiment de peur intense, d'impuissance, ou d'horreur, et différents symptômes caractéristiques. La définition exclut les états physiologiques ou pharmacologiquement induits. L'état de stress aigu est un aspect de l'anxiété*.

L'**excitant** (*stressor*, en anglais), qui est la cause du stress* et qu'il faut donc différencier du stress peut être : "*animé (microbe), physique (froid), chimique (poison), un trouble ou une lésion organique (hémorragie), nerveux (effort, émotion désagréable ou agréable)*" [GARN 86].

L'**angoisse***, selon la définition médicale, est un ensemble de symptômes somatiques* ressentis par une personne lors des formes sévères d'anxiété* :

"Sensation de resserrement de la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique, accélération de la respiration et du pouls" [GARN 86].

³ Les définitions de 1986 que nous présentons, sont les mêmes dans l'édition de 1997.

⁴ Code : F43.0 [308.3]. L'expression "*Etat de stress aigu*" est une expression consacrée. Il ne s'agit pas pour nous du stress* physiologique.

L'anxiété*, dont la racine étymologique (du grec *angchô*, *αγγω* : j'étrangle) est la même que celle du mot *angoisse*, est plutôt un phénomène psychique :

"Sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger [...] L'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse sont trois degrés d'un même état." [GARN 86]

La peur n'a pas vraiment une définition différente de l'anxiété selon le Petit Robert [ROBE 92] :

"(Sens fort) Phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé, d'une menace"

à ceci près que le danger peut parfois être nommé dans la peur, alors que cette désignation est difficile dans l'angoisse ou l'anxiété.

2.2. Problématique

- Le rire, le comique, ou l'humour diminuent-ils le stress* ou l'anxiété* ?
- Le stress* est-il cause de maladie ?
- Si le stress* est cause de maladie, la diminution du stress* par le rire, le comique ou l'humour permet-il d'éviter la maladie ?

2.3. Articles analysés

Les études que nous présentons tentaient d'étudier les corrélations* entre *humoristicité** et *stress**. L'*humoristicité* était mesurée soit par auto-évaluation au moyen de questionnaires humorométriques, ou par une mise en situation où les participants devaient construire des histoires amusantes à partir d'un matériel dépourvu de tout comique intentionnel. Le *stress* était mesuré par des échelles spécifiques, ou par des mises en situations provoquant le *stress*, que ce soit dans la vie courante (examen), ou en laboratoire.

Dans ces articles sont cités à plusieurs reprises des questionnaires par auto-évaluation* demandant à chaque question une réponse unique sur une échelle ordinale. Ce sont :

- Le SHRQ : Situational Humor Questionnaire, déjà décrit.
- La CHS : Coping Humor Scale, décrit lui aussi précédemment.

D'autres échelles évaluent *stress*, *anxiété* ou *dépression*. Il s'agit aussi de questionnaires par auto-évaluation qui demandent une réponse unique à chaque question :

- La LES : Life Events of College Students par Sandler et Lakey, 1982. Il s'agit d'une liste de 112 expériences ayant trait à la vie étudiante. On demande aux participants de cocher les événements qu'ils ont rencontrés durant l'année passée et d'estimer l'effet que chaque événement a eu à l'époque sur leur vie (très négatif, assez négatif, assez positif, très positif). Un total donnant une approche de l'aspect négatif des événements de vie est obtenu pour chaque participant en additionnant seulement les événements qui ont été considérés comme ayant eu un impact négatif, leur donnant un poids de 1 (assez négatif), ou de 2 (très négatif).
- La POMS : Profile of Mood States, par McNair, Lorr et Droppleman, 1971. Pour mesurer les niveaux prédominants actuels de l'humeur plutôt que les états transitoires, on demande aux participants de remplir cette échelle en ayant à l'esprit l'état dans lequel ils se trouvaient durant le mois précédent. Cette mesure comporte des totaux à propos de cinq états négatifs (tension, dépression, colère, fatigue et confusion) et d'un état positif (vigueur). On établit un score (appelé Total Mood Disturbance), qui est calculé en additionnant les cinq scores négatifs et en soustrayant le score Vigueur.
- Le BDI : Beck Depression Inventory de Beck, Mendelson, Mock, et Erbaugh, 1961, est un questionnaire qui évalue l'état dépressif.
- Le STAI : State Trait Anxiety Inventory, de Spielberger, Gorusch, et Luschene, 1970, est un questionnaire qui essaye de connaître l'état anxieux actuel transitoire et l'état d'anxiété habituel.

Safranek et Schill [SAFR 82] ont tenté de savoir si l'humoristicité active et passive aidaient à diminuer les effets du stress dans la vie quotidienne auprès d'un échantillon de 82 hommes et 79 femmes, étudiants, en observant la corrélation des réponses entre un questionnaire humorométrique (Angell's Humor Use Inventory) et deux questionnaires : sur la dépression (BDI) et l'anxiété (STAI).

Martin et Lefcourt [MART 83] ont mené trois études dont deux nous intéressent :

- 29 hommes et 32 femmes étudiants devaient remplir le SHRQ, et deux autres échelles : la LES et le POMS. Par ailleurs, les expérimentateurs cherchaient à évaluer l'humoristicité active* par la technique de Turner : après une courte préparation de 30 secondes, au moyen d'une douzaine d'objets hétéroclites disposés sur une table, chaque participant devait construire une petite histoire comique utilisant ces objets, d'une durée de trois minutes, enregistrée sur un magnétophone. Les expérimentateurs notaient ensuite le caractère comique de l'ensemble sur une échelle ordinaire en 4 points⁵, et le nombre de remarques comiques.

⁵ 0 = pas de commentaire drôle, essaye simplement de décrire les objets dans son monologue ; 1 = essaye d'être drôle, mais avec un succès limité, essaye de faire plus que la simple description des objets ; 2 = quelques remarques clairement humoristiques mais classiques, pas de flux continu ; 3 = un petit spectacle comique avec un monologue totalement composé de remarques humoristiques.

- 14 hommes et 11 femmes, étudiants, volontaires, remplissaient la CHS, la LES, et le POMS. Les expérimentateurs leur projetaient ensuite un film muet (dont le nom est : *Subincision*) considéré comme stressant concernant des rites d'initiation chez des aborigènes d'Australie. Les participants devaient individuellement élaborer un commentaire comique de ce qu'ils voyaient et ils devaient ensuite évaluer la probabilité qu'ils utilisent habituellement l'humour dans une situation quotidienne aussi stressante.

Nezu, Nezu, et Blissett [NEZU 88] ont proposé une étude longitudinale prospective à 87 étudiants (46 hommes et 41 femmes, âgés de 18 à 26 ans), volontaires pour connaître la relation entre l'humoristicité et le stress. Lors d'une première rencontre avec les expérimentateurs, les participants devaient remplir les questionnaires suivants : les questionnaires humorométriques, SHRQ et CHS ; les questionnaires sur anxiété, dépression et événements de vie négatifs, le BDI, le STAI, et la LES. Lors d'une seconde rencontre qui avait lieu deux mois plus tard, les participants remplissaient seulement le BDI, le STAI et la LES. Concernant la LES, ils notaient uniquement les événements négatifs nouveaux qui étaient survenus durant les deux mois.

Berk, Tan, Fry, et coll. [BERK 89b] ont étudié l'évolution des taux plasmatiques des hormones du stress et d'autres hormones du système neuro-endocrine* (ACTH, cortisol, béta-endorphine, DOPAC, dopamine, adrénaline, noradrénaline, hormone de croissance, prolactine) avant, pendant et après le rire franc et massif provoqué par 60 minutes d'une vidéo comique chez cinq hommes en bonne santé comparés à cinq sujets témoins qui ne regardaient aucune vidéo. Ils ont effectué des prélèvements sanguins par cathéter veineux avant la projection du film (ou l'absence de projection chez les témoins) puis toutes les 10 minutes pendant la projection et jusqu'à 30 minutes après la fin de la projection.

Yovetich, Dale, et Hudak [YOVE 90] ont proposé une étude de l'effet du comique et de l'humoristicité active comme moyens de lutter contre une anxiété due à l'anticipation. Ils ont d'abord proposé à 53 étudiants de remplir le SHRQ.

Sans connaître les résultats du SHRQ, les expérimentateurs répartissaient ensuite (probablement de façon aléatoire* ?) les sujets dans 3 groupes : un groupe écoutait une cassette comique, un autre une cassette parlant de géologie, et le dernier constituait un groupe témoin et n'écoutait rien de particulier.

Auparavant, les expérimentateurs avaient annoncé aux participants qu'ils recevraient un choc électrique (qui était certifié ne provoquer aucun

dommage physique) au bout de 12 minutes. Les participants pouvaient quitter l'expérimentation à tout moment. Ils pouvaient contrôler le temps au moyen d'un compte à rebours disposé devant eux. Au bout des 12 minutes, il n'y avait aucun choc électrique⁶.

Avant et au cours des 12 minutes, les expérimentateurs enregistraient le rythme cardiaque, et les potentiels électro-myographiques du muscle zygomatique*. Les participants indiquaient leur niveau d'anxiété au moyen d'un cadran téléphonique (de 1 à 10) toutes les 30 secondes.

Nous citons de nouveau les travaux de Kamei, Kumona, et Masumura [KAME 97]. Ils ont effectué des prélèvements chez huit étudiants en médecine, hommes, âgés de 19 à 23 ans (médiane 20 ans) à trois reprises : deux heures avant un examen de physique, une semaine après l'examen et avant la projection d'une vidéo comique, puis immédiatement après avoir vu la vidéo.

2.4. Résultats

Safranek et Schill [SAFR 82] ont trouvé que, d'une façon générale pour tous les participants, l'humoristicité n'avait aucun effet sur le stress. En revanche chez les femmes, l'humoristicité avait tendance à croître de façon significative* en même temps que le stress et l'angoisse augmentaient.

Dans l'étude de Martin et Lefcourt [MART 83] où les personnes devaient inventer une histoire avec des objets ou bien inventer un commentaire, quel que soit leur sexe, les participants ayant la plus forte humoristicité active étaient significativement* moins affectés par le stress que les autres, en raison de la perception moins négative des événements de vie pénibles. Par conséquent, les auteurs pensaient que l'humour jouerait un effet tampon.

Dans l'étude prospective de Nezu et coll. [NEZU 88], quelle que soit l'échelle humorométrique utilisée, il existait aussi un effet tampon de l'humour vis-à-vis des symptômes dépressifs liés au stress. Cependant, l'humour – selon la définition qui est proposée par les humorométries de Martin et Lefcourt – n'interviendrait que pour 20 % dans la réduction de ces symptômes dépressifs.

Berk et coll. [BERK 89b] observaient des modifications hormonales dont nous reparlerons dans notre discussion.

⁶ Il est possible de déduire de la description de cette expérimentation que les expérimentateurs sont des petits farceurs.

L'équipe des "farceurs" qui faisaient croire aux participants qu'ils allaient recevoir un choc électrique minime [YOVE 90] ont observé que :

- Les participants ayant une forte humoristicité* étaient plus anxieux, mais au fur et à mesure que le temps s'écoulait, ce sont ceux de faible humoristicité* qui devenaient plus anxieux que les autres.
- Le comique aurait réduit l'anxiété* de façon plus efficace qu'un discours intéressant ou qu'une situation où il ne s'est rien passé, quel que soit le degré d'humoristicité des participants.
- Ni le comique ni l'humoristicité n'ont réduit le stress*, mesuré par la fréquence cardiaque.
- Ainsi, les participants se sentaient mieux (moins d'anxiété*, phénomène cognitif) dans l'une et / ou l'autre de ces conditions, mais d'un point de vue somatique*, il n'y avait aucun changement (stress* identique).
- Les participants de faible humoristicité soumis à la condition comique étaient ceux qui avaient bénéficié de la plus forte diminution de l'anxiété.

2.5. Discussion

L'étude du stress est difficile, en raison de tous les états physiologiques et psychologiques que ce terme recouvre. Son étude demande au minimum une définition préalable très précise.

Comme le remarquaient Nezu et coll. [NEZU 88] dans leur discussion, il convient de distinguer le **stress état physiologique**, dont une mesure valable est l'augmentation du rythme cardiaque, et le **stress ressenti**, que l'on ne peut mesurer que par un questionnaire, qui est un affect négatif qu'il faudrait plutôt nommer **anxiété** (voire peur).

Les méthodes humorométriques* utilisées dans toutes les expériences sont discutables. L'humorométrie* (Angell's Humor Use Inventory) utilisée par Safranek et Schill [SAFR 82] évalue cinq catégories de plaisanteries : absurdes, stupides, ridicules, hostiles, et sexuelles ; nous pensons que cette évaluation d'une part n'étudie que le comique, et d'autre part qu'elle est fort éloignée de notre définition du sens de l'humour.

Nous avons déjà émis quelques réserves concernant les SHRQ et la CHS, quoique la CHS soit en mesure de mieux remplir son rôle pour l'étude de l'humour face à l'adversité, situation qui génère stress* et anxiété*. Il existait finalement une corrélation* assez faible ($r = 0,24$; $p < 0,05$)* entre le SHRQ et la production comique en situation lorsque les participants devaient inventer une histoire comique à partir d'objets hétéroclites. En revanche, il existait une corrélation assez forte entre la CHS et la production

comique en situation, lorsque les participants devaient commenter le documentaire ($r = 0,50$; $p < 0,01$).

Nous n'avons pas analysé les questionnaires mesurant l'anxiété, la dépression, ou les événements négatifs de vie. Toutefois, le fait de demander aux participants de se remémorer l'intensité affective négative d'événements passés introduit au moins deux biais : (1) un biais dû à la relecture des événements qui ont peut-être paru négatifs sur le moment, mais qui apparaissent positifs à présent, la mise en récit ayant sublimé ces événements, (2) un biais dû à la tonalité affective du participant au moment où il est interrogé : si son quotidien apparaît sombre le jour même, ce qu'il relira apparaîtra certainement aussi sombre.

En dehors des expérimentations où étaient prélevés des échantillons sanguins, le nombre de participants dans ces études était déjà plus conséquent et permettait déjà plus facilement de détecter des effets dus au comique qui ne soient pas le seul fait du hasard.

Dans la comparaison d'un groupe testé et d'un groupe témoin, la répartition aléatoire n'est pas toujours précisée, ce qui rend alors ces expérimentations sans valeur.

Dans l'étude de Yovetich et coll. [YOVE 90], nous savons seulement que les expérimentateurs ne connaissaient pas l'humoristicité des participants après avoir mené le SHRQ et avant qu'ils ne soient répartis soit dans le groupe testé soit dans le groupe témoin. Mais les moyens pris pour cette répartition ne sont pas précisés.

Berk et coll. [BERK 89b] ont eu l'honnêteté d'indiquer que la répartition entre le groupe testé et le groupe témoin n'a pas été effectuée de façon aléatoire : en effet, ils avaient prévenu les participants choisis pour le groupe regardant la vidéo comique qu'ils allaient rire avant même d'avoir commencé l'expérimentation. Ils justifiaient cette démarche en affirmant que cela aurait permis de mimer l'anticipation habituelle de la vie courante. Malheureusement, les taux de base des différentes hormones ont été prélevés *après* que les participants ont été prévenus. Ainsi, les taux d'adrénaline des sujets testés étaient significativement* plus bas que ceux des sujets témoins. Ces auteurs n'ont donc pas testé l'effet d'une vidéo comique, mais l'anticipation d'une vidéo comique, si tant est que participants témoins et participants testés aient eu des taux d'adrénaline initiaux aussi élevés avant l'annonce. Les résultats sont donc sans valeur.

Par déduction, il est possible – mais non démontré – que les autres travaux de cette équipe, que nous avons déjà cités et qui employaient le même nombre de participants, soient entachés des mêmes erreurs

méthodologiques, s'il ne s'agit pas de plusieurs publications d'une expérience unique [BROA 87].

Outre le petit nombre de participants dans l'étude de Kamei et coll. [KAME 97] et quoique nous apprécions la publication de ces résultats qui vont à l'encontre des idées reçues, peut-être faut-il se méfier de la maîtrise légendaire du stress chez les asiatiques, ce qui pourrait aller jusqu'à mimer l'inattendu ?

En définitive, les travaux qui semblent les plus intéressants sont ceux de Yovetich et coll. [YOVE 90], malgré les réserves que nous avons décrites. Si ces travaux sont confirmés, alors un programme comique, ou mieux, de l'humour dans la relation entre le soignant et le patient, pourrait être un soin qui aiderait plus particulièrement les personnes les moins à même de rire (celles ayant une faible humoristicité).

Les autres – celles ayant une forte humoristicité active – arrivant toujours à trouver quelque chose de drôle "à se mettre sous la dent" dans toute situation, ne bénéficieraient finalement pas tant des dividendes issus de leurs talents d'observateurs amusés. Il est possible qu'il soit question d'un effet de surprise qui n'a plus lieu chez ces personnes habituées à créer du comique, parfois de façon forcée (?), tandis que ce comique vient faire irruption chez ceux qui sont dépourvus de ces talents.

Reste le problème du rire qui est une activité physique en soi, et donc un stress* (au sens physiologique), l'excitant étant le comique. Il n'est donc pas certain que l'ensemble des phénomènes physiologiques observés, qu'ils soient hormonaux ou immunitaires, ne le soient pas aussi lors d'efforts équivalents comme, peut-être, la marche à pied pendant une demi-heure. Pour mieux connaître les modifications physiologiques au cours du rire, il faudrait aussi connaître l'intensité du rire franc et massif vrai⁷ ; or l'intensité de ce phénomène est difficile à apprécier, même s'il produit beaucoup de décibels, tant le rire, même bruyant, peut être un masque qui cache l'anxiété et non pas la jovialité. Et les pince-sans-rire – dont le rire est tout intérieur – auraient-ils droit eux aussi à des décharges immunitaires ou à une réduction de leur stress, ou faut-il nécessairement que le rire soit exprimé pour voir apparaître de tels phénomènes biologiques ?

Selon Koh [KOH 98] qui a effectué une revue de la littérature sur la relation entre stress, dépression et immunité, il semblerait que la réponse immunitaire soit stimulée en présence d'une anxiété modérée, tandis qu'elle serait déprimée en cas de forte anxiété, et lors d'un syndrome dépressif, quoique cela ne soit pas systématiquement constaté. Koh soulignait que les

⁷ Au moyen d'un gélo-mètre* ?

études en neuro-psycho-immunologie soulèvent de nombreux problèmes méthodologiques.

Dans une revue de la littérature plus ancienne sur la relation entre stress, adaptation et immunité, Locke [LOCK 82] avait déjà montré la difficulté de l'étude des effets du stress sur l'immunité en particulier au cours du temps. Il rapportait ainsi des travaux montrant qu'il n'y avait pas d'altération de la fonction immunitaire dans les deux semaines qui suivaient le deuil, mais qu'en revanche, des modifications pouvaient apparaître quelques semaines plus tard.

En définitive, la variation de l'immunité – dans le sens d'une dépression ou d'une stimulation – dépend de la nature du stress, de son intensité, et de sa durée (stress aigu ou chronique), ce qui permet difficilement, *a contrario*, de savoir si le rire ou l'humour, supposés réduire le stress, ont un quelconque effet physiologique intéressant à court ou à long terme.

L'intérêt du rire ou de l'humour pour réduire le stress ou l'anxiété n'est donc pas encore démontré de façon précise.

3. HUMOUR ET DÉPRESSION

*"A bas les boutons-pression !
Et vive les fermetures Eclair !" ⁸*

3.1. Définition

La **dépression*** est un sentiment* prolongé d'abattement, de lassitude et de découragement [ROBE 92]. Comme le titrait un ouvrage sur le sujet, il s'agit de la *fatigue d'être soi*, ou encore d'une *perte de l'élan vital*. La personne atteinte d'un syndrome dépressif n'arrive plus à trouver en elle l'énergie nécessaire pour faire face même à des contraintes qui lui sembleraient habituellement minimales. Les causes en sont soit physiologiques, probablement par défaut d'un neuro-mé debateur, soit réactionnelles, en raison d'une tristesse d'origines multiples.

3.2. Problématique

- Le rire, le comique, ou l'humour préviennent-ils les syndromes dépressifs chez les personnes qui n'en sont pas atteintes ?
- Le rire, le comique, ou l'humour permettent-ils de trouver une issue à des syndromes dépressifs chez les personnes qui en sont affectées ?

3.3. Articles analysés

Danzer, Dale, et Klions [DANZ 90] ont étudié l'effet du comique sur une dépression expérimentale induite, chez 38 étudiantes âgées de 18 à 38 ans.

Les participantes devaient remplir un questionnaire permettant de mesurer les affects* négatifs (le MAACL : Multiple Affect Adjective Check List), avant l'expérimentation. On leur plaçait ensuite des électrodes : électrodes thoraciques pour l'enregistrement cardiaque, et électrodes électromyographiques en regard des muscles zygomatiques* (responsables du sourire), et des muscles corrugators (responsables du froncement des sourcils).

La dépression était induite au moyen de 20 diapositives progressivement dépressogènes* du Mood Statement de Velten (1968). Ces diapositives comportaient un texte décrivant une situation dramatique. Les participantes ont été invitées individuellement à lire la diapositive à voix basse, puis à voix haute, enfin de penser à ce qui était présenté et d'essayer

⁸ Slogan, lors de la manifestation de cinq cents mille puéricultrices désirant plus de pyjamas pratiques, qui scandaient aussi : "A bas laines ! A bas layettes !" *Le Monde Des pneumatiques*, 15.11.1975.

de ressentir la situation. Les participantes remplissaient le MAACL à la fin de cette dépression induite.

Les participantes étaient ensuite réparties de façon aléatoire* en trois groupes : (1) un groupe écoutant une cassette audio comique durant 11,5 minutes, (2) un autre écoutant une cassette d'un cours de géologie de 11,5 minutes, (3) ou un groupe témoin qui ne faisait rien de particulier durant 11,5 minutes. Les participantes remplissaient de nouveau le MAACL.

Après cette exposition au comique, on proposait aux participantes de suivre la procédure d'induction de l'exultation⁹ de Velten (1968), pour éviter tout effet indésirable dû au test.

Deaner et Mac Conatha [DEAN 93] ont observé la relation entre humeur et dépression chez 38 hommes et 91 femmes, âgés de 18 à 23 ans, étudiants, volontaires, au moyen du SHQ (de Svebak), du SHRQ, et de la CHS comparés à un questionnaire sur l'état dépressif (l'IDD : Inventory to Diagnose Depression de Zimmerman) et un test de personnalité (le PI : Personality Inventory d'Eysenck).

Thorson et Powell [THOR 94, 97] ont mené une étude similaire à celle de Deaner et coll., mais au moyen d'échelles différentes. Ils ont demandé à 213 femmes et 134 hommes, étudiants, âgés de 17 à 52 ans¹⁰ (âge moyen 28,2 ans, écart-type : 8,4 ans) de remplir d'une part la MSHS, et d'autre part une échelle de dépression plus récente et plus performante, la CES-DS (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale).

Enfin, Freiheit, Overholser, et Lehnert [FREI 98] ont comparé des adolescents hospitalisés en psychiatrie à des lycéens concernant l'humeur et la dépression. Il s'agissait de 55 adolescents hospitalisés en psychiatrie (23 garçons, 32 filles) âgés de 12 à 18 ans (d'âge moyen 15,44 ans, écart-type : 1,14 ans) ayant des scores élevés sur une échelle mesurant la dépression (CDRS-R : Children's Depression Rating Scale-Revised). Ces adolescents dépressifs ont été comparés à un échantillon de structure démographique comparable de 85 lycéens, dont 43 garçons, et 42 filles. Tous les participants complétaient des auto-évaluations portant sur la dépression (CDI : Children's Depression Inventory), l'estime personnelle (RSE : Rosenberg Self Esteem Scale), et le désespoir (HSC : Hopelessness Scale for Children). Pour mesurer l'humoristique, les auteurs proposaient la CHS de Martin et Lefcourt, une échelle d'appréciation de l'humour (HAS : Humor Appreciation Scale) et une échelle de production comique (HCS : Humor Creativity Scale).

⁹ Il s'agit de reposer des affects* positifs (gaieté).

¹⁰ Il est tout à fait possible d'oublier de se réveiller pour passer ses examens pendant plus de 25 ans, surtout si l'étudiante est belle et qu'elle habite un château au milieu des bois.

3.4. Résultats

L'étude de l'effet du comique sur la dépression induite de Danzer et coll. [DANZ 90] a montré que seul le comique avait permis aux participants de retrouver des affects normaux après l'induction de la dépression. Dans une petite étude complémentaire qui demanderait confirmation, les expérimentateurs avaient cependant remarqué que des personnes dépressives tiraient plutôt profit de la présentation des situations dépressogènes* pour diminuer leurs affects* négatifs.

Dans l'étude de Deaner et Mac Conatha [DEAN 93], il n'y avait pas de corrélation* entre humoristicité et dépression. L'utilisation du comique comme mécanisme de défense était plutôt le fait de personnes extraverties. Ces personnes étaient aussi les plus stables sur le plan émotionnel.

Pour Thorson et Powell [THOR 94, 97], la corrélation inverse entre dépression et humoristicité existait, mais très faiblement : la dépression diminuait au fur et à mesure que l'humour augmentait ($r = - 0,18$; $p < 0,05$)*.

Dans l'étude de Freiheit et coll. [FREI 98] il existait une corrélation positive significative* entre l'appréciation du comique (humoristicité passive*) et la créativité comique (humoristicité active*) d'une part, et l'estime de soi d'autre part, et une corrélation négative entre l'humoristicité (active et passive) et la dépression ou le désespoir. Mais c'est entre la CHS et l'estime de soi que la corrélation était la plus forte, et entre la CHS et la dépression qu'elle était la plus faible. En analysant les variances*, l'humoristicité passive ne permettait de réduire les scores de dépression que de 4 %, et l'humoristicité mesurée par la CHS que de 8 %. L'humorométrie (CHS, HAS, HCS) ne montrait pas de différences significatives* entre les patients déprimés et le groupe témoin.

3.5. Discussion

L'induction d'une dépression comme le proposent Danzer et coll. [DANZ 90] pose des questions éthiques* : est-il envisageable de provoquer un état dépressif chez des personnes ? Ne risque-t-on pas d'aller trop loin dans un état dépressif induit ? Ou, si ces questions n'apparaissent pas, c'est que les expérimentateurs ne sont pas devant une dépression vraie. Il nous semble en effet difficile et dangereux de provoquer chez une personne un sentiment profond – voire prolongé, comme c'est le cas dans la dépression maladie – de ne plus pouvoir envisager d'issue face à des contraintes. Il existe dans la

maladie, et en particulier dans la dépression, une mise à mort de soi, une déchirure de soi, qui ne fait pas semblant comme dans l'expérimentation. Ceci s'est d'ailleurs traduit par d'autres résultats chez des personnes souffrant réellement de dépression : les expérimentateurs ont découvert chez un tout petit échantillon de personnes dépressives que les diapositives dépressogènes avaient plutôt un effet bénéfique.

Il n'y a donc pas eu réelle dépression, mais mobilisation d'affects* négatifs superficiels chez des personnes en bonne santé psychique, ce que peut produire la narration* au moyen de différents supports, comme par exemple un roman ou un film.

Deaner et Mac Conatha remarquaient qu'ils ne découvraient pas de lien entre humour et dépression, en raison de leur échantillon qui ne comportait finalement pas de personnes ayant des dépressions vraies, ou s'il en existait, ces personnes n'étaient pas assez nombreuses pour détecter une quelconque différence.

Nous avons déjà émis aussi des réserves quant aux échelles humorométriques utilisées.

Les liens qui existent entre humoristicité et dépression paraissent ténus et demanderaient à être mieux cernés, en particulier au moyen d'échelles humorométriques plus précises.

En définitive, seule l'étude de Freiheit étudie vraiment la dépression, parce qu'elle fait appel à des personnes réellement malades. La participation de l'humour pour réduire la dépression nous apparaît minime (< 13 %). Il est heureux aussi de constater qu'apparemment, le sens de l'humour (ou plutôt l'humoristicité) n'a pas d'effet protecteur puisqu'on retrouve autant d'humoristicité dans les deux groupes. Reste à savoir si la mobilisation de ces capacités humoristiques permettrait d'aider le patient à sortir du marasme, à moins qu'il ne soit question de faire le pas dans cet accueil des événements, ce dessaisissement, qui ouvre la porte aux capacités qui sont en soi.

4. HUMOUR ET DOULEUR

"Contusion :

Bleu qui se présente au corps après l'heurt."

[DELA 78]

4.1. Définition

Nous évoquerons la douleur physique dans cette partie. La douleur est, selon Littré, *"une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau."* [GARN 86] La douleur est une information qui emprunte souvent des fibres nerveuses qui lui sont réservées (les voies thermo-algésiques). Cette information est désagréable et renseigne l'individu de la nécessité d'agir pour que cesse une agression physique (température, pression, effraction...) de son corps.

4.2. Problématique

- Le rire, le comique, ou l'humour réduisent-ils la douleur ?
- Si oui, le font-ils mieux que d'autres moyens de distraction ?
- Si oui, au bout de combien de temps, et pendant combien de temps ?
- Le rire, le comique, ou l'humour sont-ils plus efficaces pour tolérer la douleur chez les personnes de forte humoristicité ?

4.3. Articles analysés. Matériels et méthodes

4.3.1. Pression

Dans une première expérience, Cogan, Cogan, Waltz, et Mac Cue [COGA 87] ont comparé la tolérance à la douleur au moyen de différents stimulus apaisants, auprès d'un échantillon de 20 hommes et 20 femmes, étudiants, volontaires, répartis de façon aléatoire dans 4 groupes. Le groupe 1 écoutait une cassette comique, le groupe 2, une cassette de relaxation, le groupe 3, des informations, et le groupe 4 servait de témoin et n'écoutait rien de particulier. Concernant le groupe 1, les expérimentateurs devaient entendre rire haut et fort dans la pièce voisine où ils se trouvaient, sinon le participant était éliminé de son groupe. Après l'audition, ils utilisaient un tensiomètre* automatique placé sur le bras de chaque participant. A trois reprises, ce tensiomètre était gonflé progressivement jusqu'au moment où le participant signalait qu'il trouvait cela douloureux. Les expérimentateurs notaient la valeur de cette pression, puis elle était diminuée rapidement.

Dans une seconde expérience, les mêmes auteurs [COGA 87] comparaient la tolérance à la douleur avant et après une condition supposée apaisante. L'échantillon était composé cette fois-ci de 40 étudiantes. Les participantes étaient réparties en cinq groupes. Le groupe 1 écoutait une cassette comique ; le groupe 2, une histoire intéressante ; le groupe 3, des informations ; le groupe 4 devait effectuer un test de multiplication ; le groupe 5 était le groupe témoin. Les expérimentateurs exerçaient une pression douloureuse et relevaient les valeurs de ces pressions avant et après la condition apaisante proposée à chaque groupe.

Zillmann, Rockwell, Schweitzer, et Sundar [ZILL 93] ont comparé différents stimulus apaisants et analysé la synergie* des vidéos comiques associées à une forte humoristicité* pour diminuer la douleur. Ils ont recruté 50 hommes et 50 femmes, étudiants, répartis de façon aléatoire en 5 groupes qui regardaient tous une vidéo d'une durée identique de 22 minutes : groupe 1, vidéo d'un comique sur scène ; groupe 2, vidéo utilisant le comique de situation ; groupe 3, vidéo de l'extrait d'un feuilleton intéressant mais ne mettant pas en jeu d'émotion particulière ; groupe 4, vidéo d'informations ; groupe 5, vidéo tragique. Avant de regarder la vidéo, les participants devaient remplir la CHS qui était soigneusement camouflée dans un ensemble de 18 questions pour n'éveiller aucun soupçon sur l'objet de l'expérimentation. Comme dans la seconde expérimentation de Cogan et coll., la douleur à la pression était mesurée avant et après le stimulus apaisant.

4.3.2. Décharge électrique

Hudak, Dalø, Hudak, et De Good [HUDA 91] ont comparé la tolérance à la douleur entre un stimulus apaisant comique et un stimulus apaisant non comique. Ils ont par la même occasion comparé la tolérance à la douleur entre les sujets de forte et de faible humoristicités. Pour cela, ils ont sélectionné un échantillon* de 31 étudiants, qu'ils ont répartis au hasard en deux groupes : le groupe 1 regardait une vidéo comique, le groupe 2 regardait une cassette vidéo d'informations potagères. L'humoristicité de chaque participant était mesurée par le SHRQ. Avant, pendant, puis après l'une ou l'autre vidéo, les expérimentateurs envoyaient un stimulus électrique désagréable d'intensité croissante au moyen de deux électrodes placées sur l'avant-bras jusqu'à ce que le participant signale une gêne.

4.3.3. Froid

Nevo, Keinan, et Teshimovsky-Arditi [NEVO 93] ont établi plusieurs comparaisons concernant la tolérance à la douleur :

- d'un film comique par rapport à d'autres conditions apaisantes.
 - des participants de forte humoristicité* par rapport à ceux ayant une faible humoristicité*.
 - des participants ayant une humoristicité active* par rapport aux autres.
- Ils ont aussi étudié s'il existait une synergie* entre l'humoristicité et le stimulus comique pour diminuer la douleur.

A cette fin, ils ont sélectionné 30 hommes et 42 femmes, étudiants, en bonne santé. Les participants étaient répartis de façon aléatoire entre trois groupes : un groupe regardait la vidéo d'un spectacle comique, un autre regardait une vidéo sur les dinosaures, un troisième servait de groupe témoin et ne regardait aucune vidéo. L'humorométrie* des participants était effectuée au moyen du SHRQ et du Sense of Humor Test (SHT) de Ziv (1981). Les participants devaient ensuite plonger l'avant-bras dans un bac d'eau froide muni d'un accoudoir. L'appui sur cet accoudoir déclenchait un chronomètre qui calculait le temps d'immersion. Le film était projeté pendant l'immersion. Les auteurs recueillaient les mesures suivantes : le temps d'immersion dans l'eau froide, et de la part du participant : l'évaluation de l'intensité de la douleur, l'estimation du temps passé dans l'eau froide et l'estimation de l'efficacité du stimulus comique. Le caractère amusant du film comique était lui aussi évalué.

Weisenberg, Tepper, et Schwarzwald [WEIS 95] ont comparé un stimulus apaisant comique par rapport à un stimulus repoussant et à une situation contrôle, concernant leur efficacité pour diminuer la douleur. Ils ont sélectionné 40 hommes et 40 femmes, volontaires, sains, âgés de 18 à 44 ans. Ils les ont répartis (probablement de façon aléatoire ?) dans 4 groupes qui regardaient tous 7 minutes d'une vidéo (sauf le groupe témoin) : groupe 1, vidéo comique ; groupe 2, une vidéo d'un film d'horreur ("*avec du sang et des tripes en couleur*" (sic)) ; groupe 3, une émission scientifique¹¹ ; groupe 4, groupe témoin. Les expérimentateurs mesuraient le temps d'immersion dans l'eau froide avec le même système que celui décrit ci-dessus par Nevo et coll., avant et pendant la condition censée être apaisante. Le temps d'immersion ne pouvait dépasser 4 minutes, et le film s'arrêtait dès que les participants retiraient leur bras de l'eau. Par ailleurs, les participants devaient remplir un test mesurant l'anxiété actuelle et l'anxiété habituelle

¹¹ Par exemple : COUCHETOT P. : *Les mérus ferment-ils les yeux lorsqu'ils roupillent ?* L'émission de la Profonde Heure, sur la chaîne *Planète* à 3 h 10 (rediffusion à 4 h 10). [La réponse est : oui, pour les téléspectateurs qui se sont de toute façon endormis avant de savoir que le marchand de sable passe aussi chez les mérus].

(STAI : State Trait Anxiety Inventory), un questionnaire sur l'auto-efficacité concernant la maîtrise de la douleur, une échelle visuelle analogique* mesurant la douleur, une échelle visuelle analogique mesurant l'anxiété, le SHT de Ziv, une évaluation de l'importance de la tâche accomplie, de la concentration, de l'aide apportée par le film. Par ailleurs, des mesures physiologiques permettaient de connaître l'état de stimulation sympathique, c'est-à-dire de l'état de stress (physiologique) : fréquence cardiaque (par électrocardiogramme*), et résistance de la peau (SRR : Skin Resistance Response).

Enfin, Weisenberg, Raz, et Hener [WEIS 98] ont comparé les durées de l'effet de différentes conditions apaisantes dans la gestion de la douleur. Ils ont fait appel à 100 hommes et 100 femmes, volontaires*, sains, âgés de 18 à 36 ans (médiane* 23 ans). Ces participants étaient répartis (probablement de façon aléatoire ?) pour se trouver dans l'une des 4 conditions suivantes : film comique, film sur la Shoah*, film neutre, et témoin. Dans chaque condition, les participants étaient répartis selon la longueur des films proposés : 15, 30, ou 45 minutes de film (ou d'attente, pour le groupe témoin). Ainsi, il y avait 9 groupes, à savoir un groupe pour chaque durée de film et pour chaque film (ou condition). Utilisant le même système d'immersion dans l'eau froide que ci-dessus, les expérimentateurs procédaient à 3 mesures du temps d'immersion : avant la condition apaisante, immédiatement après, et 30 minutes après la fin de la condition apaisante. Ils procédaient aux mêmes mesures que dans l'expérimentation précédente [WEIS 95], et ajoutaient une évaluation de l'humeur par échelle visuelle analogique*, et une mesure de l'humeur dépressive par auto-évaluation* au moyen d'adjectifs.

4.4. Résultats

4.4.1. Pression

Selon Cogan et coll. [COGA 87], les participants supportaient des pressions significativement* plus élevées dans le groupe ayant écouté une cassette audio comique et une cassette de relaxation que dans le groupe ayant écouté des informations, ou que dans le groupe témoin. Même si la tolérance était plus grande pour ceux ayant écouté une cassette comique que ceux ayant écouté de la relaxation, cette différence n'était cependant pas statistiquement significative*.

Toujours selon Cogan et coll. [COGA 87], dans leur seconde expérimentation, ils montraient que la seule augmentation significative* de la

tolérance à la douleur était celle des participantes ayant écouté une cassette comique par rapport aux autres groupes (histoire intéressante, informations, test de multiplication et témoin).

Selon Zillmann et coll. [ZILL 93], l'exposition aux conditions comiques quelles qu'elles aient été, ainsi que l'exposition à la condition tragique, ont augmenté significativement* la tolérance à la douleur, ce qui n'était pas le cas des autres conditions. En revanche, il n'y avait pas de différence entre la condition tragique et les conditions comiques.

4.4.2. Décharge électrique

Selon Hudak et coll. [HUDA 91], il existait une plus grande tolérance à la douleur chez les participants ayant regardé la vidéo comique par rapport aux témoins. Les personnes à qui la vidéo comique a le plus profité étaient les participants de faible humoristicité : ce sont eux qui ont vu l'augmentation la plus élevée de leur tolérance à la douleur. En revanche, l'effet de la vidéo comique était équivalent à celui de la vidéo potagère chez les participants de forte humoristicité. La vidéo potagère produisait toutefois des effets opposés chez les participants de faible humoristicité : ces derniers sont ceux qui ont moins bien toléré la douleur.

4.4.3. Froid

Selon Nevo et coll. [NEVO 93], les participants qui ont vu le film comique ont estimé qu'il était plus efficace pour réduire la douleur que ceux qui ont vu le documentaire. Il existait une corrélation positive entre l'humoristicité active et la tolérance à la douleur. Plus le film était drôle, plus les participants gardaient la main dans l'eau froide, et plus il était drôle, plus ils le jugeaient efficace. Ceux qui avaient l'humoristicité la plus basse étaient aussi ceux qui tiraient le plus profit des effets comiques du film. En revanche, les participants ayant la plus forte humoristicité ne tiraient aucun avantage du film humoristique par rapport aux autres situations. Il est cependant à noter que les participants de forte humoristicité ont aussi trouvé de l'humour dans le film qui n'était pas censé en comporter, mais significativement* un peu moins.

Selon Weisenberg et coll. [WEIS 95], il n'y avait pas de différence significative* dans la tolérance à la douleur avant le stimulus apaisant. Le film humoristique et le film d'horreur augmentaient la tolérance à la douleur

de façon significativement* équivalente, et de façon significativement* plus importante que pour le film scientifique ou la situation témoin.

Il existait des différences selon les sexes entre la première et la seconde immersion : ainsi, seuls les participants hommes ont perçu une augmentation de la douleur ; seules les femmes voyaient leur stress (physiologique) et leur anxiété (estimée) diminuer.

Les hommes évaluaient leur niveau d'anxiété comme étant beaucoup plus bas par rapport aux femmes. De même, ils présentaient un SRR plus bas, une plus grande tolérance à la douleur, une évaluation de la douleur comme étant plus élevée, des humorigicités plus élevées, des scores d'auto-efficacité plus élevés, une plus grande motivation pour réussir.

Selon Weisenberg et coll. [WEIS 98], il n'y avait pas de différence significative* entre la première et la seconde immersion entre les stimulus apaisants. Après 30 minutes, le film humoristique produisait une meilleure tolérance à la douleur, à la fois mesurée et ressentie, que les deux autres films qui ne différaient pas l'un de l'autre. Il existait aussi une meilleure tolérance à la douleur due à la longueur du film, quel que soit son contenu.

4.5. Discussion

Les méthodes employées pour étudier la relation entre rire, comique ou humour et douleur nous apparaissent plus sérieuses que toutes les autres expérimentations.

La taille des échantillons* peut paraître suffisamment conséquente, mais il faut garder à l'esprit que la répartition des participants dans de multiples groupes réduit considérablement le nombre de participants par groupe. Ainsi, dans l'étude de Cogan et coll. [COGA 87], les 40 participants sont répartis en 4 groupes, ce qui ne fait plus qu'une dizaine de personnes par groupe. Nous constatons toutefois que la majorité des groupes dans les autres études étaient d'environ 20 personnes (souvent environ 10 hommes et 10 femmes).

La répartition aléatoire* entre les différents groupes a été effectuée à chaque fois, même si cela reste supposé pour l'une ou l'autre étude [WEIS 95, 98].

La standardisation* des mesures de différents types de douleurs semble bien maîtrisée, simple, reproductible. Comme dans les expérimentations sur la dépression, il faut se garder de formuler des conclusions générales. La douleur proposée dans ces expérimentations est une douleur qui peut certes se rencontrer dans la vie courante, mais qui n'est

rien comparée à des douleurs chroniques, ou des douleurs viscérales* comme nous pouvons en rencontrer en oncologie*.

De plus, vivre avec une douleur qui rappelle sans cesse au patient sa finitude – voire sa propre mort – modifie en profondeur la perception non seulement de la douleur, mais aussi du patient par rapport à lui-même, et par rapport au monde.

Un point reste toujours délicat dans toutes les expérimentations : a-t-on mesuré le rire, la probabilité de rire, le comique, l'humour, l'humoristicité active, l'humoristicité passive ? Ces questions sont perçues par les différents expérimentateurs qui tentent d'apporter des réponses pertinentes, qui traduisent cependant une connaissance encore très partielle du champ exact de leur étude.

Entendre rire haut et fort, comme dans l'étude de Cogan et coll. constitue certainement un critère intéressant pour mesurer l'intensité du rire (en tant que phénomène audible), cependant cela ne dit pas nécessairement qu'il est vrai, les participants pouvant très bien mimer un rire fort alors qu'ils sont assez anxieux ! Pour mieux savoir si ce rire est vrai, il faudrait certainement mesurer aussi parallèlement (1) l'anxiété par auto-évaluation, le stress par la (2) fréquence cardiaque et (3) la résistance cutanée, et enfin (4) le caractère drôle du matériel comique utilisé par le participant lui-même.

Les durées d'exposition aux conditions apaisantes n'ont pas toujours été précisées, ce qui est dommage, puisque selon les derniers travaux [WEIS 98], la durée d'exposition au stimulus apaisant semble être un facteur important pour maîtriser la douleur.

La nature du comique utilisé comme condition apaisante nous semble importante à mentionner. Il est possible que des comiques mêlés* aient eu plus d'effet que le comique pur*, ou inversement. Il serait certainement intéressant d'explorer le comique comportant des sketches standardisés avec des acteurs réels faisant intervenir le participant, en particulier par des devinettes à certains moments. Cette approche serait plus volontiers une approche humoristique vraie, comique privilégié entrant dans la relation entre deux personnes. Il est très probable que cette approche personnalisée permettrait d'obtenir des résultats plus surprenants que ceux obtenus avec une vidéo comique où le support utilisé (écran, qualité des images, qualité du son...) introduit une certaine distance.

Aucune de ces études n'a utilisé la MSHS comme humorométrie, ce qui rend donc les interprétations difficiles concernant la relation entre humoristicité et gestion de la douleur. Toutefois, en admettant que les humorométries utilisées mesurent tout de même un petit quelque chose du

sens de l'humour, les conclusions partielles que proposent de telles études ouvrent de nouvelles hypothèses qui demanderaient des recherches plus fines.

Il est intéressant de constater que dans les études de Hudak et coll. [HUDA 91], de Nevo et coll. [NEVO 93], ce sont en définitive les participants ayant la plus faible humoristicité qui tiraient le plus profit de la condition comique. En revanche, les participants de forte humoristicité ne tiraient finalement aucun avantage de la condition comique, comme s'il existait un effet plafond, comme nous l'avions déjà dit au cours de la discussion au sujet des études concernant le stress (voir : 2.5).

Il semblerait aussi d'après Zillmann et coll. [ZILL 93] et Weisenberg et coll. [WEIS 95], que l'effet produit par une condition comique soit équivalent à celui produit par une condition dramatique. Dans la gestion de la douleur, ce ne serait pas une occupation de l'esprit qui permettrait de dévier la perception de la douleur – les multiplications ou les films documentaires ayant peu d'effet –, mais la mise en jeu des émotions produisant des affects positifs ou "négatifs".

Il faudrait toutefois mieux préciser les affects "négatifs" proposés : il n'est pas sûr que la vision d'un film d'horreur ne provoque pas plutôt du rire en raison des litres d'hémoglobine* déversés, à en faire pâlir un centre de transfusion sanguine, qui rendent souvent les scènes invraisemblables et heureusement fort éloignées des vraies catastrophes. Les tragédies provoquent des émotions, qui ne sont souvent pas non plus celles qu'éprouverait une personne vivant réellement la situation : il existe plusieurs intensités émotionnelles, et plusieurs façons d'être touché, pour un même événement dans la réalité, alors que la tragédie essaye d'inviter le spectateur à prendre un chemin (mais il peut en prendre un autre, par exemple le rire dans le film d'horreur, au grand dam du scénariste). Quant à la vidéo potagère, rien ne prouve que certains participants n'aient pas éprouvé beaucoup d'émotions sensuelles en voyant des patates en robe des champs.

Il est aussi intéressant de noter que dans l'expérience de Weisenberg et coll. [WEIS 95], les hommes éprouvaient une plus grande tolérance à la douleur, mais qu'ils étaient conscients que la douleur était plus importante. Cette différence avec les femmes, dans cet échantillon, pourrait s'expliquer par des niveaux d'anxiété plus bas chez les hommes. Nous pensons que la différence entre hommes et femmes pourrait donc ne pas être confirmée si ces dernières avaient des niveaux d'anxiété équivalents à ceux des hommes.

Weisenberg et coll. [WEIS 98] ont ouvert d'autres perspectives en introduisant la notion de temps d'exposition à la condition apaisante et de temps d'attente après l'exposition apaisante. Ainsi, il existerait un avantage

significatif* du film comique, mais seulement après 30 minutes d'attente ; de même, il existerait un avantage dû à la longueur du film, quel que soit son contenu. En revanche, les auteurs ne précisaient pas si un film comique et long avait plus d'effet, ce qui est dommage.

Il existe peut-être une faille dans l'exploitation des résultats chez Weisenberg et coll. [WEIS 98]. En effet, en regardant le graphique décrivant le temps d'immersion dans l'eau froide selon le groupe défini par la condition apaisante proposée (ou témoin) et selon les trois temps (avant, juste après et 30 minutes après la projection du film) (Figure 15), nous constatons que le groupe témoin présentait une tolérance à la douleur bien supérieure à celle des autres groupes avant condition apaisante ; cette tolérance était encore bien plus élevée juste après la condition apaisante (qui en l'occurrence n'existait pas pour le groupe témoin), pour tout de même s'effondrer en dessous de la tolérance initiale.

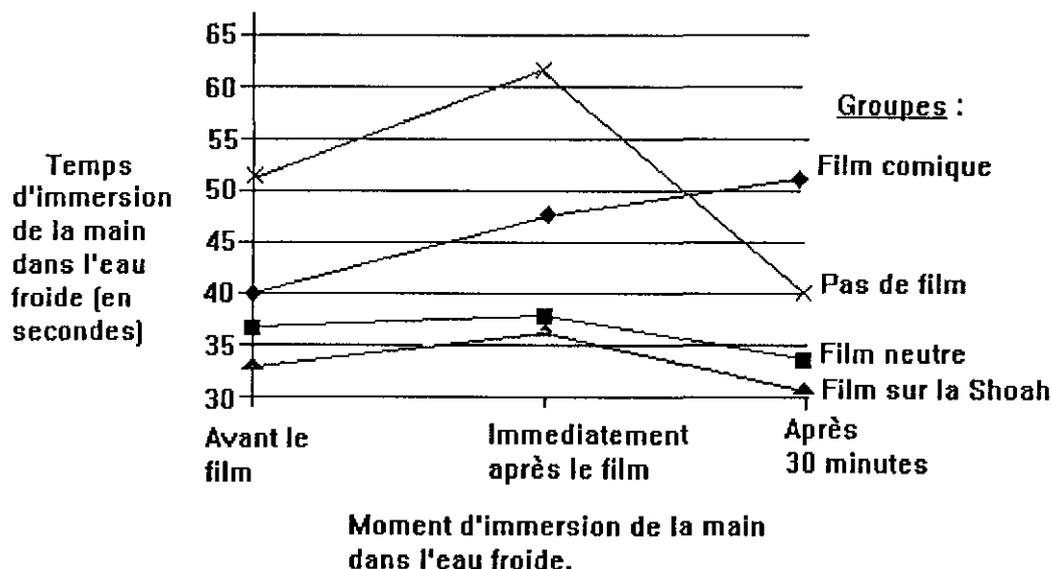


Figure 15. Temps moyen d'immersion de la main dans l'eau froide aux différents temps de l'expérience en fonction de la nature du film présenté aux groupes [WEIS 98]

Dans le groupe témoin (pas de film), on constate sur ce graphique que le temps d'immersion moyen avant la condition apaisante est de plus de 50 secondes alors qu'elle est comprise entre 33 et 40 secondes pour les autres groupes. De plus, immédiatement après la condition apaisante (absente pour le groupe témoin), ce temps d'immersion grimpe à plus de 60 secondes, alors que le meilleur score moyen au même moment est celui du film comique qui n'atteint pas encore le score moyen initial des témoins.

Les auteurs ayant effectué plusieurs manoeuvres mathématiques, nous nous risquons à émettre l'hypothèse qu'il aurait pu y avoir distorsion des résultats bruts dans la recherche de la maîtrise des co-variables. Ces résultats bruts des temps d'immersion ne figurent d'ailleurs pas dans un tableau qui serait pourtant fort utile pour avoir une petite idée de la cohérence de l'ensemble.

N'étant pas statisticien, nous ne pouvons qu'émettre des doutes qui sont certainement dus à nos méconnaissances. Toutefois, la présentation d'un tel tableau nous a d'autant plus surpris que les auteurs n'apportaient pas d'explication concernant cette envolée de la tolérance à la douleur chez les sujets témoins, qui, dès le départ, n'apparaissaient donc pas comparables aux autres groupes selon ce graphique.

Il existe certainement une réduction modérée de la douleur grâce au rire, au comique ou à l'humour, qui sembleraient faire mieux qu'une simple distraction cognitive, mais aussi bien que d'autres distractions émotionnelles comme celles provoquées par une vidéo tragique. Ces effets du comique semblent plus efficaces chez les personnes de faible humoristicité. Il semblerait qu'il existe des effets rémanents du comique sur la douleur, faisant peut-être intervenir des mécanismes complexes de mémoire émotionnelle [WEIS 98]. Toutes ces observations fort intéressantes demandent cependant confirmation.

CONCLUSION

Les relations entre humour et immunité ainsi qu'entre humour et stress restent à explorer avec des méthodes rigoureuses. Les relations entre humour et dépression ne peuvent se faire qu'en comparant des patients réellement dépressifs avec des personnes témoins.

Les études des relations entre humour et douleur sont certainement pleines de promesses, probablement beaucoup plus vers la connaissance des mécanismes physio-psychologiques impliqués dans la douleur que vers la connaissance de l'intérêt du comique lui-même face à la douleur.

L'humour, en raison de la dimension éminemment relationnelle qu'il crée, permettrait peut-être d'obtenir des effets "placebo" plus importants mais probablement incomplets, sans avoir recours ni à la magie homéopathique*, ni à d'autres supercheries. Il faut cependant garder à l'esprit que, quoi qu'il en soit, il reste nécessaire de traiter la cause de la douleur, et de donner un traitement antalgique* reconnu, efficace, prolongé, et adapté au type et à l'intensité de la douleur.

Pour que se poursuivent des recherches valables dans le domaine de l'humorologie sans pour autant prêter à rire de la part de disciplines¹²

¹² Probablement jalouses de ne pas savoir faire rire leurs participants.

n'utilisant pas de matériel aussi drôle, il convient, comme dans toute recherche, de remplir au moins les conditions générales suivantes :

1. Définir une méthode d'échantillonnage qui permette de représenter une population, définir des critères d'inclusion et d'exclusion très précis, recruter un nombre suffisant de participants pour mettre en évidence des différences statistiques significatives*.
2. Adopter des définitions précises des objets étudiés. La confusion entre stress (physiologique) et anxiété (psychologique) ne devrait plus se voir, de même la confusion entre rire, comique, humoristique, et humour.
3. Répartir les participants de façon aléatoire entre les groupes testés et témoin. Si possible, effectuer les mesures en aveugle*.
4. Utiliser les échelles humorométriques les plus récentes et les plus documentées (CHS, MSHS), et en cas de doute, utiliser plusieurs échelles, ce qui permet la comparaison avec d'autres études adoptant au moins l'une de ces échelles.
5. Etudier les biais* possibles avant d'effectuer une étude, en particulier lors du choix des interrogatoires.
6. Maîtriser le stress et l'anxiété, ou effectuer des comparaisons avec des échantillons stratifiés* selon les niveaux de stress* ou d'anxiété*.
7. Dans les études sur l'immunité*, connaître l'état inflammatoire* biologique.
8. Évaluer l'anxiété ressentie par les participants.
9. Évaluer le stress au moins par l'enregistrement de la fréquence cardiaque.
10. Les participants devraient évaluer eux-mêmes le caractère drôle du film comique employé dans les expérimentations.
11. Rechercher les raisons pour lesquelles groupe témoin et les autres groupes n'obtiennent pas les mêmes mesures avant la condition apaisante, tenter de savoir pourquoi et y remédier. Si besoin, recommencer avec un autre échantillon.
12. Publier aussi les expériences négatives.
13. Travailler en collaboration avec d'autres disciplines, en particulier dans les disciplines étudiant le stress, la neuro-immunologie, la neuro-endocrinologie. Leur emprunter des méthodes valables éviterait de refaire une recherche sur des protocoles expérimentaux complexes.
14. Éviter de solliciter les étudiantes de psychologie (biais de l'évaluation sanctionnante¹³) et recruter des personnes qui n'assistent pas aux enseignements des expérimentateurs.

¹³ Plusieurs expérimentateurs demandaient aux étudiant(e)s assistant à leurs cours de participer à leurs expérimentations. Il n'est pas évident que ces étudiant(e)s se sentent libres de refuser, ce qui ne serait pas conforme (1) à l'article 4 du *Code de Nuremberg* du 19.08.1947, (2) à l'article I, 10 de la *Déclaration de Tokyo* dite "*Helsinki II*" de 1975, (3) à l'article 13 des *Directives Internationales proposées pour la Recherche Biomédicale impliquant des sujets humains, projet conjoint de l'OMS et du Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales* à Manille en 1981, relatifs aux liens de subordination dans les expérimentations. [PAYC 97]

CHAPITRE 8. HUMOUR, VIEILLISSEMENT et LONGEVITE

Au cours d'un examen des fonctions supérieures* par un médecin, chez une patiente de 81 ans :

" – Si je vous dis que Monsieur D... qui a lacé ses chaussures avant de mettre son pantalon, cherche ensuite à enfiler celui-ci par la tête, pour ne pas le salir, est-ce que ça vous paraît possible ? [...]

– Tout cela est très joli [répondit-elle dans un grand éclat de rire], mais avouez qu'il est un peu dommage d'avoir fait tant d'études pour en arriver à dire de pareilles bêtises !" [RAFO 84]

INTRODUCTION

"Il ne faut pas devenir vieux !" est une expression que nous avons souvent entendue au cours de nos rencontres avec les patients. C'est un excellent conseil, mais comment le mettre en pratique ?

Une idée communément admise dans la population est que le rire permet certainement de vivre plus longtemps. Nous essayerons donc de savoir si les personnes âgées ont le sens de l'humour, quelle est la place du sens de l'humour dans les vieux couples, et si le sens de l'humour permet de vivre plus longtemps.

1. HUMOUR ET VIEILLISSEMENT

1.1. Etudes phénoménologiques*

1.1.1. Méthodes

Herth a rassemblé [HERT 93] un échantillon* non aléatoire* de 60 personnes âgées (36 femmes et 24 hommes), volontaires*, selon les critères suivants : 20 personnes âgées vivant à leur domicile privé, 20 vivant dans une maison pour personnes âgées, 20 vivant en long séjour ; dans chaque groupe, 10 personnes devaient avoir entre 65 et 80 ans, et 10 autres plus de 80 ans.

Elle a ensuite procédé à un interrogatoire oral semi-structuré* en sept questions pour évaluer la perception de l'humour chez la personne âgée. Cet interrogatoire étudiait (1) ce qu'évoque le mot humour, (2) l'expérience de

l'humour passée et (3) actuelle, (4) l'aide apportée par l'humour, (5) les moments où l'humour est le bienvenu et (6) ceux où il est malvenu, (7) les activités amusantes ou plaisantes.

Les réponses à ces questions, enregistrées sur cassette audio ont été couplées au recueil d'informations socio-économiques et à une auto-évaluation* du niveau fonctionnel de la personne âgée. L'exploitation des données enregistrées s'est effectuée selon les règles utilisées en phénoménologie* définies auparavant (Chap. 6, 1.1.).

Malinski a étudié le rire avec soi-même^{1*} par interrogatoire oral semi-structuré* chez 20 couples âgés vivant à leur domicile, volontaires, dont les époux avaient de 52 à 82 ans [MALI 91].

L'interrogatoire évaluait (1) l'expérience du rire avec soi-même et si elle existait, sa signification et les sentiments qu'elle éveillait chez le participant, (2) l'expérience du rire avec soi-même comme moyen de croissance au sein du couple, (3) le rire avec soi-même comme promotion de la santé*.

Les réponses à ces questions étaient aussi enregistrées sur cassette audio et retranscrites selon les règles utilisées en phénoménologie.

1.1.2. Résultats

Herth constatait que sur les 60 participants, plus de la moitié rapportaient des détériorations fonctionnelles importantes, à savoir : neuf patients (15 %) rapportaient des détériorations sérieuses, et 26 autres (43 %) des détériorations moyennes. Les participants considéraient leur état de santé comme bon pour 26 d'entre eux (43 %), et comme pauvre pour 19 (32 %), les autres le jugeant moyen. Pratiquement tous (52 participants, soit 86 %) disaient avoir un bon sens de l'humour, et aucun ne jugeait n'avoir aucun sens de l'humour.

Herth a relevé tous les mots-clés qui ont été exprimés en réponse à chaque question. C'est ainsi que nous pouvons lire dans la rubrique qui concerne ce qu'évoque le mot "humour" : "*stratégie d'affrontement (coping), relaxation, joie, récupération, perspective, liberté, contact (relation)*". Ces mots-clés ont été mis en face de chacune des caractéristiques* de l'échantillon, à savoir le fait d'être dans la tranche d'âge de 65 à 80 ans, ou d'être de plus de 80 ans, de vivre chez soi, en résidence, ou en long séjour, d'avoir pas, peu, ou beaucoup d'altérations fonctionnelles*... Elle a ainsi pu

¹ Nous préférons parler du "rire avec soi-même" plutôt que de l' "auto-dérision", compte tenu de notre définition de l'humour, de la description des participants et des conclusions de Malinski qui préfère cette notion à celle du "rire de soi".

construire des tableaux qui permettent d'avoir un aperçu du nombre de réponses par caractéristique. Elle inscrivait une croix dans la case à l'intersection entre mot-clé et caractéristique lorsque plus de la moitié des participants ayant telle caractéristique avaient utilisé ce mot-clé (Tableau 6).

Tableau 6. Extrait du tableau résumant la considération et l'utilisation de l'humour selon l'état fonctionnel.

Catégorie	Contenu par catégorie	Détérioration nulle	Détérioration minimale	Détérioration moyenne	Détérioration sévère
Usages principaux de l'humour	Stratégie de coping.	X	X	X	X
	Relaxation, joie, récupération.	X	X	X	
	Perspective, liberté, contact (relation)			X	X

Le symbole X signifie que la majorité des réponses des participants tombait dans cette catégorie particulière.

Dans ce tableau, les mots-clés utilisés par les participants sont dans la colonne qui s'intitule : "Contenu par catégorie". La caractéristique de l'échantillon est ici l'état fonctionnel ("Détérioration"). Nous pouvons lire que la détérioration sévère ne permet pas à l'humour d'apporter joie, relaxation ou récupération, mais qu'en revanche, plus l'état fonctionnel se dégrade, plus l'humour est envisagé comme un élément qui permet d'accéder à la liberté et de constituer des relations.

Nous ne décrivons pas tous les renseignements apportés par de telles recherches qui concernaient cet échantillon particulier et qui ne peuvent pas être appliqués à une population générale compte tenu de la taille et de la constitution de l'échantillon. Cependant, nous notons que plus l'état fonctionnel et la perception de l'état de santé se dégradent, plus les participants préféraient l'humour issu d'une rencontre avec une autre personne plutôt que celui d'une comédie préenregistrée ou des histoires drôles ; les participants ayant la plus forte détérioration fonctionnelle et le plus mauvais état de santé préféraient l'humour issu de leur propre imagination à celui apporté par différents supports.

Les sources préférées de l'humour pour les participants étaient les enfants, les animaux de compagnie et les événements de la vie quotidienne. Ils considéraient l'humour "gentil" comme approprié ; à l'inverse, l'humour qui ridiculise ou exclut la personne n'était pas approprié.

Pour les personnes en difficulté fonctionnelle ou en mauvais état de santé, l'humour était perçu comme une libération temporaire par rapport à leur situation du moment. Il permettait d'acquérir une certaine perspective qui est la capacité de reconstruire mentalement une situation pour conserver un sens de la mesure, de l'équilibre. Il permettait de gagner un nouveau point de vue, et de rendre possible un sentiment de transcendance*.

L'étude de Malinski révélait que le rire avec soi-même était un acte naturel, spontané, non conscient, qui favorisait les relations aux autres, pour voir les événements autrement et réduire ainsi leur perception négative. Le rire avec soi-même était aussi associé à la bonté, au bonheur, à la légèreté, et à la jeunesse.

Rire avec soi apparaissait pour les participants comme une faculté qui s'était accrue avec l'âge. Cette capacité leur permettait de passer outre les nombreux points de désaccord, ouvrant au pardon pour continuer à cheminer ensemble. Le rire avec soi-même leur avait permis d'expérimenter la fidélité et une plus grande proximité. Le rire avec soi-même était vu comme l'inverse du repli sur soi ou de cette façon d'être tiré vers le bas ; il s'agissait pour eux plutôt d'un mouvement qui les entraînait vers l'avant.

Le rire avec soi-même au sein du couple constituait pour eux le garant d'une excellente santé ; si toutefois ils passaient par un mauvais état de santé, cette capacité à rire avec soi leur permettait d'oublier leur situation, et de quitter un sentiment dépressif.

1.1.3. Discussion

Les méthodes d'échantillonnage sont critiquables, ne permettant en aucun cas d'extrapoler de tels résultats à des populations de personnes âgées qui se trouvent de plus dans des situations psychologiques très diverses.

Concernant l'étude des couples dits "âgés" par Malinski, nous sommes très étonné que la définition du grand âge selon Malinski commence à 52 ans, à moins qu'il ne s'agisse de l'âge d'une petite jeunette de 52 ans² épousée sur le tard par un sémillant papy de 82 ans³. Malinski a certainement voulu étudier les couples qui s'avancent vers les noces d'argent ou les noces d'or, auquel cas il aurait fallu constituer un échantillon à partir, non pas des âges des participants, mais en fonction des années de mariage.

Nous avons particulièrement apprécié la présentation synthétique des résultats sous forme de tableaux avec des croix, par Herth. En revanche, la synthèse des résultats par Malinski était parfois complexe en raison d'un langage technique qui se voulait concis : "*Rire de soi est une manifestation de l'évolution du champ de maturation, qui fait intervenir la conscience*

² avec Traitement Hormonal Substitutif, cela va de soi

³ à la prostate bombante.

d'une avancée mutuelle et de potentiels pour un changement continu."⁴ L'emploi d'un vocabulaire trop technique n'apporte rien de plus à l'essentiel de l'information qui peut être présenté dans le vocabulaire des participants.

Au-delà de ces quelques réserves, ces approches phénoménologiques permettent une première esquisse de l'humour chez les personnes âgées, sur sa description et sa perception. Ces études rapportent aussi les attentes vis-à-vis de l'humour, événement probablement suffisamment rare dans le quotidien des personnes âgées pour mériter une place particulière dans leur cœur. L'acuité de leur perception due à leur faiblesse permet de reconnaître ce qu'est l'humour noble tel que nous l'avons défini. Les propos des personnes qui présentaient la plus grande détérioration sont très précieux, car ils justifient la place de l'humour comme témoin d'une profonde liberté *malgré* les incapacités, témoin aussi d'une possible relation de joie privilégiée entre la personne âgée déficitaire et son interlocuteur.

Cette façon d'étudier l'humour chez les personnes âgées nous semble constituer un premier modèle pour commencer une enquête au sein d'un hôpital ou d'une maison de personnes âgées, pour évaluer les besoins en humour et y répondre par des moyens adaptés. Comme le souligne Herth, ce questionnaire peut aussi être la base d'une évaluation de l'efficacité des stratégies comiques menées par une équipe soignante.

Le concept de l'étude du rire avec soi-même au sein des couples âgés nous a paru intéressant : il ne s'agissait pas à proprement parler du rire commun du couple, mais de chacun des conjoints vis-à-vis de lui-même. Cette approche s'inscrit dans le cadre même de l'humour qui est d'abord un rire avec l'autre. "Comment saurais-je rire avec l'autre, si je ne sais rire avec moi-même ?" pourrait être la question que rappelle Malinski et les couples qu'elle a interrogés. Nous avons remarqué que le rire avec soi commençait dans la spontanéité : il ne s'agit nullement d'un rire de façade déclenché sur commande.

Nous pourrions volontiers substituer ici le terme *amour* au terme *humour*. A travers les propos des participants, nous ne percevons rien de nuisible.

Cette deuxième approche est certainement à promouvoir : elle permet une relecture positive dans une vie de couple. Nous pensons que le rire avec l'autre au sein du couple est une marque de fécondité au sens large. Qu'on se souvienne d'Isaac, rire d'un vieux couple amoureux.

⁴ "*laughing at oneself is a manifestation of evolving field patterning, enhancing awareness of the mutual process and potentials for continuous change*" (en italique dans le texte original) [MALI 91].

1.2. Etudes quantitatives

Deux vieilles dames se promènent avec des déambulateurs comportant des roulettes en caoutchouc toute neuves :

- *Tu ne trouves pas qu'on va un peu vite ? demande la première.*
- *Non, pourquoi ?*
- *Je trouve que ça sent le caoutchouc brûlé !⁵*

Les études présentées ici tentent de savoir s'il existe une relation entre le sens de l'humour et l'avancée en âge. Ce sont des études quantitatives auprès d'échantillons parfois plus larges que dans les études qualitatives précédentes.

Plus précises quant aux résultats que l'on peut en tirer, leur faiblesse réside cependant dans la mesure du sens de l'humour, qui reste une approche partielle de la réalité, comme nous l'avons vu au chapitre sur l'humorométrie* (Chap. 6).

1.2.1. Méthodes

Simon [SIMO 88] a constitué un échantillon de 8 hommes et 16 femmes, âgés de 61 à 89 ans, d'âge moyen : 71,3 ans, caucasiens*, protestants, dont la moitié étaient mariés, un tiers étaient veufs, présentant au moins un problème médical dont le plus fréquent était l'arthrite* suivi de l'hypertension*.

Ces 24 participants ont complété le SHRQ*, le CHS*, et trois autres échelles qui mesuraient la perception de l'état de santé, la satisfaction au sujet de l'existence, et le moral (= l'humeur*).

L'échantillon de Solomon [SOLO 96] était composé de 53 hommes et 102 femmes, âgés de 20 à 94 ans, d'un âge moyen de 48,3 ans, dont un petit peu plus de la moitié étaient mariés. Plus de quatre participants sur cinq se sentaient en bonne santé.

Solomon a construit un questionnaire qui reprend une partie des propositions du SHQ*, du SHRQ*, et du CHS*, auxquelles elle a ajouté des questions, dont les réponses devaient être données sur une échelle ordinale. Ces questions essayaient d'apprécier si le participant se trouvait drôle et s'il

⁵ D'après [TOUQ 98].

avait l'impression que les autres le trouvaient drôle ; elles essayaient aussi de savoir quel était le comportement vis-à-vis des histoires drôles, si cela faisait rire le participant, s'il en produisait lui-même et quel genre d'histoires il préférait. Ce questionnaire essayait enfin de savoir combien d'histoires drôles le participant connaissait, et à quelle fréquence il en racontait.

Elle construisait ainsi deux index : l' ACTHUM (ACTive HUMor creation) qui correspond à notre humoristicité active*, et le COPEHUM (COPE HUMor) qui est l'humour utilisé comme stratégie d'affrontement face à l'adversité (coping*).

Elle a cherché à savoir si les participants étaient en bonne santé, s'ils se trouvaient satisfaits de leur situation au sujet d'eux-mêmes, de leur habitat, de leurs relations sociales, de la vie en général. La somme de ces réponses permettait d'établir un index appelé AGEWELL (index "âge et bien-être").

Elle utilisait enfin un quatrième index appelé PERCONT (PERceived CONTrol) qui essayait de mesurer la perception de la maîtrise que peut avoir le participant sur une situation. Cet index est la somme des réponses à des propositions qui évaluent le degré d'accord ou de désaccord sur une échelle ordinale*, concernant l'efficacité personnelle dans la capacité à obtenir quelque chose, à mettre en oeuvre des projets, à se faire des amis, à obtenir de l'aide...

Thorson, Powell, Sarmany-Schuller, et Hampes [THOR 97] ont comparé les réponses au MSHS entre deux échantillons pour étudier l'influence de l'âge. Ils ont ainsi constitué un échantillon de 199 jeunes (94 hommes, 105 femmes), âgés de 17 à 21 ans (moyenne : 19,5 ans ; écart-type* : 1,0 an), et un échantillon de 214 personnes âgées (123 hommes, 91 femmes), âgées de 65 à 92 ans (moyenne : 77,9 ans ; écart-type : 7,4 ans).

1.2.2. Résultats

L'étude de Simon montrait qu'il existait seulement des corrélations* positives entre la mesure de la perception de la santé et le SHRQ ($r = 0,43$; $p < 0,05$)*, et entre la mesure du moral et le SHRQ ($r = 0,38$; $p < 0,05$). En revanche, elle constatait une corrélation négative entre la perception de la santé et le CHS ($r = - 0,46$; $p < 0,05$).

Dans l'étude de Solomon, plus de quatre participants sur cinq se sentaient en bonne santé ; un peu moins des deux tiers de l'ensemble des

participants se trouvaient pleins d'humour, et plus de sept sur dix pensaient que les autres les considéraient comme pleins d'humour.

L'auteur a procédé à une analyse des corrélations entre l'âge et les différentes variables de l'humour, entre l'index AGEWELL (et chacune de ses composantes) et l'humour, entre l'index AGEWELL et l'index PERCONT, entre l'index PERCONT (et chacune de ses composantes) et l'humour.

Nous constatons à la lecture de ces résultats que plus les personnes avançaient en âge, moins elles appréciaient la satire*, l'ironie*, et éprouvaient une assez forte répulsion pour le sarcasme* ($r = -0,352$; $p < 0,005$) Ces personnes qui avançaient en âge préféraient prendre le parti de rire. Elles semblaient connaître d'assez nombreuses histoires drôles et préférer rire avec des histoires drôles plutôt que d'en raconter elles-mêmes. Elles semblaient préférer l'histoire drôle à toute autre forme d'humour.

De façon assez surprenante, c'était la satire qui était liée de façon la plus forte avec la perception d'une bonne santé ($r = 0,279$; $p < 0,005$). Les autres composantes de l'index AGEWELL étaient faiblement liées entre elles selon nous, sans que se détache d'ailleurs une unité significative.

En observant les relations entre l'index PERCONT et ses composantes avec l'humour, nous constatons qu'il existait une relation forte entre une attitude volontariste ("*lorsque j'obtiens ce que je veux, c'est généralement parce que j'ai beaucoup travaillé pour cela*") et le fait de prendre le parti de rire, mais aussi de connaître de nombreuses histoires drôles, d'en dire souvent et de rire principalement avec des histoires drôles. Il existait d'ailleurs une assez forte corrélation entre cette attitude volontariste et le fait d'être une personne de forte humoristique active (corrélation entre l'attitude volontariste et l'index ACTHUM). En revanche, il n'y avait pas de corrélation entre l'index PERCONT et les index ACTHUM et COPEHUM.

Nous notons qu'en dehors de la corrélation négative entre l'âge et le sarcasme citée plus haut, il n'y avait aucune corrélation entre le sarcasme et chacune des variables étudiées en face de l'humour.

Dans l'étude de Thorson et coll., le score moyen obtenu avec la MSHS par les jeunes était beaucoup plus élevé que celui obtenu avec les personnes âgées ; cette différence était statistiquement significative*. Les auteurs trouvaient que la compréhension des échelles par les deux échantillons était identique. L'analyse factorielle* montrait un nombre de facteurs* plus élevés (six) pour les personnes âgées par rapport aux sujets

jeunes (4 facteurs). Ces différences dévoilaient que les personnes âgées avaient trié différemment l'appréciation de l'humour et l'humour comme stratégie d'affrontement (coping*), exprimant plus d'idées négatives vis-à-vis de l'humour.

1.2.3. Discussion

L'échantillon de Simon était très petit et composé uniquement de volontaires. Nous n'avons pas assez de renseignements sur la méthode d'échantillonnage de Solomon ni même pour celle de Thorson et coll., et en particulier si ces recrutements se sont effectués au hasard et/ou selon des critères qui ne sont pas précisés. Ces réserves concernant l'échantillonnage ne permettent pas d'accorder beaucoup de poids à ces mesures.

Chez Solomon, les caractéristiques comme le sexe, l'âge, l'appréciation de l'état de santé permettent de mieux connaître l'échantillon sélectionné. Le bon état de santé perçu dans cet échantillon ne nous permet de tirer aucune conclusion au sujet de l'humour chez des personnes âgées présentant des déficits fonctionnels.

Nous nous sommes déjà exprimé sur les réserves que nous accordons à la MSHS dans sa capacité à mesurer le sens de l'humour. Il en est de même pour le CHS et le SHRQ. L'humorométrie* composite de Solomon nous laisse un peu perplexe, et ce d'autant que les différentes échelles qu'elle mentionnait – ou leurs "pièces détachées" – n'apparaissent pas constituer des groupes clairs de propositions dans sa mesure de l'humour à plusieurs dimensions.

A la lecture de la présentation des résultats, il nous semble que ce qui apparaît, ce sont surtout les différentes façons de voir ou d'exprimer des histoires drôles, et non pas l'humour.

Ce qui est très curieux, c'est que nous ne voyons apparaître l'index ACTHUM (humoristicité active*) que dans sa confrontation avec l'index AGEWELL (index "âge et bien-être") et PERCONT (index de la perception de la maîtrise) ; quant à l'index COPEHUM (index de l'humour "coping"), il n'apparaît que dans la confrontation avec l'index PERCONT. Nous aurions pourtant souhaité savoir si les personnes âgées présentaient une modification des index ACTHUM et COPEHUM par rapport aux sujets plus jeunes. Nous aurions aussi souhaité étudier les corrélations entre les variables composant ces index et les autres variables.

La confrontation entre un index sur la perception de l'efficacité personnelle (PERCONT) et les variables qui le composent et l'humour avec toutes ses dimensions nous a semblé pertinente, puisque cet index permet de mesurer en quelque sorte le degré de maîtrise du participant sur l'humour. Nous aurions souhaité en savoir plus, en particulier chez des personnes ayant des déficits fonctionnels – c'est-à-dire justement des pertes de leur maîtrise. Nous aurions souhaité aussi savoir dans quelle mesure l'humoristicité active, et en particulier l'humoristicité comme stratégie d'adaptation*, engageait ou non cette maîtrise du sujet, et en particulier du sujet âgé.

Chez Solomon, l'absence de corrélation* entre toutes les variables* caractérisant les personnes et le sarcasme* – en dehors d'une assez forte répulsion chez les personnes âgées – nous confirme que le sarcasme n'a absolument rien à voir avec l'humour*.

Les résultats retrouvés par Solomon concernant la production et l'écoute d'histoires drôles comme mode principal de rencontre avec l'humour nous semble être un résultat biaisé par l'humorométrie proposée. On ne mesure bien que ce que l'on veut bien mesurer. Or l'essentiel du questionnaire de Solomon, aussi bien dans l'énoncé de sa conception que dans la présentation des résultats, apparaît centré principalement sur les histoires drôles.

Certains intitulés des composantes de l'humour dans la présentation des résultats sont confus et imprécis : raconter des plaisanteries et raconter des histoires, n'est-ce pas la même chose ? Quelles différences entre farces et bouffonneries ? Qu'est-ce que le ridicule et est-ce bien de l'humour ? Ces remarques doivent cependant être nuancées par la difficulté qu'il subsiste à traduire et comprendre le riche vocabulaire qu'emploie l'anglais pour nommer tous les domaines du comique.

Thorson et coll. faisaient observer que l'échantillon des personnes âgées qu'ils avaient retenu était de toute façon moins homogène en raison de l'étendue des âges des participants, ce qui n'était pas le cas des participants plus jeunes. Ils proposaient aussi une explication à la disparité des points de vue sur l'humour, en particulier la multiplication des points de vue négatifs, en avançant l'hypothèse que le sens de l'humour devient plus divers au fil des ans, en particulier en raison des modifications des capacités mentales et physiques.

L'étude de Simon montrait que les participants ayant une forte humoristicité mesurée par le SHRQ se sentaient en meilleure santé et avaient un plus grand moral, ce qui signifierait donc aussi qu'un mauvais état de

santé et un mauvais moral faisaient baisser les scores du SHRQ. En revanche, l'utilisation de l'humour comme stratégie d'affrontement face à l'adversité semblerait exister lorsque surviennent des problèmes de santé.

2. HUMOUR ET LONGÉVITÉ

*"Deux pépés discutent tranquillement dans leur maison de retraite :
– Quand j'étais jeune [...], il y avait plein de jeunes
poulettes autour de moi.
Maintenant, je ne vois plus que des vieilles canes." [TOUQ 98]*

Le rire et le sens de l'humour permettent-ils de vivre plus longtemps ? Cela peut-il être démontré, et comment ?

2.1. Articles analysés et méthodes

La littérature est peu loquace à ce sujet. Nous n'avons recueilli que deux articles qui sont des études rétrospectives* "cas-témoin"*.

Yoder et Haude [YODE 95] ont comparé l'humoristicité de personnes âgées à l'humoristicité qu'elles évaluaient chez leur frère ou soeur décédé(e). Les expérimentateurs ont demandé à 17 hommes et 16 femmes, volontaires, âgés de 66 à 101 ans (âge moyen : 72,3 ans) de compléter la MSHS pour elle-même d'une part, et d'autre part d'essayer de la compléter pour leur frère ou soeur décédé(e) (moyenne de l'âge de la mort : 64,6 ans). Le frère ou la soeur devait être décédé de cause naturelle.

Rotton [ROTT 92] a comparé les dates et causes de décès de célébrités comiques avec les dates et causes de décès de personnes témoins.

Rotton a recueilli quatre types de données : (1) un échantillon d'artistes vivants comiques comparé à un échantillon d'artistes vivants non comiques ; (2) un échantillon d'artistes comiques décédés comparé à un échantillon d'artistes décédés non comiques ; (3) un échantillon d'humoristes littéraires décédés comparé à un échantillon d'artistes littéraires décédés dans d'autres domaines que le comique ; (4) une étude de la cause du décès de 803 artistes classés comme étant comiques ou sérieux.

Rotton a constitué ses échantillons pour les trois premières de ses études par la méthode d'échantillonnage systématique. Cette technique

consiste à prendre tous les n^{èmes} noms (ex. : tous les troisièmes) dans une liste alphabétique de noms. Pour construire son échantillon d'artistes comiques, Rotton s'est servi d'une liste dans un ouvrage biographique de comiques de spectacle reconnus. Pour construire son échantillon de témoins, il a sélectionné le nom qui venait juste après celui du comique, dans une liste plus longue comportant des artistes de spectacle dans tous les domaines y compris le domaine comique.

Dans la deuxième étude (2), il a relevé les années de naissance et de décès de 43 comédiens décédés. L'échantillon témoin était obtenu en prenant l'artiste sérieux le plus proche dans la liste qui avait la même date de naissance.

Dans sa troisième étude (3), il procédait de même pour les auteurs d'oeuvres littéraires.

La quatrième étude (4) cherchait à savoir si les artistes comiques étaient plus enclins à mourir de certaines maladies par rapport aux autres. Il s'est servi de la liste des avis de décès publiée pendant 10 ans dans les revues *Times* et *Newsweek*. Il a demandé à 2 juges de classer les personnes renommées, dont les avis de décès figuraient dans les deux magazines, dans une des trois catégories : "comique", "sérieux", ou "autre". Il existait une excellente mesure d'accord entre les deux juges (ils classaient l'un et l'autre pratiquement toujours chaque personne de la même façon). La cause du décès était assignée à l'un des huit groupes suivants, utilisés par l' U.S. National Center for Health Statistics (1986) : maladies cardiaques, cancers, pneumonie, emphysème* et autres maladies pulmonaires, accidents, suicides/meurtres, causes inconnues ou incertaine, autres causes (dont SIDA, maladie d'Alzheimer...). Alors que dans l'étude (1), Rotton n'avait sélectionné que des hommes, dans l'étude (4), compte tenu du nombre, hommes et femmes ont été associés dans l'échantillon constitué.

2.2. Résultats

Dans l'étude de Yoder et Haude, il existait une différence significative entre les sujets vivants et leur estimation pour le frère ou la soeur décédé(e) concernant les scores de la sous-échelle de la MSHS qui étudie l'appréciation de l'humour (humoristicité passive). Les survivants se considéraient comme plus humoristes.

Dans les études de Rotton, il n'y avait pas de différence significative entre les durées de vie des artistes comiques et des artistes sérieux. De même, les artistes comiques n'avaient pas plus de chance de mourir d'une cause plutôt que d'une autre par rapport aux autres. Il constatait même que les artistes (comiques ou non) de la quatrième étude vivaient en fait moins

longtemps que les autres personnes renommées dans d'autres domaines que le domaine artistique, mais aussi que ces artistes vivaient moins longtemps que la moyenne de la population américaine de 1986 prise dans son ensemble.

2.3. Discussion

Ces deux études sont loin d'avoir démontré quoi que ce soit.

Concernant l'étude qui utilise la MSHS, nous avons déjà formulé quelques réserves quant à cette échelle. La MSHS reste une approche de la mesure du sens de l'humour.

D'autre part, il est évident qu'intervient un biais non négligeable qui fausse toute analyse dès le départ : la MSHS est conçue comme une auto-évaluation, mais n'a pas été validée pour évaluer le sens de l'humour d'un autre. Le frère ou la soeur décédé(e) aura très bien pu être un comique auprès de ses amis en dehors de chez lui, et donc en dehors du regard de l'observateur qui remplit le questionnaire pour lui.

Dans le remplissage de la MSHS pour soi et pour le frère ou la soeur décédé intervient peut-être aussi une composante narcissique implicite : "Je suis celui qui a survécu, c'est donc que je suis celui qui avait le plus d'humour." L'échantillon était aussi très petit, et composé uniquement de volontaires.

Pour comparer des éléments comparables, il faudrait interroger – dans une étude prospective de cohorte – des personnes âgées vivantes avec la MSHS ou une humorométrie plus élaborée, et ne lire le résultat de l'humorométrie qu'une fois qu'elles seront toutes décédées, en classant les résultats par cause de décès. La maîtrise des variables confondantes* risque de toute façon d'être difficile.

Les études de Rotton sont méthodologiquement un peu plus satisfaisantes. Cependant, les études rétrospectives* sont moins précises que des études prospectives* de cohortes*. Il nous semble que la méthode d'échantillonnage dite "systématique" n'est pas exempte de biais possibles plus fréquents que dans l'échantillonnage aléatoire. Cette méthode dépend en particulier des critères d'inclusion et d'exclusion adoptés pour constituer ces listes biographiques. Selon quels critères est-on un artiste reconnu ? Selon quels critères est-on un artiste comique ? Le comique employé est-il vraiment de l'humour ?

Dans l'étude (4), même si nous retrouvons les grandes causes classiques de décès, elles sont mêlées à des causes comme l'emphysème qui

n'est certainement pas un des diagnostics qui figuraient sur les avis de décès. Ce classement ne permet pas de distinguer en particulier les différents cancers, ce qui n'était d'ailleurs certainement pas précisé dans les avis de décès publiés dans la presse.

Rotton faisait part des remarques suivantes dans sa discussion : il conviendrait de distinguer les différents genres du comique (comique amical et comique hostile) ; les artistes comiques pouvaient utiliser l'humour pour masquer leur tristesse ; la vie d'artiste elle-même était une cause possible de comportements nuisibles (ex. : tabagisme).

CONCLUSION

Beaucoup de personnes âgées présentent probablement une grande ouverture à l'humour. Mais la grande variation de leur état de santé et de leur déficits fonctionnels rend difficile une étude précise de leur attitude face à l'humour. Il nous semble nécessaire de procéder à des analyses par strates* en fonction des déficits ; ces déficits devraient être évalués par des échelles déjà utilisées en gériatrie*.

L'approche de l'humour par une personne alerte, une personne en déambulateur* et une personne grabataire* n'est certainement pas la même. La personne grabataire n'est pas nécessairement celle qui présente le moins d'humour au sens noble : l'étude d'Herth tend à montrer que cet humour gagne en qualité, en particulier d'un point de vue relationnel, ce qui constitue selon nous le cœur du sens de l'humour.

L'étude du rire avec soi-même au sein du couple décrit certainement une des meilleures approches du sens de l'humour à proprement parler, puisque cette méthode invite à observer la relation de soi à soi en lien avec la relation à l'autre.

L'humour permet-il de vivre plus longtemps ? Les deux dernières études ne permettent pas de le savoir, et il est probable qu'aucune étude ne permettra de le savoir de façon précise. Quand bien même les humoristes vivraient plus brièvement, faudrait-il pour autant éviter l'humour ? La question porte en fait sur la vie elle-même : la vie n'est-elle pas avant tout une *qualité* d'être, et une qualité d'être *en relation*, plus qu'une *quantité* d'existence ?

CHAPITRE 9. REGARDS PORTES SUR L'HUMOUR DANS LA DEMARCHE DE SOINS PALLIATIFS

"La mort est un manque de savoir-vivre."¹

INTRODUCTION

Entrer dans une démarche palliative avec le patient, ce n'est pas commencer à lui signer un certificat de décès comme on a eu trop tendance à le croire par le passé. Il s'agit de donner des soins à une personne qui souffre, qui est parfois en fin de vie. Au St' Christopher Hospice – premier centre anglais de soins palliatifs* – Saunders disait qu'il s'agit de *"Tout ce qu'il reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire."*

Cette démarche de soins palliatifs* commence dès les soins curatifs*, et quelle que soit la maladie. Il s'agit de soulager, de consoler, et plus encore *d'être avec. Etre avec, c'est parfois aussi rire avec.* Mais parfois seulement : lorsque le moment est opportun, lorsque nous avons prodigué les soins nécessaires, lorsque les larmes ont coulé, lorsque nous nous sommes laissés toucher, lorsque nous nous sommes assis pour rester proches.

La démarche de soins palliatifs, qui s'étend souvent sur la durée, fait intervenir trois types d'acteurs : le patient, ses proches, et les soignants qui sont le plus souvent les infirmières et les aides-soignantes, en raison de la fréquence de leurs soins.

Nous souhaitons donc connaître l'avis de ces différents acteurs au coeur des soins palliatifs au sujet de l'humour.

Cette approche s'est effectuée en grande partie à travers des études phénoménologiques menées par des infirmières auprès de patients volontaires, auprès des proches, et auprès d'autres infirmières. Ces études présentent souvent deux faiblesses : le petit nombre de personnes interrogées, des échantillons composés de volontaires qui ont souvent un a priori positif au sujet de l'humour.

¹ DAC Pierre : *L'os à moelle.*

Faut-il pour autant rejeter ces travaux modestes – voire dérisoires – en raison de leur manque de rigueur ? Certainement pas : ils ont au moins le mérite de poser la question de la place de l'humour auprès des patients dans cette situation précaire. Au refus catégorique ou prudent de faire entrer l'humour comme état d'esprit dans les soins palliatifs de la part de certains soignants, ces recherches opposent donc un *peut-être* plus qu'une franche affirmation.

1. REGARD DU PATIENT SUR L'HUMOUR

(Un patient au sujet de sa propre mort) :
"C'est mieux de mourir en été, comme ça les gens n'attrapent pas froid à l'enterrement."

[HINT 99]

1.1. Echantillons interrogés et méthodes

Pour cette partie, nous avons retenu les articles suivants dont nous faisons un bref descriptif. Ces articles utilisent à la fois des interrogatoires phénoménologiques et des interrogatoires structurés.

- Herth [HERT 90], au moyen d'un questionnaire en 5 points dans une étude phénoménologique* sur l'humour, a interrogé 14 adultes, volontaires, en phase terminale à leur domicile, dans une grande ville du sud-ouest des Etats-Unis. Ces patients étaient âgés de 37 à 77 ans. Ils étaient atteints de cancers pour la plupart, d'autres de maladies cardiaques ou pulmonaires. Leur pronostic vital était estimé à 6 mois ou moins.
- Langley-Evans et Payne [LANG 97] ont observé les conversations de 14 patients (7 hommes, 7 femmes) âgés de 36 à 82 ans (âge moyen 59 ans), atteints de cancer (prostatique, pulmonaire, oesophagien, cérébral, vésical, pancréatique), sauf le plus jeune, qui était atteint de sclérose en plaques. Ces conversations ont été recueillies selon une approche **ethnographique** (Chap. 6, 1.) : l'observateur notait des bribes de conversations courantes pendant des durées de 2h15 à 5h30 durant 7 semaines.

- Hinton [HINT 99] a sélectionné un échantillon de 76 patients pris au hasard au St. Christopher Hospice de Londres, selon des critères bien définis. Il s'agissait de 42 hommes et 34 femmes, de 33 à 84 ans, dont l'âge moyen était de 65 ans, dont 65 étaient mariés, 10 veufs, et 1 célibataire ; tous étaient chrétiens, mais disaient avoir la foi à des niveaux divers ; ils avaient été adressés en unité de soins palliatifs pour des symptômes spécifiques dans 55 cas, et 7 présentaient des symptômes psychologiques.

L'expérimentateur interrogeait aussi leurs proches, à savoir 40 épouses, 24 époux, 6 filles ou belles-filles, trois fils, une soeur, un petit-fils, un ami proche ; leur âge moyen était de 61 ans (23 à 88 ans). Chez ces patients qui étaient atteints de cancer [poumon (17), digestif (11), estomac (11), sein (9), autres localisations (28)], il souhaitait savoir quel était le **degré de conscience et d'acceptation de la mort** au cours d'une étude prospective* de cohorte* qui devait s'achever au décès du dernier participant survivant. Cette étude a duré deux ans.

- Carver et coll. [CARV 93] ont mené une étude prospective* auprès de 59 femmes atteintes de cancer du sein concernant leur **optimisme** à propos de l'existence, au cours et dans les suites d'une intervention mammaire*.

Ces 59 femmes étaient âgées de 33 à 72 ans (âge moyen : 58 ans, écart-type* : environ 11 ans), 42 vivaient en couple, 7 étaient divorcées, 6 étaient veuves, 4 étaient célibataires ; 42 étaient caucasiennes* ; 39 travaillaient ; 43 avaient des convictions religieuses.

D'un point de vue diagnostic : 42 étaient au stade 1 de la maladie, et 17 au stade 2 ; celles qui étaient au stade 2 avaient 2,52 ganglions envahis en moyenne (écart-type : 1,58) ; 41 femmes venaient pour un second avis après un premier diagnostic de cancer, les autres étaient à la clinique soit pour un contrôle habituel ou en raison d'un changement constaté par elles-mêmes ou par leur médecin au niveau de leur poitrine.

D'un point de vue thérapeutique, 40 avaient subi une mastectomie* totale, 5 des mastectomies bilatérales, 14 une excision tumorale sans mastectomie totale ; 12 suivirent un traitement par radiothérapie*, 12 reçurent de la chimiothérapie* et 21 suivirent un traitement par tamoxifène*.

L'étude consistait à effectuer des entretiens oraux. Elles étaient interrogées un jour avant l'intervention chirurgicale, 10 jours après l'intervention, et dans le suivi à 3, 6 et 12 mois pour remplir les trois échelles suivantes :

- mesures de l'optimisme et du pessimisme au moyen du LOT (Life Orientation Test),
- mesure de la stratégie d'affrontement (coping*) au moyen d'un test appelé COPE,

- mesure de la perturbation psychique par le POMS (Profile of Mood States).
- Haase [HAAS 87] a proposé une étude phénoménologique sur le **courage**, auprès d'un échantillon non aléatoire de 9 adolescents (4 garçons, 5 filles) de 14 à 21 ans, qui présentaient une maladie chronique, à savoir des soins à plus de trois reprises pour la même maladie et se trouvant dans cet état depuis au moins six mois ; la personne de 21 ans a été incluse en raison du courage constaté chez elle, courage mentionné par l'équipe infirmière ; on a veillé aussi à inclure autant de participants ayant une menace vitale que de participants n'en ayant pas.

Les maladies des participants comprenaient : leucémie*, insuffisance rénale* chronique, fistule* recto-vaginale, fibrose* cystique*, sténose* pulmonaire, et scoliose*. Les traitements invasifs* étaient : la chirurgie, la chimiothérapie, la transplantation médullaire*, et la prise en charge de pneumonie*. Au départ, l'échantillon était de 12 adolescents, mais trois ont été éliminés en raison de leur incapacité à identifier une expérience courageuse ou des difficultés techniques.
- Schmitt [SCHM 90] a élaboré une étude descriptive transversale quantitative au moyen d'un questionnaire en 20 propositions demandant le degré d'accord ou de désaccord sur une échelle ordinale en 5 points, au sujet de la **perception du rire du personnel soignant** dans un centre de réadaptation, auprès de 35 patients sélectionnés de façon non aléatoire selon leur âge, leur sexe, leur ethnie, et leur diagnostic.

Cet échantillon était constitué d'autant d'hommes que de femmes, d'environ 1/3 de personnes entre 50 et 70 ans, 1/3 en dessous de cet âge et 1/3 au-dessus. Les diagnostics étaient les suivants : amputation, arthrite*, maladies cardio-vasculaires, traumatisme médullaire*, autres.

1.2. Résultats

(Un patient parlant de sa propre mort) :
"Je suis déjà en retard – Ce traitement qu'ils m'ont donné à l'hôpital a dû être meilleur qu'ils ne le pensaient." [HINT 99]

1.2.1. L'approche de l'humour par les patients à l'extrémité de l'existence

L'étude de Herth [HERT 90] chez 14 patients adultes montrait que 8 patients (57 %) sur 14 disaient que l'humour tenait une place importante dans leur vie avant la maladie, 12 patients (85 %) que l'humour pourrait être utile dans leur situation actuelle et que seulement 2 patients (14 %) mentionnaient la présence d'humour dans leur vie actuelle.

Herth a relevé quelques phrases significatives sur le besoin d'humour malgré les obstacles de l'entourage : *"Tout le monde est si triste"*, *"Je voudrais sourire et rire, mais cela dérange ma famille"*, *"Si j'avais besoin d'humour, ce serait maintenant"* L'espoir était manifesté par des phrases comme : *"L'humour m'aide à me rendre compte que ce que je suis en train de traverser va passer."*

Les mots employés par les participants pour définir l'humour évoquaient les thèmes suivants : renfort de la relation, changement de perspective, espoir, joie, et détente.

Les participants remarquaient que le moment où l'humour était inadapté était l'acmé* d'une crise ou au cours d'une discussion sérieuse.

Langley-Evans et Payne [LANG 97] remarquaient que la plupart des patients de l'unité de soins palliatifs où elles ont mené leur enquête ethnographique préféraient parler ensemble très librement au sujet de l'approche de la mort et de leur maladie plutôt que d'avoir des occupations. Elles notaient que la parole circulait très facilement à ce sujet, ce qui était la philosophie que tenait à développer le service. Elles constataient que la plupart des propos concernant la mort étaient enjoués, sauf en ce qui concerne le deuil qui était abordé de manière plus sérieuse.

L'humour dans les échanges concernant la mort était parfois exprimé de façon explicite à travers de discrètes plaisanteries, des commentaires facétieux, mais la plupart de l'humour apparaissait surtout de façon implicite, à travers les expressions faciales, des insinuations, des gestes, des procédés

stylistiques dans le langage, ce qui était difficile à saisir hors du contexte où ils avaient été produits.

L'étude de Hinton [HINT 99] au sujet de la progression de la prise de conscience et de l'acceptation de la mort a montré que cette prise de conscience chez les patients ("42 % sont certains qu'ils vont mourir") augmentait nettement moins que chez les proches ("de 53 à 81 % de personnes certaines"). Cette prise de conscience chez les proches provoquait chez eux plus de dépressions que chez les patients eux-mêmes. En revanche, chez les patients, la probabilité de mourir provoquait plus d'anxiété que la certitude. Les proches acceptaient mieux l'issue fatale lorsque le patient était âgé et avait une qualité de vie médiocre, tandis que les malades acceptaient mieux leur mort s'il s'agissait de femmes, et que leur qualité de vie était relativement bonne.

Hinton relevait que 7 patients sur 66 (soit 11 %) évoquaient leur acceptation face à la mort à travers l'humour, tandis qu'une seule personne sur les 69 proches (soit 1 %) le faisait de cette façon. La façon d'accepter la mort se traduisait le plus souvent par la constatation de son caractère inévitable (67 % des patients, 59 % des proches), et par la foi, la paix, et des retrouvailles après la mort (24 % des patients, 20 % des proches).

1.2.2. L'approche de l'humour par les patients atteints de maladies graves

"Cela n'a probablement rien changé au cours de ma maladie, et pourtant à travers l'humour, j'ai retrouvé la liberté. La liberté d'être honnête, de prendre des risques, de vivre au jour le jour. J'ai découvert qu'il est normal d'avoir une peur terrible chaque fois que j'ai un nouveau mal ou une nouvelle douleur. Cela m'a donné une sorte d'énergie pour regarder les choses avec plus d'intensité et devenir plus créatif dans mon approche de la vie à vivre aussi bien que dans la mort à accueillir." Un patient souffrant de cancer, répondant à la question : "Qu'est-ce que l'humour a changé pour vous ?" [RUXT 88]

Le suivi des femmes atteintes de cancer du sein dans l'étude de Carver et coll. [CARV 93] a montré que les troubles de l'humeur les plus importants, quoique jamais extrêmes, se situaient avant l'intervention chirurgicale. Ces troubles diminuaient de façon significative* après l'intervention, sans réapparaître par la suite de façon significative. Les auteurs notaient aussi que

les stratégies face à l'adversité (coping*) apparaissaient très tôt dans la période critique (intervention chirurgicale) plutôt que par la suite.

Au cours des différents temps de mesure, les auteurs remarquaient que les patientes avaient le plus souvent recours à l'acceptation de la maladie, et se réfugiaient finalement peu dans le désengagement. L'optimisme était lié aux efforts d'adaptation* (coping*) active et à la présence de projets précoces durant la période critique, à savoir avant l'intervention.

L'optimisme était aussi lié à l'acceptation de la situation et à l'utilisation de l'humour comme stratégie (coping*) à tous les moments, sauf après un an de suivi. En revanche, il existait une corrélation* toujours inverse entre les troubles de l'humeur et l'humour, mais de façon significative seulement dans la période postopératoire et au suivi à six mois. Les auteurs montraient par ailleurs que la présence d'humour à trois mois était un bon indicateur pour prédire l'absence de troubles de l'humeur à six mois, tandis que la présence du déni et du désengagement favorisaient ces troubles.

Reprenant l'ensemble de chaque constatation, ils remarquaient qu'il existait une véritable **spirale** vers les troubles de l'humeur : une **non acceptation** en préopératoire menait à des **troubles** postopératoires plus élevés, la détresse postopératoire menait au **déni** et au **désengagement** au suivi à trois mois, et le déni et le désengagement à trois mois menaient à des niveaux de détresse plus élevés à six mois.

Dans son étude phénoménologique sur le courage chez des adolescents en soins chroniques, Haase [HAAS 87] a signalé que les participants citaient spontanément fréquemment l'humour.

Dès lors que l'humour et le courage pourraient être liés, il est intéressant de regarder quelles sont les caractéristiques retrouvées au sujet du courage, pour mieux comprendre quelle est la place du comique ou de l'humour dans cette adaptation.

Selon les adolescents interrogés, (1) le courage n'est pas reçu comme caractère inné, (2) mais se développe progressivement (3) par l'expérience, (4) avec des avancées et des retours en arrière ; (5) l'accroissement du courage ne donne pas de liberté par rapport à la peur, (6) mais il permet de la gérer plus efficacement. (7) Le courage est lié à la création. (8) Maîtriser une situation difficile permet (9) de fonder une nouvelle image de soi, "*Le courage semble être un pont entre la peur et l'action plutôt qu'une image*

en miroir de la peur." Il nécessite (10) la présence de tiers comme renfort pour s'ouvrir à cette créativité et (11) aux décisions qui y sont rattachées. Le défi est relevé avec courage lorsqu'une situation angoissante est (12) vue comme une opportunité de croissance, de maîtrise, ou de bénéfices ; cette situation est vue comme une difficulté, (13) mais qui n'est pas impossible à surmonter, en utilisant (14) des ressources existantes ou que l'on peut acquérir. Par ailleurs, les thèmes évoquant (15) la foi, l'espoir, et la transcendance* font intégralement partie de l'expérience du courage.

1.2.3. La perception du rire du personnel soignant par les patients en réadaptation

Dans l'étude de Schmitt [SCHM 90], la majeure partie des participants – soit de 26 (74 %) à 33 (94 %) patients sur les 35 patients inclus dans l'étude – affirmaient que le rire était une aide aussi efficace que des antalgiques* dans les moments difficiles ; ils se remémoraient facilement un exemple où le sens de l'humour de l'infirmière améliorait la situation ; ils souhaitaient que les infirmières rient plus souvent avec les patients, parce qu'ils trouvaient que cela améliorait la situation ; ils ne considéraient pas que le rire des infirmières était un manque de professionnalisme, ni que ce rire était une absence de compassion vis-à-vis des patients souffrants. Notons que 26 (74 %) avaient l'habitude de rire avant leur blessure ou leur maladie.

En revanche, les patients interrogés étaient partagés sur les points suivants : 14 (40 %) affirmaient qu'ils devaient être de bonne humeur pour pouvoir rire et 14 (40 %) remarquaient également qu'ils ne devaient pas être en colère, contre 18 (51 %) qui ne trouvaient pas nécessaire d'être de bonne humeur, et 20 (57 %) qui disaient pouvoir rire même lorsqu'ils étaient irrités ; enfin, 10 (28 %) signalaient un épisode où le sens de l'humour avait empiré la situation, alors que 21 (60 %) ne trouvaient aucun épisode d'humour inadapté.

1.3. Discussion

1.3.1. Avantages et inconvénients des différents types d'études

Les études phénoménologiques présentent l'avantage de ramener beaucoup d'informations, laissant apparaître des phénomènes qui n'étaient pas forcément pressentis par les investigateurs. Leur inconvénient essentiel est la gestion d'une somme d'informations considérables qui nécessitent une réduction et une analyse rigoureuse. Cette somme d'informations limite certainement le nombre de participants choisis pour les études proposées, et ce petit nombre de participants limite les conclusions que nous pourrions formuler sur un plan plus global.

Les interrogatoires structurés sont des ensembles de questions qui invitent à une seule réponse parmi un nombre limité de réponses définies par les investigateurs. L'avantage est de pouvoir chiffrer les réponses de façon aisée et de pouvoir interroger des échantillons de plus grande taille, mais l'inconvénient majeur est de ne mesurer que ce que l'on veut mesurer, ce qui peut se situer en deçà de la réalité.

Les quelques études que nous avons rassemblées au sujet de la perception de l'humour par les malades présentent donc tous les inconvénients de ces deux méthodes d'investigation, et ne permettent pas d'avoir un aperçu suffisant de ce qui habite la plupart des patients dans une population.

Les participants d'un certain nombre d'études [HAAS 87, HERT 90, LANG 97] semblent avoir été choisis pour leurs aptitudes humoristiques, ou tout du moins sont-ils volontaires, ce qui laisse dans l'ombre l'avis de tous ceux qui ont refusé de participer. Il s'agirait donc de l'étude de l'humour chez des personnes qui désirent être ouvertes à l'humour.

Les autres études comportent des échantillons mieux définis, mais elles ont pour but essentiel d'étudier autre chose que l'humour, qui n'apparaît que comme un élément parmi d'autres dans l'approche de la maladie, comme d'ailleurs l'étude phénoménologique de Schmitt sur le courage.

1.3.2. Connaissance de la place de l'humour chez le patient

L'ensemble de ces articles sont comme un texte ancien inscrit sur un papyrus dont seules quelques bribes nous parviennent. Nous pouvons avancer dans la compréhension, mais beaucoup d'éléments restent du domaine de l'hypothèse.

Que dit le patient concernant l'humour lorsqu'il sait que la fin de son existence est proche ? Il est difficile d'y répondre de façon précise, car cela amène à se demander : que sait-il de la proximité de la fin de son existence ? Comment vit-il cette approche ?

A aucun moment l'étude de Herth [HERT 90] ne nous dit si les patients connaissent l'issue fatale de leur maladie. Or, tout le problème est là : le patient peut très bien avoir un discours positif sur l'humour, mais s'il n'est pas conscient de son décès proche, il n'est pas vraiment en situation de peser le bénéfice de l'humour ; nous pourrions même nous demander s'il ne manifeste pas le besoin de prendre un masque avec le comique, pour se cacher quelque chose qu'il ne voudrait voir.

D'autre part, l'étude fort instructive de Hinton [HINT 99] montre que seuls 42 % des patients sont certains qu'ils vont mourir, et que cette certitude est plutôt de meilleur pronostic quant au bonheur de vivre les derniers instants, comparée à la situation où les patients restent dans l'incertitude. Cela pose la question de la vérité délivrée au patient par les soignants, mais plus encore de la façon dont le patient se prépare à accueillir cette vérité : quels sont les critères que nous avons pour savoir où se situe le patient par rapport à l'accueil de ses limites ? Comment lui venir en aide pour qu'il puisse s'accepter tel qu'il est au coeur de sa maladie ?

Pourtant, ce que disent les patients dans l'étude de Herth semble être aussi un appel à vivre pleinement ce qui est à vivre dans l'instant : "*Si j'avais besoin d'humour, ce serait maintenant.*" Il existe probablement pour certains patients un accueil du réel à bras le corps : "*L'humour m'aide à me rendre compte que ce que je suis en train de traverser va passer.*" Les mots qui définissent l'humour sont proches des critères que nous évoquions dans la définition de l'humour : le changement de perspective est la rupture de déterminisme qui apparaît dans le comique ; l'espoir est le fruit de l'exercice de la liberté malgré les contraintes.

Le caractère inadapté de l'humour au cours d'une crise ou d'une discussion sérieuse dans l'étude de Herth [HERT 90] est à confronter avec ce que les patients affirment dans l'étude de Schmitt [SCHM 90].

Certes, l'étude de Herth concerne l'humour tandis que celle de Schmitt concerne le rire (certainement pris aussi pour le comique). Cependant, il est étonnant que 51 % des patients disent ne pas avoir besoin d'être de bonne humeur pour rire, et que 57 % disent pouvoir rire alors qu'ils sont irrités.

Dans ces deux situations, le rire serait donc un **masque** mis sur la détresse ou l'irritation et non le témoin de la joie, menant alors à des rires ou des comiques mêlés, quoique cet accueil réservé au rire, dans une situation où le patient est de mauvaise humeur ou irrité, est peut-être aussi (ou en revanche) le témoin d'une capacité du patient à dépasser la crise qu'il traverse grâce au comique de la part des soignants. Ce point aurait mérité un interrogatoire plus approfondi des personnes concernées afin qu'elles identifient des situations où le rire a permis de dépasser la colère ou la mauvaise humeur.

L'étude de Langley-Evans et Payne [LANG 97] nous rappelle que l'étude de l'humour est difficile, tant il s'agit de quelque chose de labile, composé de petits riens. L'essentiel du comique relationnel échappe à l'analyse, donnant aux investigateurs l'impression qu'il y a eu du comique. Comme le disait Aimard [AIMA 88], il n'y a parfois de comique que dans notre regard.

Ces auteurs nous disent finalement que l'humour est présent dans les espaces où s'échange librement la parole, dans l'intimité de la conversation quotidienne de personne à personne dans le domaine qui les touche.

Les études de Hinton [HINT 99] et de Carver et coll. [CARV 93] révèlent ce qui constitue la meilleure adaptation face aux événements graves : l'acceptation. Cet accueil de la situation telle qu'elle vient est aussi l'accueil de la finitude par le patient, de la définition de ses limites, et de sa définition d'homme. Ainsi s'effondre l'illusion d'être infini et donc non fini. Seul ce choix – ce renoncement que nous évoquions pour définir l'humour – car c'est un choix qui s'offre tôt ou tard au patient, est celui qui paye.

La négation est en revanche sans issue : elle mène au désengagement, probablement en raison de la constatation du caractère irrémédiable de la perte de l'illusion de toute puissance et d'infini.

Nous pensons que tant que ce choix n'a pas été fait, tant que la crise de l'accueil de la situation telle qu'elle est n'est pas survenue, tout comique risque de venir masquer un combat qui ne veut pas avoir lieu.

Après seulement, et c'est peut-être la situation dans laquelle se retrouvent les patients de Herth [HERT 90], peut survenir l'humour : l'humour s'insère dans le réel où il propose une création inédite avec les forces et les faiblesses en présence. Cette création est profondément libre en raison de la liberté que le patient a prise de s'accepter lui-même.

L'étude de Hinton [HINT 99] révèle un point auquel nous ne sommes pas suffisamment attentifs en tant que soignants, en particulier dans le cursus hospitalo-universitaire qui nous invite à nous centrer sur le patient. Ceux qui souffrent autant, sinon plus que le patient de la maladie, ce sont ses proches.

Ceci se manifeste de deux manières : la prise de conscience du caractère certain de la mort prochaine amène plus de dépressions chez les proches que chez les malades eux-mêmes, et nous voyons apparaître plus d'humour chez les patients (11 %) que chez les proches (1%).

Cette difficulté est peut-être aussi ce que constatent les patients de l'étude de Herth [HERT 90] : "*Je voudrais sourire et rire, mais cela dérange ma famille.*" Il convient donc d'étudier plus particulièrement ce point, ce que nous aborderons un peu plus loin.

Etant donnée la fréquence – cependant non chiffrée – de l'évocation de l'humour en lien avec le courage mentionnée par Haase [HAAS 87], nous osons proposer une lecture de la compréhension de l'humour à travers ce qui nous est dit du courage par les patients. Nous restons toutefois prudent dans ce que nous avançons et tenons à conserver ce qui va suivre comme hypothèses et non certitudes.

L'humour, comme le courage, nous apparaît comme étant (1, 2, 3, et 4) acquis par les tâtonnements de l'expérience. Il s'agit d'un choix (11) et d'une création (7) dans le courage et l'humour, mais la maîtrise (8) d'une situation difficile par le courage est en revanche plutôt une non-maîtrise, dans une certaine mesure, en ce qui concerne l'humour. La nouvelle image de soi (9) du courage est l'accueil du rire avec soi-même dans l'humour. La nécessité de la présence d'un tiers comme renfort dans le courage (10) est plutôt envisagée à titre gratuit dans l'humour. S'il existe des liens entre foi, espoir, transcendance (15) et courage, ce sont certainement aussi des liens qui existent avec l'humour.

Le courage ne serait donc pas la lutte pour fuir le réel, ni la lutte pour se montrer plus fort que lui, mais la force nécessaire pour l'accueillir ; l'humour serait la marque joyeuse de cet accueil.

2. REGARD DE CELUI QUI EST PROCHE DU PATIENT SUR L'HUMOUR

Le proche, qu'il soit parent ou ami(e), époux, voisin, est une des pièces maîtresses dans le soin palliatif auprès du patient. Cette relation est souvent oubliée, méconnue, rejetée, en raison de sa discrétion ou de son encombrante présence dans certains services hospitaliers. Au cours de visites au domicile des patients durant nos remplacements, nous avons été touché par le dévouement de certains voisins du patient.

Nous allons plus particulièrement nous pencher sur cette relation privilégiée, sur l'humour qui s'y déploie et sur les difficultés que rencontrent les proches du patient à travers trois articles.

L'anglais médical emploie les termes de *caregiver* (littéralement : celui qui prodigue soins et attention) ou *spouse caregiver* pour désigner le proche (ou l'époux) qui s'occupe du patient. Nous parlerons de *proche-soignant** ou *d'époux-soignant*.

2.1. Echantillons et méthodes

Nous reprenons l'article de Hinton [HINT 99] déjà cité ci-dessus, et nous retenons les deux autres articles suivants :

- Buffum et Brod [BUFF 98] ont étudié la relation entre l'humour et le bien-être chez 96 époux [(43 hommes et 53 femmes) âgés de 60 à 88 ans, d'âge moyen 74 ans pour les hommes, 71 ans pour les femmes, ayant une scolarité moyenne de 13,6 ans (écart-type : 2,9 ans), de revenus annuels compris entre 30 000 et 40 000 \$(US)]. Ces époux s'occupaient de patients atteints de maladie d'Alzheimer âgés de plus de 60 ans, vivant en

maison pour personnes âgées. Le stade de la maladie était évalué par l'épouse(x) de chaque patient(e).

Dans cette étude quantitative transversale par auto-évaluations avec réponses uniques sur échelles ordinales, les auteurs ont mesuré le bien-être par le Medical Outcome Study Mental Health Index (MOS), l'humour par le CHS de Martin et Lefcourt, et le Buffum Caregiver Humor Use Assessment Tool (BCHUAT), instrument de mesure développé par les auteurs dans d'autres travaux pour évaluer la fréquence de l'utilisation de l'humour, sa valeur, et la disponibilité du contexte social pour cette utilisation.

- Townsend [TOWN 94] a mené une étude qualitative ethnographique, chez 14 proches-soignants de personnes âgées souffrant de deux pathologies* chroniques parmi les suivantes : bronchopneumopathie* chronique obstructive, insuffisance coronaire*, pathologie vasculaire, démence*, accidents vasculaires cérébraux*, diabète, arythmie* par fibrillation atriale, syndrome parkinsonien*, glaucome*, hypertension*, myélome* multiple, hydrocéphalie* à pression normale ; aucun de ces patients ne pouvait sortir, quatre étaient en fauteuil roulant, et cinq grabataires*.

Les critères d'inclusion des proches-soignants étaient surtout le souhait de discuter d'histoires drôles qui leur étaient arrivées. La moyenne d'âge de ces proches-soignants était de 71,6 ans avec des âges extrêmes de 58 à 83 ans. Le nombre d'années de mariage allait de 18 à 67 ans avec une moyenne de 40,6 ans, et ces proches étaient devenus proches-soignants depuis 2 à 12 ans (en moyenne : 6 ans). Les auteurs ont pu ainsi recueillir 36 situations comiques.

2.2. Résultats

"Le sens de l'humour devrait être inclus dans tout kit de survie." (anonyme) [TOWN 94]

Nous avons déjà mentionné les résultats qui nous concernaient, extraits de l'étude de Hinton.

Buffum et Brod ont trouvé que l'utilisation de l'humour chez les époux-soignants était corrélée positivement avec le bien-être, le revenu, et l'éducation. En revanche, plus la maladie d'Alzheimer était sévère, moins il y avait d'humour ($r = -0,26$; $p < 0,05$). Au moyen d'une analyse par régression multiple hiérarchisée où la sévérité de la maladie, le niveau

d'éducation, et le revenu ont été introduits comme covariables, il apparaissait que l'humour correspondait à 18,2 % ($p < 0,001$) de la variance dans le bien-être². L'analyse de la variance montrait selon ces auteurs que le groupe d'époux-soignants qui s'occupaient de patients légèrement touchés par la maladie avaient des scores moyens d'utilisation de l'humour plus élevés que ceux dont les patients étaient sévèrement touchés. Une autre analyse de la variance révélait que les époux-soignants qui s'occupaient de patients moyennement touchés par la maladie avaient les scores de bien-être les moins élevés.

L'analyse par Townsend des propos comiques tenus par les proches-soignants apportait de nombreux renseignements : ce qui était drôle pour une personne ne l'était pas forcément pour une autre ; les propos comiques rapportés exprimaient la frustration qui se libérait à travers l'humour. Le sens de l'humour permettait d'accepter des événements absurdes lors de leur survenue. Les histoires qu'ils rapportaient mettaient en avant l'anxiété de ne pas savoir quoi faire face à ce qui allait arriver par la suite. La colère pouvait s'exprimer soit en raison d'une situation déconcertante, soit en raison de la perte de la santé de leur époux, de la perte de leur indépendance, en raison aussi de la colère de leur époux face à leurs incapacités. Les époux-soignants conservaient en leur cœur ces histoires amusantes qui leur étaient arrivées pour se les remettre en mémoire au moment où ils auraient besoin de rire. Selon eux, l'humour leur permettait de ne pas devenir fous, ou déprimés. Cet humour apparaissait souvent comme quelque chose de partagé entre les deux époux, il apportait courage et fidélité.

Les époux-soignants décrivaient l'humour de la façon suivante :

- il n'est pas offensif : l'humour ne doit offenser personne, sinon ce n'est plus de l'humour, ce qui implique de connaître la personne à qui on s'adresse.
- il est spontané et involontaire : "*il glisse en vous*", "*ça arrive comme ça*", "*lorsque Dieu décide que vous allez rire, vous rirez*"
- il peut être spirituel : "*Beaucoup de proches-soignants parlent de l'humour comme un don de Dieu. D'autres se réfèrent à la Bible comme source d'humour. Ils croient que Dieu apporte l'humour.*" Ainsi un des patients constatait : "*[...] je pense que Dieu nous a donné l'humour parce qu'Il m'a créé.*"

Les époux-soignants proposaient les méthodes suivantes pour commencer un échange humoristique avec leur époux :

² Cela signifie que l'humour compose 18,2 % du bien-être selon cette étude.

- Raconter des histoires drôles : *"Il a toujours été quelqu'un de très sérieux, il n'a jamais été une personne qui s'assoit et qui apprécie les blagues. Mais il rit à mes histoires drôles, et il se sent mieux."*
- Faire des "clowneries" : cette façon de faire semblait assez répandue chez les époux-soignants : *"Je fais parfois des choses idiotes pour le faire rire."*
- Regarder la télévision ou des vidéos, avoir des lectures comiques.
- Rire avec d'autres, et en particulier se ressourcer auprès de personnes qui savent faire rire. Une personne a rapporté qu'il lui suffisait de rire d'elle-même.

2.3. Discussion

Les échantillons de Buffum et Brod, de Hinton, nous semblent assez bien définis quant à leurs caractéristiques qui permettent de connaître de façon assez précise les tranches de population étudiées. Il est difficile toutefois de parler d'échantillons représentatifs.

Nous aurions souhaité analyser l'humorométrie de Buffum et Brod, le BCHUAT, mais les travaux à l'origine de la création de cette échelle sont difficiles à obtenir en raison de leur présentation lors d'un congrès.

L'étude de Townsend comporte un nombre de participants assez faible, assez hétéroclites, ce qui n'autorise qu'une approche prudente du phénomène humour qui peut apparaître amplifiée par rapport à la réalité.

Comme nous l'avions déjà mentionné, les travaux de Hinton ont montré la quasi absence d'humour (1 %) chez les proches de patients en fin de vie. Ceci contraste avec la mention de l'humour chez les patients (11 %) dans leur acceptation de la fin de leur existence.

Les travaux de Buffum et Brod font état d'une altération du bien-être des proches-soignants au fur et à mesure que progresse la maladie de celui ou celle dont ils s'occupent. L'humour paraît survenir plus facilement à un stade où la maladie est moyennement sévère, ce qui correspond, selon les auteurs, au moment où le patient serait le plus pénible. Ce stade serait le moment où il produirait, bien malgré lui, des situations comiques que les proches-soignants prendraient parfois avec amusement au lieu de les prendre tragiquement.

Les travaux ethnographiques de Townsend font état d'un humour d'affrontement (coping humor) qui se manifeste dans des moments de frustration. Il s'agit d'une véritable stratégie d'adaptation*, d'un moyen de défense qui sert de soupape de sécurité face à l'absurdité de la situation, face à l'anxiété, face à la colère.

Cependant, l'humour n'est pas seulement une stratégie : il se profile aussi, certes plus discrètement, un humour qui témoigne d'une acceptation de la situation telle qu'elle vient. Les termes employés pour qualifier l'humour, à savoir : inoffensif, involontaire, et spirituel, laissent penser que cet humour est plutôt reçu que recherché pour lui-même. Cet accueil de l'humour n'empêche pas une recherche de ressourcements à travers différentes formes de comiques, ni les essais fructueux des époux-soignants pour provoquer le rire de leur patient malade.

Que nous enseignent ces trois études ? Il est d'une importance capitale de tenir compte de ces proches-soignants dans la dynamique du soin et pas seulement comme nos "secondes mains" soignantes toujours disponibles au chevet de ce patient que nous rencontrons régulièrement. Dans le cadre de maladies où ces proches-soignants sont fortement impliqués, comme les soins très lourds auprès de patients en fin de vie ou auprès de patients atteints de démence, il convient d'être extrêmement vigilant. La personne qui a besoin du plus de soin n'est pas toujours celle qui est touchée par la maladie, mais celle qui l'accompagne. Au cours de notre courte expérience, nous avons ainsi déploré le suicide d'un couple dont le mari n'arrivait plus à faire face à la démence de son épouse.

Dans une étude analysant les problèmes rencontrés par les proches-soignants en soin palliatifs, Payne, Smith, et Dean [PAYN 99] ont mis en évidence que 84 % de ces proches rapportaient des niveaux de détresse psychologique élevés, et que 41 % présentaient un état de fatigue avancé.

Une réflexion en vue d'une aide efficace et originale doit être menée afin de proposer à ces proches-soignants de pouvoir se déculpabiliser de prendre plusieurs jours de congé, de leur proposer des solutions alternatives où ils puissent à la fois rester proches de leur époux et ne pas être totalement investis dans le soin.

L'humour peut constituer un excellent indicateur de l'adaptation des proches-soignants à ces bouleversements générés par les soins que nécessite le patient.

Il faut certainement guetter les moments où le comique apparaît et ceux où il disparaît : son apparition dans l'histoire de l'époux-soignant (ou du proche-soignant) signalerait probablement une stratégie d'affrontement (coping*) qu'il faut repérer ; sa disparition signalerait peut-être l'épuisement de cette stratégie, et donc un proche-soignant avec qui il faut envisager d'urgence d'autres moyens de prendre soin du patient.

Il est important enfin de reconnaître parfois la valeur de cet humour qui témoigne de la qualité de relation entre le proche-soignant et son patient. Dans l'histoire du proche-soignant s'amasse ainsi un trésor constitué de ces petites et grandes joies dans lesquelles le médecin ou d'autres soignants pourront puiser pour faire mémoire des bons moments lors d'épisodes douloureux et ainsi redonner courage.

3. REGARD DES INFIRMIÈR(E)S SUR L'HUMOUR

Ce questionnement fréquent dans la littérature des infirmières sur l'humour s'explique peut-être en raison de la proximité entre le patient et l'infirmière : les soins fréquents, qui engagent un échange physique, sont aussi l'occasion d'entrer dans un échange verbal sur d'autres sujets que celui du soin proprement dit.

3.1. Echantillons et méthodes

La plupart des études sont qualitatives, et ont privilégié l'approche phénoménologique. Ainsi :

- Astedt-Kurki et Liukkonen [ASTE 94] ont mené une étude phénoménologique au moyen de questions ouvertes auprès de 32 infirmières et aides-soignantes, femmes, âgées de 22 à 57 ans (âge moyen : 30 ans) ; 27 étaient infirmières diplômées d'Etat, 4 étaient aide-soignantes, et une infirmière-enseignante ; leur expérience professionnelle allait de 0 à 34 ans (moyenne : 6 ans).
- Beck [BECK 97] a étudié la signification de l'utilisation de l'humour en soins infirmiers dans une étude phénoménologique chez 21 infirmiers (19

femmes, 2 hommes ; 20 caucasiens*, 1 afro-américain*) inscrits dans un cours de phénoménologie en soins infirmiers.

- Sumners [SUMN 90] a proposé de décrire les attitudes des infirmières à la fois dans leur vie professionnelle et dans leur vie extra-professionnelle. Elle a interrogé 204 infirmières [principalement : femmes et caucasiennes avec un diplôme d'infirmière (91,2 %), âgées de 22 à 35 ans (57,3 %) et ayant une pratique professionnelle allant de 6 à 10 ans (33,3 %) ; elles étaient infirmières en équipe]. Ces participantes devaient remplir un questionnaire composé de 21 paires d'adjectifs opposés pour qualifier l'humour dans le soin infirmier au moyen d'une échelle ordinale en 7 points.

Ex. :

	1	2	3	4	5	6	7	
Défavorable								Favorable
Méchant								Gentil

3.2. Résultats

3.2.1. Attitudes des infirmières par rapport à l'humour selon l'étude de Sumners [SUMN 90]

Les scores moyens des infirmières pour qualifier l'utilisation de l'humour chez elles ou sur leur lieu de travail était supérieur à 6/7, ce qui signifie une vision globalement positive de l'humour. Les infirmières avaient un avis plus favorable sur l'utilisation de l'humour à domicile que sur leur lieu de travail, et cette différence, quoique ténue, était significative*. Plus les infirmières étaient âgées, plus elles étaient favorables à l'humour, tandis que les plus jeunes exprimaient les attitudes les plus négatives.

3.2.2. Perception par les infirmières de leur propre sens de l'humour

Sans donner de résultats chiffrés, Astedt-Kurki et Liukkonen [ASTE 94] affirmaient qu'une partie des infirmières pensaient qu'elles avaient un bon sens de l'humour, tandis que d'autres se considéraient comme dépourvues d'humour. Ces dernières, qui étaient souvent les plus jeunes, considéraient que l'humour au cours du soin était malvenu, en particulier lorsque l'initiative ne venait pas du patient. Toutes insistaient sur la nécessité pour l'humour d'être ajusté et qu'il ne devait jamais insulter le patient. Quatorze infirmières

(43 %) utilisaient l'humour dans le soin, 5 (15 %) disaient ne jamais le faire, 13 (40 %) disaient utiliser l'humour si la situation s'y prêtait et si le patient avait le sens de l'humour.

3.2.3. Moments et manifestations de l'humour

Le moment où survenait l'humour selon Astedt-Kurki et Liukkonen, était fortement lié au contexte, souvent au cours d'incidents lors de l'exécution des soins, ou au cours d'échanges verbaux. Dans la relation infirmière-patient, il s'exprimait sous forme verbale – que ce soit à travers des métaphores, des dialectes ou des proverbes – ou sous forme de gestes. Ces gestes accompagnaient une plaisanterie, ou bien il s'agissait de faire le clown, d'esquisser quelques pas de danse avec le patient, ou encore de faire de la corde à sauter dans le service³. Dans l'équipe infirmière, il survenait dans une atmosphère positive et joyeuse : l'humour était le témoin d'une bonne ambiance ou permettait de retrouver cette bonne ambiance.

Quelques infirmières signalaient qu'il était difficile de se souvenir des événements humoristiques après leur apparition. La description de l'humour par les infirmières regroupait les termes suivants : proximité, caractère familial, *joie de vivre*⁴, réciprocité entre infirmière et patient.

Pour mettre en oeuvre l'humour, les infirmières se fiaient à leur intuition et à leur sensibilité. Beck relevait qu'il fallait parfois beaucoup de temps et d'assiduité pour briser les barrières entre les personnes.

Elles disaient plaisanter plus facilement avec les hommes, mais cette expression de l'humour chez ces patients masculins pouvait être aussi bien un moyen d'expression qu'une façon de se cacher, ou qu'une stratégie d'affrontement.

L'humour permettait de mettre à l'aise. Beck a rapporté le témoignage d'une infirmière racontant qu'à travers l'humour, la patiente qu'elle soignait avait pris conscience qu'elle était une personne, qui avait des sentiments et qui prenait soin d'elle. Parfois véritable technique de communication, voire stratégie d'approche du patient, l'humour permettait une meilleure pédagogie pour expliquer des soins, l'expression de sentiments qui seraient autrement difficiles à partager. Il permettait de diminuer les soucis et les tensions [ASTE 94], voire de se débarrasser de la frustration, de la colère et de la peur [BECK 97], et d'atténuer les douleurs. Parfois, selon Beck, l'humour aidait les infirmières à gérer la rencontre avec un patient exigeant.

³ avec une tubulure de perfusion ?

⁴ En français dans le texte.

L'humour créait une connivence et une complicité entre les infirmières et les patients et entre les infirmières elles-mêmes [BECK 97]. Il existait un effet rémanent* de l'humour, à la fois pour le patient et pour l'infirmière : se souvenir d'un événement joyeux entre le patient et l'infirmière procurait un sentiment positif pour la journée, voire pour plusieurs jours [BECK 97]. Cela permettait aussi de conserver l'image non pas d'un patient à l'article de la mort, mais d'une personne bien vivante à travers son rire.

3.2.4. Obstacles à l'humour

Le principal obstacle à l'humour était la connaissance insuffisante du patient, et le manque d'humour de l'infirmière. Il était inadapté si le patient était sérieux ou présentait des troubles psychiques. A la fois dans l'étude d'Astedt-Kurki et dans celle de Sumners, une des participantes avait remarqué une certaine interdiction de l'expression du rire chez les infirmières en formation.

L'humour était inadapté auprès du patient très souffrant.

Le comique noir* leur semblait être un moyen important pour faire face à des situations difficiles comme les maladies de longue durée, ou le décès de patients.

3.3. Discussion

Malgré le petit nombre de participants dans les études d'Astedt-Kurki et Liukkonen, et de Beck, ces études nous apportent beaucoup de renseignements. L'échantillon de Sumners est déjà plus conséquent, mais il faut savoir que seules 204 (29 %) des 700 infirmières à qui le questionnaire de Sumners avait été envoyé ont répondu.

Que les infirmières développent plus d'humour à la maison que sur leur lieu de travail ne nous étonne pas. Le travail reste une contrainte où les relations ne sont pas choisies, alors que la famille devrait être un lieu de détente où se retrouvent parents et enfants, mais aussi les amis.

Il est plutôt bon signe que les infirmières les plus âgées soient celles qui accueillent le mieux l'humour. Comme le faisait remarquer Sumners, citant Grotjahn, l'humour est certainement un signe de maturité. Cela confirme aussi ce que nous avançons dans la définition de l'humour :

l'humour est un comique bien dosé, tout en équilibre et en sympathie. L'expérience forge une meilleure connaissance de l'approche du patient. Il serait inquiétant que les infirmières les plus âgées expriment de l'aigreur par rapport à la rencontre avec les autres infirmières ou avec les patients.

En revanche, que les infirmières les plus jeunes expriment des réticences par rapport à l'humour est à la fois normal et suscite notre interrogation. Il est normal que les plus jeunes n'aient pas les mêmes compétences que les plus anciennes dans les relations humaines. Cette expérience s'acquiert au fil des rencontres. Cependant, les infirmières qui commentaient ce point mentionnaient surtout un enseignement pédagogique sévère qui étouffait tout sentiment. D'autre part, dans nos lectures, plusieurs articles infirmiers qui abordaient l'humour d'un point de vue général, mentionnaient la nécessité d'introduire de l'humour dans les enseignements, ainsi que la nécessité de favoriser le développement des compétences humoristiques chez les infirmières au cours de leur formation.

Ce que disent les infirmières à travers les différentes études met en évidence un certain respect du patient. L'humour ne convient donc qu'à la condition que :

1. il n'insulte pas,
2. il invite à la proximité,
3. il renforce le lien entre les personnes,
4. il invite à la joie de vivre,
5. il y ait réciprocité au cours de l'échange humoristique,
6. le patient soit capable de recevoir cet humour, ce qui implique une bonne connaissance du patient, à savoir que :
 7. le patient doit lui-même avoir le sens de l'humour,
 8. il ne doit pas être atteint de troubles psychiques importants,
 9. il ne doit pas être en train de vivre une trop grande souffrance.

L'humour se manifeste selon des formes très variées, mais on peut discerner d'une part un comique qui survient spontanément, d'autre part des soignants qui recherchent activement le moyen de produire du comique. Nous oscillons finalement entre un comique qui survient de façon inattendue, qui, somme toute, est probablement assez rare, et un comique volontariste où le soignant risque d'en faire trop. Le risque est de vouloir faire de l'humour à tout prix pour séduire, pour produire des rires convenus. En même temps, nous avons tous nos recettes de cuisine pour inviter le patient à entrer dans la relation, pour qu'il se sente à l'aise. Quoi de plus normal.

L'attitude à adopter est certainement dans le juste milieu (eutrapélie) : ni trop, ni trop peu. La subtilité réside probablement dans la différence entre *être un familier* du patient et *avoir des familiarités* avec lui. Le patient doit nous voir comme un ami dans le soin, mais nous ne sommes pas amis en dehors de ce soin (ce qui ne signifie pas que le patient est notre ennemi en dehors du soin ni qu'il n'y ait pas aussi de véritables amitiés qui se créent en dehors du soin).

Un point reste délicat. Lorsque les infirmières rapportent qu'elles expriment par l'humour des sentiments difficiles à manifester autrement, en particulier colère, frustration, ou peur, nous craignons que l'humour serve de masque et qu'il ne soit plus de l'humour.

En fait il s'agit d'un véritable comique mêlé, qui va jusqu'à devenir un comique noir. Nous discuterons de ce point au chapitre suivant.

Enfin, les infirmières soulignent la place de la mémoire dans la relation humoristique avec le patient. L'humour est quelque chose de labile, c'est pourquoi plusieurs infirmières constatent qu'elles n'ont plus souvenir de ces événements microscopiques qui ont laissé une saveur agréable dans la relation. L'humour a eu lieu, mais de quoi nous sommes-nous réjouis ? Peu importe, l'essentiel est d'en reconnaître la trace qui renforce la relation. Il nous plaira de retourner voir ce patient parce qu'avec lui, il s'est passé quelque chose de positif, mais quoi ? Nous ne savons plus.

En revanche, la mémoire précise d'une situation humoristique avec un patient est une double récompense. Nous recevons à la fois ce goût de "reviens-y", mais aussi l'image de ce patient qui était réjoui. Or, il n'y a certainement pas meilleure récompense pour un patient que de laisser de lui l'image de quelqu'un qui a pu se réjouir vraiment et pleinement, même quelques instants, malgré sa maladie, surtout lorsqu'elle est fatale. La joie vient redonner son statut de personne à ce patient qui ne pouvait plus être vu que par sa maladie.

CONCLUSION

A la lecture de ces quelques rares études, l'humour au coeur de la souffrance et à l'approche de la mort n'apparaît pas déplacé. Bien au contraire : il s'agit d'une marque de maturité dans l'accueil des limites imposées par la maladie.

L'humour n'est pas le fait d'individus isolés, mais témoigne d'une qualité de relation privilégiée d'*être avec* où s'instaurent la confiance et la joie. Cette relation intègre les trois acteurs principaux que sont le patient, le proche (éventuellement proche-soignant), et le soignant. Dans cette rencontre pour faire face à la souffrance, avec ses peines et ses joies, nous attirons l'attention sur la nécessité de prendre soin aussi de ce proche qui souffre autant (parfois plus ?) que le patient lui-même.

Ce que les infirmières perçoivent de l'humour à travers ces études comporte à la fois des éléments très justes dans la relation avec le patient, mais aussi des éléments qui témoignent parfois d'une méconnaissance de ce qu'est l'humour, qui est confondu avec le comique masque* et le comique noir*. Cette méconnaissance est à l'origine d'une méfiance prudente, mais aussi d'une fuite dans le comique noir là où il conviendrait de nommer clairement les lieux de souffrance dus au soin.

CHAPITRE 10. LE COMIQUE ET L'HUMOUR AU SERVICE DU SOIN

"Zoé doit boire son sirop contre la toux.

Elle hurle :

- Je veux que ce soit mémé qui me le donne.*
- Mais pourquoi elle ? s'étonne sa maman.*
- Parce qu'elle tremble !" [TOUQ 98]*

INTRODUCTION

Il ne s'agit plus dans ce chapitre de connaître le point de vue de la population des soignants au sujet de l'humour au moyen de questionnaires – ce que nous venons de voir au chapitre précédent – mais d'étudier la philosophie des soignants qui observent le comique et l'humour ou qui tentent d'élaborer des projets de soins comiques.

Nous étudierons donc dans cette partie comment les auteurs infirmiers puis médecins et psychologues envisagent l'humour dans le soin et le comique comme soin. Nous envisagerons ensuite les applications pratiques de ces réflexions en psychothérapie et dans les soins infirmiers hospitaliers habituels.

Nous présenterons les objections à de telles applications pratiques et nous tenterons de leur opposer une argumentation issue de l'expérience des soignants qui se sont risqués à inviter l'humour au cours du soin, ou issue de notre réflexion personnelle.

Nous envisagerons enfin les recommandations formulées par les soignants à travers la littérature concernant l'usage de l'humour auprès du patient.

1. PERCEPTION DE L'HUMOUR : SES DÉFINITIONS, SES FONCTIONS

1.1. Par les auteurs infirmiers

Nombreux sont les auteurs à souligner que l'humour est le "*rire avec*"* [LEIB 86, DAVI 92, BAKE 97] – qui correspond à un rire de communion – et non pas le "*rire de*"* – rire d'exclusion d'un groupe restreint qui tourne en dérision* ceux qui sont à l'extérieur du groupe des moqueurs. L'humour est charitable, plein de compassion, il met les gens à l'aise [BAKE 97]. Il améliore la qualité de la relation [ERDM 91] et la qualité de vie, permet d'établir la confiance [LEIB 86]. Il nourrit la créativité [BAKE 97].

L'humour est véritablement perçu comme une attention *complémentaire* dans la démarche de soin qui ne saurait remplacer un traitement curatif. A ce sujet, Simon parle de l'alliance "*high tech – high touch*" [SIMO 89], à savoir que toute nouvelle technique doit être accompagnée d'une touche d'humanité auprès du patient, fonction que peut remplir l'humour.

Les auteurs infirmiers perçoivent qu'il est nécessaire d'opérer un certain discernement : le rire n'a pas sa place dans le drame que traverse le patient ; pourtant, la maladie incurable ne signifie pas l'exclusion de toute forme d'humour [ERDM 91].

Ce discernement n'est pas simple, car il existe une confusion dans la littérature, nous semble-t-il, entre l'humour* et le comique mêlé* tels que nous les avons définis, si bien que certains auteurs sont amenés à parler de "*bon humour*" ou d' "*humour positif*" [BAKE 97].

Ainsi, plusieurs auteurs attribuent à l' "*humour*" la capacité de gérer, de nier, d'éviter, ou de communiquer les émotions de la crise que provoque la maladie, sous une forme socialement acceptable [DAVI 92, FRAN 96, PASQ 90]. Ces émotions sont la colère, l'hostilité, ou la peur.

Or nous avons mis en évidence que ces sentiments* négatifs associés au comique produisent du comique mêlé*, qui n'est pas de l'humour*. Les auteurs soupçonnent effectivement que ce comique mêlé qu'ils nomment "*humour*" peut constituer une gêne à l'acmé* d'une crise [LEIB 86, DAVI 92]. Ces réflexions sont à l'origine de recommandations sur le caractère approprié ou non de l'humour auprès du patient ; elles expliquent aussi les objections formulées par des soignants ou leurs responsables, observées par les auteurs.

Enfin, les auteurs infirmiers relèvent différentes fonctions de l'humour [PASQ 90] : il facilite l'apprentissage, il est une sorte de "*gentil petit coup de coude*" qui permet de remettre en cause les comportements peu sociaux, il permet le partage d'expériences communes, aide le personnel soignant, titille les absurdités et met en évidence les paradoxes de la condition humaine, reflète les changements sociaux. Enfin, l'apparition du comique dans le discours du patient constitue une porte d'entrée diagnostique pour mieux comprendre ce qu'il vit.

1.2. Par les auteurs médecins et psychologues

De la même façon que les auteurs infirmiers, les auteurs médecins insistent sur le fait que l'humour est un "*rire avec*" [HICK 77, BLOC 83, RICH 96, GOOD 92, KUBI 71]. **Bienveillant, gentil, tolérant, accueillant**, l'humour reflète une vision positive de la vie [RICH 95]. Il allie **flexibilité, spontanéité, liberté, perspicacité, esprit de jeu, humilité, empathie, regard positif, sincérité, bon sens, humanité** [HICK 77].

Comme dans la littérature infirmière, il apparaît parfois une confusion entre humour* et comique mêlé*, mais cette confusion semble plus estompée : l' "humour" est vu comme une issue honorable à des sentiments hostiles comme la colère et la frustration [HAIG 86, WEND 96].

Pour Poland [POLA 90], l'humour est un **don** : c'est une capacité à prendre conscience des conflits internes et **s'accepter soi-même**, reconnaître et répondre à des envies, à la frustration, aux espoirs et aux déceptions. Cette prise de conscience permet **non de renier l'amertume**, mais de l'appriivoiser. L'humour est la capacité de rire de soi [POLA 90, GOOD 92], ou – ce qui serait plus exact et sans trahir la pensée des auteurs – de **rire avec soi-même**.

Cette capacité à rire avec soi-même* et cet apprivoisement de l'amertume ne sont pas du plaisir recherché dans la douleur, mais une attention à soi et à ses propres limites malgré la douleur. C'est un signe de **maturité**. Le monde tel que le perçoit le regard de l'humoriste n'est ni un monde parfait, ni un monde idéal, mais l'humoriste se débrouille avec lui de la meilleure façon, y trouvant *quand même* du plaisir. Selon Poland, "*L'humour nécessite dans sa vraie nature la présence d'un autre.*"¹

¹ C'est nous qui mettons en gras.

L'humour libère la personne des schémas habituels de la réalité qui l'emprisonnent, pour ouvrir des chemins nouveaux de liberté affective et cognitive [REYN 87]. L'humour est au-delà du comique* et du rire* : il s'agit d'une trame, d'un canevas pour l'esprit, d'un point de vue, d'un mouvement en profondeur, d'une **attitude** qui va chercher la vie à son extrémité [HICK 77]² Pour Hammond, cité dans un éditorial du *Lancet*, il s'agit de "*libérer la joie de l'enfant qui est caché en soi.*" [LANC 98]

Comme chez les auteurs infirmiers, chez les médecins et les psychologues, l'humour ne saurait pas non plus prendre la place de la compétence nécessaire au soin, mais il est en revanche un **complément puissant et délicieux** [GOOD 92]. Selon Richman, l'humour utilisé en psychothérapie s'opposerait à toutes les formes de mensonge :

"L'humour expose ce qui autrement ne pourrait voir le jour. L'humour est une entreprise morale consacrée à la vérité et au bien-être, aux relations plus proches et plus aimantes" [RICH 96].

Médecins et psychologues attribuent à l'humour plusieurs fonctions. Il permet de communiquer un message, il permettrait de combler les différences socio-économiques et culturelles, de lever l'anxiété et le stress, de favoriser la santé, de redonner la liberté au patient à travers une relative autonomie, en l'invitant à retrouver un certain sens de la maîtrise de la situation, dans un partenariat avec le soignant [RICH 95, WEND 96].

Ce partenariat à travers l'humour est ressenti comme fort, parce que les auteurs parlent non seulement de relation positive, mais aussi de reconnaissance d'une **humanité commune** [RICH 96], d'harmonie et d'**alliance thérapeutique** entre soignants et soignés pour apporter soins et soulagement [HAIG 86, LANC 98].

Haig décrit plusieurs autres fonctions de l'humour chez le patient [HAIG 86] : il permet de faire une **brèche** dans la résistance développée par le patient et parfois de suspendre temporairement les tabous, il permet de libérer les émotions et agit ainsi comme catharsis*, il renforce la capacité d'auto-analyse du patient en entrant en contact avec des domaines de lui-même dont il n'était pas conscient, il renforce le moi* (triomphe du narcissisme*), il élargit le répertoire de moyens adéquats d'adaptation*. Selon Richman [RICH 95], l'humour, en renforçant l'intégrité et l'affirmation de soi à travers une vision positive de la vie, rend **impossible le suicide** de celui chez qui il survient.

² Citant MINDESS Harvey : The sense in humor. *Saturday Review*, 1971;54:10-2.

Haig décrit aussi quels outils l'humour apporte au médecin ou au psychologue : c'est une **aide diagnostique** pour connaître la position du patient sur le chemin du soin, pour signaler le contre-transfert*, pour introduire une aire transitionnelle*, pour donner – avec tact – de la saveur à l'interprétation, pour aider le thérapeute, en dehors de la consultation, à accueillir la déstabilisation due aux patients frustrants ou difficiles.

Les médecins et psychologues formulent enfin plusieurs recommandations et objections que nous évoquerons plus loin.

2. LE COMIQUE ET L'HUMOUR EN PSYCHOTHÉRAPIE

2.1. Le comique comme outil diagnostique

Il peut sembler surprenant de saisir au vol un outil diagnostique dans la manifestation du comique chez le patient. C'est le contexte, l'histoire du patient, et l'analyse des éléments mêlés éventuellement à ce comique qui permettront de savoir s'il s'agit ou non d'humour. Le comique peut aussi être utilisé par le médecin ou le psychologue pour observer la réaction du patient.

2.1.1. Le comique produit par le patient

2.1.1.1. *Le comique spontané*

Au cours de la relation patient-soignant, le comique est un événement suffisamment rare pour ne pas passer inaperçu. Toutefois, le caractère amusant de ce comique ne doit pas égarer le thérapeute qui peut manquer d'y lire de nombreux renseignements.

Nous pensons que l'expression comique du patient met souvent à jour la qualité du lien entre le patient et le soignant. L'intention de faire rire le soignant suppose un lien de confiance que le patient a établi avec lui, ce qui permet au patient de penser, plus ou moins inconsciemment d'ailleurs, que le soignant pourra rire de son comique.

Le comique du patient est donc parfois un dévoilement mêlé d'une certaine pudeur. Issue honorable de sentiments hostiles comme la colère ou la peur, le comique (mêlé) peut cacher ces sentiments sous un semblant de

joie. Ce type de comique semble survenir généralement relativement tôt dans la séquence des rencontres entre le patient et le soignant. Reynes et Allen disent qu'il s'agit d'une forme de **résistance** – nous parlions de **masque**, d'autres parleraient de **mise à distance** – qui demande une interprétation de sa fonction **défensive** [REYN 87]. Voilà tout à coup mise à jour une part inacceptable³ du patient, ce qui donne l'occasion au soignant de gagner en profondeur dans la compréhension du patient [HAIG 86].

Tout l'art du soignant consistera – avec délicatesse – à faire en sorte que cette porte que le patient vient d'entrouvrir reste ouverte, avant que le cours de l'échange ne la referme. Il s'agit de se demander : "Pourquoi le patient m'invite-t-il à rire ? Quelle est sa souffrance éventuelle ?"

Il s'agit pour le soignant de **nommer** avec le patient les sentiments* négatifs qui l'habitent et d'essayer d'en trouver l'origine. Il convient de ne pas manquer ce rendez-vous donné au soignant par le patient d'exprimer son expérience de la maladie, et par la même occasion de trouver la clé qui permettra parfois de connaître une partie de la cause de ce dont il souffre, mais également d'ouvrir une voie pour le traitement. Il conviendra de demander au patient ce qu'il connaît de la maladie dont il souffre, ce qui lui fait peur, et de savoir s'il a déjà connu d'autres personnes souffrant de la même maladie que lui, et quelle a été leur destinée.

Le comique met parfois aussi en évidence des dysfonctionnements relationnels avec des proches, dysfonctionnements qui peuvent apparaître mineurs, mais qu'il faut traiter avec soin, parce que le cours de la maladie risque de les exacerber et empêcher l'accueil de toutes les autres thérapeutiques. Reynes et Allen affirment que la présence et la nature des plaisanteries présentées par le patient permettent même souvent de faire un pronostic quant à l'émergence de conflits ultérieurs au cours d'une psychothérapie [REYN 87].

Wender [WEND 96] présente ainsi plusieurs rencontres cliniques au cours desquelles les patients présentent un comique qui doit éveiller l'attention du médecin. En voyant son ordonnance, un de ses patients s'exclamait : "*Je vais monter ma propre pharmacie !*" ; en réponse, le médecin lui demandait : "*Est-ce difficile pour vous d'avaler tous ces traitements ?*"

Une autre patiente répondait de la façon suivante aux informations qui lui étaient communiquées à propos de l'intubation* qu'elle devait subir pour une intervention chirurgicale : "*Mon mari sera si content... une journée tout entière où je ne pourrai dire un mot !*", ce qui a été l'occasion pour le

³ Pour le patient.

médecin de demander si elle avait des craintes concernant l'intubation, si son mari était un soutien efficace pour elle, et de préciser l'impact de l'intervention dans ses relations familiales.

Dans la séquence des rencontres entre le patient et le soignant, la survenue d'un comique tardif ou d'un comique qui passe d'un état initial mêlé à un état secondairement pur, sera certainement la marque d'une **maturation** [POLA 90] dans la gestion de la maladie, en particulier dans la **reconnaissance** par le patient de ses propres **limites**. L'utilisation de réponses humoristiques – donc dépourvues de comique mêlé – est un **indicateur** important du changement du patient, en particulier dans la dépression [HAIG 86], ce que nous avons d'ailleurs pu constater dans notre courte pratique. Il s'agit d'une véritable **conversion intérieure** [POLA 90], où le patient opère un **détachement de soi**, ce qui lui permet d'accueillir en retour la maîtrise de soi, de modifier ses vues pessimistes, de dépasser les résistances [HICK 77].

2.1.1.2. Le comique du patient demandé par le thérapeute

Reynes et Allen rapportent une expérience ayant eu lieu pendant la seconde guerre mondiale, où un psychiatre devait trier des patients dans un hôpital proche du lieu de débarquement. Il devait voir 300 à 400 patients en une seule journée, pour lesquels il devait déterminer un pronostic pour leur donner une orientation adéquate : la sévérité de la maladie, le risque suicidaire, ou l'indication d'un placement en secteur clos.

La meilleure façon était de parler brièvement avec le patient et de lui demander s'il se souvenait d'une bonne histoire drôle. Le fait que le patient puisse s'engager dans un échange humoristique et produire une blague était un des meilleurs **indicateurs de l'état émotionnel** du patient, du degré de **l'intégrité du moi***, et ce qu'on pouvait attendre à son sujet dans les quelques jours, avant qu'il soit dirigé vers un autre hôpital, pour un traitement plus approprié [REYN 87].

2.1.2. Le comique produit par le thérapeute

Savoir comment le patient répond à un comique qui lui est proposé peut être très révélateur de pathologies psychiatriques frustrées masquées par une relative adaptation sociale. Cette découverte peut être fortuite au cours d'une plaisanterie impromptue du soignant.

Mais il existe à travers la littérature de nombreuses expériences où l'on cherche à connaître la réponse du patient à la présentation du comique,

généralement sous la forme de dessins comiques à commenter avec présence de légendes. Cette idée est déjà ancienne puisqu'elle a fait l'objet d'une thèse en 1959 par Crespin-Richardeau [RICH 59].

Cette thèse a étudié les tests comiques chez des patients schizophrènes*. Elle montrait que les éléments diagnostics importants ne résidaient pas tant dans la présence ou non du sens comique chez le patient, dont le rire est une des manifestations, mais dans la façon dont le patient allait reconstruire pour lui-même la scène perçue. Ces tests comiques constituaient donc des tests projectifs*, qui étaient jugés d'ailleurs moins anxiogènes* que d'autres tests projectifs comme le test de Rorschach (qui demande le commentaire de taches d'encre). Le patient schizophrène n'arrivait pas à trouver un lien entre les éléments dessinés et la légende, s'attachait à un détail insignifiant, ou parfois s'identifiait à un personnage.

En neurologie, plusieurs travaux ont été effectués auprès de patients atteints d'aphasies*, ce qui déborde largement le cadre de notre travail.

On peut aussi signaler la phrase classique proposée dans l'étude des fonctions supérieures, qui permet d'évaluer l'avancée d'une démence* : *"On a constaté que c'était toujours le dernier wagon d'un train qui avait le plus d'accidents. On a donc décidé de supprimer le dernier wagon. Qu'en pensez-vous ?"*

2.2. Le comique et l'humour comme psychothérapie

2.2.1. Historique

Shaughnessy et Wadsworth [SHAU 92] ont procédé à une revue de la littérature publiée sur une vingtaine d'années au sujet du comique et de l'humour au cours de la psychothérapie*. Il semble ressortir de cette étude une prise de conscience croissante – quoique modeste – de l'intérêt de l'humour au cours de la psychothérapie.

Cette prise de conscience semble débiter dans les années soixante pour s'accélérer au début des années soixante-dix aux États Unis, dans un climat de controverse, où les psychothérapeutes se sont interrogés sur l'intérêt de l'utilisation du comique et de l'humour. C'est aussi à cette époque qu'ont été posées les bases de ce qui est nuisible et de ce qui est souhaitable lors de l'utilisation du comique avec le patient. Selon Hickson, le comique et l'humour étaient rarement mentionnés comme techniques dans les ouvrages jusqu'en 1977 [HICK 77].

C'est en effet dans la deuxième moitié des années soixante-dix que s'est développée une recherche individuelle puis collective sur l'utilisation possible du comique et de l'humour comme thérapeutique. Il s'agit souvent plutôt d'observations, de constatations lors de l'utilisation de telle ou telle technique psychothérapique, ce qui a amené une abondante réflexion. Sont apparus alors des congrès et des ouvrages de synthèse.

2.2.2. Exemple d'emploi du comique en psychothérapie comportementale

Gervaize, Mahrer, et Markow [GERV 85] ont étudié ce qui provoquait le rire franc et massif en psychothérapie comportementale. Le but de cette psychothérapie est d'apprendre à gérer un comportement dit *comportement à risque* qui est choquant, tabou, menaçant, générateur de tensions, d'anxiété, de pulsions pour le patient qui en souffre.

Ils ont analysé les phrases qui précèdent le rire franc et massif de patients en écoutant 280 heures de sessions enregistrées sur cassettes audio(s), menées par 15 psychothérapeutes, auprès de 75 patients adultes, ce qui permettait de déceler 60 exemples de rires francs. Les phrases précédant ces 60 rires massifs étaient comparées aux phrases précédant 30 exemples de rires légers ou modérés, et 30 exemples ne comportant aucun rire.

Ce qui déclenchait le rire franc et massif était la réunion des conditions suivantes : (1) le patient était sur le point d'être confronté à la situation risquée au cours de la psychothérapie, (2) l'accueil du thérapeute face à ce comportement était bienvenu, amusé, partagé, avec une insistance sur l'absurde de la situation, le ridicule, le "gros laisser-aller", (3) le thérapeute rendait le comportement à risque bien vivant et réel en le situant dans un contexte très concret, (4) en lien avec le patient, le thérapeute proposait de jouer ce comportement à risque avec lui, en le répétant et en manifestant des sentiments de plus en plus amplifiés.

Ceci donne l'exemple assez déconcertant suivant :

"Patiente : (*Hésitante, décrivant ce qu'elle souhaiterait qu'il se passe avec son fils adolescent*) :

– Il pourrait venir à l'heure, nettoyer sa chambre et... et virer ces satanées affiches.

Thérapeute : (*Avec énergie et de façon plaisante*) :

– Encore ! Dites le encore, et avec un sentiment vrai. 'Tu vas me virer ces satanées affiches !'

Patiente :

– Oh, je ne vais pas pouvoir. Je vais avoir des maux de tête. Je vais mourir si je lui parle de cette façon.

Thérapeute (*enjoué*) :

– D'accord, je vais essayer pour voir si je peux le faire. Vous allez dire à ce petit [●*⊗&]⁴ de virer ces satanés posters, et il fait une crise cardiaque, s'effondre contre le mur, et meurt sur le champ !

Patient :

– Il me ferait ça juste pour me rendre malade ! Et ses [●*⊗&]⁵ affiches seraient toujours au mur !

Thérapeute :

– Avant de vous dégonfler, arrachez ces [●*●*⊗&]⁶ affiches !

Patient (*éclatant de rire*) :

– Je pense qu'il mourrait sous le choc ! Et moi avec !! Mais le vent tourne ! J'aime ça ! J'aime beaucoup ça !"

2.2.3. Autres domaines d'application du comique et de l'humour en psychothérapie

Nous avons pu relever dans notre revue de la littérature les domaines où s'est développée l'utilisation de l'humour. Richman mentionne ainsi des interventions comiques en psychanalyse, en thérapie paradoxale, en thérapie expérimentale [RICH 95, 96]. Il signale que des thérapies comiques ont été tentées lors de crises, chez des schizophrènes*, ou chez des personnes ayant tenté de se suicider, sans toutefois montrer son efficacité en dehors de constatations anecdotiques. Shaughnessy et Wadsworth [SHAU 92] mentionnent l'utilisation du comique avec des personnes présentant des invalidités, avec des patients malades de l'alcool et avec leur famille, dans le psychodrame, au cours de jeux de rôle, ou de la Gestalt-thérapie, à travers l'élaboration de bandes dessinées, ou encore dans les thérapies utilisant les techniques d'Adler⁷.

La psychothérapie de groupe constitue probablement un lieu où l'humour a plus de chances de se développer en raison du nombre de personnes interagissant les unes avec les autres.

Cette psychothérapie est particulière, parce qu'il apparaît que ce n'est pas seulement le psychologue qui est thérapeute pour chacun des patients

⁴ Nous laissons au lecteur le soin de lire dans ces hiéroglyphes et dans les suivants les jurons de son choix. En cas de panne sèche, nous proposons – à la Haddock – quelques gros mots de style comme : anacoluthie, anadiplose, antanaclase, aposiopèse, chiasme, chleuisme, diasyrme, épitrochisme, épizeuxie, polyptote, polysyndète, zeugma.

⁵ Pour former des adjectifs, ajouter le suffixe "- (a)(t)esque" pour continuer à jurer comme une méduse empêtrée dans de la dentelle par mer agitée.

⁶ Qui peut s'écrire aussi : ●*⊗&●*⊗&. En revanche l'orthographe : ⊗●*&⊗&●* est incorrecte.

⁷ Ces psychothérapies nous sont inconnues. Nous les mentionnons pour signaler d'autres pistes éventuelles de recherche.

présents, mais c'est aussi chaque membre du groupe, ou à d'autres moments le groupe tout entier.

Bloch, Browning, et Mc Grath [BLOC 83] ont décrit les bénéfices de l'apparition de l'humour au sein d'un tel groupe. Plus que dans d'autres psychothérapies se manifeste un *rire avec* : chaque membre du groupe – chaque patient – connaît sa douleur et la partage avec d'autres, ce qui amène beaucoup de **respect**. Le ou les psychologues qui s'occupent du groupe apparaissent aux yeux des patients à une distance moins impressionnante que dans d'autres psychothérapies individuelles comme la psychanalyse*, de telle sorte qu'il s'agit plutôt pour les psychologues d'accompagner le groupe plutôt que de le diriger.

Selon ces auteurs, lors de la psychothérapie de groupe, le thérapeute joue le rôle de **modèle** pour les membres du groupe, ce qui nécessite de la part du psychologue **authenticité**, **spontanéité**, et **bonne humeur**, ingrédients qui concourent à l'apparition de l'humour. Le psychologue fait preuve aussi de **transparence** : à travers des **révélations de soi** pleines de tact et de **discrétion** où se manifestent à la fois sa chaleur, ses vulnérabilités, ses incertitudes, le thérapeute montre son humanité qui favorise l'hospitalité et **démystifie** le processus de la thérapie. La capacité du psychologue de pouvoir rire avec soi sans honte ni embarras est alors d'une grande valeur pour le groupe. C'est sur ce rire avec soi que l'interprétation colorée par l'humour peut s'appuyer pour être au service du groupe : les résistances et les impasses logiques pourront être clarifiées, la curiosité éveillée, et des codes établis, permettant au groupe de faire mémoire des expériences clés.

Fort de l'humanité et de l'humour proposés par le psychologue, chaque patient, dans le groupe, peut donc acquérir un sens de la proportion où les problèmes présentés prennent une autre perspective. L'humour vient courber l'échine de l'esprit de sérieux et briser la nuque raide de l'intransigeance : l'humour permet d'accueillir l'ambiguïté, le changement et l'imprévu comme des amis, ce qui favorise l'intégration du patient dans le groupe.

Ainsi apprivoisé par l'humour, le patient est en mesure peu à peu de se révéler à lui-même et au groupe, en partageant avec délicatesse et respect vis-à-vis de soi des informations très personnelles, souvent embarrassantes et chargées de sentiments douloureux ou humiliants.

3. LE COMIQUE ET L'HUMOUR ENVISAGÉS COMME SOIN EN DEHORS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

3.1. Programmes humoristiques et comiques mis en place auprès des patients adultes hospitalisés

3.1.1. Chariot du rire

Le chariot du rire a pour objectif d'apporter au lit du patient hospitalisé des objets comiques pour l'aider à mieux vivre sa maladie. Ce concept a été développé aux Etats-Unis sous le nom de *laugh mobile* ou *chuckle wagon*. Il a été décrit par deux groupes d'infirmiers distincts : Erdman [ERDM 91] d'une part, et Ackerman, Henry, Graham, et Coffey [ACKE 94] d'autre part.

Ce chariot contient des vidéo(s) comiques, des livres humoristiques, des cassettes audio comiques, des tours de magie, des jeux, des puzzles, des cartes, des mots croisés...

Une petite équipe de bénévoles formés à ce concept passe avec le chariot de chambre en chambre chez les patients qui le souhaitent, deux fois par semaine. Le rôle de ces bénévoles est indispensable pour expliquer à des patients adultes l'intérêt de s'amuser, en particulier avec des jeux aussi enfantins que des bulles de savon ; ils assurent aussi l'entretien, le renouvellement et surtout le retour des objets que les patients auraient souvent du mal à rendre, selon les auteurs. Parfois, comme l'explique Erdman, le chariot est accompagné par des clowns, des comiques, des mimes, ou des mascottes de sport.

Le chariot du rire s'intègre dans une démarche de soin très élaborée, puisqu'il a nécessité une réflexion importante dans les hôpitaux où il a été développé, la recherche de ressources financières et humaines, l'élaboration d'un calendrier s'étalant sur huit mois pour sa mise en place, le développement en parallèle d'un programme infirmier pour améliorer les conditions de travail avec humour [ACKE 94], la poursuite de l'expérience sur le long terme, l'évaluation du projet avant élaboration et après lancement auprès des patients.

La constitution d'un dossier auprès de chaque patient intéressé par le chariot est fort utile. Ce dossier comporte des informations qui permettent d'évaluer la place du comique pour le patient et de préciser ses préférences. Ces informations peuvent être recueillies par exemple grâce aux

questionnaires que nous avons élaborés (Chap. 6, Grille 2). Il existe aussi des programmes informatiques comme le SMILE (Subjective Multidiscipline Interactive Laughter Evaluation) qui établit les préférences comiques du patient en analysant les réponses à 40 questions, et permet d'optimiser la prescription personnalisée d'articles humoristiques sélectionnés dans une base de données [WOOT 97].

3.1.2. Salle du rire

L'idée est identique à celle du chariot du rire. Les articles comiques sont semblables, mais des objets plus volumineux peuvent être déposés dans cette salle, comme un tableau pour dessiner, des panneaux d'affichage pour montrer des images en dessous desquelles il faut inventer des légendes, des instruments de musique ou des objets bruyants, des albums de dessins humoristiques, des dossiers d'histoires drôles, de cartes postales amusantes, d'autocollants, de poèmes, de chansons.

La salle du rire présente l'avantage de ne pas nécessiter la présence d'un personnel bénévole en permanence, d'obliger le patient à se déplacer, de l'inviter à rencontrer d'autres patients, ce qui favorise les échanges [TREN 90].

Selon Erdman [ERDM 91], le chariot du rire semble cependant préféré par les familles et les patients interrogés : ce concept de comique mobile disponible [ACKE 94] permet en effet à des patients ne pouvant quitter leur chambre de bénéficier des articles comiques, d'avoir un peu de visite, des explications et une conversation avec les bénévoles dans un domaine qui ne concerne pas leurs soucis du moment.

3.1.3. Sessions de programmes comiques

Notre revue de la littérature a retrouvé trois sessions de programmes comiques étalés sur plusieurs semaines.

Une première expérience a été menée par Adams et Mc Guire [ADAM 86] : ces auteurs ont proposé à des résidents d'une unité de long séjour de regarder 30 minutes de film humoristique par jour, trois jours consécutifs toutes les semaines, durant six semaines. L'objectif initial était de montrer que l'introduction de films comiques diminuait la consommation journalière d'antalgiques*. Cependant de nombreux biais* méthodologiques ne nous permettent pas d'accepter cette évaluation comme valable.

La consommation d'antalgiques est probablement un indicateur indirect pertinent pour évaluer l'effet d'un programme comique. Il n'est pas certain que ce soient les 30 minutes de films qui changent la façon de vivre des personnes, mais plutôt le fait de se retrouver *ensemble* dans une salle et de voir que *quelqu'un* leur propose quelque chose de nouveau et de divertissant. Dans leurs recommandations finales, les auteurs signalaient d'ailleurs l'importance de cette dimension relationnelle : ils recommandaient d'avoir un échange comique avec les personnes présentes avant de commencer la séance, ils insistaient sur le bénéfice des encouragements du personnel soignant pour une telle entreprise, ils signalaient que certains patients murmuraient entre eux au cours de la projection.

La seconde expérience que rapporte Tennant [TENN 90] était aussi une étude qui devait évaluer le moral et le bien-être suite à un programme comique, auprès d'un échantillon de 31 sujets de 65 à 91 ans, vivant en appartement, répartis de façon aléatoire* entre un groupe témoin et un groupe participant au programme comique.

Le programme comportait différentes formes de spectacles d'une durée de 30 à 45 minutes, à raison de deux spectacles par semaine, deux soirs consécutifs, pendant trois semaines. Ces spectacles étaient des vidéocassettes comiques de films anciens en noir et blanc ou de films plus récents en couleurs pour les quatre premières rencontres, un comédien qui proposait de faire le clown, un mime, et des tours de magie pour la cinquième rencontre, enfin un spectacle de marionnettes pour la dernière.

Les résultats des hypothèses testées par les auteurs nous intéressent peu en raison du petit nombre et des indicateurs peu pertinents choisis pour l'évaluation du bénéfice de ce programme, en dehors du fait que l'agitation s'est accrue dans le groupe témoin alors qu'elle diminuait dans le groupe testé. En revanche, ce qui est remarquable, c'est que les participants ont préféré de loin la prestation du comédien et du marionnettiste : les participants ont apprécié d'avoir devant eux quelqu'un de vivant, et que cette personne fasse intervenir la salle.

La troisième expérience est présentée par Pasquali [PASQ 90] en hôpital psychiatrique de jour. Cette infirmière a proposé à une cinquantaine de patients de se retrouver une fois par semaine pour essayer de partager un moment amusant ensemble. Après leur avoir montré l'intérêt d'une telle démarche au moyen d'une vidéo, vingt patients étaient intéressés, mais seulement sept se sont présentés la semaine suivante. Au départ, elle a proposé de regarder des vidéos de comiques connus, mais ce fut un désastre.

Il en fut de même pour la proposition de partage autour de bandes dessinées qui augmentaient l'anxiété chez les participants⁸.

Suite à cet échec et à la demande des patients, Pasquali leur a lu des livres humoristiques et leur a raconté des histoires drôles. Elle proposait aussi des chansons amusantes. Le groupe a continué pendant au moins cinq ans, avec une fréquentation de 3 à 5 personnes assidues, complété par 2 à 3 personnes qui venaient en plus de ce noyau de façon sporadique ; 3 ou 4 autres patients étaient aussi dans la pièce, écoutant, mais ne s'impliquant pas personnellement.

Cette expérience met en évidence trois points : il est important de connaître les désirs des patients dans ce qu'ils souhaitent vivre au cours de leur maladie ; l'implication relationnelle de la personne qui propose le comique est un élément décisif ; enfin, la narration* – que ce soit au moyen d'une histoire lue, ou d'une chanson – constitue une voie privilégiée pour emmener le patient sur d'autres sentiers que les chemins difficiles de sa maladie.

3.1.4. Développer l'humour au cours du soin

Une des idées proposées dans la littérature est que ce soient les soignants eux-mêmes qui organisent et développent une expression comique au cours du soin. Les soignants qui se sont engagés dans cette approche sont essentiellement des infirmières.

Quels motifs sont à l'origine d'une telle approche ?

Dans les articles qui font état des expériences isolées d'infirmières, il y a le désir **d'humaniser** un soin qui est perçu avant tout comme un geste technique. En raison du nombre des soins qui touchent au corps du patient dans une journée ou dans une semaine, l'infirmière se sent certainement plus concernée par cette approche affective du soin que le médecin dont le rôle est plus ponctuel et plus distant dans les faits et dans l'esprit du patient.

L'autre motif est la lutte contre le **syndrome d'épuisement** des soignants (*burn out syndrome*).

Il nous semble que les soucis d'humaniser le soin technique et de lutter contre le syndrome d'épuisement ne peuvent être séparés. Il s'agit en fait des

⁸ Ce qui peut être le cas chez des personnes atteintes de maladies où la représentation est confondue avec le réel : le patient s'identifie à un personnage et subit les affres imposées par la narration*.

deux faces d'une même pièce d'or : si les soignants sont heureux dans leur soin, alors les patients seront eux aussi heureux et inversement, si les patients sont épanouis, cela transfigure les soignants.

Ce concept a été parfaitement perçu par Ackerman, Henry, Graham, et Coffey [ACKE 94] qui ont décrit dans leur article le développement de deux programmes humoristiques simultanés – *Humor Won and Humor Too* !⁹ – l'un à destination des patients, et l'autre à destination des infirmières.

Ce qui est intéressant, c'est que ces programmes sont issus d'une réflexion sur le renouvellement trop rapide des infirmières au sein des services psychologiquement épuisants de soins intensifs* et d'oncologie* : les soignants et le service des ressources humaines réunis pensaient que **l'amélioration du cadre de travail permettrait peut-être de prolonger la durée d'embauche** qui devenait dramatiquement courte. Les deux programmes développés par Ackerman et coll. étaient d'une part un chariot du rire, et d'autre part un Centre Infirmier de Ressources Comiques (CIRC¹⁰) (Nursing Humor Ressource Center).

Le CIRC idéal tel que le décrivent Ackerman et coll. comporte un téléviseur et un magnétoscope qui permettent aux soignants de suivre des vidéos de formation sur l'humour dans le soin, des ouvrages pour développer la créativité, un ordinateur connecté à l'internet, différents programmes comme un logiciel pour créer des histoires drôles¹¹.

Il existe aussi de petits moyens très simples à mettre en oeuvre pour améliorer les relations au sein de l'équipe soignante. Un cahier dans lequel sont consignées les histoires amusantes du service, les adresses de clowns, de magiciens, de conteurs, de marionnettistes qui peuvent être invités pour divertir le personnel et les patients, les faits uniquement positifs d'une journée, les astuces, les idées, les expériences comiques et leurs résultats, la narration brève d'un événement qui est apparu négatif en adoptant un autre point de vue, la formulation de lois amusantes (lois de Murphy¹²) sur les tracasseries du service, des photos drôles des soignants au moment de la pause-café au moyen d'un appareil à développement automatique, des dessins...

⁹ Il s'agit d'un excellent jeu de mots qui désigne le nom des deux programmes humoristiques développés simultanément et qui signifie : Humour I et Humour II, mais aussi : "l'humour a gagné" et "l'humour aussi".

¹⁰ Ce sigle est une invention de notre part !

¹¹ Un programme informatique semble ainsi pouvoir se raconter à lui tout seul des plaisanteries russes selon l'article de SUSLOV I. M. : [A computer model of "sense of humor" I. General algorithm ; II. Realization in neuronal nets] (russe). *Biofizika*, 1992;37(2):318-34. L'article ne dit pas si l'ordinateur sait aussi en rire.

¹² Les lois de Murphy suivent une règle fondamentale, celle de la contrariété maximale. L'une des plus connues est celle de la tartine : "Lorsqu'une tartine de confiture tombe à terre, elle tombe toujours du côté de la confiture". *Pour contourner les inconvénients de cette loi, il suffit de mettre de la confiture des deux côtés de la tartine, ce qui permet de garder une face de la tartine parfaitement comestible.*

Un tel type de documents est à double détente : le premier effet a lieu immédiatement et provient de la **surprise** de constater des éléments comiques nouveaux, le deuxième effet est de pouvoir **faire mémoire** des bons moments dans un service où tout peut paraître souvent difficile.

Un autre cahier peut rassembler plus spécifiquement les renseignements collectés sur le rapport du patient à l'humour, recueillis après l'interrogatoire. Cet outil de travail est particulièrement utile dans les services de pédiatrie comme le remarque Frankenfield [FRAN 96].

Ayant des difficultés pour la pose d'un petit cathéter veineux, elle a rassemblé tous les moyens personnels qui permettaient d'aider l'enfant à gérer le stress dû à ce geste technique, en interrogeant l'enfant, ses parents, et en développant un mime de la situation avec une poupée, en essayant de trouver une histoire. Ces techniques pour apprivoiser l'enfant ont ainsi permis de réduire la durée du geste technique de 45 minutes à 5 minutes.

Certaines infirmières ont développé de façon individuelle des paniers¹³ comportant quelques objets comiques favorisant la communication. Le panier de Killeen [KILL 91] comporte ainsi un flacon pour faire des bulles, un gant magique, le nez et les lunettes de Groucho Marx, une perruque de couleur vive étincelante. Le gant magique est une sorte de sceptre royal muni d'un énorme gant : le soignant invite le patient à formuler un vœu en tenant ce sceptre dans la main, ce qui favorise l'imagination et peut relativiser l'impact émotionnel d'une situation.

3.2. Aperçu de la logistique mise en oeuvre pour monter un projet de soins comiques [ERDM 91, ACKE 94]

Nous avons rassemblé des clés qui permettent de mettre en route un projet de chariot du rire, qui semble être le projet le plus élaboré de tous ceux que nous avons décrits ci-dessus. Les autres projets, dont celui d'introduire des clowns à l'hôpital, rencontrent à peu près les mêmes soucis logistiques.

Elaboration d'un projet

Le projet commence toujours par la constitution d'une équipe de réflexion que ce soit avec des soignants ou au sein d'une association d'aide aux malades. Après avoir nommé un directeur de projet, défini les responsabilités, il faut tracer les grandes lignes de ce que l'équipe souhaite

¹³ Ces paniers sont parfois appelés *mirth-aid kit* : jeu de mot avec le *first-aid kit*, il s'agit d'une trousse de premiers secours pour retrouver la joie (*mirth*).

faire, et présenter le projet auprès de l'administration de l'hôpital qui donnera son approbation.

Calendrier

Il est alors possible d'établir un calendrier pour que les opérations nécessaires au projet s'enchaînent dans l'ordre et dans des délais acceptables, selon les objectifs qui auront été fixés. Erdman a constaté que la mise en place d'un chariot du rire est un travail qui peut demander huit mois de l'idée à la première sortie du chariot.

Ressources humaines

Les auteurs insistent sur les recherches de ressources humaines, matérielles, et financières. Ils recommandent de recruter très tôt des volontaires qui passeront avec le chariot. Il convient donc de définir le profil de ce qui est attendu du volontaire, puis de définir la formation qui lui sera nécessaire. Il faut un nombre suffisant de volontaires pour assurer la continuité de l'accompagnement du chariot sur une longue durée, et pouvoir compter sur d'autres bénévoles qui seront prêts en cas de désistement. Il faut établir un programme de rotation dans les services avec eux.

Cet aspect de la gestion des ressources humaines, s'il est négligé, peut compromettre l'ensemble du projet. Ces bénévoles doivent se familiariser avec l'ensemble du contenu du chariot, pour pouvoir les expliquer au patient, et pour maîtriser les tours de passe-passe. Lors de la première sortie du chariot, selon les auteurs, les soignants accompagnaient les volontaires pour que ces derniers soient moins stressés dans l'exercice de leurs talents comiques.

Financement

Le financement du chariot du rire s'élevait à l'époque à environ 4570 € (30 000 FF). Les sources financières provenaient de dons de l'Education Nationale, de fondations, de fonds sociaux, de dons volontaires, de dons du service du personnel. En France, les clowns du *Rire Médecin* sont financés par différents partenaires publics, des entreprises, des fondations, des particuliers.

Il nous semble nécessaire que le financement des projets de soins comme un chariot du rire ou des clowns trouvent des **financements distincts** de ceux apportés par l'hôpital.

Ceci présente deux avantages :

- le premier, c'est de rendre ces projets, qui n'apparaissent pas directement utiles, totalement **indépendants** des variations des politiques budgétaires de l'hôpital,
- le second, c'est de recevoir un financement chargé d'**affectivité**, en partie témoin de relations humaines parfois fortes.

Ainsi parfaitement indépendant financièrement, le programme humoristique ne pourra pas être cause de conflits, ce qui ne peut qu'améliorer les liens avec le service où il se développe.

Communication

Les auteurs ont beaucoup communiqué pour faire connaître leur projet : ils ont invité la radio, le journal, la télévision, ont filmé une vidéo du projet, et organisé une fête de lancement. Cette communication est à soigner, pour éviter que ce chariot curieux ne laisse perplexe personnel soignant et patients lors de son arrivée impromptue.

Evaluation

Enfin, il est indispensable de procéder à une évaluation du projet après quelques semaines, pour en apprécier sa viabilité. Il nous semble important de définir des critères qui permettent de mettre un terme au projet ou de le poursuivre, pour éviter une situation floue en cas d'échec partiel du chariot.

3.3. Evaluation des projets de soins comiques et humoristiques

Nous regrettons que les articles qui décrivent des projets de soins humoristiques ne fassent qu'une évaluation très succincte et anecdotique de ces soins. Les outils d'évaluation dans ces mêmes articles ne manquent pourtant pas.

3.3.1. Evaluation par les patients au moyen de questionnaires

Ackerman et coll. [ACKE 94] ont établi un questionnaire qui comporte deux parties pour l'évaluation du chariot du rire.

Une première partie demande au patient de donner sa réponse sur une échelle d'accord, et pose des questions sur l'équipe des bénévoles accompagnant le chariot du rire, sur le contenu de ce chariot, sur le temps laissé pour utiliser les articles choisis, sur l'amélioration de l'état de santé apporté par les articles choisis, sur le souhait d'emprunter de nouveau un article comique.

Une deuxième comporte des questions ouvertes sur l'article préféré, sur les suggestions, sur la façon dont le chariot du rire a aidé le patient à se sentir mieux.

L'évaluation d'un programme humoristique auprès des patients peut aussi s'effectuer grâce à l'observation par les infirmières des changements survenus chez le patient (Grille 4).

Grille 4. Evaluation qualitative clinique d'un programme humoristique par les infirmières auprès d'un patient [BAKE 97, WOOT 97]

1. Le patient perçoit-il l'humour comme ennuyeux ou montre-t-il une certaine attention ?
2. Le patient ou la famille sont-ils plus à même de gérer la maladie ?
3. La communication est-elle plus ouverte et honnête ?
4. Le patient a-t-il une attitude saine et positive suite à l'utilisation de l'humour ?
5. Cette attitude a-t-elle amélioré le bien-être physique du patient ?
6. Evaluer l'anxiété, le stress, la douleur.
7. Evaluer les stratégies d'adaptation* (coping*)
8. Evaluer la perception des événements, et l'estime personnelle du patient.
9. Le patient a-t-il ri au cours de la journée, est-il plus souriant ?
10. Discute-t-il avec ses proches, avec ses voisins de chambre, avec d'autres patients ?

3.3.2. Evaluation quantitative indirecte d'un programme comique

3.3.2.1. *Auprès des patients*

Des indicateurs comme la diminution de la consommation d'antalgiques [ADAM 86], la prise de poids, l'appétit (examen du plateau repas après avoir mangé), la durée de séjour... peuvent être des indicateurs partiels de bien-être qui témoignent de l'action commune des soins classiques et du programme humoristique.

3.3.2.2. *Auprès des infirmières.*

Nous aurions vivement souhaité savoir si les programmes conjoints *Humor Won and Humor Too !* avaient permis une prolongation de l'embauche des infirmières au sein des services concernés, ce qui était l'objectif initial. Sur ce point, l'article d'Ackerman et coll. est muet, et il est difficile d'obtenir des renseignements chiffrés¹⁴.

¹⁴ Nous avons écrit aux auteurs à une adresse incomplète mentionnée dans l'article, et n'avons pas obtenu de réponse.

4. LUTTER CONTRE LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PAR LE COMIQUE ?

Selon Leiber, les infirmières de soins intensifs utilisent volontiers le comique pour lutter contre le stress, la frustration, la colère, le "système", la dépression [LEIB 86], ce que confirment d'autres auteurs comme Bellert [BELL 89], ou Simon [SIMO 89].

Il s'agit pratiquement toujours d'un comique qui apparaît mêlé, puisque des sentiments hostiles sont véhiculés dans ce genre de comique improprement appelé "*humour médical*". Les auteurs qui en parlent remarquent qu'il ne peut ni ne doit être partagé avec le malade.

Wooten [WOOT 97] et Simon [SIMO 89] pensent que ce genre d'humour est utile, voire nécessaire pour les soignants. Il existe même une revue spécialisée, le *Journal of Nursing Jocularity*, qui rapporte des histoires "drôles" concernant les frustrations des infirmières, des histoires vécues, des bandes dessinées, des parodies, une revue de la littérature, des entretiens. La teneur de ce journal semble être plutôt moqueuse, voire sarcastique, si l'on en juge par le courrier d'infirmières outrées qui lui est adressé, et sur le comique noir* qu'il publie.

Nous pensons qu'il est dangereux : il nécessite de fermer les portes pour, ensemble, pouvoir *rire de* tel patient.

Pour les soignants, ce comique paraît résoudre le problème de l'épuisement professionnel*¹⁵ par rapport à une situation de soin particulièrement pénible, grâce au rire.

Il nous semble que c'est se cacher à soi et aux autres la difficulté qui se présente. Il vaudrait probablement mieux faire part de difficultés dans le soin ou avec certaines personnes dans des groupes de relecture comme ceux proposés par Balint*. Il nous paraît plus bénéfique de **nommer** les situations qui nous dérangent dans les relations ou dans le soin et d'en trouver ensemble, entre soignants, le moyen de les résoudre par des solutions pertinentes.

Pour nous, l'apparition du comique noir* chez les soignants est plutôt le témoin d'une **souffrance** intense qui doit donc être nommée. L'expression du comique noir est le témoin d'une parole qui n'est pas libre au sein d'un service et cette parole court se cacher dans des substituts de la joie. Il est

¹⁵ *burnout* (en anglais). Ce qui n'a pas donné l'expression : "suer sous le burnous", selon le *Grand Dictionnaire des Etymologies Touffues et Farfelues* (sous presse).

important que les personnes en responsabilité hiérarchique veillent à redonner cette parole à ceux à qui ils donnent des ordres.

5. OBJECTIONS À L'USAGE DE L'HUMOUR AU COURS DU SOIN

Les objections à l'usage de l'humour sont souvent des obstacles qui empêchent des programmes humoristiques de se mettre en place. Il convient d'entendre et de comprendre ces appréhensions légitimes face à une proposition de soin qui peut déranger les habitudes et les logiques des services.

5.1. Objections extrinsèques : le trouble du soin

- *Dans des environnements rigides, il est souvent reproché à l'utilisation du comique comme soin ou au cours du soin de gêner la productivité des actes techniques.*

L'exemple présenté par Frankenfield [FRAN 96], s'il ne constitue pas à lui tout seul un argument de poids, invite cependant à réfléchir : perdre un peu de temps à s'interroger sur l'approche d'un enfant terrorisé par la pose d'un cathéter permet de gagner un temps considérable par la suite. Une opération qui se passait difficilement en 45 minutes revient à 5 minutes avec humour.

- *Il est reproché aussi à ce type de soin de ne pas être une approche scientifique [KILL 91].*

A cette objection, les soignants répondent à l'unanimité que le comique ne peut en aucun cas remplacer des soins rigoureux et conduits avec savoir-faire. Il faudrait savoir aussi ce que signifie "approche scientifique" : il nous semble que les domaines d'application de l'intelligence ne se limitent pas aux sciences fondamentales, mais qu'il est indispensable d'avoir aussi des démarches logiques et construites dans le domaine des sciences humaines. Comprendre les mécanismes narratifs du comique et la dynamique de la relation dans l'humour permet de mieux savoir comment venir en aide au sujet souffrant en lui proposant de transformer sa propre expérience de la maladie.

- *La peur d'avoir un comportement inadapté face au patient entraîne souvent une interdiction de toute initiative qui pourrait entraîner le rire du patient* [KILL 91].

Cette interdiction est formulée très tôt dans les écoles d'infirmières aux Etats Unis. Il semblerait que ce soit heureusement moins le cas en France dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ; toutefois, nous avons rencontré plusieurs étudiantes infirmières qui avaient souhaité élaborer une réflexion sur l'humour ou sur les clowns à l'hôpital, mais ce souhait n'avait pu se réaliser en raison d'objections formulées par les enseignants qui nous semblaient non fondées.

- *Il existe en effet un certain manque d'intérêt concernant la réflexion sur l'humour avec le patient* [ERDM 91].

Pourtant, il n'y a rien de répréhensible de s'interroger sur la place du comique et de l'humour au cours du soin, même si le risque est de conclure qu'il n'a peut-être pas sa place. La réflexion sur l'humour peut aller au-delà de simples constatations sur quelques plaisanteries.

- *Plaisanter et rire n'est pas considéré comme une attitude professionnelle* [LEIB 86].

Il faut renverser la question : garder trop de sérieux est-il une attitude vraiment professionnelle ? Même Kubie [KUBI 71], l'un des plus vifs détracteurs de l'utilisation de l'humour dans le domaine très particulier de la psychanalyse* reconnaît que trop de sérieux peut nuire au bon déroulement du soin, cet excès de sérieux rappelant au patient le trop grand sérieux de ses parents et/ou de son surmoi*. L'humour répond parfaitement à une attitude professionnelle dans la mesure où il est enjouement ajusté, qui se déploie en toute liberté et avec tact, comme le dit Aristote.

5.2. Objections intrinsèques : le trouble de la relation avec le patient

- *Il existe des craintes que le rapport entre le patient et le soignant soit affaibli au lieu d'être renforcé lorsque survient l'humour.*

Si le rapport est affaibli, il ne s'agit plus alors d'humour mais de l'utilisation d'un comique qui n'était là que pour séduire l'un des protagonistes ou mettre à distance le noeud du problème. Lors de la relecture de ce qui s'est passé au cours de la rencontre du soin, le renforcement de la relation est au contraire un excellent critère qui permet de dire que l'humour a eu lieu, même s'il n'y a pas eu de rire.

- *L'humour peut être mal interprété, ce qui peut augmenter la souffrance du patient au lieu de l'atténuer.*

Oser une parole, quelle qu'elle soit, c'est toujours prendre le risque de ne pas être compris, y compris et surtout dans les paroles les plus simples et chargées d'informations. L'humour n'échappe pas à ce risque de la communication. Par ailleurs, l'humour permet aussi de faire saisir au patient des images plaisantes bien plus pédagogiques que n'importe quel discours d'information même le mieux construit, en raison de la mémoire émotionnelle dans un registre agréable qu'il mobilise, en plus des différentes mémoires utilisées pour stocker l'information.

- *L'humour peut être inadapté parce qu'il déprécie le patient, l'humilie [KILL 91].*

Oser faire de l'humour est toujours un risque. Dans les recommandations présentées plus loin, il apparaît qu'il est indispensable de se poser la question de savoir si le comique que nous employons se fait au détriment du patient. Si c'est le cas, il ne s'agit plus d'humour, et il vaudrait effectivement mieux se taire. En revanche, une mauvaise compréhension peut être à la source d'une méfiance. Nous pensons qu'il ne faut pas hésiter à préciser les choses, quitte à démonter les ressorts de la plaisanterie devant le patient, et à s'excuser pour ce malentendu.

- *Le rire entre soignants peut être perçu comme une moquerie pour les patients [LEIB 86].*

Le patient peut avoir l'impression qu'on s'amuse beaucoup dans le service, mais qu'on ne s'occupe pas de lui. Il faut veiller certainement à être modéré dans les manifestations des "explosions" bienvenues de joie qui ont lieu dans le service, et si de tels événements se produisent, qu'ils puissent avoir lieu dans un endroit éloigné des patients. En revanche, si de telles manifestations de joie ont lieu dans la chambre du patient, il nous semble qu'il faut tout faire pour que le patient soit de la partie, en se mettant à sa portée, en lui expliquant pourquoi les soignants sont joyeux.

- *L'humour peut déclencher l'anxiété, masquer l'hostilité, évacuer les problèmes [KILL 91].*

Ceci ne doit pas interdire pour autant la survenue du comique, en particulier de la part du patient. Mais il convient d'entrer en dialogue après l'apparition d'un tel comique, d'avoir un discours positif pour diminuer l'anxiété, d'exprimer sous une autre forme une hostilité cachée, surtout lorsqu'elle s'adresse au soignant et de l'accueillir

comme telle sans en prendre ombrage. Enfin, il faut discerner les problèmes abordés pour en discuter avec délicatesse. En revanche, le comique hostile ou qui évacue les problèmes d'un revers de rire n'est pas souhaitable.

- *Etre hospitalisé dans un état critique n'est pas particulièrement drôle* [LEIB 86] : *il existe un indiscutable sérieux de la situation dans laquelle une personne affronte la maladie grave, la détérioration physique, la perte de ses capacités, la mort* [KILL 91].

"L'art du faire rire suppose la connaissance exacte de ce dont l'autre ne saurait rire en aucun cas, à savoir le malheur singulier de son existence singulière" [ROUS 88]. Dans la démarche humoristique, il y a quelque chose de l'ordre du plus grand des respects.

Pourtant, cela ne veut pas dire que l'humour est interdit auprès des patients qui vivent un travail de deuil par rapport à leur santé ou par rapport à eux-mêmes. Il serait encore plus irrespectueux de ne pas reconnaître, dans celui qui s'en va ou dont le corps se décompose, une personne bien vivante, capable de retrouver son esprit d'enfance* lorsqu'elle a commencé ou réussi à accueillir la perte.

6. RECOMMANDATIONS

Le soignant est nécessairement invité à se positionner par rapport au comique et à l'humour [BELL 89].

6.1. Usages inadaptés du comique

1. *Le comique du soignant auprès du patient est inadapté s'il est de nature mêlée :*

Pasquali [PASQ 90] et Leiber [LEIB 86] condamnent le comique noir*, le sarcasme* et la moquerie*, le comique trop chargé d'émotions, le comique agressif, le comique dont les thèmes abordent la sexualité, les différences ethniques, la religion. Il ne nous semble d'ailleurs pas bon de partager avec le patient de façon comique les frustrations propres aux soignants, mais certains soignants semblent penser l'opposé [TREN 90]. En raison des composantes souvent agressives et sexuelles du comique des histoires drôles, Haig exclut ce type d'approche en psychothérapie [HAIG 86]. L'humour aux dépens des autres n'est jamais thérapeutique [BELL 89].

2. Le comique du soignant auprès du patient peut être inadapté en raison de la nature de la pathologie :

Les maladies où le comique est inadapté ne sont pas nécessairement les maladies dont le pronostic est réservé, mais plutôt les maladies qui entraînent des troubles de la compréhension et de l'interprétation du monde comme certaines maladies neurologiques, et certaines maladies psychiatriques [PASQ 90]. Ainsi en est-il en particulier de la confusion* ou de la paranoïa*.

De même certaines situations qui entraînent une blessure très profonde comme l'inceste, le viol, la mort brutale d'un proche, les coups et blessures, la période qui suit un avortement, ... demandent une écoute silencieuse de la souffrance qui ne laisse pas beaucoup de place au comique. Ces blessures sont des déchirures relationnelles qui demandent une attention particulière qui dépasse souvent le cadre de la médecine.

3. Le comique du patient peut être inadapté :

Le risque, lorsque le patient produit du comique en particulier au début de la maladie, c'est de chercher à camoufler sa souffrance. Le patient évite ainsi les domaines de conflits, ce qui bloque le progrès thérapeutique dans l'expérience de la maladie [HAIG 86]. Il s'agit d'une véritable défense (masque, mise à distance) face à la peur que provoque la maladie, défense où le patient cherche à produire une joie factice chez le soignant. Cette défense est à respecter, mais il convient de ne pas l'encourager.

Boch, Browning, et Mc Grath [BLOC 83] mettent en avant que le comique du patient peut être une façon de séduire le thérapeute, ou de se retrancher dans un rôle de bouc émissaire au moyen de l'auto-dérision*.

4. Le moment de survenue du comique du soignant au cours de la maladie peut être inadapté :

Le comique est inadapté au stade du diagnostic d'une maladie dont le pronostic vital pourrait être réservé, en particulier au moment de la découverte d'un cancer [TREN 90]. Le comique est en général hors de propos au cours d'une crise* aiguë [BELL 89], quelle que soit la nature de cette crise. Nous entendons par crise* toute rupture violente dans la stabilité du patient qui entraîne des sentiments négatifs comme la colère, l'anxiété ou la peur.

L'excès de ces sentiments négatifs contre-indique l'emploi du comique, en particulier lorsqu'il s'agit d'anxiété [PASQ 90].

Le comique n'est pas forcément approprié lorsque le soignant ne connaît pas suffisamment le patient [ERDM 91].

5. Le comique du soignant peut être inadapté en raison de la position du soignant dans la relation thérapeutique :

Bloch et coll. [BLOC 83] signalent que le comique du soignant peut en effet être une défense face à ses propres peurs, comme chez le patient, qu'il peut s'agir d'un moyen d'ostentation narcissique* et de séduction.

Hickson [HICK 77] craint que des sujets sérieux soient pris à la rigolade par le soignant, alors que le patient est dans une situation de souffrance, donc plus vulnérable. Dans l'accompagnement du patient en particulier au cours de la psychothérapie individuelle – qu'elle soit psychanalytique* ou de soutien* – le comique peut venir interrompre la parole qui se libère chez le patient, gênant l'éventail des réponses possibles du patient, gênant les libres associations [KUBI 71, HICK 77].

Kubie [KUBI 71] met aussi en avant que le soignant – qu'il soit médecin ou psychothérapeute – est automatiquement dans une position d'autorité qui n'est pratiquement jamais remise en question, mais qui n'est aussi jamais nommée comme telle. Or cette position face au patient permet au thérapeute de projeter secrètement et par substitution beaucoup de ses problèmes non résolus. Le patient ne peut pas dire au thérapeute que ses plaisanteries ne sont pas drôles. Plusieurs auteurs dénoncent ainsi le comique qui entraîne un sentiment de confusion chez le patient [KUBI 71, HICK 77, BLOC 83] ; le patient finit par douter du sérieux du soignant, ce qui fait perdre au soignant son autorité¹⁶ et sa crédibilité ; cette confusion finit par miner la confiance.

6.2. Usages appropriés du comique et attitudes des soignants

Une grande prudence s'impose : comme dans la thérapeutique, il convient avant tout de ne pas nuire. Il faut garder le bien-être du patient comme objectif premier du soin. Richman [RICH 96] invite donc le soignant à ne pas essayer d'utiliser l'humour – ce qui ne signifie pas : ne pas accueillir son apparition – et surtout à éviter de produire du comique en cas de doute.

L'humour ne s'impose jamais, il n'est ni contraint ni forcé : il reste toujours une option possible ; en revanche, il ne faut pas non plus s'interdire

¹⁶ Nous entendons par autorité non pas un paternalisme qui impose au patient des actions à faire, mais la capacité du soignant à être pour le patient une référence fiable auprès de qui il peut s'appuyer pour choisir la meilleure attitude pour retrouver la santé.

tout humour dans la relation thérapeutique, surtout s'il s'agit d'un don reçu, sous prétexte qu'il peut échouer [BLOC 83]. Wender encourage même de faire fructifier ce don reçu, aussi petit soit-il [WEND 96].

Il est nécessaire le plus souvent de bien connaître le patient pour pouvoir échanger des propos humoristiques avec ce dernier [WEND 96]. Pour Kubie et Mac Nary [KUBI 71, McNA 79], il est important de connaître les moments où le patient aurait pu être blessé par le rire d'un autre ; selon Pasquali [PASQ 90], il serait utile de savoir quel est le type d'humour et d'humoriste que le patient apprécie.

A travers l'humour qui se propose, il s'agit plus de devenir un familier du patient que de lui présenter des familiarités. Il convient d'accueillir avec bienveillance le comique souvent mêlé avec lequel le patient affronte sa maladie : le soignant ne doit pas être choqué ou offensé par les méthodes d'adaptation* qu'emploie le patient pour gérer sa souffrance [DAVI 92]. Cependant, il convient d'y reconnaître parfois l'expression d'une souffrance cachée, en particulier si cet humour survient au tout début d'une succession de consultations, et d'inviter le patient en temps opportun à formuler plus clairement des sentiments négatifs comme la colère, la peur, ou la frustration. Cette invitation peut passer par l'expression sous une autre forme de ce que le soignant a compris ; il peut s'agir aussi d'expliquer ce qui apparaît obscur ou angoissant au patient, de lui apporter un soutien psychologique et de lui proposer des démarches où il pourra retrouver une confiance en lui-même [DAVI 92, WEND 96].

Les avis sur les compétences du soignant, en particulier du médecin ou du psychothérapeute, pour pouvoir accueillir et proposer l'humour peuvent apparaître partagés. Selon Richman [RICH 96], il est nécessaire d'avoir une formation adéquate, une sensibilité, une empathie* aiguë, un comportement chaleureux, un sens de l'accueil. Mettant pourtant en garde les soignants de l'utilisation de l'humour en particulier au cours de la psychothérapie analytique, Kubie se méfie cependant aussi d'une approche trop austère des choses, qui pourrait rappeler au patient l'austérité et le sérieux de ses propres parents [KUBI 71]. Quant à Wender, il encourage le soignant, en particulier médecin, à utiliser l'humour qui constitue un excellent moyen de communication [WEND 96].

Selon Hickson, l'humour au cours de la psychothérapie ne devrait pas être proposé dans les premières étapes de la relation thérapeutique, mais seulement lorsque la confiance a été établie [HICK 77]. Selon Kubie, l'humour au cours de la psychothérapie est approprié de la part du patient lorsqu'il

survient de façon spontanée chez lui [KUBI 71] : au cours du déroulement thérapeutique déjà bien avancé, il s'agit souvent d'un signe d'amélioration.

L'humour produit par le soignant est approprié après l'orage du combat entre le malade et ce qu'il perçoit de sa maladie. Il est adapté lorsque l'anxiété du patient est minime ou modérée, et lorsqu'il permet de relativiser cette crise et d'en décroître la tension [BELL 89, PASQ 90]. Il est utile lorsqu'il aide le patient à gérer la situation pathologique de façon plus efficace, lorsqu'il facilite l'apprentissage et la pédagogie nécessaire au soin. Il permet d'opérer un nouveau discernement [KUBI 71], de changer de point de vue.

CONCLUSION

Le "*rire avec*" – et non pas le "*rire de*" – est certainement ce qui résume le mieux l'attitude des soignants par rapport à l'humour dans leur relation avec le patient. Il s'agit d'une attitude de respect qui confirme la définition de l'humour que nous avons adoptée qui ne peut se passer d'accueillir l'autre (le patient) comme personne et comme personne blessée par la souffrance.

Un point nous semble cependant mal cerné par les soignants, c'est la place du comique noir comme moyen de catharsis* pour les soignants confrontés à l'épuisement que produit leur travail auprès des souffrants. Cette forme de comique nous semble entrer en contradiction avec la définition principale de l'humour qu'adoptent les soignants. Il y aurait ainsi un "*rire avec*" (humour) affiché avec le patient, et un "*rire de*" (moquerie), une fois la porte de sa chambre refermée. La place de cette forme de comique, noir, demande réflexion.

La mise en oeuvre de l'humour au cours du soin, que ce soit au cours de soins spécifiques comme les psychothérapies, ou comme soins habituels, pourrait apparaître anecdotique si n'existaient pas de véritables programmes comme les chariots du rire qui tentent d'apporter un mieux vivre par rapport à la souffrance. Cependant, il manque à ces programmes des évaluations suffisamment pertinentes pour en démontrer non pas forcément l'efficacité, mais plutôt l'intérêt, afin d'emporter la conviction d'acteurs de santé qui cherchent des approches nouvelles dans la rencontre du patient.

CHAPITRE 11. DES CLOWNS POUR ETRE LIBRE AU COEUR DE LA MALADIE

"Un clown confie à son médecin :

*– Je ne sais pas ce que j'ai, docteur, depuis
quelques jours, je me sens tout drôle !"*

[TOUQ 98]

INTRODUCTION

Les clowns sont arrivés dans les hôpitaux depuis une petite dizaine d'années. Les clowns sont des personnages qui utilisent le comique et l'humour ainsi que d'autres techniques d'animation¹ comme véritables soins.

Nous nous proposons dans ce chapitre de comprendre quel est le rôle du clown* dans la démarche de soin, à travers ce que nous avons pu lire dans la littérature médicale. L'essentiel des écrits sur les clowns à l'hôpital concernent l'approche des enfants, mais il existe aussi des expériences auprès des adultes, dans des sociétés traditionnelles ou protestantes.

Nous partirons à la recherche des origines des clowns dans le soin, nous décrirons leur présentation et leurs actions auprès des patients, les compétences dont ils ont besoin, les moyens d'évaluation de leur travail.

Nous nous efforcerons de déceler les limites de ce travail de clown auprès du patient.

Nous aborderons enfin une réflexion plus générale sur les fonctions du clown.

¹ Et de réanimation de l'esprit d'enfance*.

1. ORIGINES ANTHROPOLOGIQUES DES CLOWNS

Le clown envisagé comme guérisseur n'est pas une invention récente. Il existait (et existerait peut-être encore) plusieurs sociétés traditionnelles qui utilisaient les clowns pour faire rire les malades.

1.1. Ethnies de clowns guérisseurs

L'anthropologue Van Blerkom [VanB 95] a mentionné ainsi plusieurs ethnies* autochtones américaines qui comptaient des clowns guérisseurs en leur sein : (1) une partie des Pueblos, (2) les indiens Yaki et (3) Mayo de Sonora, (4) les Iroquois Faux Visages (False Faces), des indiens des prairies comme (5) les Ojibway Windigokan et (6) les Cree Wetigokan, (7) les indiens canadiens Wahpeton Dakota. L'utilisation du comique par des guérisseurs se retrouvait aussi au Sri Lanka, selon Rhodes [RHOD 83], dans (8) la population Kandyenne² de la région du Kotmale.

Van Blerkom n'a pas précisé à quels malades s'adressaient les différents clowns guérisseurs ; en revanche, Rhodes rapportait implicitement qu'il s'agissait de patients adultes, et non pas d'enfants. En effet, il n'est pas fait mention d'enfants en tant que patients dans le texte de l'article, et les thèmes comiques utilisés dans le rite sont manifestement destinés à des adultes : il s'agit d'un comique souvent sexuel, ou qui a trait à l'argent, ou encore qui se moque des moines bouddhistes.

1.2. Techniques des clowns guérisseurs

Les techniques employées par les clowns guérisseurs étaient celles qu'utilisaient habituellement les autres types de guérisseurs (chamans*), mais leur but était de provoquer le rire du patient. Van Blerkom a montré que le clown guérisseur vient briser les conventions culturelles et les règles habituelles. En agissant ainsi, il provoque à dessein une *rupture de*

² "Kandyen", en anglais. Nos indications sont très peu précises pour aller consulter ces thérapeutes. Probablement que la liste complète des clowns guérisseurs conventionnés et leur adresse se trouvent dans les Préfectures de chacune des régions ethniques concernées.

*déterminisme** chez le patient. Ces techniques utilisent tous les langages possibles, de façon simultanée, pour signifier cette rupture avec le quotidien habituel de la tristesse due à la maladie. Ainsi participent à ces langages de la rupture les éléments suivants, que l'on retrouve chez les clowns guérisseurs comme chez les clowns modernes :

- Le visage arbore des peintures qui mettent en valeur une émotion et/ou un élément du visage. Un masque peut aussi être utilisé.
- Le vêtement : des couleurs discordantes, des vêtements en loques, des vêtements portés de façon inadéquate.
- Du bruit : grelots, clochettes, sifflets, crécelles*, claquements des mains.
- Une voix ventriloque qui permet de mettre en scène différents personnages comme des marionnettes, qui représentent les esprits.
- Un corps transformé par le déguisement, et qui peut comporter des éléments surnuméraires (nez, flèche, cordon, écharpe...) qui représentent des parties du corps et qui servent à faire des extractions symboliques du mal.
- Des tours de prestidigitation, d'adresse (jonglerie)
- Des mises en scènes qui peuvent être des mimes des événements supposés à l'origine de la maladie, rejoués à l'envers, et comportant des éléments surprenants et drôles.

1.3. Description d'un rite de clowns guérisseurs

Les observations de Rhodes nous introduisent dans la compréhension de la signification des rites* comiques pour guérir. Ces rites sont assez complexes en raison de la mythologie* cingalaise* qui leur sert de support.

1.3.1. Mythe à l'origine de l'apparition des clowns guérisseurs au Sri Lanka

La mythologie cingalaise comporte de nombreux personnages : des dieux, des personnages astrologiques, des démons (*yakky*), des fantômes, des rois (*Vijaya*, *Malaya Raja*, et *Panduasudev*) et des princesses (*vadda*).

Comme dans l'histoire de la jeune fille albinos et les sept achondroplases³, le problème initial est une histoire de femme : [...] ⁴ le roi

³ ▫ LECOMTE DE PERE HAUT Charles : Chapitre 8. Blanche Neige et les 7 Nains. In : *Pathologies professionnelles ou congénitales chez les personnages des Contes de Fées*. Epinal : Le Chat Botté, 2007.

Vijaya épouse une *vādda* (princesse) très belle, Kuveni ; or Kuveni est aussi une *yakkini* (démone). Après moult péripéties, ce mariage du roi avec une démonsse pose tant de problèmes pour la gestion du royaume, que Vijaya en vient à chasser Kuveni. Bien évidemment, Kuveni se venge, en adressant une langue pointue à Vijaya : lorsque le roi Vijaya découvre cette langue pointue, elle se transforme en un léopard féroce qui le fait mourir de peur.

Cependant, la vengeance de Kuveni ne s'arrête pas là. Elle s'acharne sur le nouveau roi, Panduasudev, qui n'est autre que le neveu du roi Vijaya, employant des sortilèges semblables afin d'éliminer toute la famille de son ancien mari. Ces sortilèges provoquent une maladie chez le nouveau roi, caractérisée par des cauchemars de tigres et de lions.

Pour éviter que cette maladie n'entraîne de nouveau la mort du dirigeant du Sri Lanka, Sakra, un dieu, demande à un roi nommé Malaya Raja de se rendre au chevet de Panduasudev afin de le soigner. Malaya Raja fait construire un espace décoré, purifié et consacré autour du malade, mais comme cela ne suffit pas ; il fait alors venir huit brahmanes* dont quatre d'entre eux sont choisis et vont jouer des scènes amusantes devant le roi Panduasudev pour le faire rire et ainsi lui chasser sa peur. Alors qu'il n'avait plus que douze heures à vivre, il reçoit la grâce de vivre douze ans supplémentaires⁵ [RHOD 83].

1.3.2. Déroulement du rite

Toute cette histoire se racontait autrefois de façon très développée à travers un rite, le *Kohomba Kankariya*, qui durait plusieurs jours.

Ce rite concernait tout un village et servait à attirer la chance pour ce village, à lutter contre la malchance, à demander pardon, à célébrer la moisson. Il nécessitait la coopération et les ressources d'une grande partie du village.

De ce grand rite sont nés deux petits rites, d'une durée plus courte, le *Vādi Yakun Pidima* et le *Kadavara Pidima*, qui s'adressaient plus spécifiquement à des personnes malades qui étaient traitées isolément, ou les

⁴ Si on lit le court passage de cette thèse à des enfants, il conviendra de commencer par : "Il était une fois..." et de veiller à mettre les verbes au passé simple et à l'imparfait. Selon la proximité de l'heure du coucher, on ajoutera plus ou moins de détails descriptifs en veillant à ne pas perdre les personnages dans l'immense château bâti pour la circonstance narrative.

⁵ Pour clore le conte, ne pas oublier d'ajouter : "...et ils eurent de nombreux enfants.", en faisant revenir rapidement dans l'histoire avant le marchand de sable la princesse hindoue avec laquelle le roi Panduasudev est marié.

unes après les autres. Ces rites étaient composés de danses, de récits tirés en partie du grand *Kohomba Kankariya*, et surtout d'une mise en scène comique qui en constituait le cœur.

Ce comique venait rompre avec le reste du rite qui était relativement solennel. Le comique s'exprimait à travers des petites pièces de théâtre qui se déroulaient devant le patient qui devait rester éveillé.

Le patient était représenté par un danseur qui échangeait des propos avec le guérisseur qui jouait souvent le rôle d'un personnage religieux. Les thèmes abordés étaient liés aux troubles du patient : la cupidité (la répugnance à donner), la colère, la sexualité, et d'autres pertes de contrôle dont souffrait le patient étaient représentées devant lui de façon comique, ce qui permettait à la fois d'introduire une distance entre la maladie et le patient, une désignation des causes symboliques, et le rire. Les quiproquo(s), les jeux de mots, les gestes étaient très drôles et provoquaient le rire des spectateurs présents, et le rire du patient qui finissait par se sentir mieux.

1.4. Historique de l'arrivée des clowns en milieu hospitalier

1.4.1. Des clowns chrétiens pour des patients adultes

En raison des limites de nos méthodes de recherche bibliographique, il nous est difficile de savoir de façon précise d'où vient l'idée d'introduire des clowns dans les soins et depuis quand il en existe dans les services hospitaliers.

La date la plus ancienne que nous ayons trouvée dans la littérature médicale est 1973. C'est à cette date que William Peckham, un pasteur méthodiste* de Springfield dans l'Illinois, aux Etats Unis, a fondé une troupe de clowns, les *Holy Fools*⁶, qui rendaient visite aux patients des hôpitaux généraux, des services psychiatriques, des centres de soins infirmiers, et des centres pour drogués [MANC 84].

Ces clowns s'adressaient aux **adultes**, puisque l'article mentionne les drogués et l'observation d'une patiente de 29 ans ; par ailleurs une autre source [SAMR 85] parle d'une vieille femme souffrant de **dépression***, **mutique*** et **anorexique***, qui avait retrouvé la parole et se réjouissait avec ses enfants suite à la venue des *Holy Fools*.

⁶ Les Saints Fous.

Van Blerkom [VanB 95], qui cite un article de 1992 de Kerman⁷, signalait l'existence d'un nouveau mouvement américain protestant dont la liturgie* et la pastorale* étaient assurées par des clowns (sic). Ces clowns allaient eux aussi dans les hôpitaux et les centres de soins, mais il n'était pas précisé l'âge du public concerné.

Nous ne savons pas s'il s'agit de deux courants protestants différents, où s'il s'agit du courant méthodiste mentionné ci-dessus. Nous ne savons pas non plus si ces clowns ont influencé l'arrivée des clowns en milieu pédiatrique* aux Etats-Unis.

1.4.2. Origine des clowns hospitaliers en France

Les parents de nos clowns hospitaliers français sont nés à New York. C'est en effet dans cette ville que Michael Christensen (dont le pseudonyme est "Dr Stubs") a créé en 1986 le *Big Apple Circus*. Ce cirque a donné naissance à une Unité de Soins par le Clown (CCU : *Clown Care Unit*). Composée initialement de deux clowns travaillant en pédiatrie dans un seul hôpital, elle en comptait 35 en 1995, qui se rendaient dans sept hôpitaux de New York et dans un centre pour les enfants atteints de cancer et de maladies hématologiques* chroniques [VanB 95]. Ce type de CCU pédiatrique* s'est développé dans une douzaine de pays dont les Etats Unis, le Canada, le Brésil, et la France.

Selon Voirin [VOIR 95], Caroline Simonds fut à l'origine d'un CCU au Montefiore Medical Center dans le Bronx (Banlieue de New York) en 1988, avant de fonder à Paris en 1991 la première troupe française de clowns en milieu hospitalier appelée *Le Rire Médecin*. Au nombre de 28 en 1997, ces clowns professionnels se répartissent dans certains services de pédiatrie – principalement oncologiques* – de neuf hôpitaux de la région parisienne, dont l'Institut Gustave Roussy à Villejuif [OPPE 97].

Cette expérience parisienne a entraîné d'autres initiatives dans plusieurs Centres Hospitaliers Universitaires. En 1993, à Lille, s'est mise en place une troupe de trois clowns des ateliers *Guy Clown* [VOIR 95]. A Nancy, Christiane Watrin, après avoir rencontré Michael Christensen à l'occasion d'un festival de cirque à Paris, a créé en 1998 une association – *Sourire, Rire, Guérir* – qui a permis à *Pipo le clown* de la troupe *OSE Clowns* de venir faire rire les patients du service d'oncologie pédiatrique de Nancy Brabois [GALM 98].

⁷ KERMAN Judith B. : The clown as social healer : a study of the clown ministry movement. *Journal of American Culture*, 1992;15:9-16.

A l'heure actuelle, il ne semble pas exister, à notre connaissance, de clowns hospitaliers pour les adultes en France, si ce n'est peut-être à l'occasion de fêtes, de façon sporadique.

2. DESCRIPTION GÉNÉRALE DES CLOWNS EN SERVICE HOSPITALIER

[VOIR 95, OPPE 97, VanB 95]

Les clowns hospitaliers sont tous des clowns professionnels. A Paris, dans l'association *Le Rire Médecin*, ces clowns sont appelés "Docteur", suivi d'un nom amusant, comme par exemple "Docteur Scoubidou", ou "Docteur Couette". Ce n'est ni le cas à Lille, ni à Nancy (à notre connaissance), où les clowns possèdent seulement un nom amusant. Les clowns parisiens se présentent en blouse blanche avec des articles incongrus, les lillois ont, quant à eux, choisi des vêtements très colorés qui rompent l'uniformité des blouses blanches.

A Paris, ils se rendent au chevet des petits patients deux fois par semaine (1997)⁸, à Lille, une fois par semaine (1995), à Nancy trois fois par mois (1998). En général les clowns travaillent par équipes de deux ou trois.

A Paris, ils ont un cahier dans lequel chaque équipe de clowns rassemble des informations confidentielles concernant les enfants ; les clowns parisiens rencontrent un soignant avant de rencontrer l'enfant et sa famille, et ils font régulièrement une relecture avec un psychologue spécialisé en oncologie*.

2.1. Matériel

Au cours de nos lectures, nous avons retrouvé pêle-mêle dans les poches des clowns six catégories d'objets :

1. Des objets destinés à produire des **sons** :
des instruments de musique, des petits klaxons, des sifflets
2. Des objets que l'enfant peut **toucher** :

⁸ Nous mettons les dates de ce que nous rapportons entre parenthèses. La situation peut être différente actuellement, en raison du manque de financement, ou d'une réorganisation du service des clowns qui passent peut-être plus fréquemment.

- des animaux en plastique, en fourrure artificielle, en peluche ou en éponge, des plumes
3. Des objets invitant le **regard** :
des bulles de savon, des balles pour jongler, des tours de magie, des appareils photos permettant de prendre des clichés instantanés, des plumes colorées, des foulards
 4. Des objets exerçant l'**adresse**, ou les **activités manuelles** :
du matériel de petit bricolage comme du papier et des ciseaux, des chaussettes, des boules de papiers, de la colle, des crayons de couleur
 5. Des objets **détournés** de leur usage habituel :
de grosses seringues, des thermomètres musicaux, ou des stéthoscopes aux propriétés surprenantes (bruits, jet d'eau, téléphone)
 6. Des objets **médiateurs**, qui servent à l'expression de soi :
des pistolets à eau, des billes, des nez rouges, des queues détachables en fourrure, des marionnettes.

2.2. Méthodes

Les activités de clowns se répartissent, selon nous, en cinq grandes fonctions qui peuvent se recouper. Elles se déploient de la façon suivante :

1. Activités d'accompagnement :

- Accompagnement dans la **similitude** et la **différence** : comme l'enfant, les clowns ont un corps différent, pour signifier qu'ils sont tous les deux différents par rapport au reste du monde, et qu'ils sont donc ainsi proches l'un de l'autre ; cette différence les rend complices. Le maquillage des clowns parisiens du *Rire Médecin* peut évoquer des cicatrices, des maladies cutanées, des séquelles de radiothérapie* [OPPE 97].
- Accompagnement dans les différents **lieux hostiles** : il arrive que les clowns voyagent allongés dans le lit de l'enfant jusqu'au bloc opératoire [VOIR 95].
- Accompagnement **dans le soin** : les clowns peuvent assister à un examen clinique ou à un soin traumatisant, et mimer par exemple le soin entre eux, en parallèle, et exprimer leur douleur avec l'enfant.
- Accompagner les **soignants fatigués** : les clowns jouent parfois des petits airs de flûte ou chantent des chansons pour reconforter les soignants épuisés [OPPE 97, VanB 95].

- Accompagner les **familles éprouvées**, anxieuses : avec beaucoup de délicatesse, les clowns divertissent les parents d'enfants qui sont trop petits pour réagir avec le clown [VanB 95].
- Accompagner des **enfants qui ne peuvent s'exprimer** : Van Blerkom [VanB 95] rapporte que les clowns vont chanter des chansons aux enfants qui sont dans le coma, leur raconter des histoires, leur faire des caresses. Elle mentionne que les clowns ont été très heureux de voir deux enfants se réveiller du coma* en leur présence.

2. Activités de mise en relation :

- La présence des clowns au côté de l'enfant, pratiquement dans tous les lieux où il va, permet de faire une unité et de **tisser un lien humain entre ces lieux** qui sont très hostiles pour l'enfant [OPPE 97].
- En jouant avec la famille du petit patient, le clown **rétablit des relations** entre l'enfant et ses proches. Voirin rapporte le témoignage du Dr Girafe du *Rire Médecin* : une maman angoissée passait toutes ses journées assise auprès du lit de son bébé qui n'avait aucune communication avec elle. Survient un clown qui joue avec l'enfant, puis lui pose son doigt sur le nez ; l'enfant fait de même avec un sourire ; "*Le clown se tourne alors vers la maman et pose le doigt sur le nez de la maman. L'enfant rit. La maman s'approche, pose son doigt sur le nez de son enfant... et le jeu clown/enfant se poursuit à trois : le clown, l'enfant et sa maman.*" [VOIR 95].
- Le clown permet aussi à l'enfant de **redécouvrir** toutes les potentialités de son propre **corps**. Le corps meurtri, parfois rejeté par l'enfant lui-même redevient source de **plaisir** : des plumes posées par le clown sur les petits pieds de l'enfant amplifient leurs mouvements et fait penser à des danseuses [VOIR 95].
- Le clown met aussi à contribution toutes **les personnes de passage**, qu'ils soient soignants, agents d'entretien, visiteurs.

3. Activités de narration :

Les clowns racontent des histoires, disent des poèmes, utilisent des métaphores*, chantent des comptines ou des chansons, proposent des rébus et des histoires drôles.

Les clowns prescrivent aussi des ordonnances humoristiques, dont l'observance* ne devrait pas poser de problème, puisqu'il s'agit de câlins, de caresses, ou de bisous (q.s.p.⁹ aller jusqu'à la prochaine visite).

⁹ q.s.p. : quantité suffisante pour...

4. Activités de spectacle :

Ces activités ont pour but d'éveiller l'attention ou de détourner l'attention par rapport à une situation que l'enfant peut recevoir comme un traumatisme.

Les clowns jouent des petites scènes comiques, s'amuse à cacher, font des bulles de savon, imitent, miment, changent de voix, prennent des photos instantanées, font des tours de magie, jouent de la musique, parodient les soins et les soignants, font des farces aux soignants.

5. Activités qui favorisent l'expression de l'enfant :

- Utilisation de marionnettes
- Danses
- Processions à travers le service
- Projection d'objets par l'enfant : jeu avec un pistolet à eau, ou des balles que l'enfant peut jeter
- Création d'un code ou d'un nouveau langage propre à l'enfant
- Jeux
- Echanges avec des objets représentant une partie du corps (corne, grandes oreilles du clown, queue détachable, nez)
- Jeux de rôles, où l'enfant devient magicien, princesse, roi... Lors de ces jeux, les clowns peuvent proposer à l'enfant de rejouer des scènes de soins, mais l'enfant devient l'agresseur, et le clown l'agressé ; ou bien le clown peut aussi agresser symboliquement l'agresseur – le soignant – à la place de l'enfant.

3. COMPÉTENCES REQUISES POUR ÊTRE CLOWN HOSPITALIER

"C'est un clown pas content qui regarde le carnet de notes de son fils :

– Qu'est-ce que je vois ? explose-t-il. Monsieur fait rire ses petits camarades en classe ! Non, mais tu crois que c'est comme ça que tu vas réussir dans la vie ?" [TOUQ 98]

Tous les articles que nous avons lus insistent sur la nécessité d'exercer la fonction de clown avec beaucoup de sérieux et de professionnalisme.

Mancke, Maloney, et West [MANC 84] qui citaient une troupe de clowns amateurs – les *Jolly Julies* – qui rendaient visite à des adultes, décrivaient qu'il est nécessaire que la personne désirant être clown passe par tout un processus de maturation personnelle avant d'aller voir les patients. Il s'agit de faire naître le clown qui est en soi, c'est-à-dire paradoxalement développer le soi intérieur (l'être) et de faire mourir le soi extérieur (le paraître). Même s'il est affublé d'un déguisement, le clown doit être vrai. *"Le clown envisagé comme guérisseur n'est pas le clown qui hurle des bouffonneries, qui bat et se fait battre."* [MANC 84]

Ayant acquis son identité de clown, ce nouveau nez (rouge) a besoin d'une solide formation constituée d'échanges avec d'autres clowns en formation, où sont travaillées les expressions, la gentillesse, la délicatesse. Devenir clown n'est jamais fini, car le clown s'enrichit sans cesse de l'expérience du contact avec les gens.

Les *Jolly Julies* comptaient en leur sein des personnes de toutes conditions sociales, qui étaient aussi bien des étudiants que des professeurs d'université ou des personnes ayant un handicap mental ou physique. Aux yeux des patients, il était impossible de distinguer les origines sociales de ces clowns, ce qui constituait certainement un excellent critère de maturité dans l'art d'être clown.

Les troupes de clowns françaises et américaines intervenant dans les services de pédiatrie sont toutes constituées de professionnels du spectacle. *Le Rire Médecin* est une troupe entièrement consacrée à l'hôpital, tandis que les clowns provinciaux de Lille et de Nancy sont issus de troupes professionnelles à qui une association propose une offre d'emploi en milieu hospitalier.

Pour les clowns du *Rire Médecin*, la sélection initiale est rigoureuse : il faut posséder une solide expérience du spectacle, des talents de musicien,

de conteur, de jongleur, de magicien. Chacun des clowns reçoit une formation spécifique de plusieurs mois pour adapter son jeu à l'univers hospitalier, pour le comprendre et le respecter [VOIR 95].

Les compétences requises pour être clown, outre celles que demande *le Rire Médecin*, sont : art, imagination et création, humour, délicatesse et tendresse, savoir-faire, écoute, profond respect de l'autre, et aucun jugement. Il faut avoir des qualités d'adaptation, savoir inventer des parades dans un contexte déstabilisant, savoir deviner ce à quoi rêve le patient, savoir improviser pour chaque personne rencontrée, et avoir beaucoup de courage pour des journées qui sont épuisantes.

4. OUTILS D'ÉVALUATION DU TRAVAIL DES CLOWNS ET RÉSULTATS

Nous avons une vision très parcellaire de l'évaluation du travail des clowns qui ne permet pas toujours de faire la part des choses entre l'enthousiasme des auteurs des articles et des faits objectifs. Toutefois ces articles laissent apparaître des outils d'évaluation assez simples.

4.1. Moyens internes d'évaluation

A Paris, les clowns du *Rire Médecin* tiennent un cahier où sont consignés l'histoire médicale, la situation sociale, et les besoins émotionnels de chaque patient [OPPE 97]. Les clowns se réunissent une fois par mois pour relire leur travail avec un psychologue spécialisé en oncologie*. Ils affinent leur travail en invitant des personnes extérieures pour compléter ce qui leur semble pouvoir être amélioré.

Aux États-Unis, une fois par mois, les sketches clés sont répétés à plusieurs reprises devant Michael Christensen, jusqu'à ce qu'il estime que la réaction du patient sera plutôt celle d'un sentiment de retrouver une maîtrise, plutôt qu'un sentiment de frustration.

4.2. Moyens externes d'évaluation

4.2.1. Evaluation par les patients

Il n'est pas fait mention dans nos lectures de moyen d'évaluation auprès des patients concernés. Il existe plutôt des recueils d'anecdotes, où manifestement le passage des clowns a modifié le comportement des enfants et / ou des adultes.

Le changement de comportement nous semble être un indicateur valable, si sont recueillis des faits et non des interprétations. L'observation d'un enfant qui ne mange pas et qui se remet à manger après le passage des clowns est significatif. Il faut remarquer cependant que le passage des clowns n'est souvent pas le seul facteur qui a permis un changement de comportement. Le clown apporte au soin quelque chose d'essentiel, mais qui n'est pas suffisant, comme nous le verrons plus loin.

Voirin observait toutefois que les adolescents ne souhaitent pas voir les clowns, parce qu'ils trouvaient que cela était trop enfantin. Van Blerkom observait pourtant que les adolescents aimaient plaisanter avec les clowns qui s'amusaient à blaguer avec eux sur des sujets plutôt grivois¹⁰. Voirin pensait que ce que proposaient les clowns de Lille n'était, en 1995, peut-être pas adapté à ce public, mais qu'en retravaillant la question une approche serait peut-être possible, par exemple par l'intermédiaire de la musique (chants à la guitare).

4.2.2. Evaluation par les soignants

La qualité relationnelle des soignants au sein du service, et leur acceptation des clowns au milieu des soins, sont probablement de bons indicateurs du travail performant des clowns. Ceci témoigne en principe de la qualité d'écoute des clowns, de leur qualité relationnelle, de leur adaptation au fonctionnement de l'hôpital qu'ils ne gênent pas, de leur souci d'être attentifs aux autres soignants.

Dans l'hôpital new-yorkais dans lequel elle avait mené son étude, Van Blerkom [VanB 95] constatait que les soignants louaient le travail des clowns à l'unanimité. Ces soignants argumentaient leurs éloges en affirmant que (1) les clowns améliorent l'ambiance générale du service, (2) ils rendent le travail plus facile, (3) ils facilitent les échanges entre parents, enfants, et

¹⁰ *ribald humor* (en anglais).

personnel soignant. Voirin n'avait pas trouvé de soignants opposés au travail des clowns.

4.2.3. Evaluation par les proches des patients (parents)

Van Blerkom mentionne une évaluation chiffrée du degré de satisfaction des parents des enfants hospitalisés qu'elle a menée auprès de 40 parents qui devaient noter sur une échelle de 1 ("n'a pas du tout aimé") à 5 ("a beaucoup aimé") la façon dont eux-mêmes (et non pas leur enfant) avaient apprécié les clowns. Trente-huit ont beaucoup aimé (choix 5), et deux ont aimé (choix 4). Les parents décrivaient que cela les rendait eux aussi heureux.

Toutefois, nous manquons d'informations pour interpréter convenablement cette étude : s'agissait-il de remplir un seul questionnaire par famille ? Comment les parents ont-ils été sélectionnés ? Certains parents ont-ils refusé de participer à l'étude ?

Dans l'enquête qualitative de Voirin qui avait relevé quelques réflexions des parents, il y avait apparemment en règle générale plutôt une satisfaction, toutefois elle relevait d'une part, que quelques rares personnes avaient dit que c'était "un scandale", d'autre part que des parents fermaient la porte pour empêcher les clowns d'entrer, argumentant que l'enfant avait besoin de calme. Il s'agit là manifestement d'un manque de dialogue et de compréhension du travail des clowns.

5. LIMITES, PIÈGES, ET INTERROGATIONS

5.1. Limites et pièges

Les articles mentionnent de façon implicite ou explicite plusieurs pièges, et les limites que peuvent rencontrer les clowns hospitaliers :

1. *Le clown ne comble pas les incompétences et les manques :*

les techniques infirmières doivent être irréprochables, la douleur doit être traitée ; il faut aussi que la famille soit présente, que les besoins affectifs de l'enfant soient satisfaits [OPPE 97].

2. *Le clown n'est pas un amateur :*

nous avons déjà mentionné les compétences nécessaires à son exercice. Si les clowns peuvent être des amateurs – ce qui se conçoit difficilement compte tenu de l'investissement en temps nécessaire pour élaborer des sketches, acquérir des techniques, et rendre service à l'hôpital deux fois par semaine – il est indispensable que leur travail soit excellent.

3. *Le clown n'est pas un "bon docteur" opposé aux "mauvais docteurs" :*

le Rire Médecin souligne ce risque de clivage, qui serait nuisible au bon déroulement des soins.

4. *Le clown ne rejette pas la réalité :*

mais il la lit autrement avec l'enfant. Il ne s'agit pas de faire croire que l'enfant va guérir, comme par enchantement, mais de trouver avec lui des chemins pour accueillir la maladie. Cet accueil peut passer par des phases de grande violence où l'enfant peut se révolter contre sa maladie : il va éclater un ballon, le repousser, l'envoyer à distance. En oncologie, ce ballon peut représenter une tumeur de façon implicite ou expliquée à l'enfant.

5. *Le clown n'est pas un psychologue :*

toutefois, il est bon qu'il travaille en étroite collaboration avec ce dernier. Le risque serait de tout interpréter à travers le jeu, de tout chercher à comprendre, de vouloir rendre tout signifiant alors que la pensée adulte n'est pas la pensée d'un enfant. L'essentiel du travail du clown reste une recherche des moyens d'amuser l'enfant pour lui faire redécouvrir son corps, pour vivre pleinement ce qu'il peut vivre, en particulier à travers le jeu.

6. *Le clown ne doit pas faire peur à l'enfant :*

Le clown est tellement différent en raison de son accoutrement, de son visage, qu'il peut apparaître trop troublant pour l'enfant. L'égalité avec l'enfant est alors perdue, et la surprise tourne au drame.

7. *Le clown doit avoir une parfaite maîtrise de son jeu comique et des réactions excessives de l'enfant :*

Le clown n'est pas là pour faire rire coûte que coûte et sans arrêt. Le risque est de se laisser prendre au jeu comique et ne plus savoir s'arrêter. Il n'est pas là pour se mettre en valeur, mais pour mettre l'enfant en valeur. La tâche du clown est d'abord un *être avec**, qui ira peut-être vers un *rire avec**.

8. *Le clown ne se moque pas des gens :*

C'est plutôt lui qui est sujet de plaisanterie.

9. *Le clown ne guérit pas :*

Le clown rend l'environnement favorable à la guérison. La guérison n'est d'ailleurs pas non plus la propriété exclusive des soignants.

10. *Le clown est un soignant :*

N'ayant pas de formation pour être un soignant comme les autres soignants, il n'est cependant pas exclu de certaines rencontres avec les autres soignants (infirmières, médecins, psychologues, etc.), pour collaborer à la mission de soin, qui consiste à redonner la santé et/ou une relative autonomie au patient.

11. *Le clown n'est pas un médecin :*

Si certaines expériences où des infirmières peuvent donner des soins déguisées en clowns existent – ce qui demanderait une évaluation –, nous pensons qu'il est hors de question que le médecin soit déguisé en clown, pour éviter la confusion chez l'enfant au sujet d'un personnage qui tiendrait à la fois le rôle de l'agresseur et de celui qui reconforte. Le médecin, en raison des ordres qu'il donne en direction de l'enfant ne peut pas être au même niveau que lui, même s'il doit chercher à être proche ; en revanche, le clown recherche à être au même niveau que l'enfant.

12. *Le clown n'impose ni sa présence, ni des actions :*

Il propose une démarche qui prend en compte la personne de l'enfant.

5.2. Interrogations

Les questions qui restent en suspens, pour nous, sont les suivantes :

- *Le clown peut-il développer un comique agressif avec l'enfant vis-à-vis des soignants ?*

Nous avons été surpris de lire dans les exemples que rapporte Voirin, que les clowns pouvaient utiliser un comique agressif vis-à-vis des médecins, des infirmières, être lui-même agressif à la place

de l'enfant envers les soignants, utiliser la moquerie et la raillerie (voire le sarcasme ?).

Le comique agressif chez celui qui est agressé et faible n'a probablement pas la même connotation que le comique agressif de riposte entre deux personnes de même statut. Il est certainement légitime de proposer une défense (et un défenseur) pour le petit qui est offensé par des traitements agressifs.

D'un côté, le clown permet de tout dire, et exerce une agressivité pour rire, de l'autre, il risque aussi d'accentuer le clivage entre l'enfant et le personnel soignant, alors que son rôle est avant tout d'assurer le lien relationnel. Il est peut-être nécessaire qu'une phase agressive puisse s'exprimer, de façon comique ; la seconde phase sera alors celle de l'accueil, et du renfort du lien avec l'agresseur qui ne sera plus vu comme si agressif.

- *Le clown peut-il développer un comique grivois avec les adolescents ?*

Ce terrain, que mentionnait Van Blerkom, nous semble très "marécageux". Nous avons fait l'observation d'un adolescent avec lequel un médecin avait essayé de plaisanter sur la façon dont se déroulait son développement sexuel : nous avons constaté que l'adolescent en avait éprouvé un certain malaise. C'est une période de mutation, où la personne est fragile parce qu'elle est en train d'accueillir d'autres repères.

Si ce comique est possible, à condition qu'il ne se fasse au détriment de personne, il nous semble qu'il existe d'autres modes de comiques plus adaptés à cet âge. Que l'on songe en particulier au comique populaire de la bande dessinée *Gaston Lagaffe*, qui n'aborde pas de comique grivois, mais qui est pourtant fort appréciée chez les adolescents.

- *Le clown peut-il être en blouse blanche et se faire appeler Docteur ?*

D'un côté, le clown en blouse blanche permet de le situer comme soignant, de l'autre il risque de participer au clivage entre "bons docteurs" et "mauvais docteurs". Cette question est peut-être accessoire, et il faudrait demander à l'enfant ce qu'il en pense. Pour

l'enfant, la distinction est probablement claire entre les soignants qui travaillent "pour de vrai", et les clowns qui travaillent dans un monde symbolique. L'enfant qui parle sait parfaitement faire la différence entre ce qui est vrai et ce qu'il a défini comme étant de l'ordre du jeu, espace qu'il définit en énonçant : "c'est pour de semblant" ou "on disait que..."

- *Le clown peut-il parler si facilement de la mort ?*

Nous nous sommes interrogé devant des propos énoncés par des clowns que rapportait Voirin : "Ainsi le clown permet de parler de la mort en faisant semblant : *"...Et si on imaginait que tous les deux (clown et enfant) on est une chenille et que l'on devient papillon... on irait voir le monde d'en haut avec nos ailes, et dans un jour on est mort... Les docteurs racontent n'importe quoi, mais nous on sait bien que demain on sera mort..."*

Nous avons trouvé ces propos assez fins lors d'une première lecture, mais lors d'une seconde lecture, il apparaît dans ce discours plusieurs interrogations :

- Est-ce que dans ce qui est énoncé on parle de la mort en faisant semblant, ou s'agit-il d'un faux-semblant ?
- Est-ce que la vision du monde après la mort est positive ?
- Que sait l'enfant de la mort ?
- Que sait-il de sa propre mort ?
- Le clown peut-il se permettre d'introduire un doute chez l'enfant en lui disant que les docteurs racontent n'importe quoi ?

Comment l'enfant peut-il repérer qui dit la vérité qui le concerne dans un tel discours :

- Est-ce le clown, qui dispose plutôt d'un langage pour le jeu ?
- Sont-ce les médecins, qui sont présentés comme de vrais menteurs ou peut-être de faux menteurs ?

Nous pensons qu'il faut veiller à ce que le clown garde un discours qui soit cohérent avec l'ensemble de l'équipe soignante. Ce discours peut envisager la mort, mais avec une grande prudence par rapport à ce que peut accueillir l'enfant. Une formation en psychologie, une concertation avec d'autres clowns professionnels, avec les soignants et en particulier les psychologues du service est plus que souhaitable.

6. DISCUSSION. LES FONCTIONS DU CLOWN DANS LA GUÉRISON

6.1. Un thérapeute du symbole

Le clown provoque une dissociation salutaire entre la personne et sa maladie. Nous pouvons voir le malade comme une personne envahie par la souffrance. Les soignants, les soins, les proches rappellent sans cesse au malade qu'il est habité par la souffrance. Or le clown vient montrer au malade qu'il est autre chose que sa souffrance, qu'il est une personne à part entière, digne de recevoir du bonheur malgré le malheur.

Il existe inévitablement une séparation entre les préoccupations des soignants et celles du patient : les soignants cherchent à trouver la **cause** de la maladie (le "*comment cela s'est-il produit ?*"), à en atténuer voire en faire disparaître les effets, tandis que le patient cherche un **sens** à sa maladie (le "*pourquoi cela s'est-il produit ?*") et cherche à gérer la façon dont il la vit. Il est nécessaire qu'à un moment donné ces deux quêtes – celle des soignants, celle du patient – se rencontrent, pour que le patient puisse reconstituer son unité.

Le clown est un soignant particulier qui, modestement et avec les autres soignants, permet d'une certaine façon de rétablir cette unité. Il invite le patient à opérer un changement de questionnement. En proposant un peu de gaieté et de plaisir à travers des surprises, il propose au patient de laisser ses "*pourquoi*" pour se tourner vers le présent dans un questionnement de type : "*Qu'allons-nous faire à présent, dans cette situation non pas anormale, mais différente, pour en tirer, quand même, profit et joie ?*"

Le clown est donc un des thérapeutes du symbole. Comme l'assiette de Madame Pénélope (voir chapitre sur le comique), plusieurs éléments sont ici cassés : en réponse à la brisure de l'unité de la personne saine cassée par la maladie, le clown brise la pseudo-unité du malade – mélange d'une personne et d'une force de destruction. Quelle que soit l'issue de la maladie, le clown vient reconstruire symboliquement l'unité de la personne. Par la redécouverte de parcours riches de sens, ceux de l'esprit d'enfance, du rire, et de l'humour, la personne se retrouve elle-même, quand bien même elle serait physiquement amoindrie.

Tous les langages du clown, en particulier non verbaux comme les vêtements ou les expressions du comique, s'allient pour signifier au patient

cette *rupture du déterminisme** dans lequel il s'était englouti en prenant trop au sérieux l'idée qu'il se faisait de la maladie.

L'accueil de ces langages, de cette rupture, reste un choix mis en face du patient. Le clown doit respecter ce choix du patient de ne pas toujours être prêt à accueillir cette rupture.

Le clown agit par opposition, par contraste, pour manifester un drame à rebours, une véritable dé-dramatisation. Le drame qui a mené le patient à l'échec peut devenir la trame de sa remise sur pied.

6.2. Un autre regard.

*Et un autre nez.*¹¹

Le clown comme soignant, dans les sociétés traditionnelles ou à l'hôpital, est avant tout quelqu'un qui a reçu un regard perspicace et humoristique sur les événements. Le clown voit ce qui est malade dans la relation du sujet avec lui-même et dans sa relation aux autres. Et, chose extraordinaire, le clown voit au-delà de ces obstacles des choses que le réel contient, mais que personne ne voit.

Ce regard du clown invite au pardon. Cette proposition de voir autre chose que la morosité est pardon – don au delà du don – de soi à soi dans ce renoncement aux questions qui enferment pour aller vers un rire avec soi-même et un rire avec l'autre et les autres. Cette réconciliation permet d'accueillir la maladie presque comme une amie, d'apprendre à vivre avec elle. Cet accueil est la porte ouverte à la guérison qui reste une surprise.

Le travail du clown est de casser des assiettes avec le patient, c'est-à-dire à la fois de casser des significations anciennes (l'assiette à dessert n'est plus une assiette à dessert une fois cassée), et produire des significations nouvelles en rassemblant les morceaux (les morceaux de l'assiette brisée sont chargés de sens).

Le clown observe les noeuds symboliques dans ce que vit le malade, il vient défaire ces noeuds, pour rétablir d'autres liens. Le clown ne cherche pas à justifier la maladie, ce qui reviendrait à essayer de chercher de trouver un sens au désordre. Le sens – le regard – que donne le clown est un sens

¹¹ □ BERGERAC C. : Rhinite gélastique à répétition chez le clown hospitalier. *Journal of Medical Clownery*, 1976;34(28):12-9.

pour le malade tout entier, dans un présent en devenir. Autrement dit, il n'y a pas de recherche d'un sens passé chez le clown, mais création de sens avec le présent, pour vivre un présent joyeux.

Le clown reconstruit un être libre doué de parole. Il aide le patient à trouver sa place dans l'hôpital où il s'est trouvé jeté par la maladie. Il permet au patient de trouver son propre chemin, de trouver son propre rôle. Il permet de gérer le corps tel qu'il est et non tel qu'il est rêvé, ce qui passe par l'imagination (la mise en images), la création, et le jeu, espace connu, maîtrisé, de tous les possibles. Le clown redonne une fonction anthropologique fondamentale qui est celle de désigner, de nommer ce qui ne va pas, et de donner les moyens de cette désignation.

6.3. Celui qui restitue le temps.

Parmi tous les repères que donne le clown, l'un des repères que reçoit le patient est le temps. Le patient perd souvent la notion du temps à l'hôpital, parce qu'il n'est jamais en vacances, la maladie ne lui laissant aucun répit.

Il est donc plus que souhaitable qu'il y ait des ruptures dans le déroulement continu infernal des journées pour redonner au patient la notion de temps qui s'écoule [DEAN 97], qui avance, et qui avance dans une bonne direction, quelle que soit l'issue de la maladie d'ailleurs. Le temps du clown est un temps de fête.

Nous pensons donc aussi qu'il est bon que le clown ne soit pas présent plus de deux fois par semaine dans un même service. Cette discontinuité dans sa présence permet justement de montrer la rupture. L'absence permet aussi au patient de faire mémoire de ce qu'il a vécu avec le clown, de redonner au patient toute son autonomie.

Si les clowns étaient sans cesse présents dans le service au chevet de chaque patient, le risque serait que le service du clown se transforme en "clown-thérapie" intensive, ce qui entraînerait une dépendance du patient au clown : la relation du patient au clown et du clown au patient deviendrait fusionnelle, l'autonomie du patient deviendrait une illusion.

CONCLUSION

Nous avons vu que le clown soignant aurait des racines dans des anciennes populations autochtones d'Amérique et du Sri Lanka. Les clowns hospitaliers français sont nés à New York dans les services de pédiatrie.

Nous avons décrit dans leurs grandes lignes les rôles du clown, ses limites, l'évaluation de son travail. Il s'agit d'un travail professionnel et digne d'intérêt. Dans notre discussion, nous nous sommes interrogé sur sa place et sa signification dans le système de soin occidental.

Selon les cinq critères qui entrent dans notre définition de l'humour, le clown est un personnage qui incarne parfaitement l'humour auprès du patient et des soignants. Il est souvent (1) drôle, (2) bienveillant parce qu'il agit avec délicatesse et respect, il est (3) humble et invite à l'humilité dans cette simplicité à se risquer à jouer, il propose (4) une création malgré les contraintes de la maladie tout en la prenant en compte, (5) il invite à une joie dans la relation.

Dès lors, il devient difficile de prendre à la légère la question du travail des clowns en milieu hospitalier auprès des enfants, mais pourquoi pas aussi auprès des adultes.

En ce qui concerne les clowns pour les adultes, il est possible qu'existent des réticences culturelles à les accueillir. Il faudrait pouvoir préciser ces réticences au moyen, par exemple des questionnaires phénoménologiques que nous avons proposés (Chap. 6, 1.2., grille 2). Nous pensons toutefois, après avoir lu les expériences des clowns protestants auprès des adultes, que des expériences similaires pourraient être tentées en France.

Thérapeutes du symbole, de la relation, apportant un autre regard, restituant la notion du temps, les clowns hospitaliers ne sont cependant pas la seule réponse qui permette au malade de redonner un sens à son existence au coeur de la souffrance.

CONCLUSION

"Un petit garçon entre d'un air décidé dans un magasin de jouets. Il veut acheter un avion. Mais au moment de payer, il sort des billets de Monopoly.

– C'est pas des vrais billets, dit la vendeuse.

– C'est pas non plus un vrai avion, répond le petit garçon."

(sic) [TOUQ 98]

La plus courte définition de l'humour que nous proposons est : "*rire avec*". En effet, l'humour est un comique bienveillant qui se fonde sur un *être avec*, un rire qui construit un "nous" sans exclure, un rire du plus profond respect.

Nous avons donc pris le plus grand soin pour redonner à l'humour ses lettres de noblesse, et éviter cette confusion avec le comique mêlé qui introduit un doute concernant les intentions bienveillantes de l'humour.

Car l'erreur est là : croire que l'humour est un sicaire¹ déguisé en bouffon, que le comique est toujours un spadassin², alors que c'est parfois un petit enfant espiègle et ingénu qui déclare que le roi est nu. L'humour s'amuse à tirer sur le fil de tout ce qui va de soie³, pour habiller le terreux (l'homme) – celui qui se croyait roi (surmoi) de son propre sujet (moi) – des plus beaux atours qu'il sied à un souverain de porter, à savoir la liberté. Car :

"L'humour est taillé dans la même étoffe que le devenir." [JANK 95].

Empruntant le paradoxe du comique comme outil, l'humour est cette humble et joyeuse remise en question.

L'humour se sert en effet du comique pour rompre avec la morosité de n'importe quelle idée préfabriquée. Le rire ou le sourire de l'auditeur est alors la plupart du temps le signe que la re-crédation de cette rupture de déterminisme a bien eu lieu en lui.

¹ Tueur à gages qui utilise habituellement un couteau pour son sinistre office plutôt qu'une petite cuillère.

² Autre tueur à gages qui utilise un couteau beaucoup plus grand, appelé épée. Ce genre d'assassin pouvait être euphorique au XIII^{ème} siècle, lorsque c'était un *hachchâchi* (étymologie du mot "assassin" en langue arabe), un "buveur de haschich", qui rançonnait les voyageurs.

³ Il n'y a aucune dysorthographe rampante. On dit bien que les lunettes sont des verres à soi.

Plusieurs indices montrent que l'auditeur invité à participer au rire proposé par l'humour peut être le patient, même à l'extrémité de son existence, ou se trouvant dans le difficile contexte de l'accueil de ses limites.

Les études expérimentales du comique employé chez le sujet sain confronté à différentes agressions ne montrent que des bénéfiques, somme toute, accessoires. En revanche, les études phénoménologiques qui interrogent les patients exposés à différentes situations réelles, dont l'approche de la fin de vie, nous renseignent sur leur perception du phénomène humour et sur sa place au cours du soin.

L'humour, qu'il soit initié par le patient ou le soignant, se situe au mieux, selon nous, au moment où le patient accueille ses propres limites, avec humilité. Cet accueil de ses limites est rarement initial, sauf si le patient a déjà été confronté à ses limites au cours de son histoire personnelle. L'accueil des limites se situe après ce que nous appelons un temps de crise*.

Cette crise est la phase d'adaptation, le moment où le patient passe d'un état stable, où il se trouvait en relative bonne santé à un état instable où il est confronté au bouleversement imposé par la maladie. La maladie révèle brusquement au patient qu'il n'est pas immortel, et la plupart du temps, elle met probablement à mal sa pensée infantile magique de toute-puissance. Ce réveil est certainement d'autant plus brusque dans notre société que l'échec est souvent tabou, que la mort est cachée, et que des rites funéraires nouveaux ne facilitent pas le travail de deuil.

Ce temps de crise se situe dans le travail de deuil, avec ses paroxysmes comme la colère, ses rejets, ses négociations, ses fuites :

"Dans le combat qu'il livre pour assumer sa maladie et sa mort, le patient en fin de vie doit traverser différentes phases. Pendant la première, il nie son état, continue à travailler "comme [s'il allait] aussi bien qu'auparavant", consulte plusieurs médecins dans l'espoir qu'ils formuleront un diagnostic différent et cherche à cacher la vérité à sa famille (qui peut également vouloir la lui taire).

La deuxième phase s'ouvre lorsqu'il lui faut affronter la triste réalité ; sa réaction à la maladie s'exprime alors par un "pourquoi moi ?" indigné.

Si, au lieu de le juger, nous apprenons à l'accompagner (à ne pas prendre cette colère comme une insulte personnelle), il peut aborder la troisième phase, dite de "marchandage". Il négocie avec Dieu la prolongation de sa vie, promet de bien se conduire et de se consacrer à la religion s'il échappe à la souffrance, essaie de "mettre les choses en ordre", de "régler les affaires courantes", et parvient à ce constat : "C'est à moi que cela arrive".

Il accède enfin à la phase de dépression, commence par faire son deuil des pertes subies dans le passé, puis se détache graduellement du monde extérieur. Il se désintéresse des êtres et des événements, demande à avoir

toujours moins de visites et vit en silence un chagrin préparatoire. Si on le laisse exprimer cette douleur, si on ne prolonge pas artificiellement sa vie et si sa famille sait "lâcher prise", il peut parvenir à la phase d'acceptation et mourir en paix." [KÜBL 98]

Le travail de deuil est un travail de gestation, de maturation, un passage. C'est le passage de *l'avoir* à *l'être* : de "j'ai un corps" à "je suis mon corps". Il s'agit d'une dépossession, d'un dessaisissement : le patient passe d'une situation où il *possède* à une situation où il perçoit qu'il *est*, mais aussi qu'il *n'est pas* ou qu'il *n'est plus*. Ce passage est douloureux, parfois au sens physiologique, mais surtout au sens psychologique.

Ce dessaisissement et la souffrance que produit cet arrachement laissent apparaître *l'être avec*, c'est-à-dire tout le tissu des *relations* entre le souffrant et les autres.

Nous avons été frappé, en élaborant notre travail, de voir combien l'humour est une *relation* : relation de soi à soi, relation de l'enfant avec ses parents, relation des soignants entre eux, relation des soignants et des patients, relation des patients entre eux, relation des patients et de leurs proches, relation au sein du couple, relation des patients à la transcendance.

L'être avec l'autre est le fondement de l'humour et du soin : comme nous le disions en introduction, se recevoir de cet autre, l'accueillir, l'écouter, se faire réceptacle de sa souffrance est ce qui nous est demandé en premier lieu, attitude où se déploient nos compétences.

Se faire réceptacle de la souffrance de l'autre n'est pas se laisser détruire par la souffrance, mais se laisser toucher par cette souffrance, reconnaître que dans l'autre, c'est nous-même qui sommes meurtri.

Quelle condescendance aurions-nous, en effet, à ne pas nous reconnaître un peu dans cet autre dont les pieds, comme les nôtres, embaument le vieux fromage ! C'est précisément là que l'humour attend qu'on vienne le cueillir. Il se pose comme un papillon sur ce qui est bas, vil, laid, petit, insignifiant, sans importance mais si agaçant, non pour s'en moquer mais pour apprendre à aimer tout cela. Cependant, nous faisons tellement de vent avec nos gesticulations que le papillon s'envole.

L'humour vient élever ce qui est sans noblesse. Il rend humain ce qui s'obstine à ne pas l'être, lorsque nous avons consenti à poser ce regard créatif qui donne un vrai sens aux choses, non telles qu'elles devraient être

mais telles qu'elles sont, au service de l'homme, dignes de l'homme, même dans leurs déconcertantes subtilités.

Ce n'est donc pas de la maladie que nous rirons. Nous rirons avec nous-même, au pied levé et aux pieds du patient, enivré par des effluves qui, d'ordinaire, annoncent qu'il y aura peut-être, juste après, du dessert, un peu de joie.

L'humour est compassion*. Dans sa bienveillance, il ne se rit jamais du malheur de l'autre. Il est silencieux face à la souffrance. Le socle de l'humour – la bienveillance – repose certainement sur la miséricorde, ce pincement que ressent une mère lorsque son enfant souffre, ce qui la fait courir auprès de lui pour le consoler. La miséricorde n'est pas l'humour, elle est plus profonde. Mais l'humour vient après cette miséricorde, après cet accueil de la souffrance.

Nous avons dit que le comique a besoin de cette insensibilité, de cette anesthésie du cœur. L'humour n'est pas insensible, mais il viendra là où il n'y a rien de sensible, il s'amusera avec des choses anodines, des choses vis-à-vis desquelles on ne ressent pas d'affect particulier, ou bien vis-à-vis desquelles on éprouve des sentiments apprivoisés, accueillis, consentis.

Au cours de la rencontre, l'humour s'exprime aussi dans les civilités du début de l'entretien singulier entre le soignant et le patient ; c'est probablement plus souvent le soignant qui l'initie. Les uns ou les autres, en sommes-nous dépourvus ? Qu'importe. L'essentiel n'est pas de faire rire, mais d'offrir au patient des talents qui nous ont été prêtés pour le soigner et que nous avons fait fructifier.

L'expression d'un comique de la part du patient doit attirer notre attention pour ne pas manquer d'y lire éventuellement une mise à distance de souffrances. Il faudra aborder ces souffrances avec tact, car leur mise à distance est une stratégie d'adaptation face à l'adversité particulièrement pertinente : déjouer le comique masque – comique bouclier – c'est peut-être risquer de mettre le patient à nu, de lui faire toucher maladroitement sa vulnérabilité. Il existera des moments opportuns, où le patient ouvrira un pont-levis ou une porte dérobée pour nous inviter à entrer dans la compréhension de sa souffrance. Il nous faut accepter que la vérité soit un chemin avec lui, parfois lent, parfois rapide. Ce chemin va vers sa libération, qui se manifesterá par son adhésion aux soins proposés, par le renoncement à n'être autre chose que lui-même.

Nous avons pu voir que l'humour avec le patient apparaissait suite à une maturation progressive dans le dessaisissement de soi. Mais, parce que l'humour est un don, il peut surgir comme l'éclair, du tac au tac, pour sauver une situation où la mort se fait désirable. Notre père rapporte ainsi cette irruption de l'humour avec une patiente ayant des idées suicidaires :

"– Docteur, je veux me jeter par la fenêtre !

– Ne faites surtout pas cela, ma voiture est garée juste en dessous !"

La patiente a beaucoup ri avec lui et elle a vu disparaître dans l'instant ses idées de mort. Mais l'humour – comme hapax – était valable pour cette rencontre unique : il ne s'agit pas d'une recette comique qui permettrait de tirer un trait sur toutes les situations apparemment sans issue.

Le patient peut-il accueillir l'humour à l'approche de la mort ? La réponse est résolument affirmative, même s'il reste à interroger encore beaucoup de patients, avec tact et avec méthode, avec des questions extraites ou retravaillées à partir des questionnaires phénoménologiques que nous proposons, ce qui peut faire l'objet d'autres travaux. Cela suppose probablement une certaine proximité et un certain temps partagé avec ces patients.

Kübler-Ross, qui a pris le soin d'écouter des centaines de patients à l'approche de la mort, confirme notre intuition que l'humour peut venir au chevet de ceux qui savent qu'ils vont partir :

"J'ai beaucoup apprécié l'humour de mes patients en fin de vie. Avec certains d'entre eux, je ris même de bon coeur. Ils font parfois preuve d'un incroyable sens de l'humour s'ils ont réglé toutes leurs affaires courantes, si l'on n'entre pas dans leur chambre avec une tête d'enterrement et si l'on ne juge pas pervers de s'amuser avec eux. Ceux qui ont fait preuve d'humour au cours de leur existence le conserveront, tout naturellement, dans leurs derniers instants." [KÜBL 98]

L'humour est d'ailleurs présent dans le folklore qui accompagne la fin de vie en Irlande de l'Ouest, où la mort est vécue comme un passage [DONN 99].

L'humour occupe certainement tous les endroits où la mort rode. Il peut même être au coeur des décisions politiques dans des moments tragiques. Ainsi, au Royaume Uni au cours de la seconde guerre mondiale, après le *Blitz** qui détruisit Londres, le gouvernement avait décidé de faire en sorte qu'une vie normale puisse se dérouler et en particulier que les

concerts prévus puissent *quand même* avoir lieu, *malgré* les décombres, pour maintenir le moral de la population. Les commerçants avaient affiché sur les pans de murs résiduels de leurs magasins : "*Encore plus ouvert que d'habitude !*"⁴ L'humour est un dessaisissement qui vit de petits riens, il est espérance et construction de la communauté humaine.

A l'opposé, durant cette même guerre, s'élaborait la Shoah*, destruction programmée de populations. N'oubliant aucun détail dans leur bêtise, des hommes s'acharnaient à essayer d'en détruire d'autres, y compris par le comique.

En 1971, des médecins polonais ont adressé une enquête pour connaître quel comique était employé en situation concentrationnaire, auprès de 396 survivants des camps d'Auschwitz-Birkenau [JAGO 73]. 392 participants ont répondu, dont 60 en présentant des réponses très élaborées, et 20 essayant d'avoir une approche générale sur la question.

Ces anciens prisonniers racontaient que le comique employé par les tortionnaires fut d'une violence inouïe : chaque fois que les SS exprimaient du comique, les prisonniers étaient généralement en danger.

Le comique employé par les prisonniers était souvent très noir. Leurs blagues devenaient plus dures et plus blessantes que celles qu'ils exprimaient en liberté. Leurs réactions n'étaient pas celles de la vie courante : des paroles qui suscitent normalement de la frayeur provoquaient leur rire, ce qui leur permettait de se libérer d'une tension insupportable. Selon l'analyse des auteurs, il s'agissait plutôt d'un comique pathologique, parce qu'il coexistait avec les émotions négatives les plus fortes, provoquant le rire des anciens prisonniers, mais l'aversion des nouveaux venus.

La cruauté des assassins nazis fut donc de laisser croître le cynisme chez ceux qu'ils allaient exécuter, tuant, avant l'heure, leurs victimes par le rire.

Pourtant, durant leur détention, certains prisonniers ont eu l'occasion de partager des histoires drôles qui n'avaient rien à voir avec la vie du camp, ce qui leur permit de s'évader un peu par la pensée. On peut ainsi citer le psychothérapeute Frankl, ancien détenu de Dachau, qui s'était promis d'inventer avec un ami au moins une histoire drôle par jour à propos des incidents qui pourraient arriver après leur libération⁵. L'humour peut venir là où on ne l'attend pas.

⁴ Open as never !

⁵ KLEIN Allen : Humor and death : you've got to be kidding. Analyzing a special communication tool. *American Journal of Hospice Care*, 1986;3(4):42-5.

L'humour a certainement des liens avec la résilience*, ce que Cyrulnik résume comme étant ce "*merveilleux malheur*" [CYRU 99]. La résilience est cette capacité de tirer un avantage d'une situation qui normalement n'est cause que de désagréments et de désespoir.

Cyrulnik raconte ainsi que lors de la prise d'otages de l'école maternelle de Neuilly-sur-Seine par un homme habillé de grenades (Human Bomb), les enfants n'avaient pas peur tant qu'ils étaient otages, parce que l'institutrice avait présenté le preneur d'otages comme l'acteur d'un jeu. "*En revanche, quand les policiers firent irruption dans la maternelle, se saisissant des petits pour s'enfuir avec eux, les enfants se sont sentis arrachés à leur "sécurité" par ces voleurs cagoulés [...] Ca, c'était l'horreur !*" [CYRU 99, pp 33-34]. Cyrulnik ajoute que c'est un détail affectif de cette fuite qui symbolisera l'horreur, qui se fixera dans la mémoire de l'enfant : les gens qui crient, une joue mal rasée, une médaille qui saute sur un blouson. Un de ces détails, rencontré dans un autre contexte réveillera l'horreur, alors que le preneur d'otage n'était pas menaçant ! Avant que les policiers n'arrivent, les enfants avaient adopté un mécanisme de résilience.

Nous connaissons mal toutes les ressources de l'être humain face à l'adversité. Nous aurions presque envie de dire que la résilience n'est pas un mécanisme de défense. Vis-à-vis de quoi, en effet, les enfants se sont-ils défendus, puisqu'il n'y a pas eu de menace ressentie au moment logiquement le plus menaçant ? La résilience, comme l'humour, semble cueillir dans le réel ce qui va servir à libérer la personne. Elle fait intervenir les ressources affectives de la personne, donne des significations insoupçonnées au réel. Ce phénomène semblerait être plus fréquent qu'on ne le pense. Or, les professionnels de santé ne rencontrent que les personnes qui ont présenté des troubles de l'adaptation. Il convient à présent de mieux comprendre quels sont les processus habituels de réparation [CYRU 99, p 18].

L'humorologie au service du patient est encore une discipline trop récente pour connaître toutes les applications concrètes qu'elle peut proposer dans la recherche de la qualité de vie.

L'étude du rire, du comique, et de l'humour, nous a permis de parcourir les trois grandes composantes de l'homme, à savoir la composante somatique* avec le rire, la composante psychique avec le comique, la composante spirituelle* (ou relationnelle) avec l'humour. Il existe même une filiation, pensons-nous, entre le rire, le comique et l'humour : l'humour donne naissance au comique, qui lui même donne naissance au rire, mais tous les rires et tous les comiques ne viennent pas de l'humour. Cette hiérarchie nous

permet de classer et comprendre les traitements qui font intervenir ces trois niveaux.

La gélothérapie* nous laisse dubitatif quant aux moyens qu'elle veut utiliser pour provoquer le rire à tout prix : faut-il utiliser le gaz hilarant, faut-il donner du haschich en pilule ? Avec ces thérapeutiques, c'est certainement la machinerie "rire" qui est mise en marche, mais cela ne vient pas donner sens, cela ne vient pas casser les déterminismes de la pensée. Au contraire, donner des succédanés du comique, ce sera souvent fermer des cercles vicieux, construire justement des déterminismes : lorsqu'on ne saura plus donner sens, on saupoudrera de rires artificiels.

A l'opposé, le comique va justement proposer cette rupture qui produit un sens nouveau. Le comique utilisé comme thérapie, peut-être à travers un chariot du rire, un programme de spectacles, la venue régulière de clowns, pourrait ainsi venir briser certains déterminismes, en particulier celui de la fatalité due à la maladie, celui des pensées qui tournent sans cesse en rond dans la tête du patient.

Mais le comique proposé joue probablement sur certaines significations dans des situations que le patient peut comprendre puisqu'il rit, sans pour autant que le patient fasse le saut dans une analogie avec ce qu'il vit dans sa maladie. D'autres fois, le comique viendra finalement peut-être "déteindre" sur le patient qui s'en est approché : il redécouvrira peut-être, en riant, qu'il n'y a pas que la tristesse de la maladie, qu'il peut changer de point de vue par rapport à lui-même. En cela, ces thérapies complémentaires qui utilisent le comique ont certainement quelque chose à apporter. Il ne faut probablement pas en attendre des effets spectaculaires : elles ne peuvent contribuer à améliorer la maladie que dans la mesure où les autres soins sont déjà présents.

L'humour ne saurait constituer une thérapeutique dans la mesure où il s'agit d'un don, d'une surprise, au coeur d'une relation. Mais la question de l'humour nous invite à d'autres réflexions, en particulier sur la façon d'inviter le patient à s'ouvrir au dessaisissement, à l'humilité, aux symboles qui seront des portes d'entrée pour l'humour.

D'autres voies thérapeutiques empruntent les mêmes chemins que le comique et l'humour. Elles offrent peut-être elles aussi, l'occasion de briser le cercle vicieux du sentiment de fatalité de la maladie. Nous pourrions les appeler "traitements créatifs" ou "thérapies avec des symboles".

Il s'agit de toutes les activités de création, les activités artistiques que l'on peut proposer au patient, comme le théâtre, la peinture, l'expression

corporelle, la musique. Il faut sans aucun doute y ajouter les activités qui font intervenir la narration, comme la lecture – certains parlent de bibliothérapie. Si le patient est croyant, il convient de ne pas faire obstacle aux rites propres à sa religion, dans la mesure où cette relation à la transcendance a pour objectif de le rendre libre au coeur de ses limites, avec ses limites, de le rassembler en lui-même, de le relier aux autres⁶, de défaire des noeuds symboliques.

Il ne sera pas possible de rire avec tous les patients, ni avec tous les acteurs du soin.

Pour les uns, c'est une carence familiale humoristique dans l'enfance qui pourra expliquer partiellement cette difficulté à accéder à l'esprit d'enfance. On n'a pas jugé bon de prendre du temps pour s'amuser avec la personne lorsqu'elle était enfant. Aimard parle d'enfants du non-humour*. Le comportement de certains de ces enfants du non-humour est, dit-elle, plus entier que chez les autres, plus agressif, en raison d'un ajustement aux frustrations qui ne s'est pas fait en douceur par l'intermédiaire de l'humour.

Chez d'autres, il s'agit de la "*carapace de conformisme de certaines éducations*" qui n'ont pas laissé beaucoup de place à la créativité. Les enfants du non-humour ne sont heureusement pas fermés définitivement à l'humour.

Pour d'autres encore – situation la plus fréquente, espérons-le –, il n'est pas facile de s'autoriser à retrouver un esprit d'enfance. Nous avons beaucoup de bonnes raisons. Mais, comme le dit un de nos amis, lorsqu'on aura eu "raison des raisons", alors, peut-être...

L'humour au sein de la maladie, de la souffrance, c'est ce *quand même* : "*Même si je suis usé par la souffrance, il fait bon vivre ce petit reliquat d'existence. Même si mon corps m'est arraché, je suis, je demeure celui qui existe, parce que mon existence se fonde sur la relation, l'être avec, dont mon corps, aussi meurtri soit-il, reste l'interface privilégiée.*"

Nous n'ouvrons pas la porte à une grande "rigolade" à l'hôpital et dans le soin. Il s'agit de tout autre chose, de plus subtil, de plus discret. Dans un système de soin complexe, exaspérant parfois, l'humour a ceci de paradoxal qu'il invite au renoncement, à l'humilité, au choix libre de n'être que soi et d'y trouver de la joie, dans un regard renouvelé.

⁶ Le terme *religion* vient soit du latin *relegere* "recueillir, rassembler" [de *legere* "ramasser", et de façon figurative "lire"], ou de *religare* "relier" [ROBE 92].

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Dans le corps du texte, pour les renvois aux références bibliographiques, nous avons adopté le système d'écriture suivant : figurent habituellement entre crochets les quatre premières lettres du nom de famille du premier auteur suivies d'un espace puis des deux derniers chiffres de l'année de publication.

Ex. :

[**ACKE 94**] : [ACK]ERMAN Michael H., HENRY Mary Betty, GRAHAM Kathy M., COFFEY Nancy :
Humor won, humor too : a model to incorporate humor into the healthcare setting (revised).
Nursing Forum, 1994;29(2):15-21

Cette référence sera donc citée comme suit dans le corps du texte :

le développement en parallèle d'un programme infirmier pour améliorer les conditions de travail avec humour [ACKE 94]

Il existe quelques exceptions dans ces règles personnelles d'écriture. On peut ainsi citer :

- les auteurs d'écrits anciens dont il serait hasardeux de donner une année précise de "publication". Le chiffre qui suit les 4 premières lettres de leur nom est un chiffre arbitraire (ordre d'apparition dans le texte). Ex. [HIPP 1] : écrits d'Hippocrate que nous citons en premier dans le texte.
- certaines sources non médicales, comme certains dictionnaires, pour lesquels nous avons adopté une notation abrégée arbitraire. Ex. : [BAIL GF] : Bailly, dictionnaire Grec Français.
Rem. : [THOR 93a, b, 94] = [THOR 93a], [THOR 93b] et [THOR 94].

[**ABEC 96**] : ABECASSIS Armand :
Le rire des Patriarches.
Lumière & Vie, 1996;55-5(230):7-14.

[**ACKE 94**] : ACKERMAN Michael H., HENRY Mary Betty, GRAHAM Kathy M., COFFEY Nancy :
Humor won, humor too : a model to incorporate humor into the healthcare setting (revised).
Nursing Forum, 1994;29(2):15-21.

[**ADAM 86**] : ADAMS Elisabeth R., McGUIRE Francis A. :
Is laughter the best medicine ? A study of the effects of humor on perceived pain and affect.
Activities, Adaption, and Aging, 1989;8:157-175.

[**AIMA 88**] : AIMARD Paule :
Les bébés de l'humour.
Bruxelles : Pierre Mardaga, 1988. 345 p
(Psychologie et sciences humaine)

[**APTE 88**] : APTE Mahadev L. :
Disciplinary boundaries in humorology : an anthropologist's ruminations.
Humor : International Journal of Humor Reserch, 1988;1(1):5-25.

[**AQUIN**] AQUIN (d') Thomas (Saint-) :
La Tempérance, Tome deuxième, 2a, 2ae, Question 168 :
"La modération dans les mouvements extérieurs du corps".
In *Somme théologique*.
Desclée et Compagnie, 1928.
(La Revue des Jeunes)

[**ARIN 71**] : ARING Charles D. :
A sense of humor.
Journal of the American Medical Association (JAMA), 1971;215(13):2099.

[ARIS 1] : ARISTOTE :

Poétique.

Paris : Les Belles Lettres, 1932.

Trad. par : J. Hardy.

[ARIS 2] : ARISTOTE :

Ethique à Nicomaque. II, 7 ; IV, 14 ; X, 6.

[ASSI 89] Association des Enseignants d'Immunologie de langue française (ASSIM) :

Immunologie générale.

Paris : Medsi/McGraw-Hill, 1989. 329 p.

[ASTE 94] : ASTEDT-KURKI Paivi, LIUKKONEN A. :

Humour in nursing care.

Journal of Advanced Nursing, 1994;20(1):183-188.

[BAIL GF] : BAILLY A. :

Dictionnaire Grec-Français. - (50^{ième} édition ?)

Paris : Hachette, 1950.

[BAKE 97] : BAKERMAN Heidi Matarasso :

Humour as a nursing intervention.

Axone, 1997;18(3):56-61.

[BEAU 96] : BEAUCAGE Clément, BONNIER VIGER Yv (dirs.) :

Epidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé.

Paris : Gaëtan Morin, 1996. 550 p.

[BECK 97] : BECK Cheryl Tatano :

Humor in nursing practice : a phenomenological study.

International Journal of Nursing Studies, 1997;34(5):346-352.

[BELL 89] : BELLERT Judy L. :

Humor. A therapeutic approach in oncology nursing.

Cancer Nursing, 1989;12(2):65-70.

[BERG 95] : BERGSON Henri :

Le rire. Essai sur la signification du comique. - (8^{ième} édition)

Paris : Presses Universitaires de France, 1995. 158 p.

(Quadrige)

[BERK 88] : BERK Lee S., TAN Stanley A., NEHLSSEN-CANNARELLA S. L., NARPIER Barbara J.,

LEWIS John E., LEE Jerry W., EBY William C., FRY William F. Junior :

Humor associated laughter decreases cortisol and increases spontaneous lymphocyte blastogenesis.

Clinical Research, 1988;36(3):435A.

[BERK 89a] : BERK Lee S., TAN Stanley A., NARPIER Barbara J., EBY William C. :

Eustress and mirthful laughter modifies natural killer cell activity.

Clinical Research, 1989;37(1):115A.

[BERK 89b] : BERK Lee S., TAN Stanley A., FRY William F. Junior, NARPIER Barbara J.,

LEE Jerry W., HUBBARD Richard W., LEWIS John E., EBY William C. :

Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter.

The American Journal of the Medical Sciences, 1989;298(6):390-396.

[BERK 93] : BERK Lee S., TAN Stanley A., FRY William F. :

Eustress of humor associated laughter modulates specific immune system components.

Annals of Behavioral Medicine, 1993;15(Suppl.),S111:D41.

[BERT 98a] : BERTRAND Dominique :

Le propre de l'homme.

Sciences et Avenir (Hors Série) sur le Rire, juillet 1998:34-37.

[BERT 98b] : BERTRAND Dominique :

L'humeur sanguine.

Sciences et Avenir (Hors Série) sur le Rire, juillet 1998:84.

[BIED 96] : BIEDERMANN Gilles :

Action humaine et humilité.

Mémoire de Projet personnel en Humanités,

sous la direction de Madame M.E. BELY

soutenu à l'Institut National de Sciences Appliquées (INSA) de Lyon, janvier 1996. 63 p. (non publié)

[BLOC 83] : BLOCH Sidney, BROWNING Sally, McGRATH Graeme :

Humour in group psychotherapy.

British Journal of Medical Psychology, 1983;56(Pt 1):89-97.

[BLON 88] : BLONDEL Eric :

Le risible et le dérisoire.

Paris : Presses Universitaires de France, 1988. 160 p.

(Perspectives Critiques)

[BORC 88] : BORCH-JACOBSEN Mikkel :

Bataille et le rire de l'être.

Critique, 1988;44(488-489):32-40.

[BOUR 86] : BOURRET Paul, LOUIS René :

Anatomie du système nerveux central. - (3^{ième} édition).

Paris : L'Expansion Scientifique Française, 1986. pp 58-60.

[BOUR 99] : BOURGEOIS Marc Louis :

Défense et coping dans l'adaptation.

In FERRERI Maurice (dir.) : *Le trouble de l'adaptation avec anxiété.*

Paris : Springer-Verlag France, 1999. pp 11-22.

[BROA 87] : BROAD William, WADE Nicholas :

La souris truquée. Enquête sur la fraude scientifique.

Paris : Seuil, 1987. 321 p.

Trad. de l'anglais : "*Betrayers of the Truth*", 1982, par Christian JEANMOUGIN.

(Points Science)

[BUFF 98] : BUFFUM Martha D., BROD Meryl :

Humor and well-being in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Applied Nursing Research, 1998;11(1):12-18.

[B2T 92] : (revue collective) FAVRY Robert, COQ Hélène ; BADIN Paul, BRUNET Jacques,

PILORGET Jacques, et leur classe ; DUMOND Claude:

Pourquoi rions-nous ?

B2T (Bibliothèque de Travail second degré), 1992;(246):1-61.

[CAHI 76] : (revue collective) ESCALLE Marie-Christine, ESCANDE Jacques, GIROUD Jean-Claude :

Une initiation à l'analyse structurale.

Paris : Cerf, 1976. 60 p.

(Service biblique Evangile et vie ; Cahiers Evangile n°16)

[CARV 93] : CARVER Charles S., POZO Christina, HARRIS Suzanne D., NORIEGA Victoria, SCHEIER Michael F., ROBINSON David S., KETCHAM Alfred S., MOFFAT Frederick L. Jr., CLARK Kimberley C. :

How coping mediates the effect of optimism on distress : a study of women with early stage breast cancer.

Journal of Personality and Social Psychology, 1993;65(2):375-390.

[CLEM 94] : CLEMENT Elisabeth, DEMONQUE Chantal, HANSEN-LØVE Laurence, KAHN Pierre :

La philosophie de A à Z.

Paris : Hatier, 1994.

[CLER 96] : CLERGET Joël :

Le rire et le jeu.

Lumière & Vie, 1996;55-5(230):27-35.

[COGA 87] : COGAN Rosemary, COGAN Dennis, WALTZ William, Mc CUE Melissa :

Effects of laughter and relaxation on discomfort thresholds.

Journal of Behavioral Medicine, 1987;10(2):139-144.

[COIG 97] : COIGNARD Bruno :

Interroger la base de donnée Medline (I) et (II).

La Revue du Praticien - Médecine Générale, 1997;11(400):55-56 et (401):49-50.

[COMT 95] : COMTE-SPONVILLE André :

L'humour.

In *Petit traité des grandes vertus.*

Paris : Presse Universitaire de France, 1995. pp 276-290.

(Perspectives Critiques)

[CYRU 99] : CYRULNIK Boris :

Un merveilleux malheur.

Paris : Odile Jacob, 1999. 239 p.

[DANZ 90] : DANZER Amy, DALE J. Alexander, KLIONS Herbert L. :

Effects of exposure to humorous stimuli on induced depression.

Psychological Reports, 1990;66:1027-1036.

[DAVI 92] : DAVIDHIZAR Ruth, BOWEN Margaret :

The dynamics of laughter.

Archives of Psychiatric Nursing, 1992;6(2):132-137.

[DEAN 93] : DEANER Stephanie L., Mc CONATHA Jasmin T. :

The relation of humor to depression and personality.

Psychological Reports, 1993;72:755-763.

[DEAN 97] : DEAN Ruth A. :

Humor and laughter in palliative care.

Journal of Palliative Care, 1997;13(1):34-39.

[DECK 99] : DECKER Wayne H., ROTONDO Denise M. :

Use of humor at work : predictors and implications.

Psychological Reports, 1999;84:961-968.

[DELA 78] : DELACOUR Jean :

L'Esprit des Maux : dictionnaire humoristique de la médecine ; 5000 facéties pour garder la santé par le rire.

Balland, 1978.

[DERE 88] : DEREGNAUCOURT Thierry :

Le rire.

Th. D : Médecine : Lille : 1988.

[DERV 68] : DERVILLE André :

Article "Humour"

In VILLER M., CAVALLERA F., DE GUIBERT J., RAYEZ A., DERVILLE A., SOLIGNAC A., et coll. (dirs.) :

Dictionnaire de spiritualité ascétique et mystique, doctrine et histoire.

Paris : Beauchesne, 1961.

[DESP 86] : DESPINOY Sophie :

Aspects et signification du rire ; éléments de réflexion psychopathologique.

Th. D : Médecine : Aix Marseille 2 : 1986.

[DILL 85] : DILLON Kathleen M., MINCHOFF Brian, BAKER Katherine H. :

Positive emotional states and enhancement of the immune system.

International Journal of Psychiatry in Medicine, 1985-1986;**15**(1):13-18.

[DONN 99] : DONNELLY Sinead :

Folklore associated with dying in the west of Ireland.

Palliative Medicine, 1999;**13**(1):57-62.

[DSM4] : GUELFY Julien Daniel (dir.) :

Mini DSM-IV. Critères diagnostiques.

Paris : Masson, 1996. pp 124-126 ; 161-172 ; 209-214 ; 275-277.

Trad. de l'américain : "*Mini DSM-IV*", 1994, de l'American Psychiatric Association

[ECO 82] : ECO Umberto :

Le nom de la rose.

Paris : Grasset, 1982. 634 p.

Trad. de l'italien : "*Il nome della Rosa*", 1980, par Jean-Noël SCHIFANO.

(Le Livre de Poche)

[ERDM 91] : ERDMAN Lynn :

Laughter therapy for patients with cancer.

Oncology Nursing Forum, 1991;**18**(8):1359-1363.

[ERNO 39] : ERNOUT A., MEILLET A. :

Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots.

Paris : Librairie C. Klincksieck, 1939.

[EVEI 99a] : EVEILLARD Philippe :

Une seule clé : le MeSH.

La Revue du Praticien - Médecine Générale, 1999;**13**(482):2138-2139.

[EVEI 99b] : EVEILLARD Philippe :

Répertoires et moteurs de recherche.

La Revue du Praticien - Médecine Générale, 1999;**13**(482):2128-2130.

[EVEI 99c] : EVEILLARD Philippe :

Quatre "grands" principes.

La Revue du Praticien - Médecine Générale, 1999;**13**(482):2121-2124.

[EVEI 99d] : EVEILLARD Philippe :

Le document, la formation et la preuve.

La Revue du Praticien - Médecine Générale, 1999;**13**(482):2162-2163.

[EVRA 96] : EVRARD Frank :

L'humour.

Paris : Hachette, 1996. 144 p.

[FISC 98] : FISCETTI Antonio :

Les voyelles du rire.

Sciences et Avenir (Hors Série) sur le Rire, juillet 1998:70-74.

[FLAT 89] : FLATET Christophe :

La gélothérapie. Intérêt thérapeutique du rire en médecine psychosomatique.

Th. D : Médecine : Nancy 1 : 1989.

[FOUR 83a] : FOURASTIE Jean :

Le rire, suite.

Paris : Gauthier-Denoël, 1983. 263 p.

[FOUR 83b] : FOURASTIE Jean :

Réflexions sur le rire.

Diogène, 1983;(121):128-143.

[FOUR 84] : FOURASTIE Jean :

Recherches et réflexions sur le rire, le risible, le comique et l'humour.

Bulletin de la Société Française de Philosophie, 1984;78(3):65-108.

[FOUR 92] : FOURNIER Jean-Louis :

Grammaire française et impertinente.

Paris : Payot, 1992.

[FRAN 96] : FRANKENFIELD Pamela K. :

The power of humor and play as nursing interventions for a child with cancer : a case report.

Journal of Pediatric Oncology Nursing, 1996;13(1):15-20.

[FREI 98] : FREIHEIT Stacy R., OVERHOLSER James C., LEHNERT Kim L. :

The association between humor and depression in adolescent psychiatric inpatients and high school students.

Journal of Adolescent Research, 1998;13(1):32-48.

[FREU 05] : FREUD Sigmund :

Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient.

Paris : Gallimard, 1988. 443 p.

Trad. de l'allemand : "*Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten*", 1905, par Denis MESSIER.
(Folio Essais)

[FREU 27] : FREUD Sigmund :

L'humour.

In *L'inquiétante étrangeté et autres essais* (1927)

Paris : Gallimard, 1985. pp 320-328.

Trad. de l'allemand par Bertrand FERON.

[FRIE 98] : FRIED Itzhak, WILSON Charles L., Mac DONALD Katherine A., BEHNKE Eric J. :

Electric current stimulates laughter.

Nature, 1998;391:650.

[FROM 95] : FROMILHAGUE Catherine :

Les figures de style.

Paris : Nathan, 1995. 128 p.

(Lettres ; n° 128)

[GAFF 34] : GAFFIOT Félix :
Dictionnaire Latin-Français.
 Paris : Hachette, 1934.

[GALM 98] : GALMICHE Nicolas :
 Sourire rire et guérir.
L'Est Républicain, 30 novembre 1998.

[GARA 92] : GARAS Marie-Noëlle :
Pharmacologie du rire.
 Th. D : Pharmacie. Lille 2 : 1992.

[GARN 86] : GARNIER Marcel, DELAMARE Valéry :
Dictionnaire des termes techniques de médecine. - (21^{ème} édition)
 Paris : Maloine, 1986.

[GELK 96] : GELKOPF Marc, KREISTLER Shulamith :
 Is humor only fun, an alternative cure or magic : the cognitive therapeutic potential of humor.
Journal of Cognitive Psychotherapy, 1996;10(4):235-254.

[GERV 85] : GERVAIZE Patricia A., MAHRER Alvin R., MARKOW Richard :
 Therapeutic laughter : what therapists do to promote strong laughter in patients.
Psychotherapy in Private Practice, 1985;3(2):65-74.

[GOLS 87] : GOLSE Bernard :
 Le sourire, le rire et la gaieté chez le jeune enfant.
 In SOULE Michel (dir.) : *Bonjour Gaieté, la genèse du rire et la gaieté du jeune enfant.*
 Paris : ESF, 1987. pp 15-31.
 14^{ème} Journée Scientifique du Centre de Guidance Infantile de l'Institut de Puériculture de Paris.

[GOOD 92] : GOODMAN Joel B. :
 Laughing matters : taking your job seriously and yourself lightly.
Journal of the American Medical Association (JAMA), 1992;267(13):1858.

[GOUS 59] : GOUSTARD Michel :
 Le rire et les disciplines psychologiques ; Introduction à la bibliographie du rire et psychologie comparée.
 In GAULTIER Paul (dir.) : *Introduction à l'étude scientifique du rire, phénomène humain.*
 Paris : Flammarion, 1959. pp 83-118.

[GRAN 94] : GRANDSAIGNES D'HAUTERIVE R. :
Dictionnaire des racines des langues européennes.
Grec, latin, ancien français, français, espagnol, italien, anglais, allemand.
 Paris : Larousse, 1994.

[HAAS 87] : HAASE Joan E. :
 Components of courage in chronically ill adolescents : a phenomenological study.
Advances in Nursing Science, 1987;9(2):64-80.

[HAIG 86] : HAIG Robin A. :
 Therapeutic uses of humor.
American Journal of Psychotherapy, 1986;40(4):543-553.

[HAVE 66] : HAVEL Vaclav :
L'anatomie du gag.
 La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube, 1992. 96 p.
 Trad. du tchèque : "Anatomie Gagu", 1966, par : Katia KRIVANEK.
 (Regards croisés)

[HERT 90] : HERTH Kaye Ann :
Contributions of humor as perceived by the terminally ill.
American Journal of Hospice Care, 1990;7(1):36-40.

[HERT 93] HERTH Kaye Ann :
Humor and the older adult.
Applied Nursing Research, 1993;6(4):146-153.

[HICK 77] : HICKSON Joyce :
Humor as an element in the counseling relationship.
Psychology, 1977;14:60-68.

[HINT 99] : HINTON John :
The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives.
Palliative Medicine, 1999;13(1):19-35.

[HIPPO 1] : HIPPOCRATE :
L'Art de la médecine.
Paris : Flammarion, 1999. p 169
Trad. du grec par Jacques JOUANNA et Caroline MAGDELAINE.

[HIPPO 2] : HIPPOCRATE :
Sur le rire et la folie.
Paris : Rivages poche, 1989. 128 p.
Trad. du grec par Yves HERSANT.
(Petite Bibliothèque)

[HIPPO 3] : HIPPOCRATE :
Connaître, soigner, aimer. Le Serment et autres textes.
Paris : Seuil, 1999. pp 241-256.
(Inédit Sagesses)

[HUDA 91] : HUDAK Deborah A., DALE J. Alexander, HUDAK Mary A., DE GOOD Douglas E. :
Effects of humorous stimuli and sense of humor on discomfort.
Psychological Reports, 1991;69(3 Pt 1):779-786.

[HUGU 98] : HUGUIER Michel, MAISONNEUVE Hervé, BENHAMOU Claude-Laurent, CALAN (de) Loïc, GRENIER Bernard, FRANCO Dominique, GALMICHE Jean-Paul, LORETTE Gérard :
La rédaction médicale ; de la thèse à l'article original. La communication orale. - (3^{ième} édition).
Paris : Doin, 1998. 165 p.

[IONE 97] : IONESCU Serban :
Les mécanismes de défense.
Sciences Humaines, 1997;(Hors Série n° 19):38-43.

[JAGO 73] : JAGODA Zenon, KLODZINSKI Stanislaw, MASLOWSKI Jan :
Smiech w obozie koncentracyjnym. *
Przegląd Lekarski, 1973;30(1):84-99.
* [Laughter in a concentration camp (Rire en camp de concentration)]

[JANK 95] : JANKELEVITCH Vladimir
Epilogue : le vagabond Humour.
In L'humour, un état d'esprit.
Paris : Autrement, 1995.
(Série Mutation ; n° 131)

[KAHL 81] : KAHLE Werner, LEONHARDT Helmut, PLATZER Werner :
Anatomie. Tome 3, Système nerveux.
Paris : Flammarion-Médecine-Sciences, 1981. pp 10-11, 198-199,218-219.

- [KAME 97]** : KAMEI Tutsomu, KUMANO Hiroaki, MASUMURA Sumio :
Changes of immunoregulatory cells associated with psychological stress and humor.
Perceptual and Motor Skills, 1997;84(3 Pt 2):1296-1298.
- [KILL 91]** : KILLEEN Mary Ellen :
Clinical clowning : humor in hospice care.
American Journal of Hospice and Palliative Care, 1991;8(3):23-27.
- [KOES 64]** : KOESTLER Arthur :
Le cri d'Archimède.
Calmann-Lévy, 1965. 447 p.
Trad. de l'anglais : "The act of creation", 1964, par Georges PRADIER.
- [KOH 98]** : KOH Kuyong Bong :
Emotion and immunity.
Journal of Psychosomatic Research, 1998;45(2):107-115.
- [KUBI 71]** : KUBIE Lawrence S. :
The destructive potential of humor in psychotherapy.
American Journal of Psychiatry, 1971;127(7):861-866.
- [KÜBL 98]** : KÜBLER-ROSS Elisabeth :
Accueillir la mort. Questions et réponses sur la mort et les mourants.
Monaco : Edition du Rocher, 1998. 182 p.
Trad. de l'américain "Questions & Answers on Death and Dying", 1974, par Philippe BEAUDOIN.
- [LANC 98]** : (anonyme) :
Which humor for doctors ?
Lancet, 1998;351(9095):1.
- [LANG 97]** : LANGLEY-EVANS A, PAYNE S :
Light-hearted death talk in a palliative day care context.
Journal of Advanced Nursing, 1997;26(6):1091-1097.
- [LARO 87]** : LAROME Alain :
L'humour comme attente.
Psychiatries, 1987;(78):15-18.
- [LEFC 90]** : LEFCOURT Herbert, DAVIDSON-KATZ Karina, KUENEMAN Karen :
Humor and immune system functioning.
Humor : International Journal of Humor Research, 1990;3(3):305-321.
- [LEIB 86]** : LEIBER Deborah Burton :
Laughter and humor in critical care.
Dimensions of Critical Care Nursing 1986;5(3):162-170.
- [LOCK 82]** : LOCKE Steven E. :
Stress, adaptation and immunity : studies in humans.
General Hospital Psychiatry, 1982;4:49-58.
- [LOUI 92]** : LOUIS René :
En un tournemain, le tour des mots.
In *L'humour, un état d'esprit*.
Paris : Autrement, 1992. pp 69-79.
(Série Mutation ; n° 131)
- [McNA 79]** : Mac NARY Lulu Hankins- :
The use of humor in group therapy.
Perspectives in Psychiatric Care, 1979;17(5):228-231.

- [MALI 91] : MALINSKI Violet M. :
The experience of laughing at oneself in older couples.
Nursing Science Quarterly, 1991;4(2):69-75.
- [MANC 84] : MANCKE Robert B., MANLONEY Susan, WEST Mary :
Clowning : a healing process.
Health Education, 1984;15(6):16-18.
- [MART 83] : MARTIN Rod A., LEFCOURT Herbert M. :
Sense of Humor as a moderator of the relation between stressors and moods.
Journal of Personality and Social Psychology, 1983;45(6):1313-1324.
- [MASS 94] : MASSE Isabelle :
Le rire. Approche neurophysiologique. Implication pathologique et fonctionnelle.
Th. D : Médecine : Clermond-Ferrand 1 : 1994.
- [MATZ 98] : MATZ Anita, BROWN Sylvia T. :
Humor and pain management. A review of current litterature.
Journal of Holistic Nursing, 1998;16(1):68-75.
- [MAZA 93] : MAZAS Olivier :
La place du rire dans le psychisme de l'homme. La place de l'humour dans la communication.
Th. D : Médecine : Paris 5 - Cochin : 1993.
- [MERC 97] : MERCIER Jacques, HUET Pascal, PIOT Benoît, TAIARIOL Luigi :
Luxation de l'articulation temporo-mandibulaire.
La Revue du Praticien - Médecine Générale, 1997;11(386):25-28.
- [NANC 88] : NANCY Jean-Luc :
Le rire, la présence.
Critique, 1988;44(488-489):41-60.
- [NAVA 91] : NAVARD Lydie, NAVARD Patrick :
L'anglais de la communication scientifique internationale. Guide pratique.
Paris : Eyrolles, 1991. 121 p.
- [NEVO 93] : NEVO Ofra, KEINAN Giora, TESHIMOVSKY-ARDITI Mina :
Humor and pain tolerance.
Humor : International Journal of Humor Research, 1993;6(1):71-88.
- [NEZU 88] : NEZU Arthur M., NEZU Christine M., BLISSETT Sonia E. :
Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress : a prospective analysis.
Journal of Personality and Social Psychology, 1988;54(3):520-525.
- [NOGU 69] : NOGUEZ Dominique :
Structure du langage humoristique.
Revue esthétique, 1969;22:37-54.
- [OPPE 97] : OPPENHEIM Daniel, SIMONDS Caroline, HARTMANN Olivier :
Clowning on children's wards.
Lancet, 1997;350(9094):1838-1840.
- [PAGN 47] : PAGNOL Marcel :
Notes sur le rire.
Paris : Nagel, 1947. 126 p.
- [PAQU 91] : PAQUETTE Anne, ROEHNER Bertrand :
Science in English.
Paris : Belin, 1991. 258 p

[PASQ 90] : PASQUALI Elaine Anne :

Learning to laugh : humor as a therapy.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1990;28(3):31-35.

[PAYC 97] : PAYCHENG O., SZERMAN S. :

Expérimentation médicale. Repères juridiques.

In *A la rencontre de l'Ethique. Guide pratique des textes de référence.*

Thoiry : Heures de France, 1997. pp 199 ; 201 ; 204.

[PAYN 99] : PAYNE S., SMITH P., DEAN S. :

Identifying the concerns of informal carers in palliative care.

Palliative Medicine, 1999;13(1):37-44.

[PLAQ 59] : PLAQUEVENT Jean :

Essai sur le rire chez l'enfant.

In GAULTIER Paul (dir.) : *Introduction à l'étude scientifique du rire, phénomène humain.*

Paris : Flammarion, 1959. pp 141-193.

[POLA 90] : POLAND Warren S. :

The gift of laughter : on the development of a sense of humor in clinical analysis.

Psychoanalytic Quarterly, 1990;59(2):197-225.

[PROV 98] : PROVINE Robert, WEEMS Helen :

Le rire des singes.

Sciences et Avenir (Hors Série) sur le Rire, juillet 1998:20-23.

[QUIC 99] : QUICHERAT L., DAVELUY A. :

Dictionnaire Latin-Français.

Paris : Hachette, 1899.

[R&C 95] : ATKINS Beryl T., DUVAL Alain, MILNE Rosemary C., COUSIN Pierre-Henri,

LEWIS Hélène M. A., SINCLAIR Lorna A., BIRKS Renée O., LAMY Marie-Noëlle :

Le Robert & Collins : Dictionnaire français-anglais et anglais-français Senior. - (4^{ième} édition)

Paris : Dictionnaires Le Robert, 1995.

[RAFO 84] : RAFONI Pascal :

Rire et personnes âgées.

Th. D : Médecine : Paris 6 : 1984.

[RAHN 61] : RAHNER Hugo :

article "Eutrapélie".

In VILLER M., CAVALLERA F., DE GUIBERT J., RAYEZ A., DERVILLE A., SOLIGNAC A., et coll. (dirs.) :

Dictionnaire de spiritualité ascétique et mystique, doctrine et histoire.

Paris : Beauchesne, 1961.

[REYN 87] : REYNES Robert L., ALLEN Arnold :

Humor in psychotherapy : a view.

American Journal of Psychotherapy, 1987;41(2):260-270.

[RHOD 83] : RHODES Lorna Amarasingham :

Laughter and suffering : Sinhalese interpretations of the use of ritual humor.

Social Science and Medicine, 1983;17(14):979-984.

[RICH 59] : RICARDEAU Nicole :

Tests comiques et humoristiques chez les schizophrènes.

Th. D : Médecine : Paris : 1959.

- [RICH 95] : RICHMAN Joseph :
The life saving function of humor with the depressed and suicidal elderly.
Gerontologist, 1995;35 (2):271-273.
- [RICH 96] : RICHMAN Joseph :
Points of correspondance between humor and psychotherapy.
Psychotherapy, 1996;33(4):560-566.
- [ROBE 92] : ROBERT Paul, REY A. et REY-DEBOVE J. (dirs.) :
Le petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.
Paris : Le Robert, 1992.
- [ROHE 91] : ROHEN Johannes W., YOKOCHI Chihiro :
Anatomie humaine. - (2^{ème} édition)
Paris : Vigot, 1991. pp 50, 52-53, 58-59, 94-96.
Trad. de "Human Anatomy / Anatomie des Menschen".
- [ROI 80] : ROI Jacques :
L'humour des saints.
Paris : Cerf, 1980. 206 p.
- [ROTT 92] : ROTTON James :
Trait humor and longevity : do comics have the last laugh ?
Health Psychology, 1992;11(4) :262-266.
- [ROUS 88] : ROUSTANG François :
Comment faire rire un paranoïaque ?
Critique, 1988;44(488-489):5-15
- [RUCH 96] : RUCH Willibald :
Measurement approaches to the sense of humor : introduction and overview.
Humor : International Journal of Humor Research, 1996;9(3-4):239-250.
- [RUXT 88] : RUXTON Jean :
Humor intervention deserves our attention.
Holistic Nurse Practitioner 1988;8:54-62.
- [SAFR 82] : SAFRANEK Roma, SCHILL Thomas :
Coping with stress : does humor help?
Psychological Reports, 1982;51(1):222.
- [SAMR 85] : SAMRA Cal :
Spiritual care. A time to laugh.
Journal of Christian Nursing, 1985;2(4):15-19.
- [SCHM 90] : SCHMITT Nancy :
Patients' perception of laughter in a rehabilitation hospital.
Rehabilitation Nursing, 1990;15(3):143-146.
- [SEPU 95] : SEPULVEDA S., SAUVAGEON X., JEDREC J.P., SALAMAGNE J.C., RICHTER F.,
FUILLA C., TABUTEAU B., JULIEN H. :
Guide pratique de médecine d'urgence préhospitalière.
Paris : Douin, 1995. pp 55-58.
- [SHAU 92] : SHAUGHNESSY Michael F., WADSWORTH Theresa M. :
Humor in counseling and psychotherapy : a 20-year retrospective.
Psychological Reports, 1992;70(3 pt 1):755-762.

- [SIMO 88] : SIMON Jolene M. :
Humour and the older adult : implications for nursing.
Journal of Advanced Nursing, 1988;13(4):441-446.
- [SIMO 89] : SIMON Jolene M. :
Humor techniques for oncology nurses.
Oncology Nursing Forum, 1989;16(5):667-670.
- [SMAD 90] : SMADJA Eric :
Approche pluridisciplinaire du rire normal et des rires pathologiques.
Th. D : Médecine : Amiens : 1990.
- [SOLO 96] : SOLOMON Jennifer Crew :
Humor and aging well : a laughing matter or a matter of laughing ?
American Behavioral Scientist, 1996;39(3):249-271.
- [SUMN 90] : SUMNERS Ann D. :
Professional nurses' attitudes towards humour.
Journal of Advanced Nursing, 1990;15(2):196-200.
- [TENN 90] : TENNANT Kathleen Fox :
Laugh it off. The effect of humor on the well-being of the older adult.
Journal of Gerontological Nursing, 1990;16(12):11-17.
- [THOR 90] : THORSON James A. :
Is propensity to laugh equivalent to sense of humor ?
Psychological Reports, 1990;66:737-738.
- [THOR 91] : THORSON James A., POWELL F. C. :
Measurement of sense of humor.
Psychological Reports, 1991;69:691-702.
- [THOR 93a] : THORSON James A., POWELL F. C. :
Sense of humor and dimensions of personality.
Journal of Clinical Psychology, 1993;49(6):799-809.
- [THOR 93b] : THORSON James A., POWELL F. C. :
Relationships of death anxiety and sense of humor.
Psychological Reports, 1993;72:1364-1366.
- [THOR 93c] : THORSON James A., POWELL F. C. :
Development and validation of a multidimensional sense of humor scale.
Journal of Clinical Psychology, 1993;46(1):13-23.
- [THOR 94] : THORSON James A., POWELL F. C. :
Depression and sense of humor.
Psychological Reports, 1994;75(3 Pt 1):1473-1474.
- [THOR 97] : THORSON James A., POWELL F. C., SARMANY-SCHULLER Ivan,
HAMPES William P. :
Psychological health and sense of humor.
Journal of Clinical Psychology, 1997;53(6):605-619.
- [TOB 94] : Société Biblique Française :
Traduction Oecuménique de la Bible.
Paris : Cerf, 1994. Gn 17 ; Lc 20, 20-26.

[TOUQ 98] : TOUQUET Mary, SCOUVART Robert, AZAM Jacques, RENARD Jean-Marie, PRONTO, GILBERT Bruno, CZARNECKI Monique :
800 histoires drôles.
 Hachette Livre, 1998. 254 p.
 (Jeunesse)

[TOWN 94] : TOWNSEND Carol H. :
 Humor and elderly caregivers.
Home Healthcare Nurse, 1994;12(6):35-41.

[TREN 90] : TRENT B :
 Ottawa lodges add humour to armamentarium in fight against cancer.
Canadian Medical Association Journal, 1990;142(2):163-166.

[TRIB 93] : TRIBOLET S., PARADAS C. :
Guide pratique de psychiatrie. - (2^{ième} édition)
 Thoiry : Heures de France, 1993. pp 274-275.
 (Réflexes)

[VanB 95] : VAN BLERKOM Linda Miller :
 Clown doctors : shaman healers of Western medicine.
Medical Antropology Quarterly, 1995;9(4):462-475.

[Van Z 85] : VAN ZANDT S, LAFONT C :
 Can a laugh a day keep the doctor away ?
Journal of Practical Nursing, 1985;35(3):32-35.

[VOIR 95] : VOIRIN Laurence :
L'enfant en oncologie et le clown.
 Th. D : Médecine : Lille 2 : 1995.

[WACK 76] : WACKENHEIM Auguste :
Rires et sourires en Alsace et ailleurs.
 Strasbourg : Culture Alsacienne, 1976. 123 p.

[WEIS 95] : WEISENBERG Matisyohu, TEPPER Inbal, SCHWARZWALD Joseph :
 Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance.
Pain, 1995;63(2):207-212.

[WEIS 98] : WEISENBERG M., RAZ T., HENER T. :
 The influence of film-induced mood on pain perception.
Pain, 1998;76(3):365-375.

[WEND 96] : WENDER Richard C. :
 Humor in medicine.
Primary Care (Clinics in Office Practice), 1996;23(1):141-154.

[WOOT 97] : WOOTEN Patty :
 You've got to be kidding ! Humor skills for surviving managed care.
Dermatological Nursing, 1997;9(6):423-429.

[YODE 95] : YODER Mark A., HAUDE Richard H. :
 Sense of humor and longevity : older adults' self-ratings compared with ratings for deceased siblings.
Psychological Reports, 1995;76(3 Pt 1):945-946.

[YOVE 90] : YOVETICH Nancy A., DALE J. Alexander, HUDAK Mary A. :
 Benefits of humor in reduction of threat-induced anxiety.
Psychological Reports, 1990;66(1):51-58.

[ZILL 93] : ZILLMANN Dolf, ROCKWELL Steve, SCHWEITZER Karla, SHYAM SUNDAR S. :
Does humor facilitate coping with physical discomfort ?
Motivation and Emotion, 1993;17(1):1-21.

[ZIV 87] : ZIV A., DIEM J. M. :
Le sens de l'humour.
Paris : Dunod/Bordas, 1987. 152 p

Rem. : Les références précédées d'un signe " □ " dans les notes de bas de page sont factices.

ANNEXE 1. LA LUXATION DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE AU COURS DU RIRE [MERC 97]

Contexte clinique

Le patient est dans l'impossibilité de refermer la bouche suite à un rire.

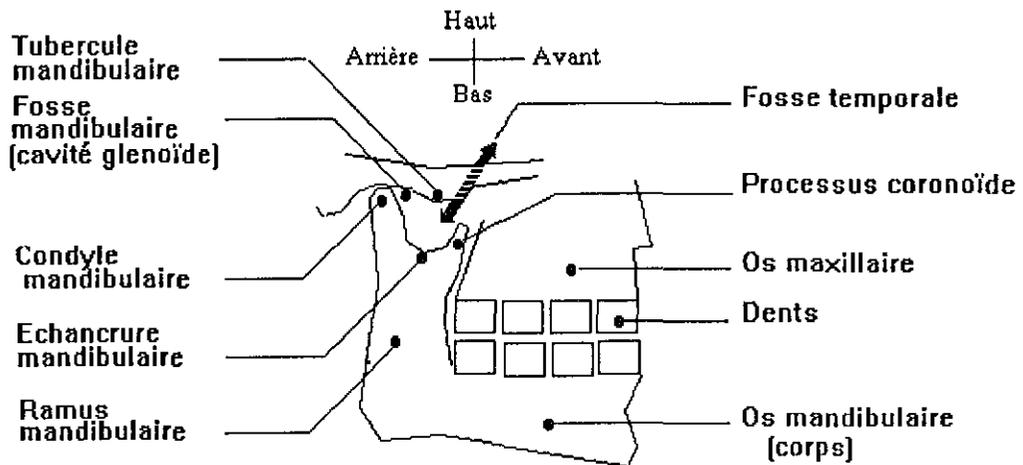
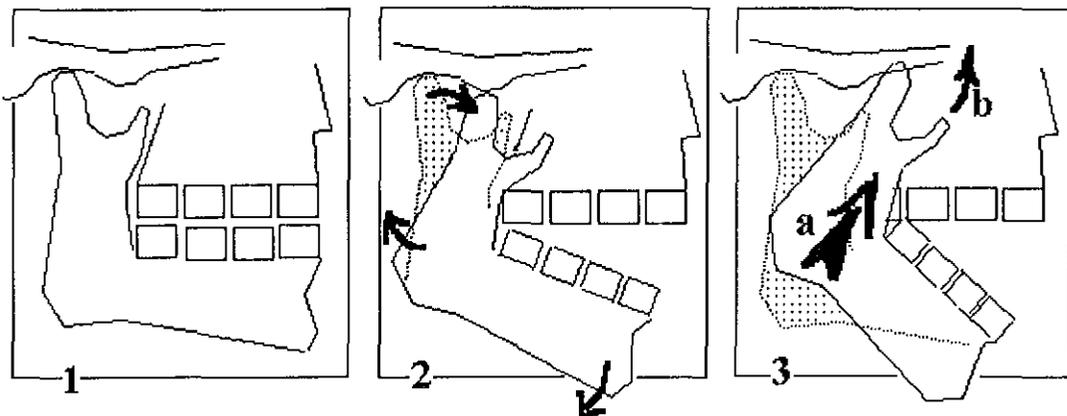


Figure 16. Schéma de la vue latérale droite des os de la face (d'après [ROHE 91]).

Figure 17. Physiopathologie de la luxation de l'articulation temporo-mandibulaire au cours du rire.



1. Mandibule et dents en position normale, bouche fermée.

(Remarque : la position initiale de la mandibule apparaît en grisé sur les dessins 2 et 3)

2. Ouverture exagérée de la bouche, sortie du condyle mandibulaire en dehors de la fosse mandibulaire, qui franchit la butée formée par le tubercule mandibulaire.

3. Sortie du condyle mandibulaire qui tombe dans la fosse temporale. Contraction des muscles (a) masséter et (b) temporal (et du pterygoïdien médial).

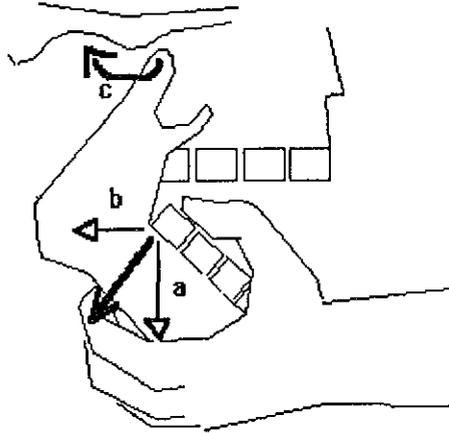


Figure 18. Manoeuvre de Nelaton.

Elle consiste, pour le praticien, à appuyer avec les pouces sur les molaires inférieures droites et gauches du patient. La force exercée sur les molaires (a) essentiellement vers le bas, et (b) un peu vers l'arrière, permet (c) au condyle mandibulaire de franchir le tubercule mandibulaire et de réintégrer la cavité glénoïde de la fosse mandibulaire. Cette manoeuvre est connue depuis l'Antiquité, en particulier par l'école hippocratique.

ANNEXE 2. OBSTRUCTION DES VOIES AERIENNES AU COURS DU RIRE et MANOEUVRE DE HEIMLICH [SEPU 95]

Contexte

Au cours d'un repas, l'inspiration brusque nécessaire pour que le rieur puisse reprendre son souffle entre deux rires peut entraîner l'inhalation accidentelle d'un corps étranger. On dit que le patient a avalé une bouchée par le "trou du dimanche".

Examen clinique

Le patient ne peut plus respirer, ni parler, il s'agite pour attirer l'attention de ses voisins, porte la main en "V" à son cou. On peut parfois entendre un bruit inspiratoire, qui évoque un ronflement. Les muscles du cou se tendent à chaque effort pour inspirer. Il faut agir dans **les plus brefs délais**, sans attendre, en pratiquant la manoeuvre de Heimlich.

Description

La manoeuvre de Heimlich consiste à chasser brusquement l'air contenu dans les poumons du patient en appuyant sur le diaphragme, pour agir sur le corps étranger comme si on soufflait dans une sarbacane (Figure 19).

En appuyant brusquement vers le haut et vers l'arrière au niveau du creux épigastrique, en dessous de la pointe basse (appendice xiphoïde) du sternum, cela

provoque une remontée du diaphragme qui vient comprimer l'air contenu dans les poumons. Cet air sous pression tente de sortir par les bronches, poussant brusquement le corps étranger vers la bouche.

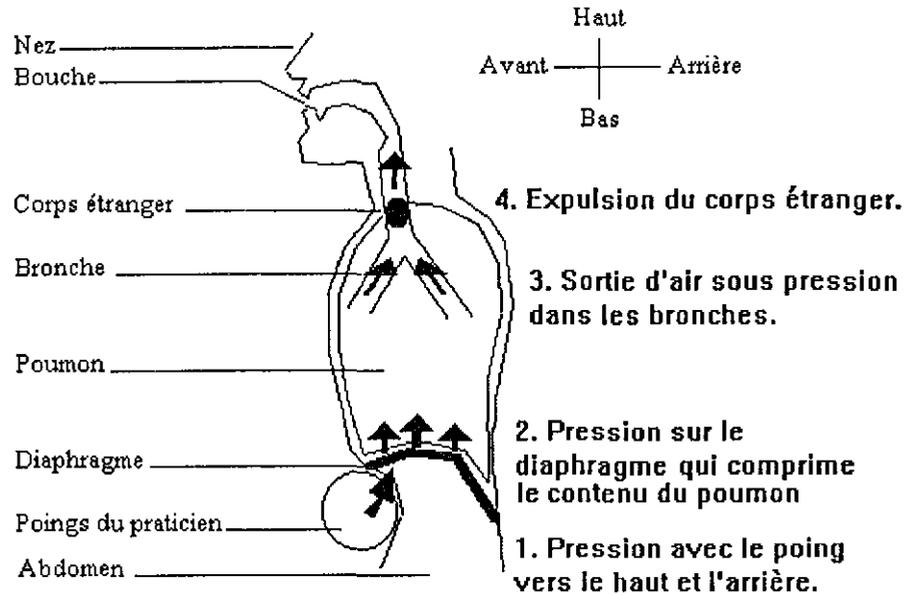


Figure 19. Schéma de l'action de la manoeuvre de Heimlich.
Coupe sagittale du thorax, de la tête et du cou.

Technique : (Figures 20 et 21)

- Le praticien vient se placer derrière la victime, à son contact.
- Le praticien enserre le tronc de la victime en passant les bras sous ceux de la victime. Le praticien place sa main droite (pour un droitier), poing fermé, paume dirigée vers le sol au niveau du creux de l'estomac (creux épigastrique), entre le nombril et l'appendice xiphoïde : c'est le poing "piston". (Figure 21)
- L'autre main (gauche) vient recouvrir la première en prenant appui sur le bord cubital du poing "piston". (Figure 20)
- Effectuer ensuite des tractions **brusques** vers le haut et vers l'arrière pour créer l'augmentation de pression abdominale et l'ascension du diaphragme (4 compressions abdominales brèves).
- Si la manoeuvre est efficace, le corps étranger est mobilisé et se retrouve au niveau pharyngo-laryngé. Il faut le rechercher au niveau de la cavité buccale, par désobstruction pharyngo-laryngée au doigt, ou sous laryngoscopie en s'aidant d'une pince de Magill.
- En cas d'échec répéter la manoeuvre.

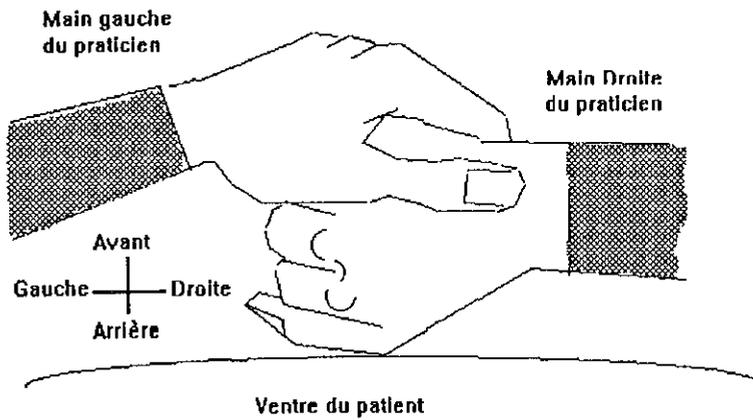


Figure 20. Position des mains du praticien dans la manoeuvre de Heimlich en station debout.
(Point de vue du praticien qui regarde par dessus l'épaule du patient). La main gauche vient recouvrir le poing droit dont le pouce s'appuie sur le creux épigastrique du patient.

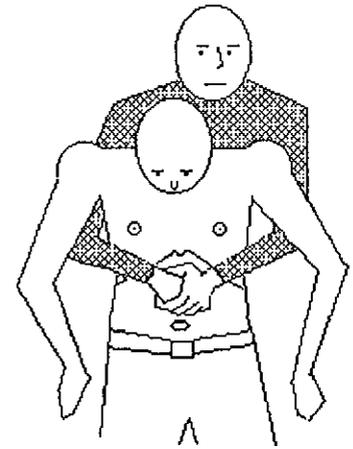


Figure 21. Manoeuvre de Heimlich en station debout.

Si la victime est déjà au sol, qu'elle ne respire pas, et qu'il est impossible de lui insuffler de l'air par la manoeuvre du bouche-à-bouche :

- Se placer à califourchon sur la victime à hauteur de la partie inférieure des cuisses.
- Placer le talon de la main droite (pour les droitiers), bras tendu, au niveau du creux épigastrique (entre le nombril et l'appendice xiphoïde) (Figure 22).
- Placer la paume de l'autre main sur le dos de la première.
- Appuyer brusquement en exerçant une pression oblique vers le sol et vers la tête de la victime (4 compressions brèves) (Figure 23).
- De la même manière, il faut aller rechercher le corps étranger avec le doigt ou une pince de Magill dans le fond de la cavité buccale.
- En cas d'échec, répéter la manoeuvre.

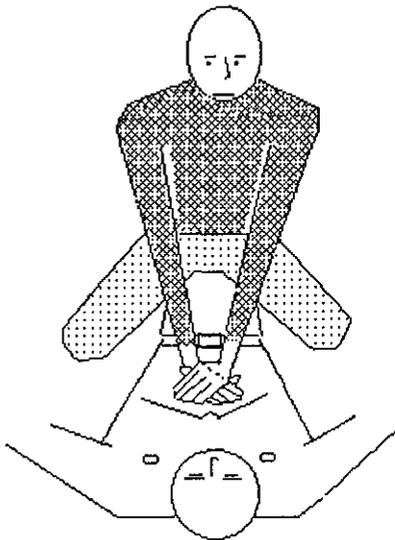


Figure 22. Manoeuvre de Heimlich au sol.

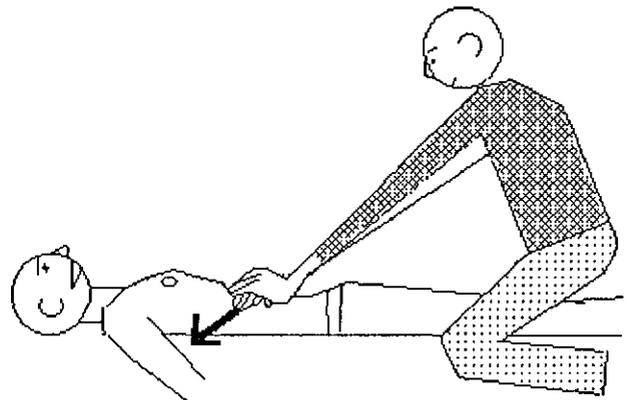


Figure 23. Manoeuvre de Heimlich au sol.
(Vue de profil).

GLOSSAIRE

"A moi, conte deux mots."¹

Les termes suivis d'une étoile dans le corps de la thèse se trouvent dans ce glossaire. Celui-ci a été élaboré dans le souci de rendre notre travail accessible, pour la réflexion de ceux qui ont besoin d'un support théorique sérieux pour élaborer une démarche de soin comique (clowns hospitaliers, développement d'un CIRC, d'un chariot comique) mais aussi pour les philosophes, les linguistes, les psychologues, pour toutes les personnes intéressées par la question de l'humour. Nous avons souhaité que les termes médicaux figurant dans cette thèse ne soient pas un obstacle à la compréhension, pour des lecteurs non médecins.

Pour les termes qui sont généralement connus, ou qui présentent habituellement plusieurs sens, leur présence dans ce glossaire signifie que nous avons choisi un sens précis. Nous avons été amené à développer ou à préciser certains termes que les dictionnaires (courant ou médical) définissent de façon approximative ou en renvoyant à d'autres termes. Ce travail de lexicographie permet de rendre notre exposé cohérent, voire d'en comprendre ses imperfections.

Nous avons dû créer certains termes (Néol.) qui permettent d'exprimer une idée particulière et d'éviter de tomber dans les confusions habituelles qui bloquent la réflexion. Figurent aussi dans ce glossaire des termes médicaux (Méd.) ou des termes techniques de linguistique (Ling.), de philosophie (Philo.), de psychologie (Psycho.), de psychanalyse (Psychan.). Un mot peut être utilisé de façon très spécifique dans notre thèse (Spéc.). Ailleurs que dans notre travail, il pourra avoir d'autres sens. Certains mots ont une définition approximative (Approx.) parce qu'incomplète, en raison des multiples subtilités que comportent ces mots. Ils reflètent généralement la richesse de l'être humain que nous commençons à peine à connaître. Nous avons aussi mentionné les mots qui appartiennent au champ lexical du rire, du comique et de l'humour (Humor.) Nous n'avons pas expliqué tout le vocabulaire technique décrit dans certaines définitions médicales qui n'intéressent que les médecins (☛).

accident vasculaire cérébral : n. m. (pop. : "attaque") Méd. Migration d'un caillot au niveau des artères cérébrales ou rupture d'un vaisseau cérébral avec hémorragie ; selon la localisation de cette pathologie*, il se produit des altérations fonctionnelles* (ex. : paralysie de la moitié du corps).

acmé : n. f. Méd. Point culminant (d'une crise, ou de l'expression des symptômes* d'une maladie).

acquis : n. m. et adj. Capacités qui apparaissent suite à l'adaptation de l'individu à l'environnement, suite à son éducation. Opposé à : inné*.

accrochage : n. f. Spéc. Ling. Ce qui permet de retenir l'attention pour entrer en communication. (Voir aussi : phatique*)

adaptation : n. f. Psycho. Spéc. Traduction approximative du terme anglais *coping**. L'adaptation est la stratégie d'affrontement que le patient va mettre en œuvre pour faire face à une agression*. On distingue l'adaptation centrée sur les affects* et l'adaptation centrée sur le problème.

adultitude : n. f. Néol. Etat et attitude/comportement de celui qui est adulte, par opposition à l'enfance. Traduit *adulthood* en anglais qui signifie âge adulte, mais avec la notion supplémentaire d'attitude et d'altitude, de hauteur exagérée parfois. Opposé : esprit d'enfance*.

affect : n. m. Psycho. Spéc. Etat affectif élémentaire, le plus petit élément composant le sentiment*. Selon nous, information qui renseigne l'individu sur l'état de son monde intérieur. Ainsi la peur est un affect produit par la synthèse des significations de différents stimulus* au niveau cérébral ; c'est cette synthèse et non pas les stimulus pris isolément qui déclenchent l'affect. (Voir : affectif*)

affectif : adj. et n. m. Psycho. Spéc. : Qui concerne les états de plaisir* ou de souffrance* (simples : affects ; complexes : sentiments*).

afro-américain : adj. Américain d'origine africaine, de peau noire.

agélaste : n. m. Humor. Qui ne rit jamais [Rabelais].

¹ ☛ DUCHEVET Théophraste : *Cueillir des mots en toutes saisons*. Lyon : Imaginaires, 1950.

agression : n. f. *Spéc.* Tout ce qui porte atteinte à l'individu, que ce soit dans son corps, dans son psychisme, dans sa vie de relation. La maladie est une agression.

aire corticale : n. f. *Méd.* Partie de la surface du cerveau (le cortex).

aire transitionnelle : n. f. *Psycho. Approx.* Espace potentiel (virtuel) entre la mère et l'enfant, dans lequel se crée l'aire du jeu, de l'échange, et de la réalité partagée [Winnicott].

aléatoire : adj. *Epidémio.* Au hasard.

allocutaire : n. m. *Ling.* Personne qui reçoit un message (écrit, oral, etc.). On parle aussi de récepteur*. L'auditeur* est un allocutaire, destinataire d'un message oral.

altération fonctionnelle : n. f. *Méd.* Dégradation d'une fonction du corps (Ex. : trouble de la marche).

amusement : n. m. (Voir : eutrapélie*)

analogique : adj. Qui ne comporte pas de chiffre, mais fondé sur la comparaison, sur des ordres de grandeur (Ex. : plus petit, plus grand).

analyse factorielle : n. f. *Epidémio. Approx.* Analyse mathématique nécessitant l'utilisation de l'outil informatique pour déterminer, à partir d'un questionnaire, le nombre de facteurs qui interviennent dans la composition d'un phénomène complexe comme l'humour.

anévrisme : n. m. *Méd.* Dilatation d'une paroi d'un vaisseau sanguin (artère en général).

angoisse : n. f. *Méd. et Psycho. Spéc.* Manifestations somatiques* de l'anxiété* (Ex. : sensation de resserrement au niveau de la gorge).

anorexique : n. m. ou f. et adj. *Méd.* Qui ne s'alimente pas.

antalgique : n. m. et adj. *Méd.* Qui lutte contre la douleur*. Médicament ~.

antécédent : n. m. *Méd.* Pathologie* survenue antérieurement.

anthropoïde : adj. Qui ressemble à l'homme. Singes ~s : grands singes.

anthropomorphe : adj. Qui a tendance à attribuer aux animaux (et éventuellement aux choses) des réactions humaines ; or les animaux ont des réactions propres dont la signification ne peut être comprise qu'en observant leurs rapports entre eux grâce à l'ethologie*.

antiphrase : n. f. *Ling.* En rhétorique* (ou stylistique*), figure de style qui consiste à employer un énoncé* (qui peut se réduire à un mot) dans le sens opposé à son sens véritable, par ironie* ou euphémisme. Ex. : "Ah ! C'est du joli !" s'exclama la mère d'Eugène lorsqu'elle vit les taches de caviar sur son maillot de sport.

anxiété : n. f. *Méd. et Psycho. Spéc.* Sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger

anxiogène : adj. *Méd. et Psycho.* Qui produit de l'anxiété*.

aphasie : n. f. *Méd.* Défaut de l'adaptation du mot (signifiant*) à l'idée (signifié*), soit en raison de l'impossibilité de comprendre l'idée à recevoir (= aphasie sensorielle), soit de l'impossibilité de transmettre cette idée (= aphasie motrice : le patient essaye de prononcer le mot "chaise" et il sort le mot "clou"). La cause de l'aphasie peut être un accident vasculaire cérébral*.

arthrite : n. f. *Méd.* Inflammation d'une ou de plusieurs articulations.

arythmie : n. f. *Méd.* Trouble du rythme cardiaque, qui devient désordonné.

auditeur : n. m. : *Ling. Spéc.* : personne qui écoute. (Voir : allocutaire*) (Opposé à : locuteur*)

auto-évaluation : n. f. *Epidémio. Spéc. Néol.* Evaluation d'un fait ou d'un phénomène* par le participant lui-même et non pas par un examinateur.

auto-dérision : *Spéc.* Moquerie* envers soi-même (donc manque de respect vis-à-vis de soi). (Opposé : rire avec soi-même*).

aveugle : *Epidémio.* Lorsque l'on souhaite comparer deux traitements par exemple, il est préférable de faire des mesures sans savoir au départ de quel traitement bénéficient les participants, afin que la préférence spontanée des expérimentateurs pour un traitement par rapport à l'autre n'influence pas les mesures, même inconsciemment. Lorsque ni les patients ni les expérimentateurs ne savent à quel traitement ils ont affaire, il s'agit d'une expérimentation en double-aveugle (ou double insu).

Balint : Nom propre (groupe ~) *Méd. Psycho.* Réunions de plusieurs soignants et d'un psychologue au cours desquelles la discussion d'observations médicales tend à améliorer les relations psychologiques liant les patients et les soignants.

ballonnets de contre-pulsion aortique : n. m. *Méd.* Ballonnets introduits dans l'aorte, qui se gonflent et se dégonflent alternativement afin d'assurer un meilleur remplissage du ventricule gauche du cœur en cas d'insuffisance cardiaque aiguë* au décours d'un infarctus du myocarde.

biais : n. m. *Epidémio.* Phénomène qui fausse les résultats au cours de l'expérimentation.

biochimique : adj. *Méd.* Qui concerne la chimie des molécules, mise en oeuvre dans le fonctionnement des êtres vivants.

bisociation : n. f. *Néol. Spéc.* (de l'anglais : ~) "Perception ou idée commune à deux matrices* dont chacune a sa logique propre" [KOES 64].

Blitz : n. m. Attaque allemande aérienne très rapide, qui détruisit Londres, durant la seconde guerre mondiale (1939-1945).

brahmane : n. m. "Membre de la caste sacerdotale, la première des grandes castes traditionnelles de l'Inde" [ROBE 92].

bronchopneumopathie chronique obstructive : n. f. *Méd.* Gêne respiratoire permanente due à un rétrécissement des bronches.

burlesque mêlé : n. m. *Humor. Néol. Spéc.* Comique mêlé* qui comporte uniquement des sentiments agressifs sans attaque de personne. Il s'agit d'une chamaillerie*. Toutefois l'emploi très fréquent de burlesque mêlé peut être le signe d'une souffrance*. *Syn. Approx.* : mot d'esprit* à tendance hostile (Freud).

burnout (anglais) : *Psycho. Spéc.* Usure, syndrome d'épuisement* professionnel*.

ça : n. m. *Psychan.* Ensemble des pulsions*. Grand réservoir de l'énergie psychique qui est chaotique et impersonnelle, qui peut donner des tendances contradictoires, s'opposant au moi* et au surmoi*. Voix intérieure très impersonnelle : "ça* me dit de faire" [ici, me = moi*]. Son contenu est pour une part héréditaire et inné*, pour l'autre refoulé et acquis*. (Voir aussi : noyau spirituel*, moi*, surmoi*, libido*, motion*)

cannabinol : n. m. *Méd.* Substance active spécifique du cannabis, comme le tétrahydrocannabinol.

caractéristique : n. f. *Epidémio.* Ce qui permet de décrire un participant*. Ex. son âge, son sexe, sont des caractéristiques.

cas-témoins : (étude ~) *Epidémio.* Etude à visée étiologique* qui compare deux groupes : l'un composé de personnes présentant le phénomène étudié (Ex. une maladie), appelées les "cas", l'autre composé de personnes ne présentant pas ce phénomène (Dans l'ex. : non malades), appelées "témoins". Le phénomène sert en quelque sorte de point de départ, et on recherche un ou des facteurs d'expositions antérieurs pouvant l'expliquer [BEAU 96].

catharsis : n. f. (1) *Philo.* Selon Aristote, effet de "purgation des passions" produit sur les spectateurs d'une représentation dramatique ; (2) *Psychan.* Réaction de libération ou de liquidation d'affects* longtemps refoulés dans l'inconscient* et responsables d'un traumatisme psychique [ROBE 92].

caucasien : adj. *Méd.* De peau blanche.

chamanisme : n. m. Culte de la nature et croyance dans des esprits [ROBE 92].

chatouillement : n. m. *Humor.* Comique tactile dont les premiers pas sont ceux d'une petite bête qui monte, qui monte.

chimiothérapie : n. f. *Méd.* Traitement du cancer par médicaments.

cinétique psychique : n. f. *Néol. Spéc.* Mouvement de la pensée.

cingalais : adj. Du Sri Lanka.

clinique : adj. *Méd.* Au lit du patient (ou tout du moins auprès du patient). L'examen ~ se déroule sans avoir recours à des appareils ou des méthodes de laboratoire.

clown : n. m. *Humor.* Personne comique déguisée de façon grotesque ; étymologiquement, le clown est un paysan rustre, dans la farce anglaise.

cognitif : adj. *Psycho.* Qui concerne la connaissance et la gestion des savoirs, de ce qui est amené à la conscience*.

cohorte : n. f. *Epidémio.* Echantillon constitué pour une étude prospective*. Durant toute la durée de l'étude, les expérimentateurs ne prennent aucun nouveau participant, ni ne retirent de participants. On peut ainsi observer ce que sont devenus les participants entre le début et la fin de l'étude. Ex. Avec une cohorte de légionnaires romains, on peut compter ceux qui ont survécu à la guerre à leur retour à Rome et estimer ainsi les pertes.

colt : n. m. Pistolet, dans les westerns. Par métonymie* : être un bon ~, c'est être un bon tireur.

coping : (terme anglais) Voir adaptation*. Coping vient de l'expression *to cope with* qui signifie : se débrouiller avec (la situation). Faire face, ajustement, stratégie d'adaptation, stratégie(s) adversitaire(s). Selon Lazarus : "ensemble des efforts cognitifs* et comportementaux destinés à maîtriser, réduire et tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu" [BOUR 99].

coma : n. m. *Méd.* Perte totale ou partielle de la conscience, de la vigilance, et des mouvements, mais conservation partielle des fonctions végétatives (ex. de fonction végétative : le maintien de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle) (Ex. de cause de coma : accident de la route).

comique : adj. et n. m. *Humor. Spéc.* Ce qui peut provoquer le rire (du moins est-ce construit ainsi par le locuteur*, mais l'auditeur* peut ne pas rire). Mécanisme de pensée soudain surpris et libéré qui provoque le rire, par une rupture logique et inattendue de la logique habituelle.

comique masque : n. m. *Humor. Spéc. Néol.* Comique pur ou comique mêlé employé pour dissimuler une souffrance*.

comique mêlé : n. m. *Humor. Spéc. Néol.* Comique qui véhicule des sentiments* négatifs ou une attaque de personne, dissimulés sous du comique. Ce comique permet de dire de façon plaisante ce qui est déplaisant. *Syn.* dérision* ou rire de*. Le comique mêlé comporte : le burlesque mêlé*, l'ironie* dissimulation*, le sarcasme*, le comique noir*, le cynisme*.

comique noir : n. m. *Humor. Spéc.* Comique mêlé* tragique* négatif comportant ou évoquant des idées pessimistes et dépressives sans issue positive dans l'énoncé.

comique pince-sans-rire : n. m. *Humor.* (Voir pince-sans-rire*)

comique pur : n. m. *Humor. Spéc. Néol.* Comique qui ne comporte qu'un message drôle destiné au pur plaisir de l'auditeur et qui ne porte atteinte ni à soi, ni à autrui, qui ne comporte aucun sentiment* négatif.

comique tragique : n. m. *Humor. Spéc.* Comique pur* ou mêlé* qui aborde des circonstances morbides ou la mort. Cependant, selon le sens général de l'énoncé, ce comique sera pur s'il s'oriente vers l'espoir, mêlé s'il conduit au désespoir. L'exemple du condamné à mort qui tourne la page qu'il est en train de lire alors qu'on l'appelle pour l'échaffaud est un comique tragique pur, parce que le condamné espère – en théorie – revenir finir la lecture de son livre.

commissure : n. f. *Méd.* Coin, angle (de la paupière, de la lèvre).

compassion : n. f. *littéralement* "souffrir avec l'autre". Il ne s'agit pas de souffrir à la place de l'autre, mais de se laisser toucher par sa souffrance, d'entrer dans un *être avec**, creuset de l'action bienveillante du soin.

concept : n. m. *Syn. idée. Philo. Approx.* Nom donné à un ensemble d'êtres ou d'objets ayant des caractéristiques communes. Ainsi, le concept *maison* désigne tous les espaces couverts où l'homme habite. Les concepts sont notre principal moyen de maîtriser le réel : ils en sont issus, et ils permettent en retour de le connaître et de l'organiser. Le terme concept est voisin du terme *essence**. En linguistique, le concept s'appelle *signifié**. D'une façon plus générale, dans le système de la pensée, le concept est un *symbole**, c'est-à-dire ce qui rassemble, ce qui résume.

confusion : n. f. *Méd.* Etat, en général réversible, constitué par une perte des repères, en particulier dans le temps et dans l'espace. On retrouve généralement facilement une cause à la confusion (déshydratation, fièvre, alcool, certains médicaments...)

conscience : n. f. *Psycho. Spéc.* Ce que l'individu peut percevoir en lui (comme un spectateur). Ce qu'il peut percevoir par exemple du cheminement de sa pensée. Opposé : *inconscient**.

consultation : n. f. *Méd.* Rencontre entre un patient et un soignant qui a lieu au cabinet du soignant.

contingence : n. f. *Philo. Spéc.* Possibilité qu'une chose arrive ou non.

contingent : adj. *Philo.* Ce qui peut être ou ne pas être.

contre-transfert : *Psychan.* Ensemble des réactions inconscientes du psychanalyste (ou du soignant) à l'égard du patient, et plus particulièrement au transfert* du patient. (Ex. : le psychanalyste peut se retrouver à jouer sans s'en rendre compte le rôle du père que le patient a perdu dans son enfance).

corrélation (coefficient de corrélation linéaire selon Pearson) : n. f. *Epidémio.* Etude mathématique du lien (de la relation) qui existe entre deux variables*. Une corrélation entre deux variables ne signifie pas cependant qu'il existe un lien de cause à effet entre ces deux variables. Ex. (fictif) : le coefficient de corrélation entre le nombre de téléphones et le nombre de télévisions dans un ménage est $r = 0,75$ ($p < 0,05$) signifie que plus il y a de télévisions, plus il y a de téléphones dans un ménage, mais ce n'est pas la consommation des télévisions qui fait augmenter la consommation des téléphones ni inversement : l'augmentation de l'une et l'autre variable dépendent surtout du niveau de vie et du pouvoir d'achat. (Voir *r**, *p**, facteur* de confusion*)

cortical : adj. *Méd.* Du cortex (surface du cerveau). (Voir : *aire corticale**)

cortisol : n. m. *Méd.* Hormone* produite par la glande surrénale (au-dessus du rein), qui intervient dans le stress*.

création : n. f. *Spéc.* Activité du psychisme*, faisant certainement intervenir l'inconscient*, les symboles*, l'intuition.

crécelle : n. f. Instrument en bois formé d'une planchette tournant autour d'un axe muni de crans contre lesquelles elle vient frapper. La ~ produit un crépitement de claquements très bruyants ("CrrrrRRRRrrrrRRR !")

crise : n. f. *Spéc.* Etat dans lequel se trouve le patient après une agression*. Toute rupture violente dans la stabilité du patient qui entraîne des sentiments* négatifs comme la colère, l'anxiété ou la peur, une fuite, une défense etc.

curatif : adj. (soins ~s) *Méd.* Soins donnés pour traiter la cause d'une maladie, ce qui ne soulage pas toujours tout de suite la souffrance* due à cette maladie, c'est pourquoi on a recours parallèlement à des soins palliatifs*.

cynisme : n. m. *Humor. Spéc.* Comique mêlé* auto-destructeur. Ne comporte qu'une faible proportion d'éléments comiques par rapport aux forts sentiments négatifs*.

cystique : adj. *Méd.* Qui concerne la vessie.

déambulateur : n. m. *Méd.* Appareil mobile qui constitue un appui pour se déplacer, pour les personnes qui ont tendance à chuter au cours de la marche.

décapitation : n. f. Action de couper la tête.

démence : n. f. *Méd.* Altération irréversible des fonctions supérieures*.

dépressogène : adj. *Méd.* Qui provoque une dépression*.

dérision : n. f. *Humor. Spéc.* (du latin *de-ridere*) Rire au sujet de, ou rire de façon détournée ; le terme dérision devrait exclusivement être réservé au comique mêlé* (Syn.). La dérision n'est jamais un comique pur* (Opposé).

descripteur : n. m. *Spéc.* Mot-clé (Syn.) introduit dans un thesaurus ou dans une banque de donnée.

désir (vrai) : n. m. *Philo. Spéc. Approx.* Ce que l'être humain veut au plus profond de lui, manque à être*. Reconnaisant ses limites, il y reçoit les mouvements transcendants* (motions*) qui l'invitent vers l'autre et le Tout-Autre*.

dépression (Syn. : **syndrome dépressif**) : n. f. *Méd. Psycho.* Sentiment* prolongé d'abattement, de lassitude et de découragement [ROBE 92], *fatigue d'être soi*, ou encore *perte de l'élan vital*. (Rem. : Nous ne parlons pas dans notre travail des dépressions endogènes dont la cause est certainement un déficit d'un ou de plusieurs neuromédiateurs, ce qui nécessite un traitement médicamenteux spécifique et prolongé).

disjoncteur (logique) : n. m. *Ling. Spéc. Néol.* [emprunté au vocabulaire qui concerne les circuits électriques, définition d'après [B2T 92]] Élément du langage (phonème*, graphème*, sème*,...) qui brise le cours d'une pensée, qui introduit l'inattendu dans l'opinion habituelle d'un auditeur. Élément clé du mécanisme comique. En principe, un disjoncteur est aussi conjoncteur (voir : disjoncteur-conjoncteur*), à moins que le locuteur* sollicite la culture de l'auditeur* pour combler le trou logique créé par le disjoncteur.

disjoncteur-conjoncteur (logique) : n. m. *Ling. Spéc. Néol.* Disjoncteur* qui permet de réorienter la pensée surprise vers une solution logique mais inattendue.

disjoncteur référentiel : n. m. *Ling. Spéc. Néol.* [d'après [B2T 92]] Élément surprenant qui permet de passer de façon logique d'une isotopie* à une autre isotopie.

drosophile : n. f. Variété de mouche qui sert de modèle en génétique.

écart-type : n. m. *Epidémio.* Mesure de dispersion exprimant la distance moyenne des valeurs d'une variable* par rapport à la moyenne de ces valeurs [BEAU 96].

échantillon : n. m. *Epidémio.* Sous-ensemble d'une population que l'on désire connaître. Pour prendre un échantillon de personnes âgées qui représente la population des personnes âgées en France, la meilleure méthode est de choisir un certain nombre de personnes âgées de façon aléatoire* dans la population des personnes âgées.

échelle ordinale : n. f. *Epidémio.* Echelle comportant des nombres entiers croissants : (0), 1, 2, 3,... ; le participant* est invité à choisir le nombre entier qui correspond le mieux à ce qu'il pense. Ex. 0 s'il n'est pas d'accord, 5 s'il est tout à fait d'accord, 2 si son avis reste mitigé.

électrocardiogramme : n. m. *Méd.* Résultat de l'électrocardiographie, qui consiste à mesurer les variations des petits courants électriques issus du cœur au cours du temps.

émetteur : n. m. *Ling. Spéc. Syn.* : locuteur*.

émotion (ex + motion) : n. m. *Psycho. Spéc.* Manifestation* souvent non univoque d'un sentiment* d'une personne exprimé volontairement et/ou involontairement, perceptible pour un observateur autre que le sujet lui-même. Ex. : le rire est une émotion dont l'origine est un sentiment* comique*, de joie*, ou parfois de peur. Lorsqu'une personne rit, l'observateur n'est jamais complètement sûr que cette émotion manifeste un sentiment de joie* ou d'amusement*. Un rire peut masquer une peur par exemple.

empathie : n. f. Faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. (Voir : compassion*)

emphysème : n. f. *Méd.* Destruction des alvéoles pulmonaires.

endo-cannabinoïde : n. m. *Méd. Néol.* (hypothèse) Cannabinoïde* qui serait produit par l'organisme pour retrouver une bonne humeur* en cas d'épuisement intense. (Voir : syndrome d'épuisement*).

endorphines : n. f. *Méd.* Équivalents de la morphine produits par l'organisme pour lutter contre la douleur.

enfant du non-humour : n. m. *Humor. Psycho.* Enfant n'ayant pas reçu d'humour de la part de ses parents, ce qui se traduit souvent par un comportement plus entier et un moindre éveil, l'enfant n'ayant pas reçu les moyens de gérer ses frustrations, ses émotions, et ses questions, n'ayant pas reçu de spectateur pour saluer et encourager ses découvertes [AIMA 88].

énoncé : n. m. *Ling.* Phrase ou ensemble de phrases.

énonciation : n. f. *Ling.* Production individuelle d'une phrase dans des circonstances données de communication. Le ton est un élément de l'énonciation d'un énoncé*. Par analogie, l'énonciation est à l'énoncé* ce que le signifiant* est au signifié* (*Approx.*)

entomologie (adj. : entomologique) : n. f. Étude des insectes.

épidémiologie : n. f. *Epidémio.* Science qui s'intéresse aux facteurs* qui influencent la fréquence ou la distribution (= répartition) des maladies et autres phénomènes de santé (au sein d'une population). Cette science utilise les statistiques comme outil mathématique pour interpréter les données qu'elle recueille.

épilepsie : n. f. *Méd.* Excitation anormale d'un groupe de neurones* au niveau cérébral, ce qui peut entraîner par exemple des mouvements saccadés des membres, des contractions musculaires, une perte de connaissance...

épileptogène : adj. *Méd.* Qui déclenche une épilepsie*.

épuisement professionnel (syndrome d'~) : n. m. *Méd. Psycho.* (de l'anglais : *burnout**) Ensemble des signes qui témoignent de l'épuisement d'un soignant face au soin ; le comique noir*, l'agitation, l'excitation, les rires nerveux, l'indisponibilité, les troubles de l'attention, l'abattement, les idées dépressives font – entre autres – partie de ce tableau.

escarre : n. f. *Méd.* Souffrance de la peau aux endroits où elle est compressée de façon prolongée. Cette souffrance de la peau peut aller d'une simple rougeur jusqu'à une plaie profonde. Elle survient chez les personnes alitées qui ne peuvent bouger et donc changer les zones d'appui de leur corps (fesses, talons).

esprit : n. m. *Psycho. Spéc. Syn.* : psychisme*. (Voir aussi : mot d'esprit*)

esprit d'enfance : n. m. *Philo. Humor. Spéc.* Attitude spontanée de l'être humain qui consiste à s'émerveiller, à jouer, à agir avec simplicité, comme un enfant. (Ce n'est pas synonyme d'enfantillage ou de gaminerie).

essence : n. f. *Philo. Approx.* Par opposition à *accident*, ce qui fait la nature permanente d'un être ou d'une chose, indépendamment de ce qui lui arrive, ce qui définit une chose ou un être. L'essence est un terme voisin de concept* ou idée.

étiologie : n. f. *Méd.* Cause.

éthique : n. f. et adj. *Philo. Syn.* : morale*. Réflexion et pratique ayant pour fin la vie bonne et heureuse. L'éthique concernerait plutôt l'ici et le maintenant – c'est-à-dire qu'elle serait dépendante du contexte – dans les décisions à prendre, tandis que la morale* se rapporterait à des exigences universelles, irréductibles et transcendantes*. Ethique et morale ne sont pas distinctes si l'on envisage leur objectif qui est la vie bonne et heureuse dans la perspective de l'attention au prochain (*agapè*).

ethnie : n. f. Ensemble des personnes possédant une langue et une culture communes.

ethnographie (adj. : **ethnographique**) : n. f. Etude descriptive des divers groupes humains, de leurs caractères anthropologiques, sociaux, etc.

éthologie : n. f. *Psycho.* Etude du comportement animal.

être avec : n. m. *Néol.* Fondement de la relation entre deux personnes, relation qui se fonde sur l'état, et non pas sur l'avoir ou le faire, qui sont seconds. Offrir quelque chose à son enfant, ou faire quelque chose avec lui, c'est une manière de dire : "Tu es mon enfant."

euphorie : n. f. *Méd. Psycho.* "Etat de confiance, de satisfaction, de bien-être du sujet, qui croit se bien porter, soit que cette sensation corresponde à une amélioration réelle de son état (convalescence), soit qu'elle provienne d'une illusion comme on en observe à la période terminale de certaines maladies [...], dans quelques affections neuropsychiatriques ou sous l'influence de stupéfiants" [GARN 86].

eutrapélie : n. f. *Philo.* Enjouement, plaisanterie aimable et spirituelle, disposition à plaisanter agréablement [Aristote, Thomas d'Aquin]. Ancêtre de l'humour. (Voir aussi : esprit d'enfance*)

facteur : n. m. *Epidémio. Approx.* Variable* qui entre dans la composition d'un phénomène* complexe.

facteur de confusion : n. m. *Epidémio.* Variable* qui a un lien avec la cause et la conséquence, sans pour autant faire partie de la relation logique liant la cause à la conséquence. Ex. : l'âge est associé à la fois à la consommation de tabac et au cancer du poulmon, cependant, le fait de fumer n'a aucune incidence sur l'âge. (Voir aussi : corrélation*).

fistule : n. f. *Méd.* Canal anormal laissant passer des matières, un liquide (ou un gaz) physiologiques*, entre deux organes creux, ou entre un organe creux et la peau.

fonctions supérieures : n. f. pl. *Méd.* Les fonctions cérébrales (intelligence, mémoire...)

forme-signe : n. f. *Psycho.* Syn. : Gestalt-signe*.

frustration : n. f. *Psycho.* Privation d'une satisfaction (psychologique). Opposé à : gratification*.

gaieté : n. f. *Psycho. Spéc.* Affect* positif, plaisir*, humeur* enjouée, qui peut se traduire par une émotion*. La gaieté se distingue de la joie*.

gélastique : adj. *Méd.* Qui provoque le rire. L'épilepsie* gélastique n'est pas une épilepsie "conique*" parce que la cause du rire est pathologique*. (Voir aussi : agelaste*).

gélomètre : n. m. *Psycho. Néol.* Appareil qui sert à mesurer l'intensité du rire. On peut mesurer le rire en mesurant la puissance sonore au moyen d'un Décibelmètre, ou au moyen de l'électro-myographie qui mesure l'activité des muscles zygomatiques. La gélométrie est le reflet de la manifestation rire, mais qui ne témoigne pas forcément de l'intensité de l'effet comique éprouvé par le sujet testé. Le rire peut être un masque, un rire de théâtre.

gélothérapie : n. f. *Humor. Méd.* Traitement par le rire ou le comique. Ce terme est déjà ancien puisque employé par Flatet en 1989 [FLAT 89].

gérer, gestion : *Psycho.* (correspond à l'anglais *deal with* ou bien *cope with*) : voir adaptation*, *coping**

gériatrie : n. f. *Méd.* Discipline médicale qui s'occupe des personnes âgées.

Gestalt-signe : n. f. *Psycho.* Forme (Gestalt en allemand) aperçue par une personne et qui déclenche un comportement stéréotypé. Syn. : forme-signe*. Ex. : le visage en mouvement est une Gestalt-signe pour le bébé qui manifeste en réponse un sourire-réponse*.

gingival : adj. *Méd.* Qui concerne la gencive, c'est-à-dire la muqueuse qui recouvre les os de la mâchoire où s'insèrent les dents.

glaucome : n. m. *Méd.* Augmentation de la pression des liquides contenus dans le globe oculaire (l'œil).

globe urinaire : n. m. *Méd.* Rétention urinaire qui entraîne une augmentation du volume de la vessie qui prend la forme d'un globe.

grabataire : n. m. et adj. *Méd.* Qui reste au lit (le grabat), qui ne peut plus se lever.

graphème : n. m. *Ling.* Unité distinctive de l'écriture. Plus petit élément écrit signifiant : la lettre (dans notre système alphabétique d'écriture), un dessin (pour les langues qui utilisent des pictogrammes, comme les langues chinoises).

gratification : n. f. *Psycho.* Qui apporte une satisfaction (psychologique). Opposé à : frustration*.

groupe témoin : n. m. *Epidémio.* Lorsque l'on veut comparer par exemple les effets d'un médicament sur la pression artérielle, on constitue un groupe qui reçoit le médicament et un groupe qui

reçoit un placebo* (groupe témoin) afin de savoir s'il s'agit bien de l'effet de la nouvelle molécule incluse dans le traitement qui diminue la pression, ou si c'est simplement le fait d'avaler un médicament (effet psychologique) qui joue sur la pression.

hallucinogène : n. m. et adj. *Méd.* Qui provoque des hallucinations, c'est-à-dire des perceptions erronées (fausses informations au niveau sensitivo-sensoriel, qui font croire à la personne qu'elle perçoit des bruits ou des objets qui sont en fait inexistantes). Produit toxique qui provoque des hallucinations.

hallux valgus : n. m. *Méd.* Déformation du premier orteil du pied, qui s'oriente vers les autres orteils. Cette déformation entraîne des difficultés pour se chausser.

hapax : n. m. *Ling.* [*hapax legomenon* : "chose dite une seule fois"] Mot, forme, emploi, dont on ne peut relever qu'un exemple (à une époque donnée).

hémangiome : n. m. *Méd.* Développement d'une "pelote" de vaisseaux.

hématologie (adj. : **hématologique**) : n. f. *Méd.* Discipline qui s'intéresse aux maladies du sang.

hémoglobine : n. f. *Méd.* Composé principal du sang transportant l'oxygène, contenu dans les globules rouges, qui leur donne leur couleur.

homéopathie (adj. : **homéopathique**) : n. f. *Méd.* Discipline de la thérapeutique, qui s'appuie sur les théories d'Hahnemann, qui prétendaient guérir le mal par le mal selon le principe des similitudes, c'est-à-dire que l'homéopathie proposait à l'origine de donner un traitement qui produisait les mêmes symptômes que la maladie. Comme les symptômes du traitement à dose efficace (qui sont en fait des effets indésirables ou toxiques) se surajoutaient à ceux de la maladie, Hahnemann a proposé de fortement diluer le traitement jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de traitement actif dans la dilution. Afin de donner un pouvoir thérapeutique à la solution dépourvue de traitement actif ainsi obtenue, Hahnemann a proposé d'agiter fortement la solution (ce qui s'appelle la *succussion* ou la *dynamisation*). Les traitements homéopathiques actuels sont préparés de cette façon. L'homéopathie n'a – pour l'instant – pas démontré qu'elle est fondée sur des preuves tangibles, qu'elle n'est pas une thérapeutique basée sur la pensée magique ou sur l'effet placebo*. Source : (Ouvrage collectif) : *Homéopathie : évaluation et pragmatisme*. Paris : La Revue Prescrire, 1999. 103 p. (Les compilations Prescrire).

hormone : n. f. *Méd.* Molécule messagère qui se fixe sur un récepteur*. Il s'agit d'une molécule d'information entre deux cellules.

humeur : n. f. *Méd. Psycho.* (syn. : thymie) *Approx.* Etat affectif* positif (gaieté*, plaisir*) ou négatif (tristesse, souffrance*) temporaire, parfois prolongé. Les deux extrêmes de cette orientation de la perception du monde sont des maladies qui sont pathologiques en raison des troubles sociaux et comportementaux qu'elles entraînent : dépression et mélancolie (humeur négative extrême), état maniaque (humeur positive extrême), avec parfois possibilité d'alternance d'un pôle extrême à l'autre de l'humeur dans les syndromes maniaco-dépressifs.

humilité : n. f. *Philo. Approx.* Accueil de soi comme être limité et animé d'un désir* profond. L'humilité n'est pas l'humiliation. Elle est renoncement libre à n'être autre chose que soi, avec toutes ses limites mais aussi ses richesses et ses talents, dans un ici et maintenant.

humorologie : n. f. *Humor. Néol. Spéc.* Science qui se propose d'étudier l'humour et le comique sous tous ses aspects. Cette discipline est la rencontre de plusieurs disciplines comme la philosophie, la linguistique dont la sémiotique, la psychologie, la médecine...

humoriste : n. m. 1. *Humor. Spéc.* Personne qui emploie un comique pur. Ex. : Raymond Devos. (à distinguer de : humorologiste*, satiriste*). 2. *Méd.* Autrefois : Médecin qui fondait son raisonnement sur la théorie des quatre humeurs (sens que nous n'employons pas dans notre exposé).

humoristicité : n. f. *Humor. Néol. Spéc.* [de l'anglais *humorousness*] Mesure partielle du sens de l'humour.

humoristicité active : n. f. *Humor. Néol. Spéc.* Capacité à produire de l'humour.

humoristicité passive : n. f. *Humor. Néol. Spéc.* Capacité à accueillir l'humour.

humorologie (adj. : **humorologique**) : n. f. *Humor. Spéc.* [de l'anglais : *humorology* [APTE 88] Discipline qui étudie l'humour* : son essence*, ses origines, ses mécanismes (linguistique*, sémiotique*), ses fonctions, ses applications, sa mesure (humorométrie*).

humorologiste : n. m. ou f. *Humor. Néol. Spéc.* Personne qui étudie l'humorologie* (à distinguer de : humoriste*).

humorométrie (adj. : **humorométrique**) : n. f. *Humor. Néol. Spéc.* Discipline de l'humorologie* qui tente de mesurer le sens de l'humour* (ou l'humoristicité*), et d'en étudier les différentes variables* quantifiables.

humour : n. m. *Humor. Philo. Méd. Psycho. Spéc.* (Syn. : *comique avec* ou *rire avec**) Comique pur*, humble, respectueux, bienveillant, spontané, développé avec tact, qui tombe juste, qui est vrai, gratuit, réaliste, libre malgré les contraintes, créatif, qui renforce la relation avec l'autre et les autres. Il s'agit de l'une des manifestations de la joie*.

humour noir : n. m. *Humor.* Locution impropre qui devrait être remplacée par : comique noir*.

hydrocéphalie : n. f. *Méd.* Augmentation du volume du liquide contenu dans le cerveau.

hypertension (artérielle) : n. f. *Méd.* Pression (mesure physique, en millimètres de mercure) artérielle moyenne constamment au-dessus des valeurs admises dans une population, qui conduit à des maladies cardio-vasculaires si elle n'est pas maîtrisée.

idéal du moi : n. m. *Psychan. Approx.* Modèle pour le moi*. Il s'agit d'une partie du surmoi* (ou de sa totalité ?). Voix intérieure qui dit au moi* : "tu dois faire" (comme le surmoi*) et qui ajoute certainement "pour te plaire". La discordance inéluctable entre cette image d'un moi idéal inaccessible et

qui renferme le moi sur lui-même (narcissisme*) invite à penser qu'il existe une instance plus structurante, le noyau* spirituel*, qui invite au renoncement* à ce modèle idéal inaccessible et invite à une ouverture vers l'autre et à la transcendance*.

immunité : n. f. *Méd.* Système de défense cellulaire de l'organisme vis-à-vis des microbes (mais aussi de tout corps étranger). (Voir : lymphocyte*). L'**immunité cellulaire** : ce sont les cellules qui participent à l'immunité, et plus particulièrement les lymphocytes T. L'**immunité humorale** : ce sont les molécules chargées de reconnaître les hôtes étrangers (microbes) et de les détruire, en général grâce aux immunoglobulines* produites par les lymphocytes B et les plasmocytes.

immunoglobuline : n. f. *Méd.* Molécule produite par les lymphocytes* B, chargée de reconnaître un hôte étranger (microbe) à l'organisme et éventuellement de le détruire. (Voir : immunité*). Les **immunoglobulines A** salivaires se trouvent dans la salive et sont chargées de défendre l'organisme contre les agressions buccales. Il s'agit de la première ligne de défense.

impuissance : n. f. *Méd.* Trouble de l'érection du pénis.

inappétence : n. f. *Méd.* Manque d'appétit. (Voir aussi : anorexique*)

inconscient : n. f. *Psycho. Spéc.* Sorte de "grenier" des pensées, des savoirs connus ou oubliés, des expériences, des affects*. La visite de ce grenier obscur dépourvu de système d'éclairage n'est possible qu'au moyen de la "lampe torche" de la conscience* ; il n'est donc pas possible d'amener à la conscience l'ensemble de ce grenier ; les pensées de ce grenier se relient les unes aux autres très librement par l'intuition ou d'autres mécanismes qui peuvent adopter des chemins logiques inhabituels à l'origine en particulier des activités de création* (d'après [KOES 64]).

inflammation : n. f. *Méd.* Une des réactions de défense de l'organisme à l'agression*, qui se traduit par de la chaleur, une douleur, une rougeur, et une augmentation de volume de la partie agressée. Une piqûre d'abeille produit une inflammation ; le virus de la grippe produit un état inflammatoire de l'ensemble de l'organisme (fièvre, douleur).

inhalation : n. f. *Méd.* Absorption d'un solide, d'un liquide, ou d'un gaz par voie respiratoire. En principe, l'air seul est recommandé par cette voie. L'inhalation d'un solide (aliment) provoque la toux ou conduit à l'obstruction des voies aériennes.

inné : n. m. et adj. *Méd.* Capacité que l'individu possède à la naissance. Opposé à : acquis*.

insuffisance cardiaque : n. f. *Méd.* Difficulté pour le muscle cardiaque d'assurer sa fonction de pompe de façon efficace.

insuffisance coronaire : n. f. *Méd.* Sténose* d'une ou des artères coronaires qui irriguent le cœur, ce qui peut donner des douleurs de la poitrine à l'effort (angine de poitrine, angor d'effort).

insuffisance rénale : n. f. *Méd.* Difficulté pour le rein d'assurer son rôle d'épuration du sang.

intensificateur : n. m. *Psycho.* Forme-signe* accessoire qui vient augmenter l'intensité du comportement qui répond à la forme-signe principale. Ex. : l'ouverture de la bouche (forme-signe secondaire) intensifie le sourire-réponse* (forme-signe principale).

interleukine : n. f. *Méd.* Molécule d'information (voir : hormone*) entre deux globules blancs, à savoir en général entre deux lymphocytes. L'**interleukine 2** est produite par les lymphocytes T auxiliaires qui stimulent ainsi le développement des lymphocytes T ou B qui vont se multiplier et défendre l'organisme.

interféron : n. m. *Méd.* Antivirus. Molécule produite par une cellule infectée par un virus pour informer les autres cellules et inhiber la prolifération du virus.

intubation : n. f. *Méd.* Mise en place d'un tuyau dans la trachée afin de pouvoir apporter de l'air au moyen d'une machine (respirateur) à un patient qui présente des difficultés respiratoires.

invasif : adj. *Méd.* Examen ~ : examen qui nécessite de pratiquer une ouverture du corps ; cela va de la petite ouverture pratiquée au moyen d'une aiguille pour la ponction veineuse (prise de sang), à la grande ouverture d'une intervention chirurgicale.

ironie : n. f. *Humor. Spéc.* Comique mêlé* qui, dans son sens actuel, est synonyme d'antiphrase*. On confond souvent humour*, comique noir* et ironie qui sont des notions pourtant bien distinctes. Etymologiquement, il existe en fait deux sortes d'ironie : l'ironie question*, que nous classons dans les comiques purs*, et l'ironie dissimulation* qui est le sens actuel de l'ironie.

ironie dissimulation : n. f. *Humor. Spéc.* Comique mêlé* qui s'attaque à autrui en se moquant de lui en énonçant l'opposé de ce qu'il veut exprimer, par antiphrase*. Syn. : ironie* (sens actuel). Opposé : ironie question*.

ironie question : n. f. *Humor. Spéc.* Comique pur* qui s'attaque aux idées toutes faites – et non pas aux personnes – en les remettant en question de façon plaisante. Voir aussi : rupture de déterminisme*, humour*. Opposé : ironie dissimulation*, ironie*.

ischémie : n. f. *Méd.* Difficulté ou arrêt de la perfusion sanguine d'un organe (ou d'un territoire d'un organe) en raison de la diminution ou de l'interruption du flux sanguin artériel.

isotopie : n. f. *Philo. Ling.* Ensemble des idées qui renvoient à un même domaine de sens, un même domaine de signification. [CAHI 76] Ex. : pain, manger, nourriture : renvoient à une isotopie alimentaire. Ensemble des idées qui sont dans le même plan (la même matrice*) logique, qui ont des liens logiques habituels entre elles.

joie : n. f. *Philo.* La joie se distingue de la simple gaieté* ou du plaisir*, qui sont des affects* ; la joie provient de l'identité profonde de l'être humain : être de relation, destiné à aimer et à être aimé. Être en relation est la source de la plus grande joie, qui se manifeste par exemple, dans la paternité et la maternité, dans le couple, dans l'accueil désintéressé de l'autre... "Nul n'est sensé ignorer la joie" [FOUR 92]

► **kuru** : n. m. *Méd.* Encéphalopathie spongiforme subaiguë chez les femmes indigènes des populations Foré des hautes terres de Nouvelle Guinée, décrite par Zigas et Gajdusek en 1957. Due à l'ingestion de cervelle de parents défunts, rite anthropophage qui est une marque de deuil et de respect [DERE 88]. L'atteinte préférentielle des femmes serait due à la consommation de certaines pièces anatomiques symboliques par ces dernières, tandis que les hommes ingéraient d'autres parties du corps. Kuru signifie "tremblement" (de froid ou de peur) dans cette ethnie. Phase 1 : tremblements irréguliers de la tête, du tronc et des extrémités, ataxie progressive, myoclonies, labilité émotionnelle où prédomine l'euphorie. Phase 2 : marche devenant impossible, tremblements intenses, mouvements choréo-athétosiques, dysarthrie, nystagmus, strabisme, hyperréflexivité ostéo-tendineuse, rire pathologique. Phase 3 : démence, état grabataire, mort en quelques mois. L'agent de cette maladie n'est pas identifié et pourrait être un prion. La maladie est transmissible expérimentalement au chimpanzé.

labial : adj. *Méd.* Qui concerne les lèvres (de la bouche).

lacrymal adj. *Méd.* Qui concerne les larmes.

leucémie : n. f. *Méd.* Augmentation incontrôlée des cellules à l'origine de la formation des globules blancs dans la moelle osseuse.

libido : n. f. *Psychan.* Recherche instinctive du plaisir*, et surtout du plaisir sexuel (selon Freud).

limbique : adj. *Méd.* (Système ~ ou aire ~) Partie profonde du cerveau, qui comprend l'hippocampe, l'hypothalamus, et le gyrus cingulaire ; cette partie du cerveau est certainement le lieu des sentiments, de la régulation de certaines grandes fonctions végétatives* (tension artérielle, fréquence respiratoire, soif, faim...)

linguistique : n. f. *Ling.* Etude du langage, qui comporte la dialectologie (études des dialectes), l'étymologie (étude de l'origine et de la filiation des mots), la grammaire (étude des règles de la langue), la lexicologie (étude du vocabulaire employé par une société), la morphologie (étude de la formation des mots et des variations de formes dans la phrase), l'onomastique (étude des noms propres et des noms de personnes), la philologie (étude de la langue par l'analyse critique des textes), la phonétique (étude de la prononciation), la phonologie (étude de la fonction des sons articulés), la sémantique (étude de la production du sens par le langage), la stylistique (étude des procédés de mise en valeur des idées), la toponymie (étude des noms de lieux)...

liturgie : n. f. Cérémonie religieuse, spécifiquement dans les confessions chrétiennes. Culte.

locuteur : n. m. *Ling.* Personne qui emploie effectivement le langage, qui parle. Sujet parlant (opposé à auditeur). C'est l'émetteur d'un message.

ludido : n. f. *Psycho. Néol.* (mot pour rire, calqué sur le mot libido*) Recherche instinctive du jeu.

lymphocyte : n. m. *Méd.* Cellule chargée de défendre l'organisme contre les microbes ; l'originalité du lymphocyte par rapport à d'autres cellules de défense qui frappent de façon aveugle, c'est d'être capable de reconnaître l'agresseur. Il existe plusieurs types de lymphocytes qui modulent la réponse immunitaire. (voir : immunité*)

mammaire : adj. *Méd.* Du sein.

maniaque : adj. (syndrome ~) *Méd. Spéc.* Etat d'excitation psychique anormal et prolongé qui s'accompagne de troubles du comportement : insomnie, besoin irrésistible de parler, fuite des idées, jeux de mots incessants, irritabilité, achats inconsidérés,...

manque à être : n. m. *Philo. Spéc.* Ce que l'être humain pourrait être en plénitude mais qu'il fuit ou qu'il ne peut pas atteindre sans se dessaisir de lui-même, c'est-à-dire cesser d'être plein de soi, cesser de se suffire à lui-même. Terme voisin : désir*.

mastectomie : n. f. *Méd.* Intervention chirurgicale qui consiste à retirer tout ou partie du sein.

matrice : n. f. *Psycho. Ling. Spéc.* Syn. : Isotopie*.

médiane : n. f. *Epidémio.* Dans l'observation épidémiologique* d'une variable au sein d'un échantillon* de population, la médiane divise en 2 parties égales en nombre l'ensemble des valeurs* observées, préalablement mises en ordre (Ex. : les tailles en centimètres des enfants d'une classe). La moitié des valeurs observées sont donc inférieures à la médiane (Ex. : 1,35 mètre) et l'autre moitié supérieures. En d'autres termes : 50 % des participants de l'échantillon ont donc une valeur au-dessous de la médiane (< 1,35 m), et 50 % auront une valeur au-dessus (> ou = 1,35 m). Elle est préférable à la moyenne lorsque les valeurs se distribuent autour de la moyenne de façon très asymétrique (si, par exemple, il y a beaucoup d'enfants très petits dans la classe, la moyenne serait seulement de 1,25 m).

médulaire : adj. *Méd.* Qui concerne soit la moelle osseuse, soit la moelle épinière, selon le contexte.

menstruations : n. f. *Méd.* Pertes physiologiques* utérines sanglantes mensuelles. Pop. : règles.

métaphore : n. f. *Ling.* Comparaison, image, terme concret dans un contexte abstrait (ex. : "la source du chagrin").

méthodisme (adj. : méthodiste) : n. m. Parmi les Eglises issues de la Réforme, branche dissidente de l'Eglise anglicane, fondée en Angleterre par John Wesley en 1729, qui met l'accent sur l'expérience spirituelle personnelle (selon la méthode de Wesley, d'où son nom) en réaction à un excès de ritualisme et de conformisme religieux.

métonymie : n. f. *Ling.* Mot plus évocateur employé à la place d'un autre. Ex. : boire un verre, c'est boire le contenu d'un verre.

miction : n. f. *Méd.* Action d'uriner.

misanthropie : n. f. Aversion pour le genre humain. (Opposé : philanthropie)

modafinil : n. f. Médicament employé chez les patients souffrant d'un sommeil excessif (en raison de sa durée ou de sa survenue inopinée trop fréquente au cours de la journée) pour les maintenir éveillés afin de pouvoir mener une activité sociale normale.

moi : n. m. *Psychan. Approx.* Entité psychique qui adapte à la réalité les informations provenant du ça* et du surmoi*. "Entre ce que ça* me dit et ce que le surmoi* me dit, c'est ce que je décide".

mot d'esprit : n. m. *Psychan. Spéc.* voir Witz*.

motion : n. f. *Philo. Spéc. Approx.* : mouvement vers l'autre, et le Tout-Autre*, origine profonde et transcendante de l'activité d'un individu, située dans le noyau spirituel*. Les motions peuvent être parfois cachées par des pulsions*. Les motions peuvent sublimer les pulsions (voir sublimation*).

moquerie : n. f. *Humor.* Comique mêlé* qui s'attaque à une personne, que ce soit soi (auto-dérision*), l'auditeur ou d'autres personnes.

morale : n. f. et adj. *Philo.* Voir : éthique*.

morphème : n. m. *Ling.* Forme minimum douée de sens qui est libre ou liée à une autre forme.

mutique : adj. *Méd.* Qui ne parle pas, qui a perdu l'usage de la parole.

myélome : n. m. *Méd.* Variété de tumeur de la moelle osseuse.

mythologie : n. f. Ensemble des récits symboliques, et des légendes, propres à une ethnie*, à une civilisation, ou à une religion.

narcissisme : n. m. (adj. : narcissique) *Psychan.* : Fixation affective à soi-même, tendance à se complaire dans la contemplation de soi. Il s'agit d'une structure permanente du sujet : l'idéal* du moi* est une formation narcissique qui ne serait jamais abandonnée.

narration : n. f. *Ling.* Mise en récit, exposé d'une suite de faits, dans une forme littéraire.

Natural Killer (Cell) ou NK : *Méd.* Cellule qui ressemble beaucoup à un lymphocyte*, mais qui s'en distingue par des caractéristiques de sa membrane, et par son action. Les NK pourraient être plus autonomes par rapport au commandement organisé pour les lymphocytes. Les NK interviendraient dans la défense de l'organisme contre les cancers.

neuro-endocrine : adj. *Méd.* Qui concerne les hormones dont la libération est commandée par le système nerveux central (cerveau).

neurologie : n. f. *Méd.* Discipline médicale qui s'intéresse au système nerveux (cerveau, moelle épinière, nerfs).

neuromédiateur : n. m. *Méd.* Molécules produites par les neurones (système nerveux) chargées d'informer d'autres neurones, ou d'autres organes (muscles, glandes endocrines...)

neurone : n. f. *Méd.* Cellule nerveuse. La particularité des neurones est de posséder de nombreuses ramifications les unes avec les autres (réseau), et de s'échanger des informations au moyen de neuromédiateurs*.

↳ **Niemann-Pick** (maladie de ~) : Syn. : histiocytose lipoïdique essentielle. Maladie héréditaire, récessive, autosomique, rapidement mortelle, apparaissant dès l'enfance. Due à une surcharge en sphingomyéline par déficit d'une enzyme, la sphingomyélinase. Se manifeste par un arrêt du développement, des oedèmes, de la fièvre, une pigmentation brunâtre de la peau (parfois), des hémorragies (anémie, thrombocytopenie), des troubles digestifs, une augmentation de la taille de la rate, du foie, des ganglions lymphatiques, par une dénutrition, une hypotonie musculaire, des convulsions, un retard mental. Lipémie et cholestérolémie sont très élevées, lymphocytes vacuolés dans le sang circulant. Myélogramme et ponction biopsie hépatique montrent la présence de cellules spumeuses. Diagnostic confirmé par la mise en évidence du défaut enzymatique dans les leucocytes et les fibrinoblastes de la peau.

nociception : n. f. *Méd.* Perception de la douleur physique.

non-humour : n. m. *Humor. Néol.* Voir : enfant du non-humour*. Carence humoristique parentale dans l'éveil de l'enfant [AIMA 88].

non-savoir : n. m. *Philo. Néol.* Connaissance de ce que l'être humain sait ne pas savoir ("je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien"). Le non-savoir se distingue de l'ignorance qui est la méconnaissance de l'être humain sur ce qu'il ne sait pas.

noyau spirituel : n. m. *Psycho. Philo. Néol. Spéc.* Lieu du désir*, de la liberté, et du sens le plus profond de l'autre (du Tout-Autre*, de la transcendance*), de la relation. Lieu d'où partent les motions*.

observance : n. f. *Méd.* Respect de la prescription, suivi à la lettre de ce qui est inscrit sur l'ordonnance.

oncologie : n. f. *Méd.* Autre nom de la cancerologie, discipline médicale qui traite les cancers.

ontogenèse : n. f. *Méd.* étude du développement de l'individu, de la fécondation de l'oeuf jusqu'à l'état adulte.

organisateur du psychisme : n. m. *Psycho.* Voir : premier organisateur du psychisme*.

orgueil : n. m. *Philo.* Suffisance, négation de ses propres limites, être plein de soi-même, négation de la nécessité d'entrer en relation avec l'autre. Opposé : humilité*.

p : *Epidémio.* Probabilité que le résultat qui précède (résultat d'un test d'hypothèse, comparaison de deux moyennes, coefficient de corrélation...) soit obtenu par hasard. Plus *p* est petit, moins il y a de chance que le résultat qui précède soit obtenu par hasard. En général on accepte un résultat si la probabilité qu'il soit obtenu par hasard soit inférieure à une fois sur 20 ($p < 0,05$) ; mais c'est encore meilleur lorsque cette probabilité est inférieure à une fois sur 100 ($p < 0,01$) ou une fois sur 1000 ($p < 0,001$).

palliatif : adj. (soins ~s) *Méd.* Soins donnés pour soulager la souffrance* due à une maladie. (Voir : curatif*)

palpébral : adj. *Méd.* De la paupière.

paradoxe : n. m. *Spéc.* Idée incongrue par rapport à l'opinion habituelle d'une personne.

paranoïa : n. f. *Méd.* Maladie psychiatrique où le patient se sent persécuté. Il s'agit d'un trouble de l'interprétation.

parkinsonien adj. (syndrome ~) *Méd.* Ensemble des signes de la maladie de Parkinson, qui comporte des tremblements caractéristiques des extrémités, une attitude figée, des membres rigides.

participant : n. m. *Epidémio.* Celui qui participe à une étude épidémiologique*, à une expérimentation.

pastorale : n. f. *Spéc.* Au sein des confessions chrétiennes, action proposée pour rencontrer des groupes de personnes homogènes (Ex. : la pastorale des malades, des chercheurs d'emploi). Il s'agit de rejoindre ces personnes dans leurs questions spirituelles* au cœur de ce qui fait leur quotidien.

pathologie (adj. : pathologique) n. f. *Méd.* Maladie, dysfonctionnement physiologique, altération corporelle.

patientèle : n. f. *Méd. Néol.* Population des patients qui consultent un médecin. Ce terme est préférable à "clientèle" qui évoque actuellement plutôt des relations commerciales.

pédiatrie (adj. : pédiatrique) : n. f. *Méd.* Discipline qui étudie l'enfant et les maladies infantiles.

pédopsychiatre : n. m. ou f. *Méd.* Médecin qui observe et soigne les troubles psychiatriques chez l'enfant.

peropératoire : adj. *Méd.* Au cours d'une intervention chirurgicale.

phallus : n. m. Pénis en érection.

pharmacologie : n. f. *Méd.* Etude des principes actifs contenus dans les médicaments, de leur action, de leur sort dans l'organisme, de leur emploi.

phatique : adj. *Ling.* Dans le discours, qui a pour fonction d'attirer l'attention. Ex. : "Allo !" est une expression phatique. Voir : accrochage*.

phénomène : n. m. *Philo. Spéc. Approx.* [nous avons pris un sens ordinaire :] Ce qui se montre, c'est-à-dire qui se manifeste à la conscience soit directement (phénomènes affectifs* et psychologiques), soit par l'intermédiaire des sens (phénomènes sensibles). Aussi parfois utilisé pour : Fait.

phénoménologie (adj. : phénoménologique) : n. f. *Philo. Approx.* Etude de la description d'un phénomène (de son essence = ce qu'il est) et de son expérience (comment il est vécu) pour plusieurs personnes [définition simplifiée personnelle ; il existerait plusieurs phénoménologies : on peut citer les ~s selon Kant, Husserl, Merleau-Ponty...].

phylogenèse : n. f. Développement des espèces au cours de l'évolution. Au cours de l'évolution, le premier rire* de l'homme aurait peut-être ressemblé à l'origine au proto-rire* du primate.

phonation : n. f. *Méd. Ling.* Production de la voix et du langage articulé.

phonème : n. m. *Ling.* Phonétique : Élément sonore du langage articulé considéré du point de vue physiologique (formation par les organes vocaux) et acoustiques (caractères objectifs ou subjectifs de l'audition). Son. La plus petite unité de parole. Ex. dans : le mot "pierre" : les sons "p", "i", "è", "r" sont les 4 phonèmes.

physiologie : n. f. *Méd.* Etude du fonctionnement du corps. **physiologique** : adj. Qui concerne le fonctionnement du corps.

pince-sans-rire : n. m. et adj. (1798 ; du jeu de *je te pince sans rire* [XVI^{ème} s.] où l'on devait sans rire pincer quelqu'un avec des doigts barbouillés). Personne qui pratique l'humour*, l'ironie* à froid [ROBE 92]. *Spéc.* Pour nous, il s'agit d'une forme de comique* très habile, plutôt pur* sinon il s'agit nécessairement d'ironie dissimulation*, qui ne comporte pas de prodromes* de comique, voire qui fait exprès d'adopter des prodromes opposés (presque de la tristesse par exemple) pour augmenter encore plus la surprise de l'auditeur*.

placebo : n. m. *Méd.* Préparation pharmaceutique (pilule, cachet, potion...) dépourvue de toute molécule pharmacologique active (= dépourvue de principe actif). Dans la recherche pour l'élaboration de nouveaux traitements, il est prescrit pour juger, par comparaison, l'action réelle des médicaments présentés sous une forme identique. L'effet placebo est en fait probablement la signification que le patient attribue au médicament – consciemment ou inconsciemment – (Ex. : "un médicament de couleur rouge est certainement très efficace"). Cet effet constituerait 30 (à 50 % ?) de l'action du médicament. Il pourrait être en relation avec le degré de confiance attribué au médecin prescripteur, mais pas seulement. L'effet placebo pourrait se manifester même si le patient dit ne pas croire en l'effet thérapeutique du médicament. Il ne faut pas rejeter ce phénomène qui accompagne de toute façon tout traitement, et qui témoigne de la complexité des mécanismes de guérison.

plaisir : n. m. *Psycho.* Affect* agréable opposé à la souffrance* (affect négatif), affect positif opposé à l'absence d'affect (ni plaisir ni souffrance, indifférence psychique encore appelée ataraxie). La joie* est plus grande que le plaisir* qui a quelque chose de temporaire.

pneumonie : n. f. *Méd.* Infection pulmonaire.

poliomyélite : n. f. *Méd.* Maladie infectieuse contagieuse d'origine virale qui atteint la partie antérieure de la moelle épinière, zone qui est responsable de la commande musculaire. Cette maladie se manifeste donc par des paralysies progressives essentiellement des membres, mais qui peuvent toucher aussi l'appareil respiratoire. Cette maladie laisse des séquelles. La vaccination contre cette maladie est obligatoire.

pré-humeur : n. m. *Humor. Néol.* Phénomènes produits par l'enfant qui sont amusants aux yeux des parents sans pour autant être intentionnels de la part de l'enfant [AIMA 88].

premier organisateur du psychisme : n. m. *Psycho.* Première forme-signes* qui déclenche un comportement en réponse, et qui manifeste que la vie psychique du bébé commence à s'élaborer. Le premier organisateur du psychisme est le visage en mouvement, et le sourire-réponse* indique que cette mise en place de la vie de relation intérieure a bien lieu.

proche-soignant (ou **époux-soignant**) : n. m. *Méd. Spéc. Néol.* (traduit l'anglais *spouse-caregiver*) Personne proche (époux, voisin, frère) qui donne les soins quotidiens au patient (toilette, repas, médicaments...)

prodrome : Signe avant-coureur, manifestation perceptible qui précède un événement. *Méd.* Symptôme qui annonce une maladie avant qu'elle ne soit présente.

pro-rire : n. m. *Humor. Néol. Spéc.* Chez l'enfant, cri émis dans un contexte joyeux et qui pourrait précéder, dans l'ontogenèse*, l'expression saccadée du rire.

prospective : adj. (étude ~) : *Epidémiol.* Etude épidémiologique* dans laquelle le début de l'observation d'un échantillon* est contemporain de la date du début de l'étude. Les investigateurs regardent ce qu'il va se passer. (voir : rétrospective*).

protéine C réactive (CRP) : n. f. *Méd.* Une des molécules présentes dans l'inflammation*, en particulier en présence de bactéries.

proto-rire : n. m. *Humor. Néol. Spéc.* Emotion animale (chez le singe) qui ressemble au rire humain en ce qui concerne le contexte de sa survenue, mais qui n'en a pas les caractéristiques physiques, puisqu'elle se manifeste soit par une expression faciale silencieuse dents découvertes, soit par une expression faciale bouche ouverte plus ou moins accompagné d'un cri inspiratoire et expiratoire qui n'a que peu de points communs avec l'expression vocale du rire humain.

psychisme : n. m. *Psycho. Spéc.* Lieu où s'élaborent les idées, la pensée, qui comporte différentes instances qui entrent en dialogue, comme le moi*, le surmoi*, le ça*, le noyau spirituel*, la conscience*, l'inconscient* ; s'y rencontrent des informations de nature émotionnelle, et des informations cognitives* faisant intervenir les mémoires, la réflexion, l'anticipation, l'interprétation, l'analyse, la délibération...

psychothérapie : n. f. *Méd. Psycho.* Traitement qui emploie les facultés du psychisme* pour soigner des maladies psychiques ou somatiques*.

pulsion : n. f. *Psychan.* Tendance permanente et habituellement inconsciente qui dirige l'activité d'un individu. (Voir : libido*, et ça*). Nous pensons que l'origine de l'activité d'un individu peut se situer plus en profondeur, au niveau du noyau spirituel* (Voir : motion*).

psychanalyse (adj. : **psychanalytique**) : *Psychan.* Méthode d'investigation psychologique inventée par Freud qui cherche à déceler dans l'esprit l'existence de souvenirs, désirs ou images, dont la présence inconsciente* cause des troubles psychiques ou physiques.

psychique : adj. *Psycho.* Qui concerne la vie de relation intérieure de l'individu. Les relations intérieures sont complexes et font intervenir différentes instances psychiques qui "dialoguent" entre elles dont les plus connues sont le moi*, le surmoi*, le ça, l'inconscient* etc. Voir aussi : cognitif*.

qualité d'être : n. f. *Philo. Spéc.* Existence optimale, en plénitude, de l'individu, avec lui-même, avec le monde (nature, technique), avec les autres.

quartile : n. m. *Epidémiol.* Dans l'observation épidémiologique* d'une variable* au sein d'un échantillon* de population, les quartiles divisent en 4 parties égales en nombre l'ensemble des valeurs* observées, préalablement mises en ordre. Un quartile constitue donc 25 % des résultats classés dans un ordre croissant. Il y a donc 4 quartiles dont le premier est constitué par 25% des participants qui ont les valeurs les plus faibles de la variable, et le dernier par 25 % des participants qui ont les valeurs les plus élevées. (Voir aussi : médiane*).

question fermée : n. f. *Epidémiol.* Question qui ne demande qu'une réponse stéréotypée : oui ou non, vrai ou faux, ou encore : tout à fait d'accord, assez d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord.

question ouverte : n. f. *Epidémiol.* Question qui invite une personne à s'exprimer librement sur un sujet, de type : "Qu'est-ce que l'humour pour vous ?" ou "Que pensez-vous des clowns à l'hôpital ? Pourquoi ?"

r : *Epidémiol.* Coefficient de corrélation*. Soit deux variables* a et b dont on cherche à connaître la relation linéaire (la corrélation) selon la méthode de Pearson. Si r tend vers 1, la relation entre a et b est très forte et proportionnelle : plus la variable a est présente, plus la variable b est présente. Si r tend vers -1, la relation entre a et b est très forte et inversement proportionnelle : plus la variable a est présente, moins la variable b est présente et inversement. En revanche, si r est positif ou négatif et tend vers 0, la relation entre les deux variables est très faible.

radiothérapie : n. f. *Méd.* Traitement des cancers par rayonnements ionisants (Ex. : rayons X).

réalisme : n. m. (sens courant) Attitude de celui qui tient compte de la réalité, la mesure avec justesse.

récepteur : n. m. *Ling.* Voir allocutaire*.

récepteur (pharmacologique* et pour les hormones*) : n. m. *Méd.* Molécule sur laquelle se fixe le médicament (ou une hormone*) ; cette molécule se trouve en général à la surface des cellules.

réifier : v. *Philo.* Syn. : chosifier, rendre un être vivant à l'état d'une chose (machine, mécanique).

renoncement : n. m. *Philo.* Accueil libre de la situation telle qu'elle se présente, dessaisissement dans l'humilité.

rémanent : adj. *Méd.* Qui subsiste après la disparition de la cause qui l'a déclenché.

résilience : n. f. *Psycho. Spéc.* "Capacité à réussir, à vivre, à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative"².

rétrospective adj. : (étude ~) *Epidémio.* Etude épidémiologique dans laquelle le début de la période d'observation est antérieur à la date du début de l'étude. Les investigateurs observent ce qu'il s'est passé. (voir : prospective*).

rhétorique : n. f. et adj. *Ling.* Technique d'expression orale qui permet de mettre en valeur la pensée au moyen d'images, de répétitions, d'insistances etc. (Voir : stylistique*) "Ha !" est une interjection, figure de rhétorique très simple pour attirer l'attention.

rire : n. m. *Humor. Spéc.* Emotion* habituellement enjouée qui se traduit par des signes caractéristiques visibles (ouverture de la bouche, élévation des commissures labiales vers les pommettes, occlusion partielle de la fente palpébrale...) et audibles ("Ha ! Ha ! Ha !"). Le rire est une manifestation plus intense du sourire*.

rire avec : n. m. *Humor. Philo. Néol.* (de l'anglais : *laugh with*) Comique respectueux et bienveillant destiné à rire avec l'autre ou avec d'autres. Noyau de l'humour. Ce rire ou ce comique n'excluent pas, ils renforcent les liens entre des personnes, jamais au détriment d'autres. Opposé : rire de*.

rire avec soi-même : n. m. *Humor. Philo. Néol. Spéc.* Comique respectueux de soi qui accueille sa condition humaine limitée, sa faiblesse, avec bienveillance. Opposé : auto-dérision*.

rire de : : n. m. *Humor. Philo. Néol.* (de l'anglais : *laugh at*) Moquerie*, comique d'exclusion, irrespectueux, malveillant, mêlé. Opposé : rire avec*. Syn. : dérision*

rite : n. m. Gestes particuliers prescrits dans une cérémonie (religieuse) ; pratique réglée invariable [ROBE 92]

rupture de déterminisme : n. f. *Philo. Spéc.* Incongruité dans le cours de la pensée qui est soudain réorientée vers une issue plaisante et géniale.

santé : n. f. *Philo. Méd.* La santé un phénomène difficile à définir. Il s'agit approximativement d'un état de bien-être physique, psychique, social... mais le bien-être dépend de ce que chaque personne pense qu'il devrait être en confondant en particulier le bien-être et l'avoir ou le faire. La santé est en étroite relation avec le bonheur.

sarcasme : n. m. *Humor.* Comique mêlé* qui est blessant (mordant).

satire : n. f. *Humor. Spéc.* Comique mêlé* qui attaque une personne, comportant une faible proportion de sentiments* négatifs. L'originalité des éléments comiques l'emporte sur les sentiments négatifs.

satiriste : n. m. *Humor. Spéc.* Personne qui emploie un comique mêlé*. Ex. : Guy Bedos. (A distinguer de : humoriste*).

schizophrénie : n. f. *Méd.* Maladie psychiatrique caractérisée par une dissociation et une discordance des fonctions psychiques (intellectuelles, affectives, psycho-motrices), avec perte de l'unité de la personnalité, rupture du contact avec la réalité, repli sur soi.

scoliose : n. f. *Méd.* Anomalie de la courbure de la colonne vertébrale.

sémantique : adj. *Ling.* Qui concerne la signification, le sens.

sémiologie ou **séméiologie** (adj. : sémiologique) : n. f. *Méd.* Etude des symptômes* qui permettent de reconnaître des états physiologiques* ou pathologiques*. Rem. : il faut réserver le terme **sémiotique*** à la linguistique.

sémiotique : n. f. et adj. : *Ling.* Etude de la production du sens, de la signification. La logique. Théorie générale des signes et de leur articulation générale dans la pensée. La sémiotique est une discipline de la linguistique qui déborde le cadre strict du langage écrit ou oral.

semi-structuré : (questionnaire ~) : questionnaire qui invite le patient à répondre davantage que par "oui" ou "non", et dont les questions peuvent ouvrir sur d'autres questions non prévues initialement.

sentiment : n. m. *Psycho. Spéc.* Affect* ou ensemble d'affects. (Voir aussi : émotion*)

Shoah : n. f. Extermination systématique des Juifs par les nazis durant la seconde guerre mondiale (1939-1945).

signifiant : n. m. *Ling.* : Manifestation matérielle du signe ; suite de phonèmes ou de lettres, de caractères, qui constitue le support d'un sens (opposée et liée au signifié*). Symbole* qui véhicule une idée.

significatif : adj. *Spéc. Epidémio.* Qui montre une différence manifeste dans une comparaison selon une analyse statistique (terme consacré en statistique). Il faut pour cela que p^* soit au moins inférieure à 0,05.

signifié : n. m. *Ling.* Contenu du signe (opposé et lié au signifiant*). Idée véhiculée par le symbole*.

signe : n. m. Syn. : symbole*. Objet matériel simple (figure, geste, couleur, etc.) qui, par rapport naturel ou convention est pris, dans une société donnée, pour tenir lieu d'une réalité complexe. Unité linguistique formée d'une partie sensible ou signifiant* (sons, lettres) et d'une partie abstraite ou signifié*.

² VANISTENDAEL S. : *Clés pour devenir : la résilience*, Les Vendredis de Châteaullon, nov. 1998; BICE : Bureau international catholique de l'Enfance, *Les Cahiers du BICE*, Genève, 1996, p 9. Cité ainsi par [CYRU 99b].

soins intensifs : n. m. pl. *Méd.* Service de médecine où se trouvent des patients dans des états graves, qui demandent des soins plus nombreux, plus techniques, et plus difficiles (Ex. : réanimation).

somatique : adj. *Méd.* Qui concerne le corps par opposition au psychisme*.

souffrance : n. f. *Spéc.* Ensemble des affects* et perceptions négatifs : douleur physique, douleur morale, troubles relationnels, atteinte de l'image de soi... Atteinte de la personne dans son corps et dans son être.

sourire : n. m. *Humor.* Elévation de la commissure labiale vers les pommettes, bouche fermée ou moins ouverte que dans le rire, silencieusement. Voir : rire*.

sourire aux anges : n. m. *Humor.* Syn. : sourire endogène*.

sourire endogène : n. m. *Humor.* Premier sourire, qui n'a pas valeur de communication, mais qui serait une succession de tensions et de décharges psychiques (selon Stern). Syn. : sourire aux anges*.

sourire exogène : n. m. *Humor.* Syn. : sourire-réponse*.

sourire-réponse : n. m. *Humor.* Sourire déclenché par le visage de face comportant le nez, les yeux, et la ligne d'implantation des cheveux, en mouvement.

soutien : n. m. (psychothérapie de ~) *Psycho.* Attitude qui consiste essentiellement à écouter la souffrance du patient. Le patient arrivant à mettre des mots sur cette souffrance, elle peut être gérée, acceptée, transformée. C'est un lieu où des événements confus prennent un sens.

spirituel : adj. *Philo. Spéc. Approx.* Qui concerne la vie de relation avec les autres (et la transcendance*).

sphincter : n. m. *Méd.* Muscle en forme d'anneau qui permet de fermer la vessie ou le rectum.

standardisation : n. f. *Méd. Epidémio.* Prise en compte de normes communes à plusieurs recherches, de modèles expérimentaux déjà utilisés par d'autres équipes de recherche.

sténose : n. f. *Méd.* Rétrécissement d'un conduit anatomique (Ex. : d'un vaisseau, d'une bronche).

stimulus : n. m. (invariable) *Méd. Psycho. Spéc. Approx.* Information habituellement d'origine extérieure à l'individu, véhiculée par les systèmes sensitifs et sensoriels qui renseignent l'individu sur son rapport direct avec le monde extérieur. L'affect* est plutôt une information qui renseigne l'individu sur l'état de son monde intérieur.

strate : n. f. *Epidémio.* Voir stratification*.

stratification : n. m. (**stratifié** : adj.) *Epidémio.* Méthode de contrôle d'un facteur de confusion* lors de l'analyse statistique, qui consiste à répartir les données dans des strates en fonction de la présence ou de l'absence de ce facteur de confusion. [BEAU 96]

stress : n. m. *Méd.* Etat physiologique de défense dans lequel se trouve l'organisme après une agression quelconque. Etat dans lequel se trouve aussi l'organisme lors d'un effort. A distinguer de l'angoisse* et de l'anxiété*.

stylistique : n. f. *Ling.* Technique d'expression écrite pour mettre en valeur la pensée au moyen d'images, de répétitions, d'insistances etc. (Voir : linguistique*, rhétorique*). Une métaphore est une figure de style.

sublimation : n. f. *Psycho.* Transformation des pulsions* inacceptables, occasionnant des conflits intérieurs, en valeurs socialement acceptables.

surmoi : n. m. *Psychan.* Entité psychique qui donne des règles à la personne, au moi*. C'est la loi pour l'individu (son règlement intérieur), issue des parents (particulièrement du père) mais aussi de la culture. Voix intérieure qui dit au moi* : "Tu ne dois pas faire." Cette instance psychique joue à la fois le rôle de censeur, mais aussi de modèle, qui est appelé idéal du moi*. (Voir aussi : moi*, ça*, noyau spirituel*)

symbole : n. m., *Philo. Ling.* (1) Chez les grecs : objet coupé en deux dont la réunion des deux parties est signe d'une relation entre deux personnes ; (2) Signe* ; représentation concrète d'une autre réalité concrète qu'il est difficile de montrer en permanence.

symptôme : n. m. *Méd.* Signe* (en général d'une maladie), en médecine.

synergie : n. f. *Méd.* Action commune.

tachycardie : n. f. (prononcer : "takikardi") *Méd.* Augmentation de la fréquence du cœur (au-delà de 100 battements par minute).

tamoxiphène : n. m. *Méd.* Traitement qui s'oppose à l'action des oestrogènes (hormones féminines), et donc à l'augmentation de la glande mammaire*. Le ~ est employé pour lutter contre le cancer du sein.

tensiomètre : n. m. *Méd.* Appareil pour mesurer la pression artérielle.

test projectif : n. m. *Psycho.* Test psychologique dans lequel on étudie l'interprétation du patient face à des dessins.

théologie : n. f. *Philo.* Science qui essaye de mieux connaître le Divin par le raisonnement, à partir de ce que ce Divin a fait connaître de lui. La théologie dépend donc de la confession religieuse. La philosophie propose aussi un raisonnement sur le Divin, mais ce raisonnement tend à décrire l'essence* du Divin en dehors de tout contexte religieux. Philosophie et théologie ne s'opposent pas, mais se complètent et se nourrissent l'une et l'autre.

tomodensitométrie : n. f. *Méd.* Autre nom du scanner.

Tout-Autre : n. m. *Philo.* Le Divin transcendant* (Quelle que soit la confession religieuse).

transcendant : adj. *Philo.* Qui ne résulte pas du jeu naturel d'une certaine classe d'êtres ou d'actions, mais suppose l'intervention d'un principe supérieur et extérieur à celle-ci [CLEM 94].

transcendance : "Caractère de ce qui est d'une nature supérieure, radicalement différente et séparée du monde sensible : par exemple, la transcendance divine" [CLEM 94]. Tout être humain possède en lui quelque chose de transcendant, qui le dépasse, qui l'invite à s'interroger sur sa relation aux autres et sur le sens de son existence (Voir : noyau spirituel*).

transfert : n. m. *Psychan.* Acte par lequel un sujet, au cours du soin, reporte sur le psychanalyste (ou le soignant) soit une affection (transfert positif), soit une hostilité (transfert négatif) qu'il éprouvait primitivement, surtout dans l'enfance, pour une autre personne (père, mère, etc.). (Voir aussi : contre-transfert*)

transplantation médullaire : n. f. *Méd.* Greffe du contenu de la moelle osseuse, qui contient les cellules qui produisent les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes.

valeur : n. f. *Epidémio.* Tout état que peut prendre une variable étudiée. Ex. pour la variable "taille" : 1,00 m ; 1,05 m ; 1,10 m...

variable : n. f. *Epidémio.* Tout fait susceptible d'être différent selon les personnes, le temps, ou les lieux pris en considération pour une étude épidémiologique* ou statistique. Ex. : la couleur des yeux peut être choisie comme variable, ou le poids, la taille...

variable confondante : n. f. *Epidémio.* Voir facteur de confusion*.

variance : n. f. *Epidémio.* Une mesure de la répartition des valeurs* que prend une variable* autour de la moyenne.

végétatif : adj. *Méd.* Syn. : autonome. Partie du système nerveux qui commande toutes les fonctions automatiques comme la respiration, la régulation du rythme cardiaque, de la tension artérielle.

ventricule (3^{ème} ~) : n. m. *Méd.* Citerne physiologique*, contenant du liquide céphalo-rachidien, à l'intérieur du cerveau. (Rem. : on parle aussi des *ventricules* cardiaques droit et gauche : les grandes cavités du cœur qui reçoivent le sang, les petites cavités étant les *atriums* ou *oreillettes*).

vertu : n. f. *Philo.* (1) Disposition réfléchie et volontaire qui porte à faire le bien et à éviter le mal. Ensemble des dispositions concourant à une vie bonne. (2) Chez Aristote, la vertu est ce qui accomplit excellemment la nature d'un être ; si la vertu du cheval est de bien courir, celle de l'homme est d'agir conformément à la raison, c'est-à-dire selon le juste milieu.

vestibule buccal : n. m. *Méd.* Espace entre la muqueuse de la lèvre ou de la joue et la muqueuse des gencives.

viscéral : adj. *Méd.* Qui concerne les organes qui se trouvent dans le thorax ou l'abdomen.

visite : n. f. *Méd.* Rencontre entre un patient et un soignant qui a lieu au domicile du patient (ou du moins en dehors du cadre confortable d'exercice que constitue le cabinet du soignant).

vitesse de sédimentation : n. f. *Méd.* Sur un prélèvement sanguin, rapidité avec laquelle les globules rouges tombent au fond du tube. En cas d'inflammation*, cette vitesse augmente.

volontaire : n. m. *Epidémio.* Participant à une étude qui n'a pas été désigné mais qui se présente spontanément souvent suite à une annonce (par le journal local). Le volontaire, par rapport au participant choisi de façon aléatoire*, induit un biais* de recrutement : il présente souvent plus fréquemment les phénomènes que les expérimentateurs souhaitent mettre en évidence.

► **Wilson** (maladie de ~) : Syn. : Dégénérescence hépato-lenticulaire progressive. Surcharge en cuivre due à un déficit génétique autosomique récessif en céruléoplasmine. Dès l'âge de 6 ans, troubles psychiques, rigidité musculaire (syndrome parkinsonien), rire spasmodique, mouvements athétosiques ou choréiformes, tremblements intentionnels, dysarthrie, cirrhose, anneau brunâtre sur le limbe scléro-cornéen (anneau de Kayser-Fleischer), peau grisâtre, crises hémolytiques. Biologiquement : cuprurie élevée, céruléoplasmine diminuée.

Witz : n. m. *Psychan.* Mot d'esprit*. Freud distingue le mot d'esprit et l'humour* : le mot d'esprit exprime des intentions que l'individu ne peut exprimer directement, c'est pourquoi il a recours au comique. Ces intentions sont soit à tendance hostile (comique agressif), soit à tendance sexuelle. La fabrication du mot d'esprit serait une activité proche de celle du rêve, expression soudaine d'éléments inconscients et/ou refoulés.

zygomatique : n. m. et adj. *Méd.* Un des muscles principaux impliqués dans le sourire* et le rire* ; il s'agit en fait de deux muscles, le petit ~ et le grand ~, qui vont de la partie supérieure de la commissure* labiale* à la pommette (os malaire). La rééducation de ces muscles se fait essentiellement par le comique !

VU

NANCY, le 22 MAI 2000

Le Président de Thèse

Professeur G. BARROCHE

NANCY, le 31 MAI 2000

Le Doyen de la Faculté de Médecine

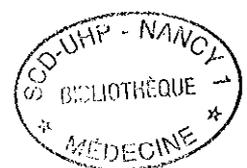
Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 5 JUIN 2000

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur C. BURLET



RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

L'humour est un signe de la joie au sein de la relation entre soignants et patients. En cas de maladie grave ou mortelle, il peut être le signe que le patient accepte ses propres limites, avec humilité, au-delà des mécanismes de défense ou d'adaptation (*coping*). Il utilise les mécanismes sémantiques du comique, qui proposent à la fois une rupture de déterminisme et une re-création plaisante qui peuvent provoquer le rire. Respectueux et bienveillant, il se distingue nettement de la dérision, qui utilise le comique pour véhiculer des affects négatifs ou des attaques de personnes. La mesure du sens de l'humour n'est pas aisée, en raison de la définition de l'humour qui comporte des éléments philosophiques difficilement quantifiables comme l'humilité, le don, la spontanéité, la liberté, le réalisme, la joie, l'accueil de soi et de l'autre. Les modifications physiologiques qu'il provoque par l'intermédiaire du rire semblent modestes. En revanche, – d'après les enquêtes phénoménologiques auprès des patients en soins palliatifs, de leurs proches et des soignants – la qualité des relations qu'il génère et dont il est le témoin, permet de l'accueillir comme un élément à la fois diagnostique et thérapeutique. Les chariots du rire ou les clowns pourraient constituer des soins adjuvants proposés aux patients adultes comme aux enfants pour briser les significations fatalistes qu'ils adoptent face à la maladie, et humaniser des soins qui deviennent de plus en plus techniques.

TITRE EN ANGLAIS :

HUMOR IN MEDICAL PRACTICE.

MOTS CLEFS :

Mot d'esprit et humour
Adaptation psychologique
Sémantique
Maladie grave – Psychologie
Rire

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cédex
