

AVERTISSEMENT

Ce document numérisé 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 au même titre que sa version papier. 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.

La Bibliothèque a pris soin d'adresser un courrier à l'auteur dans lequel elle l'informe de la mise en ligne de son travail. Celui-ci peut en suspendre la diffusion en prenant contact avec notre service.

Contact SCD Nancy 1 : theses.medecine@scd.uhp-nancy.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>

DOUBLE

159795

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2002

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° 46



THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Pascal Fresse

Le 05 Juin 2002

- La Thérapie par le Rire en Pédiatrie -

Examineurs de la thèse :

Madame le Professeur

D. SOMMELET

Président

Monsieur le Professeur

D. SIBERTIN-BLANC

}

Monsieur le Professeur

Ph. HAOUZI

}

Juges

Monsieur le Docteur en Médecine

Ph. THOUVENIN

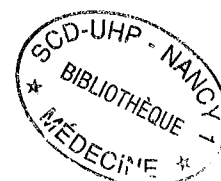
}

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 209661 2



THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Pascal Fresse

Le 05 Juin 2002

- La Thérapie par le Rire en Pédiatrie -

Examineurs de la thèse :

Madame le Professeur	D. SOMMELET		Président
Monsieur le Professeur	D. SIBERTIN-BLANC	}	
Monsieur le Professeur	Ph. HAOUZI	}	Juges
Monsieur le Docteur en Médecine	Ph. THOUVENIN	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

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

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

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 BENICHOX – 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 – 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 – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

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

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

Professeur Jean-Claude HOFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MAILLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

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

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

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

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

Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAULLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

-

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

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

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

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

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Mickaël KRAMER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

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

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC

Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER

Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

=====

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 (VIÊTNAM)

A notre Maître et Président de thèse,

Madame le Professeur Danièle SOMMELET,
Professeur de Pédiatrie,
Chevalier de l'ordre du mérite,
Officier dans l'ordre des palmes académiques.

Nous vous remercions d'avoir accepté notre sujet de thèse que vous nous faites l'honneur de présider et de juger.

Nous vous sommes reconnaissant de la confiance que vous nous avez témoignée tout au long de nos différents passages au sein de votre service.

A nos Juges,

A notre Maître et Juge,
Monsieur le professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,
Professeur de Pédo-psychiatrie.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.
Nous avons apprécié votre disponibilité et votre gentillesse.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Philippe HAOUZI,
Professeur de Physiologie.

Nous vous remercions pour votre participation en tant que
membre de jury.
Nous avons apprécié vos connaissances et votre gentillesse.

A notre Juge,
Monsieur le Docteur Philippe THOUVENIN,
Docteur en Médecine,
Maître de Stage en Médecine Générale.

Nous vous remercions de votre participation en tant que membre
de jury. Nous avons apprécié vos connaissances médicales
dispensées dans le cadre de l'exercice de la médecine générale.
Les compétences en ce domaine comme en bien d'autres nous
sont d'un précieux intérêt.

A nos collaborateurs et amis,

Madame Christiane WATRIN,
Présidente de S.R.G.

Nous vous remercions pour votre écoute et votre accueil ainsi que pour votre aide indispensable dans la rédaction concernant l'introduction des clowns à Nancy, puisque vous en êtes l'instigatrice.

Madame Joëlle GRANDCLAUDE,
Psychologue à l'Hôpital d'Enfants de Brabois.

Nous vous remercions pour votre participation et votre gentillesse.

Mademoiselle Julia KRIBS,
Infirmière à l'Hôpital Saint-Nicolas de la ville de
SARREBOURG.

Nous vous remercions pour votre aide dans la récolte des premiers documents nécessaires à l'élaboration de ce travail.

Madame Marie-Jo RING,
Kinésithérapeute à l'Hôpital Saint-Nicolas de la ville de
SARREBOURG.

Nous vous remercions pour votre apport documentaire important
sans lequel rien n'aurait pu être débuté.

A mes parents,

Pour leur soutien financier et moral tout au long de mes années d'études de médecine et sans lesquels rien n'aurait été possible.

A René, mon beau-frère,

Pour son amabilité et son aide orthographique.

A Serge, mon frère,

Pour son son soutien au quotidien.

**A Sébastien,
Marjorie,
Damien,
Mélanie,**

Et à tous les autres enfants que la maladie a arrachés
prématurément à la vie.

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 MATIERES



REFLET DE PAGE DE COUVERTURE	1
LISTE DES PROFESSEURS	2
DEDICACES	8
SERMENT	14
TABLE DES MATIERES	15
PROLOGUE	21
1. Les droits de l'enfant hospitalisé	21
1. 1. Introduction	21
1. 2. La « charte de l'enfant hospitalisé »	21

PREMIERE PARTIE : la mécanique du rire :

1. Aperçu des différentes définitions du rire	24
1. 1. Définition selon Descartes, <i>Les passions de l' âme</i> , art.124	24
1. 2. Définitions actuelles, selon différents dictionnaires	24
1. 3. Définition selon Eric Smadja	25
2. Aperçu de la pluralité du rire à travers les époques et les civilisations humaines	25
2. 1. Introduction	25

2. 2. Le rire perçu sur le continent Européen	26
2. 2. 1. Le rire à l'époque de la Grèce Antique	26
2. 2. 2. Le rire à l'époque de l'empire Romain	26
2. 2. 3. Le rire à l'époque de l'occident médiéval	27
2. 2. 4. Le rire à l'époque de la Renaissance	30
2. 2. 5. Le rire du siècle des lumières à nos jours	31
2. 2. 6. En conclusion	33
2. 3. Brèves de rire sous d'autres latitudes	33
3. l'interprétation du rire à l'époque des médecins de l'antiquité	35
4. L'interprétation du rire d'un point de vue philosophique	36
5. L'interprétation du rire du point de vue psychologique	40
6. Rire, l'analyse d'un phénomène comportemental	42
6. 1. L'étude acoustique du rire	42
6. 2. Les différentes formes de manifestation du rire	44
6. 3. Rire, un outil de communication	45
6. 4. Rire pour se sentir bien	46
6. 5. Le rire et la sexualité	46
6. 6. Peut-on rire de tout ?	47
7. La genèse du rire	48
7. 1. Le rire est-il vraiment le propre de l'Homme ?	48
7. 2. La phylogenèse du rire	50
8. Ontogenèse du sourire et du rire	51

8. 1. La part de la psychologie du développement de l'enfant dans cette ontogenèse	54
9. Mécanismes physiologiques du rire	57
9. 1. Introduction	57
9. 2. Mécanismes musculaires	57
9. 2. 1. Les muscles faciaux	57
9. 2. 2. Les muscles respiratoires	59
9. 2. 3. Les muscles striés	59
9. 3. Mécanismes respiratoires	61
9. 3. 1. Rôle des voies aériennes supérieures	61
9. 4. Les mécanismes neuro-hormonaux intervenant dans l'élaboration du rire	61
9. 4. 1. Expériences et constatations neurologiques - intéressant le système nerveux central - à l'origine de l'élaboration du phénomène rire	62
9. 4. 2. Les étapes - au sein du système nerveux central - nécessaires à l'élaboration du rire	63
9. 4. 3. Les médiateurs chimiques impliqués dans « l'arc réflexe du rire »	67
9. 5. Le rôle du système nerveux autonome dans la traduction du rire	67
9. 6. Les diverses substances chimiques susceptibles d'induire un rire	70
10. Les rires pathologiques	71
10. 1. Introduction	71
10. 2. Les rires d'origine psychiatrique	71
10. 3. Les rires d'origine neurologique	71
11. Les conséquences de l'acte rire	72

12. De l'influence du psychisme dans les processus de guérison	74
12. 1. La place occupée par la dépression chez le malade cancéreux	74
12. 2. Psycho-neuro-immunologie ou les aboutissements d'un concept plus ancien décrit sous le terme de psychosomatique	75
12. 2. 1. Phénomènes psychosomatiques : mise en évidence de leur substratum dans le système nerveux central	76
12. 2. 2. Dérèglement de l'immunité naturelle constaté	77

SECONDE PARTIE : la gélothérapie en pédiatrie :

1. Introduction	79
2. Psychopathologie de l'enfant cancéreux, notions de base	80
2. 1. Introduction	80
2. 2. Réaction et comportement de l'enfant face au cancer	80
2. 3. Réaction et comportement de l'enfant face à la mort	83
2. 4. Moyens mis à la disposition de l'univers hospitalier afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation des enfants cancéreux	84
3. Naissance du clown	86
3. 1. Le clown blanc	88
3. 2. L'auguste	89
4. Origines de la gélothérapie	90
4. 1. L'introduction des clowns hospitaliers en France	91

4. 2. L'introduction des clowns hospitaliers à Nancy	93
4. 3. Rôle du clown relationnel	95
4. 3. 1. Définition	95
4. 3. 2. Genèse	96
4. 3. 3. Médiation artistique et communication indicielle	96
4. 3. 4. Conclusion	97
4. 4. Le nez de clown comme code culturel	97
4. 5. Organisation de la « clownmunication » à l'hôpital	99
4. 5. 1. Instruments utilisés par les clowns	101
4. 5. 2. Les différentes activités clownesques réalisables	102
4. 6. Qualifications nécessaires pour devenir clown- thérapeute	105
4. 7. L'apport du clown en pédiatrie	107
4. 8. Fonctions, limites et interdits d'un clown	112
4. 9. Modalités d'application	115
4. 10. Moyens d'évaluation et de progression du travail des clowns	116
4. 10. 1. Evaluation interne	116
4. 10. 2. Evaluation externe	116
5. Thérapies parallèles à la gélothérapie	122
5. 1. Introduction	122
5. 2. Art-thérapie, la part de la thérapie par le jeu en pédiatrie	124
5. 2. 1. Le matériel de jeu et son utilisation	125
5. 2. 2. L'état de jeu : <i>Playing</i>	127
CONCLUSION	128
BIBLIOGRAPHIE	131
ANNEXE	141

GLOSSAIRE 143

ADRESSES UTILES 151

LE PERMIS D'IMPRIMER 152

<i>Portrait de Descartes</i>	24
<i>Portrait de Smadja</i>	25
<i>Portrait de St. Thomas D'Aquin</i>	29
<i>Portrait de Boniface VIII</i>	29
<i>Portrait de Diderot</i>	31
<i>Portrait de Rousseau</i>	32
<i>Portrait de Galien</i>	35
<i>Portrait de Rabelais</i>	37
<i>Portrait de Gassendi</i>	39
<i>Portrait de Darwin</i>	39
<i>Portrait de Bergson</i>	40
<i>Portrait de Freud</i>	40
<i>Portrait de singe</i>	50
<i>Portrait de bébé</i>	51
<i>Schéma anatomique des muscles de la face</i>	58
<i>Schéma anatomique des muscles striés du tronc</i>	60
<i>Schéma représentatif du cerveau en coupes sagittales médianes</i>	66
<i>Schéma anatomique du S.N.V. du tronc, en coupe sagittale médiane</i>	69
<i>Image de clown 1</i>	87
<i>Photographie de clowns à l'hôpital</i>	91
<i>Image de clown 2</i>	95
<i>Image de clown 3</i>	102
<i>Image de clown 4</i>	105
<i>Image de clown 5</i>	122
<i>Image de clown 6</i>	127



PROLOGUE



•

1. Les droits de l'enfant hospitalisé :

1. 1. Introduction :

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants.
UNESCO

En France un enfant sur deux est hospitalisé avant l'âge de 15 ans. Depuis 1982, l'Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants (APACHE) regroupe des professionnels de la santé, de l'éducation, de l'enfance, et des parents qui considèrent que l'enfant hospitalisé a des droits et des besoins spécifiques qu'il est essentiel de respecter.

La « charte de l'enfant hospitalisé » a été rédigée à Leiden (Pays-Bas) en 1988 lors de la première Conférence européenne des associations « Enfants à l'hôpital ». C'est pour partager des expériences, des pratiques et une réflexion que douze associations européennes s'y sont réunies. Le principe d'une conférence européenne tous les deux ans a été retenu, avec le maintien de contacts réguliers dans l'intervalle.

Le groupe de travail s'est inspiré de la résolution sur une charte européenne des enfants hospitalisés adoptée en 1986 par le parlement européen. Cette résolution avait pour objectif de défendre les droits des enfants hospitalisés dans le cadre de l'année de la jeunesse.

L'association européenne pour l'enfant à l'hôpital, European association for children in hospital - EACH - a été créée au cours de la troisième Conférence à Graz (Autriche) en octobre 1993 et regroupe des associations provenant de quatorze pays d'Europe :

Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède, Allemagne, Autriche, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse, Portugal.

1. 2. La « charte de l'enfant hospitalisé » :

1

L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2

Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3

On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.
On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5

On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles de la douleur.

6

Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupe d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7

L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8

L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9

L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10

L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

LA MÉCANIQUE DU RIRE

•

1. Aperçu sur les différentes définitions du rire :

*« L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit. »
Voltaire.*

1. 1. Définition selon Descartes (1596-1650), *Les passions de l'âme*, art. 124 :



« Le ris consiste en ce que le sang qui vient de la cavité droite du cœur par la veine artérielle, enflant les poumons subitement, et à diverse reprises, fait que l'air qu'ils contiennent est contraint d'en sortir avec impétuosité 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 il 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. 2. Définition actuelle, selon différents dictionnaires :

v.i. (lat.*ridere*) - Larousse, édition 1980 - Manifester un sentiment de gaieté par un mouvement des lèvres, de la bouche, et accompagné de sons rapidement égrenés.

s.m.(angl.*laugh*) - Atmedica, dictionnaire médical français/anglais , édition 2000 - Série d'expirations spasmodiques, en partie involontaires, accompagnées d'une vocalisation inarticulée et de contractions des muscles faciaux dont le Santorini* (se référer au glossaire pour tout *).

- Et pleurer spasmodiques : Etat caractérisé par l'alternance de rires et de pleurs non justifiés par une situation émotionnelle. Il se rencontre dans les états lacunaires pseudo-bulbaires.
- Sardonique : Spasme des muscles de la face, rencontré au cours du tétanos. *Syn. spasme cynique.*

1. 3. Définition selon Eric Smadja (psychiatre et psychanalyste français, diplômé d'éthologie et d'anthropologie sociale à la Sorbonne et à l'EHSS, auteur de plusieurs ouvrages sur le rire) :



« Le rire apparaît...comme le produit d'une histoire pluridimensionnelle - phylogénétique, ontogénétique, culturelle et individuelle, au sein de laquelle sa relation au jeu s'affirme structurelle. Son triple codage, biologique, psychique et socioculturel, engendre sa polyvalence fonctionnelle et sa polysémie, caractérisant sa spécificité humaine. »

2. aperçu de la pluralité du rire à travers les époques et les civilisations humaines :

*« Un cœur joyeux guérit comme une médecine,
mais un esprit chagrin dessèche les os. »
Bible, livre des Proverbes.*

2. 1. Introduction :

De lui, Henry Bergson* pensait qu'il bravait tout, et Pierre Desproges, qu'il ne se partageait pas avec n'importe qui. Or on constate que la notion de ce qui est drôle varie suivant les siècles et les cultures.

On peut supposer, sans nul doute, que dès l'âge des cavernes nos ancêtres devaient se livrer en toute innocence à cette activité bien faisante qu'est le rire. Ce n'est que plusieurs milliers d'années plus tard que le rire est devenu objet de réflexion, d'interprétation, d'interrogation.

Dans son ouvrage intitulé *Et ça vous fait rire !*, Alain Woodrow constate que les Français rient, actuellement, moins de six minutes par jour contre une vingtaine en 1939.

Il définit le rire comme « l'expression de la gaieté par des manifestations physiques » et lui attribue cinq fonctions principales: l'agression (ironie ou satire), l'exutoire sexuel (la « gauloiserie » grivoise), la défense (l'« humour noir »), l'exercice intellectuel (l'« esprit »), un rôle social (le rire raciste et xénophobe, corporatiste et tribal, la critique de la société).

Malgré le fait que l'humour, comme le rire, soit le propre de l'homme, les cultures sont suffisamment différentes les unes des autres pour qu'un type d'humour en mode dans un pays ne soit pas partagé ailleurs. Pascal écrivit ainsi « Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au delà ». Une exception semble être distinguée avec l'universalité des plaisanteries sur le sexe, qui témoigne de ce que des thèmes comiques moins temporels ont selon toute évidence un meilleur écho à travers le monde.

2. 2. Le rire perçu sur le continent Européen :

2. 2. 1. Le rire à l'époque de la Grèce Antique :

Les Grecs ne devaient pas rire tous les jours de l'autorité et des défauts physiques de leurs pairs car Platon* comme Aristote* voyaient dans le rire la « grimace de la laideur » avec laquelle il aurait été incongru de représenter des hommes dignes d'estime et Démocrite* disait qu' « il convient, puisque nous sommes hommes, de ne pas rire des malheurs des hommes, mais de les déplorer ». Au IV^{ème} siècle avant J.C., Platon dans le livre III de *La République* qualifiait d' « inadmissible » le rire des dieux dans l'oeuvre d'Homère et de dire « Il ne faut pas (...) que nos gardiens soient amis du rire ». Le rire dégrade, semble t-il, celui qui s'y livre.

La place du rire occupée dans le théâtre grec relèguera dès lors le comique au second rang par rapport au genre tragique. Un siècle après, Aristote dans sa *Poétique* cautionne ce mépris du comique en qualifiant ce genre de moins respectable; il écrit : « le risible est un défaut et une laideur sans douleur ni dommage ». Aristophane*, le plus grand auteur de ce que l'on appelle la comédie ancienne, est connu pour ses pièces fustigeant certains travers d'Athènes. En fait son but essentiel est de faire rire ses citoyens, en célébrant la vie sous tous les aspects, même ceux que les spécialistes jugeront plus tard « indécents ».

2. 2. 2. Le rire à l'époque de l'empire Romain :

Si les Romains devaient pouffer de rire devant le spectacle cruel des arènes, l'influence des farces populaires italiennes sur l'expression du comique théâtral romain se fait avec Plaute, poète latin du III^{ème} siècle avant J.C., nettement plus irrespectueux. Le dernier des grands comiques

latins, Térence, I^{er} s. avant J.C., désire faire un retour sur l'idéal grec du « juste milieu » proclamé, en son temps, par Aristote. Ces trois siècles d'oscillation entre l'intention de moraliser le rire et la motivation simple et principale d'égayer son entourage conditionneront pour des siècles à venir les débats sur le rire avec en exergue l'opposition entre le haut et le bas comique.

L'Ancien Testament distinguait deux phénomènes, désignés par deux mots : *sâkhaq*, le rire joyeux qui donne son nom à Isaac, et *lâag*, le rire moqueur, de dénigrement.

Grecs, Romains et chrétiens, vont fusionner ces deux phénomènes, séparés dans le sémitisme ancien, en les rapprochant dans des mots à même racine (*gélûn* et *katagelûn*, *risus* et *subrisus*), puis en les réduisant en un seul et même terme : *risus*. Mais la culture occidentale continue de distinguer et de faire jouer le « bon » rire du « mauvais » rire.

2. 2. 3. Le rire à l'époque de l'occident médiéval :

Sous le Haut Moyen-Age, c'est à dire du IV^è au X^è siècle, c'est le modèle monastique qui paraît l'emporter. Les institutions religieuses interdisent et répriment le mauvais rire, à leurs yeux majoritaire et synonyme de méchanceté, de diabolisation, alors que le bon rire se voit confiner à une place très secondaire par ces mêmes règles monastiques. Le rire est un enjeu théologique d'importance. Cette condamnation du rire par le milieu monastique résulte, au moins en partie, de sa dangereuse liaison avec le corps.

Les auteurs des règles monastiques du Haut Moyen-Age localisent la source du rire dans le bas du corps humain, ce qui l'entraîne dans le domaine de la luxure et du diable. Et en cette période, on retient surtout des textes hostiles au corps, ainsi cette phrase célèbre de Grégoire le Grand* qui définit le corps comme « l'abominable vêtement de l'âme ».

Au V^è siècle, le rire est considéré comme la façon la plus obscène de rompre le silence ; face à cette vertu monastique principale, la *taciturnitas*, le rire, représente une rupture d'une extraordinaire violence. Le rire devient donc avec l'oisiveté le second ennemi du moine. Paradoxalement, dans ce même milieu monastique, on observe un contrepois avec les *joca monacurum*, qui sont de savants jeux de mots et qui révèlent que même dans les périodes où des théories hostiles au rire semblent l'emporter, une pratique sans grande contrainte du rire continue à survivre dans ce milieu.

Un siècle plus tard, la règle de Saint Benoît*, l'une des plus importantes de l'occident médiéval, opposera le rire non plus au silence mais à l'humilité.

Mais si la chair est faible, le corps, en disposant de moyens de défense divins, peut devenir également un instrument de salut. Précisément, la *Règle du Maître* (VI^e siècle) explique les liens du corps humain entre le bien et le mal, qui ont deux sources : extérieure d'une part - celle du bien est la grâce divine, tandis que celle du mal est la tentation diabolique - et intérieure, d'autre part, propre à la volonté humaine, laquelle siège au cœur : ce sont les bonnes ou mauvaises pensées. Dans les deux sens, de l'intérieur à l'extérieur ou de l'extérieur à l'intérieur, le corps humain dispose de filtres pour se protéger des tentations du mal : les trous du visage. Ainsi, les yeux, les oreilles et la bouche deviennent les filtres du bien et du mal qui doivent permettre de laisser s'exprimer le bien et de contenir la route du mal.

Tout comme le rêve, dont il convient d'en laisser la signification au diable qui en est le principal producteur, le rire dont le trajet s'achève par la bouche doit être refoulé, car saint Bernard* nous met en garde contre le rire « diabolique ». La *Règle du Maître* évoque ainsi « le verrou de la bouche » ou « la barrière des dents ». Le rire apparaît donc comme la pire souillure de la bouche, d'ailleurs un proverbe médiéval dit « A la bouche des sots, le rire abonde ».

Si l'humour ne semble donc pas de mise au sein du clergé, il paraît en aller tout autrement entre chevaliers où il existe une forme de plaisanterie féodale appelée gab et qui repose sur des histoires de guerriers. Ces gabs correspondent à une débauche d'imagination (ainsi couper d'un coup d'épée le cavalier et le cheval en même temps n'était que la moindre des vantardises), et c'est à qui énoncerait les prouesses les plus extraordinaires. Dans le récit du *Pèlerinage de Charlemagne*, on conte ainsi comment Charlemagne et ses douzes pairs, hôtes de l'empereur de constantinople, en se racontant des gabs, dont ils sont les héros, terrorisent l'espion que l'empereur a envoyé pour écouter leurs propos en cachette, et qui prend la fiction comme réalité.

Une seconde période apparaît avec le Bas Moyen-Age, liée entre autres à la montée des laïcs et à la littérature vernaculaire*, celle de la domestication du rire. La société découvre le ridicule et développe la parodie et la satire. Au niveau des mœurs, on retrouve l'importance de la cour royale où le rôle du rire intervient à un niveau social et politique supérieur.

Henri II, roi d'Angleterre de 1154 à 1189, un des pionniers du gouvernement monarchique moderne et un des créateurs de la société de cour, est appelé par ses contemporains *rex facetus* (roi plaisantin). Il s'attache ainsi la faveur de nobles indisciplinés en en faisant des courtisans apprivoisés par le rire et en distillant des plaisanteries dans le cercle de la *curia* royale. Deux grands types de rire y circulent alors, le rire positif, expression de joie licite, et le rire méchant, qui peut ruiner la carrière de tel ou tel puissant. Le raillé doit le plus souvent cesser de fréquenter la cour pour s'en aller se faire oublier sur ses terres.

Derrière la physiologie chrétienne du rire du Haut Moyen-Age qui repose sur des filtres organiques, on reconnaît également des traités médicaux. Hildegarde de Bingen*, au XII^e siècle, désire ainsi concilier médecine scientifique et spiritualité mystique ; elle attribue à des organes suspects, la rate et le foie, une place essentielle dans le déchaînement du rire, et comme elle-même déteste la tristesse, elle s'efforce de sauvegarder un bon rire face à ce rire diabolique.

Au XIII^e siècle commence à s'édifier une casuistique du rire. Tous les plus grands scolastiques de cette époque consacrent, dans leurs sommes théologiques, un chapitre important au rire, échaffaudant de savantes et de farfelues théories. Le premier d'entre eux est le célèbre docteur franciscain, maître de l'université de Paris de 1220 à 1240, Alexandre de Halès. Ensuite apparaissent les textes de Thomas d'Aquin* (l'homme qui, entre autres, défend et loue les jongleurs de son siècle) et d'Albert le Grand*, qui ont eu des répercussions sur les mœurs d'une société dominée par la tristesse. L'un des exemples les plus frappants est celui de saint Louis*. Jusque là, un saint devait être sérieux, or saint Louis est un saint rieur ; ses directeurs de conscience dominicains* et franciscains* vont alors lui demander de ne pas rire le vendredi, de faire jeûne de rire ce jour là !



L'histoire retiendra également le violent procès intenté, au début du XIV^e siècle au pape Boniface VIII* ; Ses accusateurs le montrent continuellement adonné à L'une des pires formes de rire, la *subsannatio*, le *risus cum cacchinis*, le rire accompagné de ricanements et de tressautements.

Alors quelle sorte de rire est licite ?

Est-ce celui d'Albert le Grand dont la référence du bon rire est celui

qu'exprime la joie paradisiaque ?

Il naît dès lors toute une série de textes autour du terme *hilaris* qui, en général, s'applique au visage : *vultus hilaris*, c'est à dire un visage joyeux, que nous appelons riant. Mais cela ne veut pas dire un visage qui rit fort ! Dans des chartes de la fin du XI^e siècle, on voit apparaître l'expression suivante : *hilaris dator*, le donateur souriant. Ce qui signifie que le donateur doit exprimer corporellement sa joie dans l'acte du sacrifice désintéressé. Le rire sous sa forme d'*hilaris*, devient aussi un attribut de saint François d'Assise*. En complète rupture avec la spiritualité monastique, ce saint privilégie le bon rire et le propose comme habitus à ses frères et disciples qui doivent arborer un visage souriant. Cette attitude atteindra son paroxysme avec de jeunes franciscains d'Oxford qui organisent de véritables scènes de fou rire.

2. 2. 4. Le rire à l'époque de la Renaissance :

La Renaissance - du XV^e au XVI^e siècle - époque joyeuse, voit s'élaborer une théorie du rire, œuvre surtout des médecins. Aidés par les philosophes, ils entrevoient sa complexité. Mais le rire possède pour eux quelque chose de démesuré, lié à certaine forme de culture populaire. Rire, oui, mais à condition que la raison puisse se servir du rire. L'idéal pour les élites de la Renaissance, c'est le sourire qui préserve le calme de la vie intérieure, et protège le moi (pardon pour l'anachronisme) contre l'emprise de la société. Mais cette période est surtout celle de la naissance du rire « débridé » dont le Russe M. Bakhtine s'est fait l'historien dans *L'œuvre de François Rabelais et la culture populaire au Moyen-Age* ; selon lui la Renaissance est le grand moment de la libération du rire, qui éclate sur la place publique. Bakhtine apporte ainsi à cette problématique du rire à la renaissance, cette fameuse expression de « culture du rire » qui a été traduite en allemand par *Lach-kultur*, et malheureusement pas en français.

Cette culture du rire s'est exprimée au travers du combat entre le carnaval et le carême, combat du rire et de l'anti-rire. Rabelais en est le porte parole quand en 1534 il fait proclamer dans Gargantua que le « Le rire est le propre de l'Homme ».

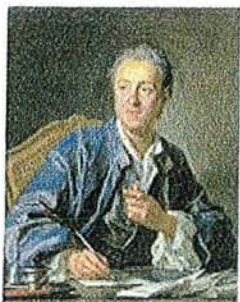
La période du carnaval est vécue comme un moment où les interdits peuvent être transgressés. Des cortèges de chars défilent dans les rues. Sur les nefs se dressent fréquemment des fous à côté d'un monstre grimaçant, la figure d'un docteur vêtu de noir, portant une grande barbe : c'est

l'austère sermonneur, le censeur des jeux et des plaisirs, qui est offert aux railleries de la foule. Passant outre la réprobation de la hiérarchie, des petits clercs prennent part à ces fantaisies dont il sont le plus souvent les organisateurs et les comédiens - allant jusqu'à se travestir pour silloner les rues - unis à leurs paroissiens dans une folle danse contre tous les tenants de la morale et de l'autorité. De même, les *mystères* et les *miracles*, consacrés à la passion et à la vie des saints, abondent en propos obscènes, déguisements bouffons et scènes burlesques pour amuser la foule. L'autorité morale que représente l'église ne peut alors que naviguer entre tolérance et interdit.

Au XVI^e siècle les *Jeux de la Passion* sont interdits. L'église, par un subtil stratagème, a réussi à canaliser pour un certain temps la fête des fous, qui se rattache aux anciens carnivals païens, en les faisant coïncider avec les fêtes religieuses (Noël, mardis gras) ; mais les soties* et les sermons joyeux mettent à rude épreuve la patience cléricale qui finit par condamner ces scènes aimables où l'on fait rire au dépens de la mère sotte, en l'occurrence la papauté, où l'on prononce des sermons en l'honneur de sainte Andouille ou de saint Hareng. A de courtes périodes, distinctes selon les pays, la culture populaire du rire a parfois ses entrées dans la littérature élevée : le *Décameron* de Boccace, les *Contes de Canterbury* ou encore les *Mille et une nuits*.

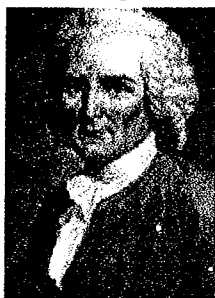
Licence du rire contre carcan de la moralité, la distinction est faite entre les auteurs ou les œuvres dont l'intention première est de divertir et ceux où le rire est mis au service de la correction des mœurs. Cette distinction est l'enjeu de débats passionnés qui ne cesseront d'occuper les esprits les plus brillants dès le XVII^e siècle, notamment en France.

2. 2. 5. Le rire du siècle des lumières à nos jours :



Le XVIII^e siècle s'efforcera de séparer le rire de la comédie en inventant, du moins en théorie, de nouveaux genres. Diderot appelle ainsi à une « comédie sérieuse », dans *Entretien sur le fils naturel*, dont le but est de mettre en exergue les vertus et les devoirs de l'homme plutôt que de montrer les vices et ridicules de celui-ci. La gaieté douce et compatissante remplacerait alors le rire convulsif par le « sourire de l'âme ». Ces comédies morales, larmoyantes, sont rarement à la hauteur, et constituent le plus souvent un flop ! Pourtant il existe un genre qui connut un succès à aucun moment démenti et qui ne fut jamais

interdit malgré un dénigrement quasi-constant; il s'agit de la farce que *L'Encyclopédie* relègue à une distraction réservée à « la grossière populace » et dont la variété la plus courante met en scène une femme adultère prête à tous les artifices pour parvenir à ses fins.



Dans la *Lettre de d'Alembert sur les spectacles*, Rousseau condamne ces genres hybrides, mais n'en Attaque pas moins la comédie du point de vue d'une morale dont on devine l'arrière plan puritain. Le pêché comique réside donc dans la tendance détestable de présenter le vice sous un jour ridicule, au lieu de le rendre méprisable et haïssable. Aussi pour la plupart des penseurs, Molière n'excelle nulle part d'avantage que lorsque le farceur disparaît derrière le sérieux. Là encore, l'ennemi, on le voit, est la farce.

Sous l'ancien régime, les épigrammes, satires miniaturisées dans un concentré de causticité et qui furent brillamment illustrées par des Marot, Boileau, Racine, Voltaire (« l'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit »), Musset ou Hugo, trouvent leur plein espace de liberté et leur sens du raffinement dans les milieux mondains et intellectuels. Elles rivalisent alors d'impertinence, d'irrespect, d'insolence. Que ce soit pour disqualifier un adversaire en en brossant un portrait physique ou moral caricatural, ou pour dénoncer les vices collectifs, les mœurs et les modes moutonnières d'une époque. Classées par thèmes, les épigrammes et les épitaphes qui sont « le sublimé corrosif de l'épigramme » sont complétées par un dictionnaire de poche qui apporte un éclairage sur les auteurs cités et resitue chaque roserie dans sa perspective historique ou anecdotique. Un seul exemple de Paul Pellisson 1624-1693, membre de l'académie française et historiographe de Louis XIV: « D'un ennemi voulez vous vous défaire? Ne cherchez point d'assassins, donnez lui deux médecins et qu'ils soient d'avis contraire ».

Pour Philippe Destouches*, « il existe deux rires, l'un pur, innocent, modeste et tenant de la grandeur, l'autre touchant de plus près du vice, mélangeant plaisir et méchanceté » (sic). Le « vrai comique » de Hegel, avec son attirance pour la comédie d'Aristophane, rejoint celui de C. Baudelaire, pour la bouffonnerie et le grotesque, : « il y a le rire qui vient de l'idée de la supériorité de l'homme sur l'homme, et le rire absolu angélique, qui vient plutôt de celle de la supériorité de l'homme sur la nature ». Tandis que tous les deux dénoncent la comédie de mœurs tournée entièrement vers la satire des vices, pour Bergson le rire constituera « une sanction sociale ». Freud, en révélant les mécanismes inconscients du rire

et son origine infantile, lui rend sa dimension corporelle et instinctive. Et si, de nos jours, certains voudraient penser que selon notre degré d'éducation, nous apprécions plus ou moins un humour cérébral dit « fin », rien n'est moins vrai. A titre d'exemple, il suffit de voir l'intérêt porté par les intellectuels à Tex Avery ; effet de mode ou mutation plus profonde de notre société ?

2. 2. 6. En conclusion :

Si, au final, deux mille cinq cent ans de labeur pour hiérarchiser le rire ont échoué, on constate que depuis Chaplin, on ne s'arrête plus de rire des autres, des puissants, des vaniteux, de soi-même, de ses peurs, de ses angoisses. Expression de la liberté, instrument de justice, arme, force, atout, le rire sait séduire comme il peut exclure.

Avec les spécialistes du rire, c'est une autre interface riche d'enjeux culturels et sociaux qui s'offre à l'attention des historiens, des sociologues, des anthropologues et des philosophes, celle entre le rire et le jeu.

2. 3. Brèves de rire sous d'autres latitudes :

Les indigènes de l'archipel des Trobiands (dans le Pacifique oriental) manient le rire avec circonspection. En effet, les plaisanteries obéissent à un code et le rire dépend des liens de parenté; ce qui oblige l'individu qui emploie l'humour à être prudent vis à vis de la personne à qui il s'adresse. Cete dérision marquée par des interdits et des obligations permet donc rarement le rire spontané (J. Malinowski, *Les Argonautes du Pacifique occidental*, NRF, 1989).

Chez les Kanak (habitants de la Nouvelle-Calédonie), le rire interviendrait comme une soupape face à la pression sociale écrasante selon M. Leenhardt (*Do Kamo*, NRF, 1971). Dans ce monde Mélanésien, la parole libre appartient à ceux que leur relation de parenté ne contraint ni aux respects rituels, ni aux tabous en rapport avec ceux ci. Elle est le plus souvent triviale, salace et comique.

En Guinée, chez les Kissi, le rire constitue le lien rituel entre la séparation des vivants et des morts. Aux funérailles, un clown pathétique, le Bora, vient parodier la mort sur la place publique dans la joie quasi-générale. (D. Paulme, *les gens du riz*, Plon, 1954).

En Inde du Sud, chez les Muria, l'humour semble être vécu comme une seconde nature, celle de l'inconvenance. Que penser, en effet, de la pratique rituelle religieuse qui consiste à verser de l'eau safranée sur les fesses de parents proches qui se prosternent pour saluer un couple marié. Et comment interpréter aussi le jeu très couru qui consiste à se saisir mutuellement les parties génitales devant une parenté taboue, c'est à dire qu'on ne peut épouser. (V. Elwin, *Maisons de jeunes chez les Muria*, NRF, 1978).

Au Nord du Pakistan, les Kalash sont réputés pour leur carnaval paillard. Les filles crient « Dans un chemin muré, ton pénis cherche une fille... » Et les garçons de répliquer « C'est merveilleux, je veux embrocher ton sexe... Je l'ai enfilé encore quand je suis venu... » Ces joutes verbales se poursuivent ainsi jusqu'à l'intervention du géant comique et obscène, qui parle « le langage de la bite ». La communauté des deux sexes, réunifiée par le rire, chasse alors le géant à coup d'injures. (J.Y. Loude et V. Lièvre *Solstice païen*, Presses de la Renaissance, 1984).

Chez les Indiens d'Amérique du Nord comme les Cree, l'humour fonctionne par l'absurde. Le conteur est emporté par l'histoire qu'il raconte et entre dans un dialogue intérieur qui lui permet des digressions surréalistes qui s'apparente à un concours d'humour. (H.A. Norman, *L'os à vœux*, Les Presses d'aujourd'hui, 1982).

En Arizona, les indiens Hopi ont inventé les terrifiants Katsina qui sont des hommes déguisés en esprits malveillants et dont le rôle consiste à danser et à terroriser tout le village avant de capturer de jeunes gens pour en faire des clowns. Une fois revêtus de frusques grotesques, les clowns doivent danser et être gais pour faire rire tout le monde. Il est fréquent qu'ils se retournent contre ces mauvais esprits pour les ridiculiser et ainsi dédramatiser leur terrible pouvoir. A la fin, les Katsina doivent battre en retraite lorsque la bonne humeur a contaminé tout le village. (D. Talayesva, *Soleil hopi*, Plon, 1959).

Au Paraguay, chez les Indiens Guayaki, les péripéties sexuelles sont matière à plaisanteries et l'hilarité peut calmer le courroux d'un conjoint offensé. P.Clastres dans la *Chronique des indiens Guayaki* (Plon, 1972) conte la remarque acerbe d'une femme envers son époux qui revenait avec la verge ensanglantée: « Il est tout déchiré, ça lui apprendra à copuler avec une femme si maigre! ». Il existe aussi des concours de rire, qui supposent

des relations sensuelles auxquelles les étrangers ne peuvent se soustraire.

Au Brésil, « Les indigènes lancent des plaisanteries et des propos obscènes salués par de grands éclats de rire » (C. Lévi-Strauss, *Tristes tropiques*, Plon, 1955).

3. L'interprétation du rire à l'époque des médecins de l'antiquité :

« Les femmes gaies guérissent plus vite
que les femmes tristes. »
Galien.

Selon Hippocrate*, il existe quatre humeurs dans le corps - la bile jaune, la bile noire ou atrabile, le flegme ou pituite, et le sang - qui, pour chacune, sont en correspondance analogique avec les éléments de l'univers que sont l'air, la terre, l'eau et le feu. Elles déterminent, selon leur prépondérance quatre tempéraments : le bilieux (chaud et sec), l'atrabilaire (froid et sec), le flegmatique (froid et humide), le sanguin (chaud et humide). Ainsi la proximité du génie et de la folie s'explique, selon Aristote dans son *XXXⁱè Problème*, par le fait que la bile noire peut être chaude ou froide.

Partant de ce principe hippocratique, Galien* développe une pathogénie caractérisant les maladies selon le degré de déséquilibre unissant ces quatre humeurs. L'excès d'atrabile crée la mélancolie que seul le rire, en purgeant l'humeur noire de la rate, est apte à combattre. Cette thérapie naturelle, bon marché, sera remise à l'honneur à la faculté de médecine de Montpellier, sous Rabelais, à la Renaissance.



Une théorie médico-philosophique des humeurs, centrée sur l'interaction de l'Homme et de l'univers voit ainsi le jour.

Pour Aristote, la modification de l'humeur, c'est à dire du comportement, est lié à l'âge : les enfants, plus chauds, ont le cœur réjoui alors que les vieillards, dominés par la bile noire, ont le cœur froid et empreint de mélancolie.

Cette croyance implique qu'il est nécessaire qu'un équilibre s'instaure entre l'excès d'hilarité et de tristesse si l'on désire maintenir un état de santé acceptable. Le rire modéré est donc signe d'un équilibre heureux du physique comme du mental, c'est l'« euthymie* » qui libère des troubles et

qui assure à l'âme une paix bénéfique à la concentration de l'esprit. A l'inverse, le rire excessif constitue un symptôme de folie (manie ou mélancolie). Cette doctrine humorale perdurera ainsi près de deux mille ans - colportée par les Arabes puis recueillie par les alchimistes - avant d'accoucher d'une interprétation encore plus farfelue qui s'efforcera de relier les variations vocaliques du rire au tempérament de la personne qui l'émet : « hi hi hi » signant les mélancoliques, « hé hé hé » pour les bilieux, « ha ha ha » pour les flegmatiques et « ho ho ho » pour les sanguins ! (*Gelotoscopia* d'Aldoriso, édition napolitaine de 1611).

4. L'interprétation du rire d'un point de vue philosophique :

*« Hommes supérieurs, apprenez à rire ! »
Nietzsche.*

Dans son traité *Parties des animaux* Aristote fait remarquer qu'« aucun animal ne rit sauf l'homme ». Cette simple propriété physiologique liée à l'espèce humaine et observée sous l'angle du naturaliste, se verra, au fil du temps, se transmuter en essence spécifique de la condition humaine. Le travestissement est total au Moyen-Age, lorsque la nouvelle maxime pointe : « rire est le propre de l'homme » (*risus proprium hominis*). Cette référence aristotélicienne tronquée est associée à des emprunts à Quintilien* et Cicéron*, afin d'accentuer la corrélation qui peut exister entre le rire et la rationalité (*logos*) qui inclut l'usage de la parole articulée. La constatation que l'on en tire à cette époque est que « l'être humain a la faculté de rire parcequ'il est raisonnable ». Donc le rire n'apparaît que facultatif une fois cette capacité replacée dans le réseau des facultés supérieures de l'homme.

Depuis l'époque paléochrétienne* jusqu'à la fin du Moyen-Age, les milieux ecclésiastiques se sont beaucoup interrogés sur le thème suivant : « Jésus a-t-il ri une seule fois dans sa vie terrestre ? » Ce topos (thème) que l'on retrouve dans les sermons, la littérature homélitique*, n'est pas seulement cantonné aux milieux monastiques mais il est également très vivant dans les universités. Au XIII^e siècle, il y avait traditionnellement chaque année, à l'université de Paris, un *quod libet* (sorte de conférence ouverte au grand public) pour débattre de ce thème. Un autre topos circule aussi tout au long du Moyen-Age : c'est le contresens qu'il en est fait de cette phrase d'Aristote à propos de l'homme, dont la caractéristique

fondamentale est le rire, et cette terrible question de savoir si Jésus a ri une seule fois. Il s'agit d'un débat épineux, car si le grand modèle humain qu'est Jésus n'a pas ri une seule fois, le rire devient alors étranger à l'homme, du moins à l'homme chrétien. Inversement si le rire est le propre de l'homme, alors il devient clair que l'homme qui rit exprime mieux sa véritable nature. Les deux positions figurent parmi les auteurs ecclésiastiques du Moyen Age, dont les divers points de vue convergent pour dire qu'il ne semble pas y avoir d'hérésie du rire, mais c'est là une frontière du sujet encore insuffisamment connue.

A la fin du Moyen-Age un courant réactionnaire, allant à l'encontre de celui des institutions théologiques hostiles au rire, fait son apparition avec Dante. Celui-ci développe dans *Le Banquet* une apologie du rire qui se veut, tout en restant chrétienne, humaniste et surtout comme un signe spirituel qui donne à voir « l'étincellement de l'âme ». Dans cette vision du paradis, le rire de l'homme se fait symbiose avec « le rire de l'univers ».

A la Renaissance, le rire est consacré comme nature et vocation première de l'homme. La perfection humaine par l'excellence du rire est fort bien célébrée par Rabelais (médecin lui-même) dans *Gargantua* : « Mieux est de ris que de larmes écrire, Pour ce que rire est le propre de l'homme. »



Cette affirmation d'auteur permet ainsi de légitimer son œuvre joyeuse et de persister dans l'adéquation du savoir rire avec un idéal de civilité chrétienne fondé sur la « caritas » et l'indulgence à l'égard de son prochain. Pour cela, il signe une diatribe de l'épître dédicatoire du *Quart livre* contre les « agélastes ». Ce terme qui n'est qu'un néologisme rabelaisien désigne celui qui a perdu sa capacité de rire. Rabelais se veut ainsi le pourfendeur des adeptes d'une tristesse farouche. Pendant cette période apparaît en concomitance une condamnation théologique de l'« acedia » qui se définit comme la forme extrême de tristesse et de dégoût de l'existence. Mais Rabelais n'est pas dupe et n'ignore pas l'ambivalence du rire, susceptible de servir les pulsions les plus agressives, lorsqu'il décrit dans le *Quart livre* Quaresmeprenant, l'anti-Nature qui « riait en mordant, mordait en riant ».

En 1560, le médecin Laurent Joubert établit dans son *traité du ris* qu'il s'agit du don de Dieu « le plus merveilleux » offert en présent au fils de Dieu car « d'entre tous les animaux, comme étant le plus admirable » pour le recevoir. Il le décrit comme l'antidote naturel à l'« excessive contention d'esprit » à une époque où l'hilarité permet à l'homme de réaliser sa

vocation d'« animal sociable, politique et gracieux ».

De la Renaissance au XVII^e siècle, l'apologie du rire s'éloigne des considérations médico-philosophiques pour revendiquer une place plus pragmatique en matière de vie civile et d'écriture. On retient à ce propos l'initiative par Castiglione* en 1516, dans son « livre du courtisan » de la reprise aristotélicienne (le propre de l'homme) pour impliquer le rire au sein d'une anthropologie orientée vers le savoir-rire et faire rire. Ainsi cet axiome : « *proprium hominis* » deviendra le terreau pour les auteurs de recueils facétieux désireux de justifier leur recours au comique.

Cette maxime scolastique sera remise en question. Passée au crible de la raison, sa validité est fortement contestée et, par ironie, des auteurs comme Montaigne insinuent que le ridicule serait, plutôt que le rire, le propre de l'homme. « Notre propre et séculière condition est autant ridicule que risible » (chapitre L du livre I des *Essais*).

Au siècle de Louis XIV cette remise en cause du credo humaniste est renchérie par des hommes comme Cureau de La Chambre, médecin du roi, qui, en 1649, dans ses *Caractères des passions* (sic) fustige le ridicule en mettant en scène une créature qui rit tout en s'avérant incapable d'expliquer ses éclats de joie. Cureau de La Chambre conserve toutefois une conception valorisante du rire comme indice de sociabilité supérieure : il distingue les sociétés animales régies par le besoin basé sur l'instinct, des sociétés humaines basées sur le commerce dont la finalité reste le plaisir. Ce but de l'humanité permet au rire de racheter son ambiguïté éthique pour endosser l'étiquette de l'esthétisme.

Cet anthropocentrisme (le propre de l'homme) est sérieusement mis à mal après l'annonce d'un nouvel ordre Universel avec la révolution Copernicienne, ce qui rejaillit logiquement sur le rire. Cet anthropocentrisme est donc dénoncé par des libertins érudits tel Pierre Gassendi* qui, en 1649 dans ses *Dissertations en forme de paradoxes contre les aristotéliciens*, réfute une définition scolastique qui repose sur un double postulat irrationnel : La présence obligée du rire chez tous les hommes et la différence irréductible de l'homme et de l'animal. Par dérision le syllogisme* scolastique*, qui lie à l'humain la raison et le rire, se voit réduit à un psittacisme* tautologique* : « Tout être raisonnable peut rire, or tout homme est raisonnable, donc tout homme peut rire. » A une époque où des zones d'ombre subsistent en géographie, n'existerait-il pas des pays où les hommes ne rient pas?



Plus sérieusement Gassendi s'oppose en fait au dogme d'une différence de nature entre l'homme et l'animal. Le philosophe tient à souligner que toutes passions de l'âme s'extériorisent nécessairement et, s'il n'est pas aisé de le distinguer chez les animaux, cela tient au fait de la sémiotique* des passions et du caractère difficile à décoder de la langue des animaux. Cette idée sera reprise par La Fontaine dans les *Amours de Psyché et de Cupidon*. Plus proche du cri que du langage articulé, échappant au contrôle de la raison, le rire apparaît de moins en moins compatible avec l'affirmation d'un privilège humain. La description cartésienne qu'il en est fait (il est décrit comme un automatisme du corps) le prive de dignité et de lien nécessaire avec la joie de l'âme.

L'aggravation de cette défiance générale à l'égard d'une expression irrationnelle d'amour-propre est accentuée par la diffusion de la théorie de Thomas Hobbes* qui impute le rire à notre conscience de supériorité.

Ces raisons mêlées (scientifiques, théologiques, sociales et morales) expliqueront la dérive littéraire du rire aux larmes dont la littérature du XVIII^e siècle exaltera le plaisir esthétique supérieur de la compassion.



Avec Darwin et les progrès de la science zoologique, la théorie de l'évolution accrédi tera la thèse selon laquelle les animaux seraient pourvus d'une faculté rudimentaire analogue au rire humain. Selon Darwin, si le rire chez l'homme naît aussi bien de la pensée, que du toucher et/ou de l'imprévu, ses signes sont visibles également dans les manifestations d'expression de joie chez les primates et avec l'épanouissement des muscles antérieurs de la face chez le chat et le chien qui jouent.

Des partisans du concept des origines cognitives du rire et qui appartiennent à l'école de Schopenhauer, considèrent que le rire procède uniquement d'une élaboration intellectuelle et que « la cause du rire réside... dans la perception soudaine d'une discordance entre un concept et les objets réels qui ont été pensés en lui selon cette relation ». Une discordance à laquelle fait également référence le « mécanisme plaqué sur du vivant » de Bergson, pour qui le rire est « intelligence pure ». Partant des



jeux de l'enfant, Bergson invoque trois modèles d'où seront tirés les principes fonctionnels du comique : la répétition, l'inversion et l'interférence des séries. Des principes confrontés aux différentes expressions du comique : des situations, des mots et des caractères. Les manifestations comiques apparaissent dès lors comme « (...) autant de modèles d'impertinences vis à vis de la société. A ces impertinences, la société réplique par le rire qui est une impertinence plus forte encore ». Pour la première fois, le rire sera compris comme l'une des formes les plus socialisées de l'impensé émotionnel et de ses effets incontrôlés dans les groupes sociaux. Avant Freud, Bergson constate que « l'absurdité comique est de même nature que celle des rêves ».

Mais « comment penser le rire alors que le rire est peut-être fondamentalement une mise en dérision de la pensée » fait remarquer Paul Laurent Assoun, psychanalyste.

Notre siècle, marqué par Freud, a renouvelé dans un sens tragique la causalité du « *proprium hominis* » : l'homme rit parce qu'il sait qu'il est le seul animal qui sait qu'il va mourir.

Plus proche de nous, Helmut Plessner, philosophe fêré de zoologie, tente de refonder une anthropologie physique et morale autour de « l'homo ridens » et de « l'homo lacrimans » où l'homme est contraint d'apprendre « non pas à s'adapter à son environnement, mais à s'ouvrir sur le monde ». E. Smadja pense, quant à lui, qu'on ne peut réduire le rire à une pure physiologie ou à une pure psychologie.

5. L'interprétation du rire du point de vue psychologique :



*« L'animal qui est le plus capable de souffrir sur cette terre est aussi celui qui a inventé le rire. »
Nietzsche.*

La psychanalyse s'intéresse à la situation psychique-conflictuelle dont le rire est l'expression et le dénouement. Il n'existe pas de traité freudien du rire, tout juste un essai avec le *mot d'esprit* dont le rire est l'effet matériel. Cela renvoie à un travail de la pensée inconsciente, là où le rire renvoie à l'acte même. Mais ne semble-t-il pas ridicule de vouloir dissenter

sur le rire alors qu'« il faut être content de rire et ne pas chercher à savoir pourquoi on rit » selon le psychologue français Dugas cité par Freud.

Pour Ludwig Wittgenstein*, on n'apprend pas plus à rire qu'on apprend à rêver. Mais quelles sont les motivations inconscientes du rire ? Toutes les grandes théories du rire ont souligné que le rire constitue une décharge et qu'il peut surgir aussi bien d'un sentiment libérateur de plénitude que d'une compulsion, d'une activité extorquée par une contrainte interne. Une tension antérieure semble se résoudre dans ce laisser-aller du corps qui se met à « éclater de rire ».

Il y a donc rire quand il y a résolution d'une tension, c'est l'idée de base des théories psychophilosophiques du rire. Freud y ajoute comme élément important : le travail du refoulement. Je ris lorsque je suis envahi par une pensée qui avait été, à un niveau antécédent du processus, soumise à une répression et qui se trouve admise dans le préconscient. Le rire revient à regagner quelque chose contre cette répression et il est donc le stade terminal d'un processus invisible qu'il convient de rechercher. Au moment du rire, le sujet est dans un état d'exception où paradoxalement la censure est levée. Pendant le rire, il n'est plus de censeur qui tienne alors que paradoxalement la finalité du rire est de le faire au nez et à la barbe du censeur. Ainsi, le Surmoi se trouve allégé par le Moi qui ne maîtrise guère son rire, submergé qu'il est par une sorte d'impératif pulsionnel.

Le secret du rire réside alors dans une fonction primordiale : celle d'être le « morceau manquant » à la satisfaction. Car, pour Freud, au sujet des accès de rire « il manque toujours quelque chose à la pleine décharge de la satisfaction ». Ainsi au moment où le sujet éclate de rire, il décharge ce quelque chose, regagnant ainsi quelque chose de ce morceau manquant. Le rire exprime ainsi la limite de la loi et un rire est plus éloquent que toute parole. Par ailleurs le rire est une tentative spontanée de donner sens à un non sens. Enfin en révélant les mécanismes inconscients du rire et son origine infantile, Freud lui rend sa dimension corporelle et instinctive.

6. Rire, l'analyse d'un phénomène comportemental :

*« Le rire est l'expression primitive de la
joie proprement dite ou du bonheur. »
Darwin.*

6. 1. L'étude acoustique du rire :

La répétition d'une même voyelle engendre la vocalisation du rire spécifique à chaque être humain, comme ses empreintes digitales. Quelle que soit la voyelle utilisée, « ha ha ha », « ho ho ho », « hé hé hé », « hi hi hi », le son ainsi créé traduit au mieux la polysémie* du rire à l'origine d'une reconnaissance socio-culturelle d'un groupe ou d'un individu (le rire sarcastique ou franc se reconnaît aisément à l'oreille). Partant de cette constatation, des chercheurs espèrent obtenir, par le biais d'études acoustiques, des informations sur les origines et la signification du phénomène.

Selon l'endroit où l'on se situe dans le monde, on ne rit pas pour les mêmes raisons et des stéréotypes culturels peuvent affecter la forme acoustique du rire. On peut ainsi distinguer un rire de banlieue parisienne de celui d'Afrique noire par exemple. D'un point de vue sonore, le rire est particulier du fait qu'il ne s'agit ni d'une voix parlée ni d'un chant. Son expression se fait bouche ouverte sans qu'il puisse y avoir de contrôle buccal puisqu'il n'y a pas de consonne obligeant à fermer la bouche. Lorsque le rire doit être contrôlé, c'est à la bouche que ce rôle est dévolu.

Selon Françoise Dumas, linguiste à l'université de Dijon, « le rire tient son origine d'un coup de glotte, qui vient de très loin dans le gosier. Comme tout ce qui vient de la gorge, c'est quelque chose qu'on contrôle moins ». La gorge est le lieu du rire réflexe, celui de l'expulsion spontanée, mais la cavité buccale tempère cette pulsion. On peut se contenir de rire, on a alors les joues gonflées et c'est ce que l'on nomme : pouffer de rire.

Robert Provine (professeur de psychologie à Baltimore), constate que malgré son caractère de libération spontanée, le rire répond néanmoins à des critères très stéréotypés de nature universelle puisqu'il est « toujours constitué de la répétition d'une même voyelle ha ha ha ou ho ho ho mais pas de ha ho ha ho ». Si un tel changement de voyelle existait, cela obligerait à modifier l'état du conduit vocal, ce qui annihilerait tout effet de spontanéité du rire. La cavité buccale conditionne donc la voyelle émise, par l'intermédiaire des habitudes de configuration du conduit vocal

liées à la langue.

D'après Trân Quang Hai, ethnomusicologue au CNRS : « Au Vietnam, le rire s'effectue avec un h expiré ». La voyelle utilisée dans le rire est connotée sémantiquement et le son qui s'en échappe est riche en harmoniques, c'est à dire composé d'une multitude de fréquences élevées : « ha ha ha » reflèterait le rire franc et joyeux, le conduit vocal est ouvert et la gorge déployée.

« ho ho ho » coderait la surprise avec une configuration buccale correspondant à la mimique de l'étonnement.

« hé hé hé » signerait un rire sarcastique pour lequel la cavité nasale intervient, par résonnance, dans son élaboration.

« hi hi hi » exprimerait la malice, le plaisir de la dérision. Ce son est élaboré dans la cavité comprise entre la langue et les dents qui entre en vibration.

« hu hu hu » existerait également mais il est plus rare, plus introverti, la gorge s'ouvre et le larynx s'abaisse créant un son plus grave, moins riche en fréquences élevées. Il traduit une autosatisfaction presque honteuse.

Il fut remarqué également qu'un éclat de rire comportait en moyenne six ou sept saccades durant en moyenne 75 millisecondes chacune et séparées par des intervalles d'inspiration d'environ 210 millisecondes; ce chiffre moyen de saccades correspond en fait au nombre moyen de syllabes prononcées d'une traite dans un flux verbal. On attribue ce déterminisme aux contraintes anatomiques de l'appareil vocal. Au cours de la saccade du rire, l'amplitude des notes diminue, du fait de la diminution du flux d'air, c'est le decrescendo du rire.

Le rire est si stéréotypé, durée des saccades, intervalles entre les sons et les fréquences, que la modification d'un seul de ces paramètres le rend faux. Un enregistrement de rire ainsi travesti peut le transformer en cri animal ! Il a été en effet constaté, entre autres, que l'allongement de la durée des voyelles pouvait reproduire le hennissement d'un âne; une même voyelle, telle le « ha », répétée en saccades : un aboiement de canidé. Enfin, si l'on augmente la fréquence de ce son, on obtient un caquètement de gallinacé ! Cette constatation de similitude entre le rire humain et les cris d'animaux engendrés lorsqu'il est déformé est si surprenante qu'il est difficile de ne pas y voir de secrètes origines communes. Rappelons nous que des éthologues avaient déjà fait auparavant un rapprochement entre la mimique de primates et l'expression faciale du rire humain.

Cette analogie acoustique entre les cris d'animaux et le rire humain

suggère que ce dernier est une forme sonore archaïque précédant l'apparition du langage parlé (cela se constate aisément chez les enfants) : « Le rire est un ancien mode de communication vocale prélinguistique, qui s'est effectué en parallèle du langage moderne mais ne l'a pas remplacé. » selon R. Provine. Ainsi, si l'humour est assurément humain, le rire serait d'essence animale ! Sale coup pour les tenants du « propre de l'Homme ». D'ailleurs n'est-il pas aisé de tenir pour « bête » un rire disproportionné par rapport au reflet d'une situation émotionnelle.

Le rire fait aussi l'objet de stéréotypes culturels. L'éclat du rire est plus ou moins accentué en niveau sonore selon le contexte géo-socio-culturo-temporel dans lequel la personne baigne. Par exemple un rire franc et gras sera nettement moins apprécié lors d'un office religieux qu'autour d'une table de bistrot en terrasse. L'expression sonore varie selon la classe sociale mais aussi selon les cultures. Selon T. Q. Hai : « Les japonais rient moins et se retiennent, c'est pour cela qu'ils ont plus d'ulcères. A l'inverse les Africains rient tout le temps ».

Ces exemples illustrent bien que le son traduit le mieux la polysémie du rire. Ce qui fait dire à F. Dumas que « sur le plan linguistique, le rire est prosodique - c'est à dire qu'il faut prendre en compte sa mélodie - et sémiologique (...) il se situe entre l'onomatopée et le langage articulé. Si la forme du rire est universelle, sa sémantique est autrement plus variable. Une analyse acoustique du rire - qui reste véritablement à faire - pourrait révéler ses différentes facettes, tant archaïque et animale, qu'humaine et socialisée.

6. 2. Les différentes formes de manifestation du rire :

Le rire dispose d'un « *pattern** moteur » de base génétiquement déterminé et universel en plus d'être un héritage phylogénétique, comme nous le verrons plus loin. Il s'accompagne notamment d'une mimique faciale associée à des vocalisations, ainsi qu'à des postures et à une gestuelle corporelle qui varient selon l'état psychoaffectif de l'individu et le contexte socio-culturel dans lequel il se nourrit.

Une typologie sommaire du rire - assez subjective somme toute - a pu être dépeinte :

- Les rires silencieux (intérieurs).
- Le rire se manifestant par des vocalises internes.
- Le sourire vocalisé.

- Le rire de moyenne intensité.
- Le rire explosif.
- Le fou-rire.

A cela il faut ajouter la composante sociale du groupe qui peut imprimer des règles d'expression codées à la mimique faciale.

6. 3. Rire, un outil de communication :

Il n'est pas seulement ce ciment du lien social théorisé par Bergson et dont l'impertinence sert à rectifier nos petites erreurs, mais aussi une politesse élémentaire dans la conversation, en plus d'être un gage de sécurité pour les enfants et une source de complicité. L'idée que le rire, ce phénomène comportemental, est avant tout un moyen de communication complémentaire du langage est renforcée par une étude de R. Provine qui révèle que plus de 80 % des rires se déclenchent lors de discours qui n'ont rien de drôle.

Le contrôle social de l'expression du rire, sous tendu par un système de représentation et de valeurs, conduit à un codage culturel du rire. Ce codage engendre alors des rires « socialisés » aux multiples fonctions comme la sanction symbolique des déviances ou l'évitement d'une sanction négative par l'inhibition de l'agressivité d'autrui. C'est aussi un instrument de politesse et de séduction.

Les fonctions sociales du rire sont au nombre de quatre :

- L' exclusion des étrangers au groupe ce qui renforce le narcissisme social.
- L'exclusion du « déviant » avec maintien et renforcement des conventions protectrices de l'ordre social.
- La critique sociale et politique.
- L'acquisition de prestige.

Smadja complète cette liste en en introduisant une nouvelle:

- L'homéostasie* psychique d'une société (permettant à toute société de trouver son équilibre mental par l'existence du système « risible-rire » qui est un moyen d'assouvir ses pulsions alors que tout autre méthode serait réprimée).

L'aspect contagieux du rire nous éclaire sur le fait qu'il puisse exister une « relation intime entre la vocalisation et la perception du rire » selon R. Provine. Il semble pourtant difficile de définir la structure acoustique d'un rire communicatif. Certains rires semblent évoquer un âne en rut, d'autres un

hennissement d'un cheval à l'approche de l'avoine. Le mécanisme de contagiosité pourrait trouver son explication dans l'extrapolation de la théorie bergsonnienne - du « mécanique plaqué sur du vivant » - en parlant d'« animal plaqué sur du vivant ». Il existe des rires plus explosifs et d'autant plus communicatifs qu'ils paraissent contenus, qu'ils font gonfler les joues avant d'éclater aux larmes. De cette retenue, il semble se dessiner une lutte entre l'« animalité » du rire et l'« humanité » qui s'en dégage pour le contrôler.

Pour T. Q. Hai : « Le rire est particulièrement communicatif s'il est lent au départ, et si les saccades se font de plus en plus rapides ». La contagion réflexe évoquerait alors un chatouillement auditif, analogue au chatouillement tactile.

6. 4. Rire pour se sentir bien:

Tout comme le rire peut refléter un plaisir d'origine multiple, le rire est également « générateur d'un plaisir corporel et archaïque lié à l'emploi simultané de la motricité et de la sphère orale éminemment érogène. » selon E. Smadja. De plus sa réalisation - comme nous le verrons - passe par un accompagnement de phénomènes musculaires et neurovégétatifs bienfaisant, devenant ainsi un phénomène psychique et corporel total appelant ainsi son renouvellement aisé. Le rire devient alors un des plus puissants stimuli risibles. Mais cela nécessite toujours des conditions favorables, psychiques, contextuelles et sociales. Le rire éclatant probablement de leur articulation.

6. 5. Le rire et la sexualité :

«Comme le cœur et comme le sexe, le rire procède par érection. Rien ne l'enfle qui ne l'excite, il ne se dresse pas à volonté. » Jean Cocteau.

Pour C.Darwin, il est « l'expression primitive de la joie proprement dite ou du bonheur ». Pour Kant* et Herbert Spencer*, la fonction psychosomatique du rire serait essentielle dans le sens qu'elle permettrait de décharger une tension psychique due à une émotion intense. Ce concept est repris par Freud pour qui le rire accomplit la « suppression de l'investissement d'inhibition » au même titre que le travail du rêve. Les

nombreuses blagues sur le sexe constitueraient alors un exutoire nécessaire en permettant de retrouver la jouissance primitive de l'enfance. Toujours selon Freud, le propre de l'homme réside peut-être dans cette faculté « d'obtenir le plaisir en dépit des affects pénibles qui le perturbent ».

En d'autres termes, même déclenché par les mots d'esprit les plus fins, le rire est avant tout un plaisir corporel. Des chercheurs ont répertorié plus d'une centaine de sortes de rire qui sont tous, à divers degrés, une forme de communication. Cette communication couvre bien des aspects de notre société. Ainsi le rire peut être agressif (visant à la dévaluation nette de l'objet risible), défensif (vis à vis des situations existentielles douloureuses et anxiogènes, c'est l'humour noir ou l'autodérision), libérateur (on se détend entre amis), sexuel (Obtention d'un plaisir lié à la satisfaction symbolique des pulsions voyeuristes et sadiques), intellectuel (par un plaisir dans la transgression des règles de la logique rationnelle).

D'ailleurs, on rit rarement tout seul ; c'est un plaisir que l'on cherche à faire partager. Chez la plupart des peuples de la terre, les plaisanteries à caractère sexuel sont d'ailleurs celles qui font le plus rire, affirment de nombreux anthropologues.

En occident, Bill et Monica sont devenus une industrie du rire, générant un répertoire de blagues très riche. Les plaisanteries ont souvent en arrière plan des tentatives, plus ou moins conscientes, de séduction. En France, un dicton ne dit-il pas : « Fille qui rit, à moitié dans ton lit. »

Et si l'humour est évidemment en partie culturel (combien de fois une série télévisée hilarante dans un pays s'est-elle lamentablement écrasée dans un autre !), il n'en demeure non moins vrai que l'universalité des blagues sur le sexe montre qu'au fond, il y a une sorte de culture mondiale du rire. La bonne tarte à la crème au visage ou le coup de pied au derrière sont là pour nous le rappeler.

6. 6. Peut-on rire de tout ? :

Ce sont le très médiatique avocat marseillais, Gilbert Collard et le journaliste, spécialisé dans les enquêtes judiciaires et policières, Denis Trossero qui posent la question aujourd'hui ; ils ne se veulent pas tristes sires mais ils mettent cependant en garde contre certaines formes d'abus à l'heure de la diffusion massive de l'ironie.

Recensant les imitateurs les plus connus, ils analysent les différentes formes d'expression de l'humour et tentent de comprendre comment l'humour sans limite sert trop souvent à manipuler et à détruire. Et de citer

nombre de « têtes de turc » des Guignols qui ont été ridiculisées sans pouvoir répondre, estimant que « appuyer le trait pour déclencher le rire est une chose. Déformer la personnalité pour en faire une sorte de monstre pitoyable en est une autre ». Ils s'élèvent contre « le diktat du rire à tout prix » qui monopolise les médias et finit par décrédibiliser autant des personnalités que des institutions. Ils mettent en garde aussi contre le rire qui sert d'alibi aux débordements les plus tendancieux.

7. La genèse du rire :

*« Les hommes qui cherchent des causes métaphysiques
au rire ne sont pas gais. »
Voltaire.*

7. 1. Le rire est-il vraiment le propre de l'Homme ?

Aristote fit ce constat : « Aucun animal ne rit, sauf l'homme. » Des travaux d'observation du comportement animal ont tenté de déterminer si les animaux riaient. De récentes expériences de chatouillements de rats par des chercheurs Américains laisseraient supposer que l'animal rit à sa façon. S'il est évident pour des comportementalistes que les animaux sont capables de jeux ainsi que d'éprouver et de manifester de la satisfaction, il ne semble pas réaliste d'y voir chez eux la possibilité d'une ébauche de rire. Aussi le rire de l'animal ne semble être en fait que l'interprétation anthropomorphique que l'homme en fait. Néanmoins nous pourrions peut-être envisager une exception pour notre plus proche cousin : le chimpanzé.

En 1972, l'éthologue Jan Van Hoof voit dans la mimique simiesque « figure détendue et bouche ouverte » un précurseur du rire humain. Déjà Darwin, en son temps, avait remarqué que les chimpanzés produisent, lorsqu'ils jouent ou lorsqu'on les chatouille, des vocalisations semblables au rire humain.

En fait, selon Robert Provine, la différence majeure entre le rire du chimpanzé et celui de l'humain réside dans la relation entre la respiration et l'émission des vocalisations. Le couplage « respiration-vocalisation » des chimpanzés limite sans doute davantage le développement de la parole que la structure de la langue et de l'appareil vocal.

Une analyse spectrale acoustique permet de comparer le rire entre nos deux espèces, révélant ainsi que la plus rapprochée des similitudes se

trouvait être la composante rythmique. Le rythme du rire du chimpanzé se révélant deux fois plus rapide que le nôtre puisque ses vocalisations se produisent aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration. S'il n'était tenu compte que de l'expiration, la plus sonore, ce rythme simiesque réduit de moitié, se rapprocherait alors de celui des humains. Qui plus est, la différence repose aussi sur l'absence du decrescendo du rire chez le singe, puisque contrairement à l'humain qui épuise son rire par appauvrissement graduel de l'air contenu dans sa paroi thoracique lors du mécanisme rire-expiration, le singe l'entretient car le volume d'air disponible pour la vocalisation est renouvelé après chaque cycle expiration / inspiration.

Selon les comportementalistes, le rire débute sur une expiration de grande amplitude suivie d'une pause puis le rire est entretenu par de courtes inspirations-expirations saccadées. Il se termine par une profonde inspiration suivie d'une pause.

Ce précurseur du rire humain se manifesterait selon deux expressions :

- Expression faciale silencieuse avec dents découvertes :
il exprimerait l'appartenance à l'espèce, évoquant la soumission et la non hostilité. Il se veut rassurant pour un congénère. Cette expression faciale pourrait être un précurseur phylogénétique du sourire humain .
- Expression faciale détendue avec gueule ouverte :
il survient dans le cadre d'activités ludiques comme la simulation de combat. Il peut ne s'accompagner d'aucun cri, mais si celui-ci survient, il est à la fois inspiratoire et expiratoire et ressemble de ce fait à un halètement, ce qui contraste avec le rire humain qui n'est que purement expiratoire.

Cependant, alors que chez les primates supérieurs la « figure détendue, bouche ouverte » ne conserve qu'une fonction de signal de jeu social, le rire humain, hormis sa relation historique et structurelle au jeu, s'est enrichi d'autres fonctions et d'autres significations, psychiques et sociales. C'est ce qui fait la singularité du rire de l'espèce humaine, selon Smadja.

7. 2. La phylogenèse* du rire :

Smadja décrit l'évolution de plus en plus complexe des muscles de la face jusqu'à celle des anthropoïdes. Provine précise que les chimpanzés et probablement les autres grands singes ne peuvent se permettre une expression vocale développée, du fait qu'ils ne peuvent produire qu'une seule syllabe par cycle respiratoire. Ils suggèrent également que c'est sans doute la position bipède qui aurait permis de libérer le complexe épaules-



thorax de sa fonction support et qui, par là même, aurait donc permis le développement de la parole articulée et de l'utilisation très précise des mains. Le singe serait alors resté prisonnier de son système neuro-musculaire trop rigide, en symbiose avec un mode de respiration archaïque lié à sa posture quadrupède.

Pour que l'expression des singes soit équivalente à celle de l'Homme, il serait nécessaire qu'il s'y développe 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.

Selon l'anthropologue Jean Chaline, les Australopithèques* avaient déjà dépassé le stade culturel des chimpanzés ; l'émergence de la posture verticale a permis de libérer les membres supérieurs ainsi que des progrès cognitifs (l'utilisation de la mâchoire comme organe exclusivement masticatoire et non plus préhensile a autorisé le développement cortical caractéristique des hominidés) et la naissance de nouvelles capacités phonatoires, comme celle intervenant dans le langage et la vocalisation du rire. Ainsi, on peut se plaire à imaginer Abel (nom affecté au spécimen *Australopithecus bahrelghazali* découvert en 1995 au Tchad par Michel Brunet de l'université de Poitiers) dont l'âge remonte à 3,5 millions d'années, possédant un rire porteur de messages plus subtils que le faciès des chimpanzés.

8. Ontogenèse* du sourire et du rire :

*« Il faut rire avant que d'être heureux,
de peur de mourir sans avoir ri. »
La Bruyère.*

Le psychologue Lucien Malson a rapporté que la plupart des enfants sauvages (ayant grandi à l'écart des hommes) sourient, pleurent et rient, ce qui laisse donc à supposer que le rire ou du moins le réflexe physiologique du rire se met en place spontanément. Et le fait que l'arsenal neuromusculaire du rire est presque opérationnel à la naissance, renforce l'idée qu'il s'agit d'un comportement génétiquement programmé.

D'après Amiel-Tison, les premiers sourires de l'enfant débuteraient en période prénatale « dès l'âge de 34 à 35 semaines de gestation et, ... (seraient) ... apparemment sans signification ».

Stern analyse que « durant les deux premières semaines post-natales, l'enfant sourit pendant certaines phases de somnolence et pendant les phases de sommeil paradoxal », et il souligne également que cela se produit rarement pendant l'éveil. Ces « sourires endogènes* », ainsi qu'il les qualifie, ne seraient que le témoin d'une succession de tensions et de détentes cérébrales et donc sans aucune signification. Dès les premiers mois, il existe tout une gamme de sourires : du demi-sourire au sourire en « croissant », jusqu'au sourire rayonnant qui illumine un visage en l'inondant de larmes de joie.



Avant tout, il existe, dès le début de la vie, un « sourire pour soi », celui du bébé bien repu ou changé. Ce sourire va perdurer jusqu'à 4 ou 5 mois; c'est ce même sourire heureux qui va s'afficher à l'acquisition de la marche et dont la finalité est de revendiquer, par des éclats de rire, ses acquisitions et ses maîtrises dans le monde des « grands ».

Dès 2 à 3 semaines, le bébé imite des mouvements du visage : ouvrir la bouche, tirer la langue ou battre des paupières.

De la 6^{ième} semaine au 3^{ième} mois, naîtrait le « sourire exogène » ou « sourire réponse » que provoquent des stimuli externes comme les voix, les regards ou les chatouillements; on dit que bébé « sourit aux anges », il s'agit d'un léger mouvement des lèvres, fugitif dont le but est de retenir l'attention de l'adulte afin de cristalliser son intérêt. Cela tend à encourager et à renforcer les sourires de l'enfant par cette relation familiale qui

s'inscrit dans un cercle vertueux. Bébé va également en profiter pour singer papa ou maman, en imitant leurs intonations, leurs onomatopées ou leurs bruits de lèvres. Cela prouve que le déterminisme affectif et cognitif* du rire est fortement couplé à une maturation neurologique assurée par les interactions ludiques entre le bébé et son entourage. Ainsi, tout comme il reconnaît la voix et l'odeur d'un proche, bébé identifie rapidement le visage de celui-ci, du moins si ce visage est complet. On constate, en effet, que si l'un des parents vient à se masquer - même partiellement - afin de surprendre et d'amuser bébé, celui-ci risque fort, bien au contraire, de fondre en larmes car il viendrait de perdre tous ses repères visuels qui maintenaient le climat de bien-être et de sécurité nécessaire au sourire et au rire. Cette réaction de l'enfant dépend donc du niveau de l'insolite, soit bébé adopte cette nouveauté et s'en amuse, soit il est incapable de décrypter l'énigme et s'en trouve déstabilisé. Il faut néanmoins savoir que les enfants sont eux-même les premiers créateurs d'incongruité : tous se plaisent à se glisser dans les chaussures des grands. Il semblent donc éprouver une certaine jubilation à rompre avec la normalité.

Une étude intéressante menée en 1946, sur 145 enfants âgés de 0 à 12 mois par Spitz et Wolf, a démontré ce phénomène avec les visages, si ceux-ci sont de face, mobiles, et comportent, comme élément minimum requis, des yeux, un nez et, élément curieux, une ligne d'implantation de cheveux. En effet, Golse qui a présenté l'essentiel des travaux de Spitz, rapporte comme anecdote : « il faut savoir que R. Spitz était chauve et qu'en fait les bébés ne lui souriaient pas (...), jusqu'au jour où Spitz eut l'idée de mettre un béret... ». Il venait de démontrer que c'était bien la partie supérieure du visage qui était signifiante pour le bébé et qui allait déclencher le sourire réponse. Il s'agit d'un gestalt*-signe, qui correspond à un automatisme puisque la réponse du bébé est la même quel que soit le visage connu ou non. Il est également possible d'obtenir cette gestalt attitude en singeant un visage par le biais d'un disque (du moment que celui-ci comporte la partie haute, symbolique des traits d'un visage). Il s'agit donc d'un mécanisme inné. Spitz définit ce gestalt-signe de « premier organisateur du psychisme ». La partie basse du visage viendrait en fait renforcer ce signe, ce qui fut démontré par le dessin d'une image avec bouche ouverte.

Ce caractère inné du sourire est confirmé par une étude chez des enfants aveugles: ainsi ces enfants sourient de façon normale à la voix, mais dès le 4^{ie} mois, l'étude révèle que leur sourire devient moins éclatant, confirmant par la même la nécessité d'un contact visuel comme renfort à ce premier élément de communication.

Entre 3 et 4 mois, le sourire est spontané (il se veut un stimulus* pour obtenir une réponse de son entourage). Il va également s'enrichir d'autres expressions faciales qui permettront une communication plus riche avec son entourage.

Dès 5 mois le bébé vocalise et sourit à son image dans un miroir.

Sourire et rire apparaissent donc comme deux pôles d'un prisme de sentiments aux multiples facettes.

Sroufe et Wunsch ont constaté que ce qui déclenchait le rire chez les bébés étaient les stimuli suivants:

- tactiles : les papouilles, les baisers sur le ventre, dans le cou.
- auditifs : la voix humaine (d'autant plus si elle est haute, rieuse et féminine) ; les bruits de bouche comme la répétition d'onomatopées : « guiliguiliguili »,
- visuels : les grimaces et autres jeux ritualisés avec le corps ; agiter un objet, le faire apparaître et disparaître.
- sociaux : « ouh !, je vais t'attraper »; et à peu près chez tous aussi, l'accumulation, le chahut : se rouler au sol avec d'autres personnes.

Jacobson y associe en plus des stimuli moteurs et rythmiques : faire faire des mouvements de pédalage au bébé, le faire sauter, le bercer ou le balancer.

Masse quant à lui, les organise dans le temps :

- A 4 mois : stimuli tactiles.
- A 5 mois : stimuli tactiles et auditifs.
- A 6 mois : stimuli visuels (les marionnettes).
- De 8 à 12 mois : stimuli « plus structurés et plus subtils et qui font intervenir la notion d'incongruité » (Ex.: le père qui suce son pouce).
- Au delà de 12 mois : l'enfant connaît le stimulus comique et tente de le dompter, en apportant sa touche personnelle. A ce titre, on peut y associer la part prépondérante du mimétisme qui a valeur pédagogique. L'enfant, en toute occasion, tentera de copier nos gestes et nos habitudes avec parfois un souci de précision touchante; cela lui permettra de se socialiser par l'acquisition de gestes rituels comme : se laver les mains, se brosser les dents ou encore décrocher un combiné téléphonique. Innocentes au début, les imitations peuvent se trouver grossies volontairement par l'enfant pour exprimer des sentiments qui ne pourraient l'être sans ce subterfuge. Ainsi en acquiesçant à un ordre parental (par exemple, le célèbre « non » que

l'enfant s'ingénue à exprimer avec le sourire, et en le répétant de manière incongrue et exagérée), cela lui permettrait de se ranger du côté de cet ordre tout en le mettant discrètement en boîte et d'en contester le bon sens. On assiste alors à la première critique pas méchante de l'enfant qui lui permet, par une parodie, la naissance d'une structuration de l'affirmation de soi dans le monde des adultes.

Le développement sensoriel (auditif, visuel et tactile) associé à 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.

Le rire, comme on le voit, est essentiel au développement cognitif de l'individu. Il est le témoin d'une gaieté pure qui provient, par exemple, de performances motrices comme l'acquisition de la marche et a pour but l'affirmation de soi, l'autonomie. D'autres facteurs interviennent dans le microcosme de l'enfant pour imposer des règles incontournables. L'évolution des sourires et des rires est donc une affaire individuelle.

8. 1. La part de la psychologie du développement de l'enfant dans cette ontogenèse :

Très tôt, l'acquisition et la maîtrise de ce comique infantile va tracer et ordonnancer trois vecteurs qui seront les piliers de la bonne entente pour le reste de l'existence : le rire, l'humour et le jeu :

Les adeptes du rire sont nombreux; il y a les fervents d'une tournure d'esprit amusante, qui apprécient les clowneries et les histoires comiques, ils sont dès lors prêts à créer des farces et des gags ainsi qu'à engendrer des situations humoristiques.

Tout débute, initialement, par la dérive sarcastique d'une action ou d'un mot que l'enfant et son entourage perçoivent comme tabous. Ainsi le simple fait de prononcer « pipicaca » ou « caca boudin » entre 2 ou 3 ans déclenche l'hilarité. Cette liberté d'en rire aide probablement l'enfant à passer le cap de l'apprentissage de la propreté, et la complaisance à répéter ce mot en compagnie d'autres enfants, partageant ce même plaisir, désacralise également ce tabou à connotation sexuelle, en permettant de cimenter des phénomènes collectifs acceptables dans lesquels l'individu peut perdre facilement ses repères ainsi que le contrôle de limites acceptables.

L'humour est un phénomène complexe pour lequel des recherches psychologiques ou psychodynamiques tentent d'éclaircir quelques caractéristiques sans pour autant réussir à la théoriser. L'anthropologue américain Gregory Bateson et la psychologue W.F. Fry analysent l'éclat de rire qui naît d'un état comique comme la résolution d'un paradoxe. On n'est apte à percevoir et à appréhender le burlesque d'une situation que lorsqu'on détient la clef qui résout ce paradoxe. Freud souligne à juste titre la part de créativité, nécessaire à l'émergence de l'humour, dans laquelle intervient ce besoin d'exercice intellectuel indispensable pour résoudre une astuce ou un jeu de mot et qui contribue, pour une grande part, à l'éclosion du plaisir. Cette constatation est corroborée depuis les années 70 par les théories cognitivistes, comme celle de Paul McGhee, très inspirée des modèles piagétien*.

Afin de saisir les premières traces de l'humour très tôt dans la vie de l'enfant, la psychologue Françoise Bariaud préconise l'observation d'enfants en situation naturelle, c'est à dire vivant dans leur cadre familial, chaleureux et hospitalier, plutôt que la recherche de modes d'humour figée dans un cadre expérimental. Cela permet de constater qu'il existe des productions de l'enfant qui l'amuse alors qu'elles nous laissent totalement indifférents.

En restant concis, il est possible d'appréhender l'émergence de l'humour selon quatre registres : l'insolite, l'imitation, la transgression des interdits et le jeu (de rôle notamment) :

- L'insolite est le phénomène qui va s'imiscer dans le train train de la vie quotidienne créant un effet de surprise dont la répercussion sur l'enfant engendre soit des rires soit des pleurs selon l'état d'émotivité de l'enfant et selon l'importance de l'incongruité. Ces mêmes paramètres conditionneront plus tard, à l'âge adulte, sa réaction face à une situation inattendue.

- L'imitation trouve sa place dans un sentiment d'accomplissement dans la gestion de sa relation avec autrui. Comme pour les imitateurs, l'enfant place les rieurs de son côté en présentant une exagération assez claire pour être comprise de tous sans être vraiment blessante; cela lui permet de tourner en dérision une règle imposée par le monde adulte et d'accroître malicieusement son champ de liberté.

- L'enfant qui transgresse les interdits, tenant tête à l'adulte, fait ses premiers pas dans le jeu social qui comporte ses règles et sa hiérarchie. Les interdits reviennent pour l'essentiel à des problèmes de frontière : telle pièce est interdite, l'enfant rêve d'y pénétrer. Pour cela, il élabore des subterfuges lui permettant de contourner l'interdit, en se moquant de façon acceptable des règlements et de l'adulte qui les lui impose. Le faire avec astuce apparaît bien plus amusant et permet une meilleure gestion des relations interpersonnelles que de désobéir ouvertement.

- L'univers du jeu contient aussi sa part de rire, notamment les jeux collectifs où la gaieté se voit amplifiée. Le jeu se veut également un langage qu'il convient de savoir décoder; ainsi, quand vers 6 mois un enfant s'amuse à nous lancer de la purée à la petite cuillère, cela signifie qu'on ne pourra pas lui imposer tout ce que l'on veut. Il convient alors de savoir intelligemment doser l'autorité à imposer, avec tact et humour, sans négliger la marge de liberté à lui consentir.

Vers 1 an l'incident non intentionnel à la vue d'un parent oblige l'enfant à jouer de stratagème pour échapper à la gronderie parentale; l'exemple de la tartine qui échappe de ses mains pour se retrouver au sol nécessite beaucoup d'imagination, de la part de l'enfant, pour contraindre ses parents à détourner leur attention sur cette bétise (nécessité de faire une diversion en désignant un objet quelconque dont le seul et unique but est d'échapper à la sanction). Par cette méthode, c'est l'apprentissage d'un procédé qui se met en place, en jouant sur la complicité, et dont la finalité est d'inverser les rôles en prenant l'initiative du jeu. L'enfant espère ainsi couper court à la réprimande.

Une telle attitude nécessite d'avoir la capacité à prendre du recul, à se sublimer par une trouvaille, une création, en un temps in extremis, qui permette de sauver la situation. Les ébauches d'humour ne durent qu'un instant, elles échappent de ce fait, à tout observateur qui ne se révélerait pas particulièrement sensible. La brièveté de la résolution restera par la suite l'un des caractères des traits d'humour : qu'il s'agisse d'un dessin humoristique, d'une histoire drôle ou d'une contrepèterie, on rit toujours de la confrontation de deux pans d'une réalité traditionnellement incompatibles et qui interfèrent, pour un instant, par un mot ou un détail. Les productions humoristiques de l'adulte ne feront que reprendre ces thèmes qui jouent sur les contrastes : faible/puissant, riche/pauvre, etc.

Ces exemples d'initiatives infantiles illustrent bien l'émergence d'une initiation chez l'enfant dont l'objectif est de concilier l'affirmation de sa personne - par l'expression de ses sentiments, son adaptation à la réalité

(les interdits, les exigences) - tout en évitant les tensions et de sauver sa face sans risquer de faire perdre celle de l'adulte. Un début « d'humour-art de vivre » vient de naître, qui permet de mettre de l'huile dans les rouages des relations sociales.

9. Mécanismes physiologiques du rire :

*« Le rire provoque un massage du diaphragme qui améliore la digestion et procure le sommeil. Chaque jour, pensons à rire et à faire rire ! »
Dr Rubinstein.*

9. 1. Introduction :

Le rire est avant tout le premier exercice musculaire puisqu'il mobilise la plupart des muscles de l'organisme, depuis ceux du visage jusqu'aux membres en passant par le diaphragme et les muscles abdominaux. Il constitue donc un véritable « jogging musculaire » .

La physiologie du rire s'organise autour de trois niveaux principaux. Les deux premiers, musculaire et respiratoire, sont des niveaux d'extériorisation partiellement imbriqués. Le troisième, le niveau neuro-hormonal, est beaucoup plus complexe puisqu'il fait intervenir à la fois le cortex, le système cérébral des émotions ou système limbique, les médiateurs chimiques du système nerveux, la motricité réflexe et le système nerveux autonome ou « végétatif » (sympathique et parasympathique) qui échappent à la conscience.

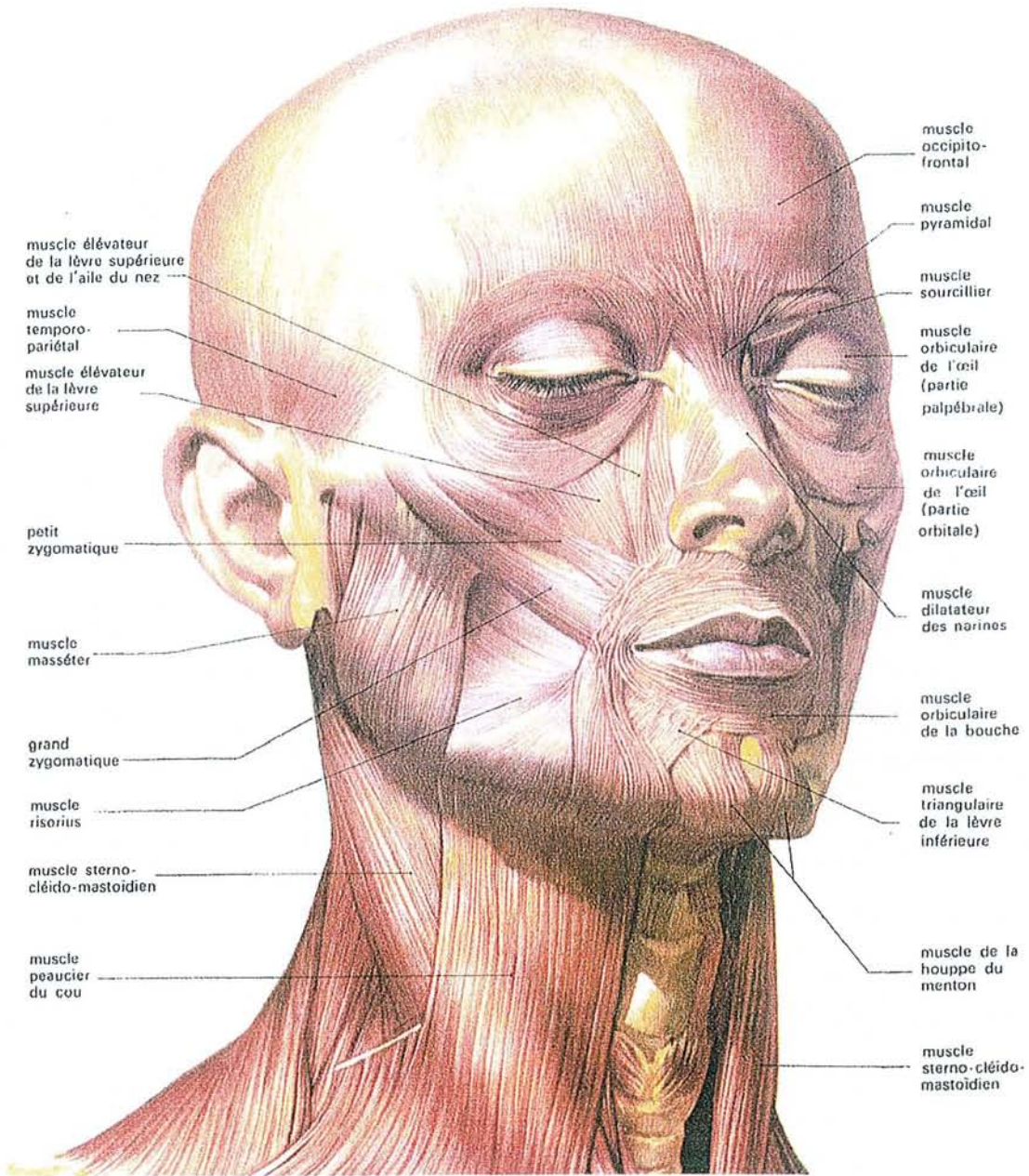
9. 2. Mécanismes musculaires :

Un grand nombre de muscles entrent en jeu.

9. 2. 1. Les muscles faciaux :

Tout d'abord, le rire se manifeste par la contraction involontaire - par effet réflexe des muscles des pommettes - des petits et grands zygomatiques, ainsi que du dilatateur des narines, de l'orbiculaire inférieur des paupières, et même d'une dizaine d'autres petits muscles du visage (le frontal, le masséter, le temporal, le risorius, l'orbiculaire des lèvres, le triangulaire des lèvres, le buccinateur,...), que l'on classe dans la catégorie

des muscles faciaux de la mimique. Enfin, on assiste au relâchement des muscles de la mastication que sont le masséter et le temporal, ce qui fait s'entrouvrir les mâchoires.



9. 2. 2. Les muscles respiratoires :

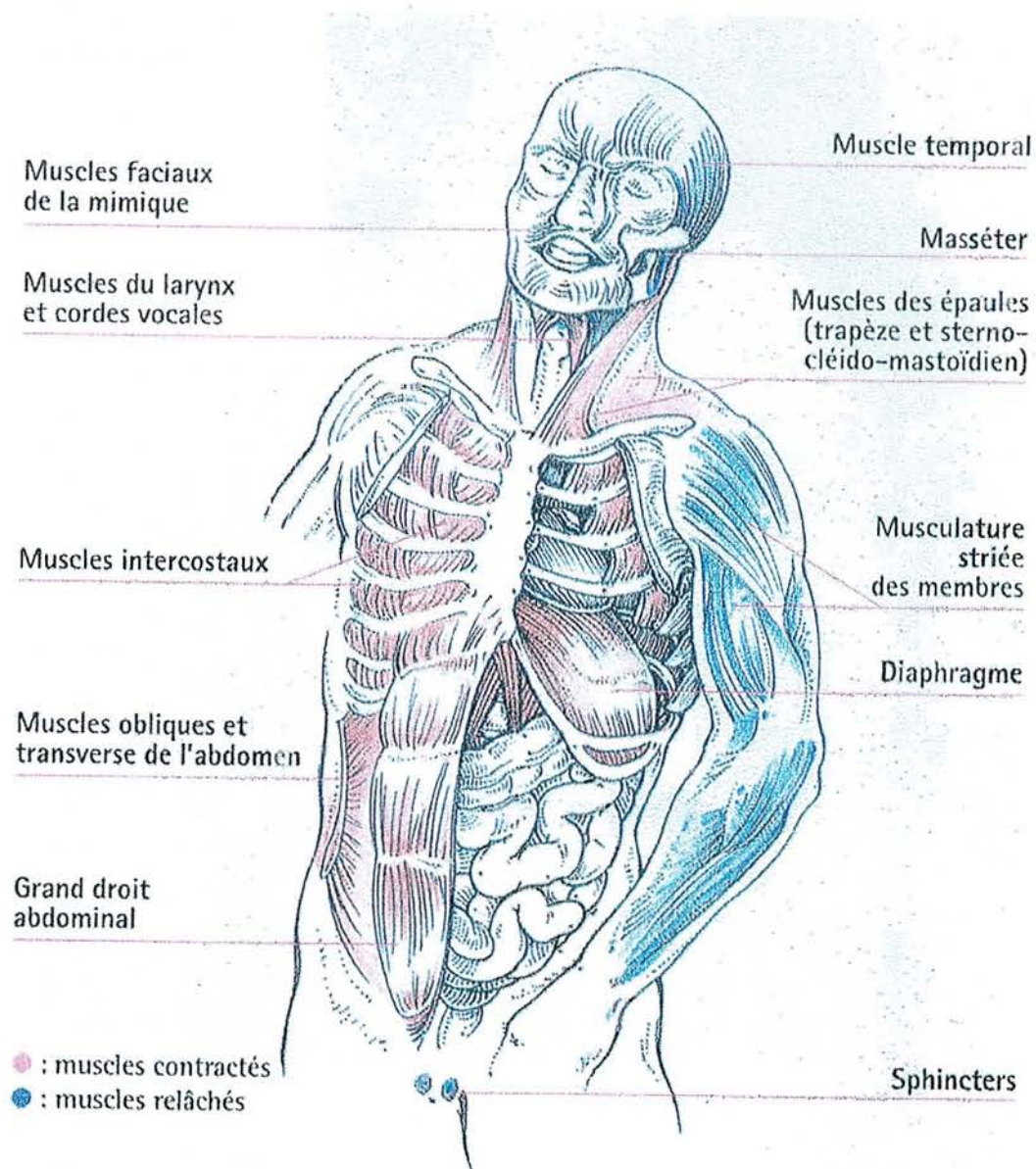
Comme le niveau respiratoire est intimement lié au niveau musculaire, puisque les poumons sont solidaires de la cage thoracique, mise en mouvement par les muscles intercostaux, ceux-ci, en soulevant le thorax, provoquent une profonde inspiration. Elle est suivie des contractions courtes et spasmodiques des muscles accessoires de la respiration (grand droit, petit et grand oblique de l'abdomen) et du diaphragme.

9. 2. 3. Les muscles striés :

Puis le rire, à la manière d'une véritable onde se transmet de proche en proche en augmentant d'intensité jusqu'à concerner l'ensemble de la musculature striée du corps qui a tendance à se détendre; les muscles obliques, transverse de l'abdomen et grand droit abdominal se spasment. Cette agitation effectue un massage des viscères, favorable au fonctionnement du foie et des intestins. Il est un des moyens naturels les plus efficaces de lutte contre la constipation. Lorsque nous rions au cours d'un repas familial, nous digérons beaucoup mieux que si nous mangeons dans la morosité et la solitude. Enfin, ce sont les muscles du cou et de l'épaule, tels les trapèzes et les sterno-cleido-mastoïdiens, qui se contractent et se relâchent brutalement. Les épaules sursautent, la tête dodeline. Les muscles des membres se décontractent également, obligeant le rieur à s'asseoir. Citons à ce propos une récente expérience :

Dans le *Lancet* du 4 Sept. 1999, des Néerlandais se sont penchés sur l'expression « weak with laughter », en français : « être écroulé de rire ». L'équipe du Dr S. Overeen (de Leiden) - qui rappelle que 15,5 % des personnes décrivent une faiblesse musculaire lorsqu'elles ressentent des émotions variées - s'est intéressée au « réflexe H » de quelques sujets. Le réflexe H est un réflexe monosynaptique dans lequel la stimulation électrique du nerf tibial provoque une activation du soléaire. Son amplitude, mesurée par électromyographie, est sous la dépendance de la voie corticale descendante qui régule l'excitabilité du motoneurone. De fortes inhibitions motrices peuvent provoquer une faiblesse musculaire associée à une diminution de l'amplitude de ce réflexe. Les Néerlandais ont donc mesuré les amplitudes du réflexe H chez quatre sujets en bonne santé auxquels étaient projetées des images à contenu émotionnel, dont certaines étaient humoristiques. Chez chaque individu, on a mesuré le réflexe à cinq reprises, toutes les deux secondes. On a observé une abolition du réflexe H lorsque les sujets éclataient de rire (quand ils ne riaient pas, la décroissance naturelle liée à la stimulation répétée était

beaucoup moins forte). L'expérience a été répétée chez trois sujets auxquels on a répété des histoires drôles. La décroissance de l'amplitude du réflexe était de 88,9 % quand ils riaient et de 59,4 % seulement quand il ne riaient pas. « Nous pensons que la décroissance de l'amplitude du réflexe H pendant le rire est l'équivalent neurophysiologique de l'expression *écroulé de rire* », écrivent les auteurs. « De plus, l'inhibition motrice liée au rire peut éclairer la physiopathologie de la cataplexie, comme on en voit dans la narcolepsie*. » La cataplexie, rappellent-ils, est une soudaine faiblesse musculaire bilatérale provoquée par des émotions fortes et survient typiquement pendant le rire. Ces résultats suggèrent que l'hypotonie induite par le rire peut précipiter une inhibition motrice chez les sujets prédisposés, provoquant une cataplexie.



9. 3. Mécanismes respiratoires :

Par le jeu des muscles intercostaux et accessoires, c'est toute la cage thoracique qui se mobilise pour expulser l'air des poumons ; cette fuite d'air est si importante au début du rire que l'appareil respiratoire manque d'oxygène. Pour s'adapter, les alvéoles pulmonaires se dilatent et les bronches s'ouvrent plus largement, ce qui augmente ainsi la ventilation pulmonaire. Les échanges respiratoires sont trois ou quatre fois plus importants qu'au repos. Cela a pour effet immédiat d'augmenter l'oxygénation du sang.

« Les lipides sont alors fixés et détruits en plus grande quantité dans les alvéoles pulmonaires alors que l'acide lactique, déchet du travail musculaire responsable des crampes, est éliminé plus efficacement. Les métabolismes du glucose et du calcium s'accélèrent. Parallèlement, l'activité des cellules endothéliales tapissant les vaisseaux sanguins des alvéoles est intensifiée ; les corps étrangers présents dans le sang sont éliminés avec plus de vigueur. L'augmentation de l'influx d'air dans les poumons provoque enfin l'inflation du nombre des bactéries à l'intérieur des alvéoles. Elles seront combattues par les globules blancs, les macrophages et les lymphocytes T, renforçant ainsi l'état d'alerte général du système immunitaire. » dicit Henri Rubinstein, neurophysiologiste à l'hôpital St Joseph à Paris.

9. 3. 1. Rôle des voies aériennes supérieures :

En traversant le larynx, l'air - expulsée à la vitesse de 100 km/h - produit une vocalise rendue caractéristique par la contraction saccadée des cordes vocales et des muscles laryngés. La voyelle formée au cours du rire « ha ha ha », « hi hi hi » ou « ho ho ho » ne dépend plus, dès lors, que de l'activité du voile du palais.

9. 4. Les mécanismes neuro-hormonaux intervenant dans l'élaboration du rire :

Enfin, le niveau neuro-hormonal commande, déclenche et entretient les mécanismes du rire, dont on vient de voir les phénomènes d'extériorisation musculaires et respiratoires.

9. 4. 1. Expériences et constatations neurologiques - intéressant le système nerveux central - à l'origine de la manifestation du phénomène rire :

L'étude rarissime des rires neurologiques a permis, comme nous allons le découvrir, de révéler l'existence de centres et de voies spécifiques présidant à la fabrication cérébrale du rire.

Jusque très récemment, on considérait qu'un hypothétique « centre du rire » se trouvait dans le cortex cérébral droit, au niveau préfrontal (aires 9 à 12 de Brodmann) où se situe le contrôle de la personnalité qui est en interaction étroite avec le système limbique. Cette localisation au cerveau droit, considéré comme siège des activités de synthèse par opposition au cerveau controlatéral, où prédominent les activités logiques et analytiques, était satisfaisante pour l'esprit puisqu'elle permettait de rendre compte à la fois du caractère global des situations comiques, de la disparition du rire lorsqu'on analyse ce qui l'a provoqué, et du fait que les esprits raisonnants semblent moins portés sur les plaisirs de la joie et du rire. Récemment cependant, le neurologue californien Itzhak Fried - attaché à la faculté de médecine de l'université de Los Angeles (UCLA) - et ses collègues auraient isolé l'aire du rire dans le gyrus frontal supérieur gauche, voisin de l'aire du langage :

Son expérience a révélé qu'on pouvait provoquer l'hilarité en envoyant une impulsion électrique dans certaines zones du cortex cérébral. Alors qu'il tentait de localiser le foyer des crises d'une épileptique de 16 ans, plusieurs zones de l'aire corticale de son lobe frontal gauche ont été stimulées à l'aide d'électrodes. Fried a noté qu'une faible décharge dans un secteur de 4 cm² à la limite inférieure de l'aire motrice supplémentaire (déjà connue pour son implication dans le processus du langage), entraînait automatiquement un sourire. En augmentant l'intensité du courant dans ces « points G du rire », on obtenait un véritable fou rire qui faisait perdre tout contrôle à la patiente ; « vous êtes si drôles, tous à rester là, en blouses blanches », a-t-elle d'ailleurs déclaré aux médecins qui lui demandaient de placer les uns contre les autres les doigts de ses mains. Selon I. Fried, ce phénomène impliquerait « l'existence d'un lien étroit entre les composantes motrices, affectives et cognitives du rire ».

Cette découverte, si elle est confirmée, tend à montrer qu'il existe bien un centre spécifique du rire dont la stimulation directe provoque, selon l'intensité, soit un sourire soit un rire franc, massif et contagieux. En outre, cette localisation frontale tend à confirmer les rapports étroits entre rire,

personnalité et langage.

Dans la revue *Neurology* du 22/02/00, l'Australien Samuel Berkovic (Austin and Repatriation Medical Center, Victoria) rapporte l'observation de trois patients porteurs, au sein de leur hypothalamus, d'un petit hamartome* non cancéreux à l'origine de petites crises d'épilepsie plus ou moins suivies d'une envie irrésistible de rire. Les gloussements sont apparus dans l'enfance et ont persisté à l'âge adulte. Les médicaments sont capables d'empêcher les crises d'épilepsie, mais pas l'envie de rire. Un des trois patients, une femme, décrit « comme une sensation de chatouillement dans la tête ». Comme sa voix devient plus aiguë quand l'envie de rire se fait ressentir, elle a dû s'arrêter de chanter. Un autre se mord les lèvres si la situation ne se prête pas à rire ou bien se laisse aller dans le cas contraire. Le problème est que son rire n'est absolument pas naturel et que son entourage le remarque (habituellement, il pleure de rire et son visage devient rouge ; rien de tel en cas de rire inadapté).

9. 4. 2. Les étapes - au sein du système nerveux central - nécessaires à l'élaboration du rire :

La fabrication du rire comporte trois étapes fondamentales: psychique, cérébrale et motrice.

Ce qui conduit au mécanisme physiologique du rire est dû initialement à un stimulus psychologique (une scène cocasse), sensoriel (un chatouillement), ou chimique (un gaz hilarant). Une expression émotionnelle met pleinement en jeu des mécanismes de rétroaction depuis les organes des sens jusqu'au cerveau en passant par les viscères. En retour, les modifications cérébrales affectent la périphérie par l'intermédiaire des nerfs et des sécrétions hormonales. Cette information excite d'abord le cortex frontal et préfrontal (qui comprend le gyrus frontal supérieur, centre présumé du rire). Celui-ci « juge » du comique de la situation et « décide » du type de l'émotion (plaisir, colère, etc.); le stimulus cérébral risible qui se crée est donc lié à un affect de plaisir et va déclencher l'exécution du double programme qu'est la connexion plaisir risible-rire et celui du « *pattern* moteur » du rire.

De ce cortex frontal et préfrontal, l'information se voit cheminer vers le système limbique que composent l'hippocampe et la circonvolution du corps calleux. Il semblerait alors que le système limbique ajuste l'intensité de cette réponse en produisant les manifestations physiques de l'émotion et

joue ainsi le rôle d'une interface entre le cerveau et les zones psychiques où s'élaborent les pensées et le reste du corps. Il est aussi le lieu de grandes régulations de fonctions végétatives comme la tension artérielle, la fréquence cardiaque et respiratoire, la température corporelle, des sécrétions hormonales, mais aussi celui de sentiments affectifs, de comportements vitaux (faim, soif), voire de mémorisation. Nous savons également localiser les zones responsables de différentes émotions au sein des structures du rhinencéphale et du diencephale : par exemple, le plaisir et le déplaisir dans le noyau dorsal de l'hypothalamus, la rage et l'agressivité dans l'amygdale, la joie dans le septum, etc.

La région hypothalamique représenterait à la fois le lieu d'intégration des différentes informations cortico-sous corticales et bulbaires ainsi que le lieu de synchronisation des différents effecteurs dont le tronc cérébral en particulier. Recevant le programme cortical, il organiserait ainsi son exécution par d'autres structures, par le biais d'une réponse adaptée.

Le système limbique, et surtout le gyrus cingulaire (circonvolution du cingulum), est en relation étroite avec les aires corticales fronto-orbitaires qui permettent la mémorisation, la prévision, la délibération et qui interviennent dans l'humeur, les émotions et la perception consciente de la douleur. Il déclenche par le biais des centres moteurs sous-corticaux, dont les noyaux gris centraux, le thalamus et l'hypothalamus, le réflexe mécanique du rire et son pendant neurovégétatif : c'est l'« arc réflexe du rire ».

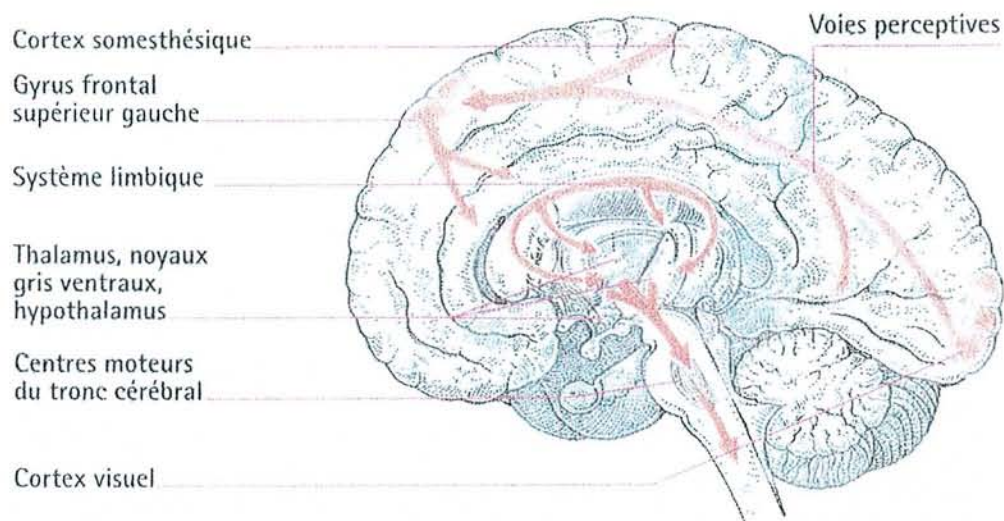
L'aire somato-motrice du cortex frontal est le lieu de la commande volontaire du mouvement. Les organes de la phonation et les muscles de la face sont sous la commande directe du tiers inférieur de cette aire, vers le sillon latéral, par le biais des contrôles des 9^{ie} et 10^{ie} paires crâniennes et de leurs noyaux pour la commande du pharynx et du larynx ainsi que de la 7^{ie} paire crânienne et de son noyau pour l'orchestration des muscles de la face. Cette pluriactivité coordonnée et synergique permet ainsi des vocalisations synchrones et des mimiques faciales. Les principaux muscles peauciers actifs sont le grand zygomatique, le buccinateur, le risorius, le dilatateur des narines et l'orbiculaire inférieur des paupières. Le tronc cérébral, quant à lui, induit et coordonne l'action synergique des différentes composantes motrices du rire.

Les voies nerveuses principalement concernées sont pyramidales, extrapyramidales et cérébelleuses.

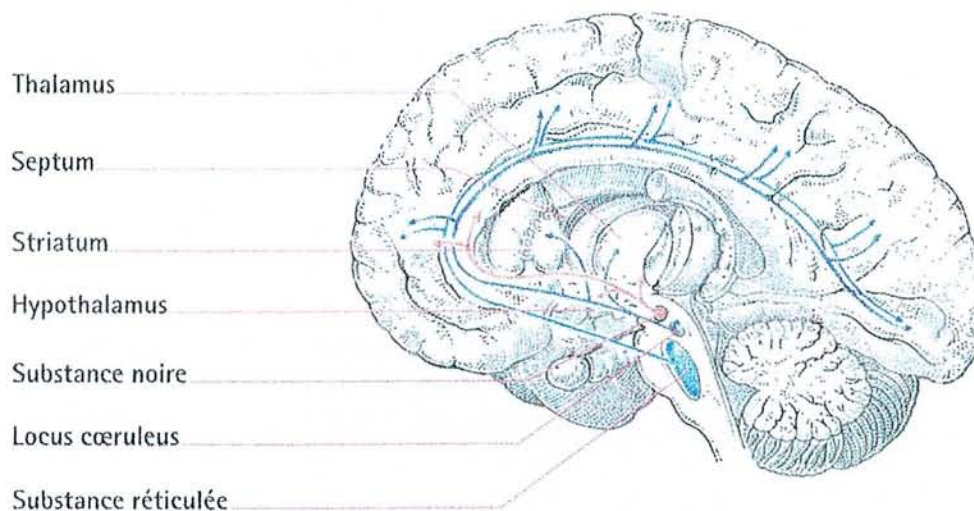
Les émotions - ici à l'origine du rire - élaborées au niveau cortical et sous-cortical, transmises par voie chimique par les neuromédiateurs, atteignent ainsi la périphérie, c'est à dire les différents organes concernés, en cheminant par les voies du système nerveux autonome qui contrôle automatiquement, en dehors de la volonté, un grand nombre de fonctions de l'organisme (cardio-vasculaire, digestive, respiratoire, immunitaire, endocrinienne, etc.)

Le mécanisme du rire requiert donc comme on le voit, la participation de nombreuses structures cérébrales. Tout comme pour la mémoire, il n'y aurait donc pas un centre unique du rire ; cela expliquerait le rire pathologique au cours d'explorations neurologiques fortuites ou lors du développement de certaines tumeurs, comme décrites précédemment.

Comme on le pressent, le rire enjoué témoigne des liens étroits qui existent entre les structures cognitives (du savoir), affectives et motrices, au sein d'un large réseau neuronal capable d'analyses parallèles, avec une possibilité d'activation de ce réseau en n'importe quel point.



Activation des principales structures cérébrales impliquées dans le rire.



Projections cérébrales des neurones à dopamine vers le striatum et le septum (en rouge), à sérotonine vers le thalamus et le cortex (en bleu clair) et à noradrénaline dans le cortex (en violet).

9. 4. 3. Les médiateurs chimiques impliqués dans « l'arc réflexe du rire » :

Que savons-nous des mécanismes biochimiques participant à l'élaboration du mécanisme du rire ? Peu de chose, la connaissance des neuromédiateurs impliqués dans le rire est balbutiante et compliquée d'interprétation. Il semble en fait logique qu'un cocktail de neuromédiateurs, et non pas un seul d'entre eux, participent à un climat de « bonne humeur ».

Divers neurotransmetteurs sont plus ou moins directement impliqués dans cet « arc réflexe du rire » :

- l'acétylcholine pour les mouvements simples,
- la dopamine (secrétée par les neurones de la substance noire) pour les gestes compliqués et l'impression plaisante,
- le Gaba (acide gamma amino-butyrique) pour l'inhibition des mouvements anormaux,
- la sérotonine (secrétée par les neurones de la substance réticulée) pour le contrôle de l'humeur, et
- la noradrénaline (secrétée par les neurones du locus coeruleus) pour celui de l'éveil cérébral.

Enfin, la sécrétion accrue d'endorphine et d'énképhaline dans le système limbique et l'hypothalamus module l'effet de toutes ces molécules.

9. 5. Le rôle du système nerveux autonome dans la traduction du rire :

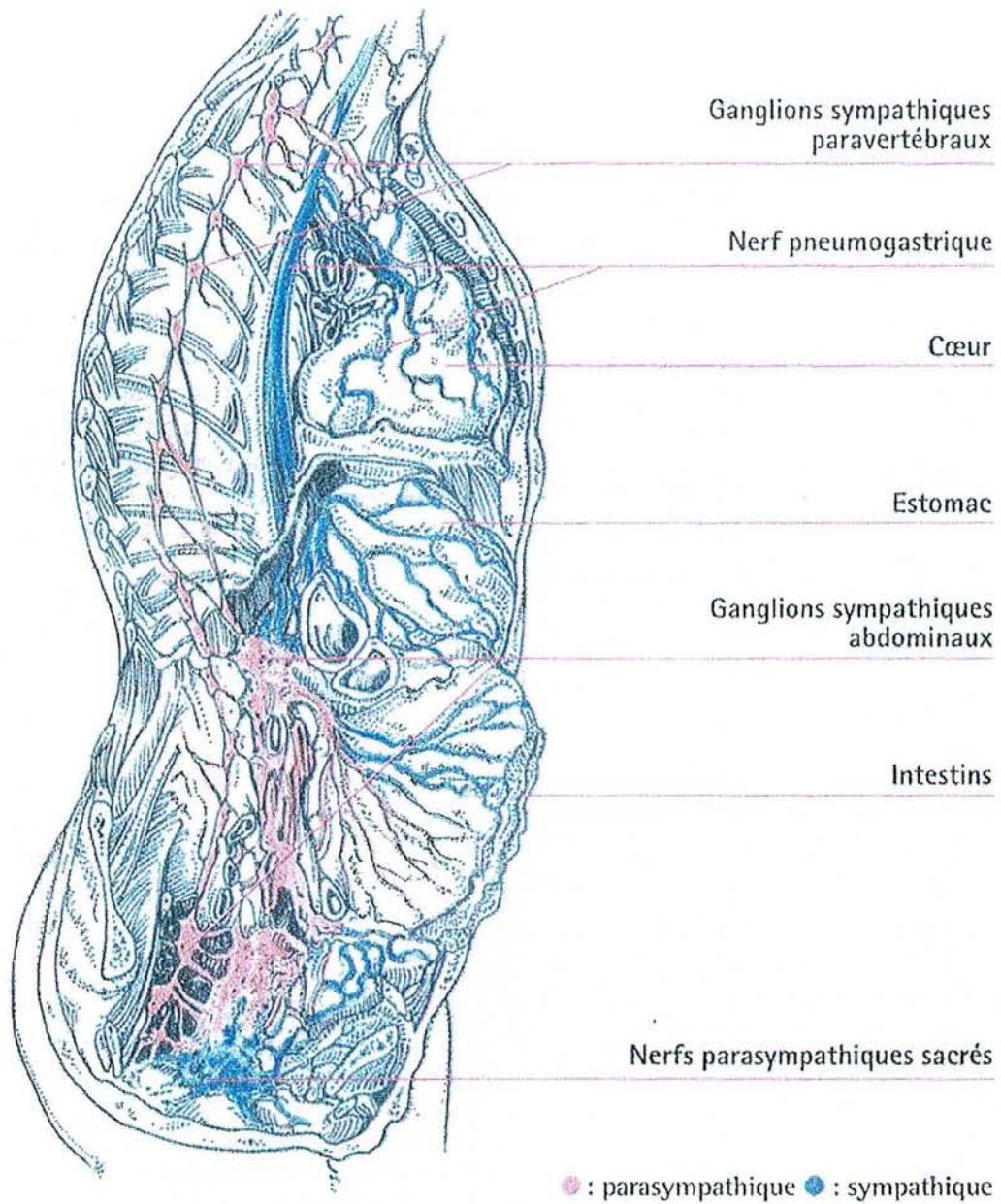
Parallèlement à ces effets sur la musculature striée (volontaire) se produisent, sous le contrôle du système nerveux dit autonome ou « végétatif » - qui comprend deux sous-systèmes antagonistes, le parasympathique et le sympathique - diverses modifications physiologiques, en particulier dans la sollicitation de la musculature lisse (involontaire) :

Après une brève mise sous contrôle du sous-système sympathique, l'ensemble de cette musculature passe sous le contrôle majoritaire du sous système parasympathique, ce qui contribue à produire une relaxation générale. Le rythme cardiaque s'élève d'abord brutalement, pour permettre à l'organisme d'assimiler suffisamment d'oxygène, vingt secondes de rire peuvent accélérer les pulsations cardiaques pour trois à cinq minutes. Cela représente l'équivalent de trois minutes d'exercices physiques intensifs.

Puis le rythme cardiaque diminue de façon durable une fois que l'appareil respiratoire s'est adapté. Les pupilles se contractent ainsi que les glandes lacrymales, ce qui fait « pleurer de rire » des larmes qui, par ailleurs, sont plus fluides que celle des pleurs. Les muscles des artères se relâchent ce qui contribue - par augmentation de leur calibre - à abaisser la tension artérielle (cette pression artérielle du rieur est inférieure à la normale). De même, la paroi des capillaires sanguins se détend, ce qui fait rosir le teint du visage. Les sécrétions gastriques et salivaires augmentent, ce qui tend à creuser l'appétit et à faciliter la digestion. Les bronches, par le jeu de leur musculature lisse, s'ouvrent plus largement, augmentant ainsi la ventilation pulmonaire. Le rire accroît ainsi considérablement les fonctions respiratoires, en particulier en mobilisant l'air de réserve qui, dans des circonstances habituelles, n'est pas renouvelé et stagne dans les poumons. Cette hyperventilation permet ainsi une meilleure oxygénation du sang et favorise l'expulsion des déchets toxiques produits par le métabolisme. On peut faire céder une crise d'asthme par le rire. Et dans tous les cas d'insuffisance respiratoire et d'emphysème, le rire conduit à une amélioration.

Enfin le rire, par son action sur le système neuro-végétatif, diminue le stress.

Ce relâchement général peut atteindre les sphincters qui libèrent quelques gouttes d'urine, d'où l'expression « pisser de rire ».



9. 6. Les diverses substances chimiques susceptibles d'induire un rire :

Le rôle du NO (protoxyde d'azote), connu sous le nom de gaz hilarant et utilisé en anesthésie, reste très mystérieux et les scientifiques commencent à peine à découvrir ses effets physiologiques.

Des recherches s'engagent également sur certaines substances illicites recherchées par les toxicomanes occasionnels et que l'on nomme les cannabinoïdes. Cette substance connue sous le nom de sa formule chimique : delta 9 tétra hydro cannabinoïde (THC) est extraite du chanvre indien. Elle se présente sous la forme de résine, de feuilles séchées ou d'huile et se consomme par ingestion (dans certaines préparations culinaires comme les gâteaux maghrébins) ou par inhalation. Elle est classée dans les drogues douces et par conséquent interdite de consommation en France mais en vente libre aux Pays-Bas et en consommation libre en Belgique et en Espagne. Les noms usités les plus fréquents pour la dénommer sont: cannabis, haschich en France, marijuana (marie-jeanne) en Amérique du Nord, shit, joint, kif en Afrique du Nord, grifa au Mexique, ganga en Inde, chira ou encore chilom en d'autres coins de la planète. Sa consommation est hédonique car elle apporte de l'euphorie, des fous rires, de la loquacité, de la sédation, de l'asthénie, et elle est anxiolytique (effet sur le système limbique).

Le corps médical se penche sérieusement sur ses effets bénéfiques en recherchant un mode de conditionnement qui rende plus acceptable sa façon d'être consommée. Car l'avenir thérapeutique du cannabis passe plutôt par ses acides cannabinoïques - qui, sans être psychoactifs, sont analgésiques (effet sur la moëlle) - que par une prescription hâtive de THC. Une autre propriété thérapeutique du cannabis est son effet anti-inflammatoire : mais son action passe par un effet dépressif sur la fonction immunitaire, ce qui pose problème dans la prise en charge des malades du SIDA.

Enfin, deux dernières applications possibles sont (1) le pouvoir antiémétique voire l'appétence (effet sur l'hypothalamus) des cannabinoïdes qui trouve une application dans le traitement des effets secondaires des médicaments anticancéreux comme le cisplatine; (2) l'effet dépressif sur la motricité (effet cataleptogène, actions sur le cervelet, les ganglions de la base et le cortex) qui pourrait ouvrir la voie vers des thérapies des troubles moteurs telles que la maladie de Huntington.

10. Les rires pathologiques :

*« Vous guérerez ! On guérit un pour cent des cas,
vous êtes justement le centième que je soigne
et je n'en ai encore guéri aucun. »
Anonyme.*

10. 1. Introduction :

Et pleurer spasmodiques : Etat caractérisé par l'alternance de rires et de pleurs non justifiés par une situation émotionnelle. Il se rencontre dans les états lacunaires pseudo bulbaires.

Sardonique : Spasme des muscles de la face, rencontré au cours du tétanos. Syn. spasme cynique.

10. 2. Les rires d'origine psychiatrique :

- Les syndromes maniaco-dépressifs et apparentés.
- La schizophrénie.
- La mélancolie: lorsque le rire apparaît, il y a un risque de passage à l'acte dangereux pour le patient.

En fait, toute maladie psychiatrique peut s'accompagner de cette tare.

10. 3. les rires d'origine neurologique :

- Causés par diverses drogues légales (alcool) ou non (cf. les drogues douces comme le cannabis, mais aussi certains champignons aux propriétés hallucinogènes).
- Certaines tumeurs bénignes ou non, aux localisations très variées.
- Certains états comitiaux.
- La sclérose en plaque.
- Des maladies de surcharge : maladie de Wilson (surcharge en cuivre), maladie de Niemann-Pick (surcharge en sphingomyéline), maladie de surcharge en manganèse.
- Certaines pathologies vasculaires: un rire incongru peut-être le signe avant-coureur d'un accident cérébro-méningé, de quelque nature qu'il soit, ischémique ou hémorragique.
- Certaines maladies infectieuses (encéphalites, syphilis,...).

En 1962, à la date du 3 Janvier, une étrange épidémie de rire éclate dans un village du Tanganyika (l'actuelle Tanzanie). Les premières victimes sont les adolescents d'une école tenue par des missionnaires. Le début de l'épidémie est brutal, avec des explosions de rire pouvant aller de quelques minutes à plusieurs heures - avec même un maximum de seize jours - entrecoupées d'accalmies. Quand les victimes ne rient pas, elles sont agitées et incapables de maintenir leur concentration. Au retour dans leurs villages, elles contaminent leurs proches. Seuls les hommes adultes et les villageois les plus éduqués résistent à la contagion. Ce doux mal a sévi dans toute la région pendant deux ans et demi avant de disparaître. Toute cause infectieuse ayant été écartée, le diagnostic d' « hystérie collective » fut le seul à être retenu (cf. les danses de Saint-Guy dans l'Europe Moyen-âgeuse).

A titre anecdotique on peut citer le Kuru qui est une variante de la maladie de Creutzfeld-Jacob et que l'on a vue se développer chez les indigènes des hautes terres de Nouvelle-Guinée et qui fut décrite pour la première fois en 1957 par Zigas et Gajdusek. Cette maladie fut contactée par les autochtones, à la suite de la consommation de cervelles d'origine humaine. Cette coutume anthropophagique était censée apporter la force du guerrier qu'ils avaient vaincu. En fait il s'agit de la première description en masse « d'encéphalopathie spongiforme humaine ».

En langage indigène, Kuru signifie *tremblement*, la première phase débute par un tremblement généralisé du corps, avec troubles de l'équilibre, labilité émotionnelle où prédomine l'euphorie. La deuxième phase s'accompagne d'une aggravation de ce tableau neurologique avec des mouvements choréo-athétosiques*, une dysarthrie*, un nystagmus* ou un strabisme, une hyper réflexivité ostéo-tendineuse et un rire pathologique. La troisième phase amène le sujet devenu grabataire dans une démence qui le conduit à la mort en quelques mois. L'agent de cette maladie est très probablement un prion.

11. Les conséquences de l'acte rire :

*« Le rire me purge de tous mes dégoûts. »
Jean Cocteau.*

Comme nous l'avons vu, le rire est avant tout un exercice musculaire - du fait de la mobilisation de la plupart des muscles de l'organisme - depuis la face jusqu'aux membres en passant par le diaphragme et l'abdomen.

Le rire est également une technique respiratoire, un moyen agréable de réaliser naturellement des exercices utiles. En associant une inspiration ample et brève, une pause respiratoire et une respiration longue et saccadée, il rejoint les techniques de contrôle chères au yoga. La gymnastique respiratoire a une influence favorable sur nombre de paramètres de la santé. Grâce au massage des viscères par les muscles abdominaux et thoraciques, à la dépuración de l'organisme par l'oxygène, les fonctions intestinales et hépatiques se trouvent améliorées, l'appareil cardio-vasculaire se régularise, le rendement intellectuel augmente, la nervosité diminue.

Le rire réduit ou supprime aussi l'insomnie, car il purge le système adrénergique d'éveil, laissant place à l'action de la sérotonine qui contrôle pour partie le système du sommeil (les dépression nerveuses se manifestent par des troubles du sommeil, et ce n'est pas un hasard si les antidépresseurs récents favorisent la production de sérotonine).

Le rire libère aussi les catécholamines, des neurotransmetteurs qui mettent l'organisme en état d'alerte et lui permettent de répondre aux agressions. Ces catécholamines combattent notamment les phénomènes inflammatoires et augmentent la production des endorphines qui agissent contre la douleur, diminuent l'anxiété et régularisent l'humeur. L'état d'alerte lié à la production accrue de catécholamines, renforce l'attention, les possibilités intellectuelles et la vitesse d'exécution des tâches.

De plus le rire active durablement le système nerveux parasympathique : Lorsque nous rions, après une phase d'alerte brève, se déroule une longue phase au cours de laquelle s'effectue de façon évidente la réduction des effets nocifs du stress. Mais, outre la relaxation musculaire, le ralentissement du rythme cardiaque ou l'abaissement de la pression artérielle, il a des effets sur la sexualité : le mécanisme d'action du viagra (traitement contre l'impuissance) ne consiste-t-il pas à faciliter par voie chimique l'ouverture des vaisseaux amenant le sang à la verge ? Or il se trouve que cette action, contrôlée par le système parasympathique, est exactement la même que celle du rire , qui n'agit pas comme un aphrodisiaque (c'est à dire sur l'humeur au sens large) mais favorise mécaniquement la dilatation des artères génitales.

Le rire est donc un stimulant psychique : il développe la faculté de réagir. Véritable désintoxication morale aussi bien que physique, le rire combat les petites dépressions, les inquiétudes et les angoisses de la vie

quotidienne. Toute cette phénoménologie physiologique permet de comprendre les divers effets positifs du rire. Les possibilités d'exploitation systématiques de ces effets sur l'organisme (qui opèrent aussi bien pour le rire forcé que pour le rire spontané) ont permis d'envisager le rire comme une technique thérapeutique à part entière : la gélothérapie (du grec *gelos*, rire). Celle-ci fait appel à différentes techniques dérivées de la relaxation et du yoga, parmi lesquelles l'apprentissage de réflexes respiratoires, d'exercices de chatouillements et de grimaces, seul ou en petits groupes.

12. De l'influence du psychisme dans les processus de guérison :

*« La faculté de rire aux éclats est la preuve d'une âme excellente. »
Jean Cocteau.*

12. 1. La place occupée par la dépression chez le malade cancéreux :

La notion de qualité de vie s'est progressivement imposée en cancérologie. Avec elle, on s'est rendu compte qu'un patient cancéreux sur trois environ (d'après une table ronde « Dépression et cancer » qui s'est tenue lors de la 2^e journée de psycho-oncologie dans le cadre du 9^e congrès international sur les traitements anticancéreux en l'an 2000) serait atteint de troubles dépressifs avérés. Contrairement à une idée répandue, ceux-ci ne sont pas un phénomène « normal ». Il existe, évidemment, un travail d'adaptation propre à chaque étape, de l'annonce du diagnostic au traitement, à la rémission, à la rechute, etc..., au travail psychologique qui doit être mené. Mais, au-delà, il existe toute une variété de symptômes, allant jusqu'à la dépression organisée, face auxquels il peut être difficile de tracer la frontière du pathologique.

En fait, la difficulté est davantage dans le repérage des patients dépressifs ou limites.

Dans les équipes qui fonctionnent bien, le psycho-oncologue voit environ 10 % des patients du service. Ce chiffre reflète une certaine carence et souligne bien que le repérage ne peut être du seul ressort du psychologue ou du psychiatre, mais qu'il doit mobiliser tout le personnel qui, au total, en savait souvent long sur les patients, mais sous forme d'informations fragmentées qu'il faut donc partager.

La perte de l'envie, du plaisir, de l'appétence relationnelle, sont des signes qui doivent alerter, de même que l'asthénie prolongée. Des oscillations du moral sont normales ; c'est la fixité dont il faut s'inquiéter. Elle suggère non plus un travail d'adaptation mais un défaut d'adaptation.

Il y a par ailleurs des contextes privilégiés : certaines tumeurs (pancréas, tumeurs carcinoïdes), certaines chimiothérapies dépressogènes (interféron, vinblastine, vincristine), les chirurgies mutilantes. Des antécédents de troubles dépressifs, de conduite addictive, des difficultés familiales ou l'isolement social sont d'autres facteurs prédisposants. Enfin, il y a des étapes comportant un risque particulier : la découverte du milieu hospitalier et l'annonce du diagnostic, bien sûr, lors de laquelle le médecin parle souvent trop, sans être entendu, et n'écoute pas assez.

Ensuite il faut penser à la guérison, ou supposée telle, qui s'accompagne toujours du message ambigu : « vous êtes guéri, mais une surveillance est nécessaire. » C'est aussi le stade où disparaît l'étayage familial, où les proches attendent que « tout redevienne comme avant » quand, à l'évidence, rien ne redeviendra comme avant et qu'un clivage risque de s'instaurer entre l'expérience du patient et la non-expérience de ses proches.

12. 2. Psycho-neuro-immunologie ou les aboutissements d'un concept plus ancien décrit sous le terme de psychosomatique*:

Les études psychosomatiques des deux dernières décennies tentent de prendre en compte la multiplicité des facteurs familiaux et sociaux responsables des maladies. Après les troubles fonctionnels, c'est aux troubles lésionnels qu'elles s'attachent pour déceler les composantes psychologiques qui coexistent avec les mécanismes physiques. Ces études, menées aujourd'hui un peu partout dans le monde, essayent de décrire les types de personnalité sujettes aux ulcères gastro-duodénaux, aux infarctus du myocarde, au lupus érythémateux disséminés, à la polyarthrite rhumatoïde, à la sclérodermie, aux cancers, etc.

Nous savons maintenant que le centre de nos émotions est situé dans le cerveau limbique. Chaque émotion vécue est communiquée à l'hypothalamus qui agit à son tour sur l'hypophyse, véritable chef d'orchestre de notre système hormonal. De l'hypophyse, le message est

ensuite transmis aux surrénales qui libèrent dans le sang les hormones du stress. Certaines de ces hormones ont notamment un effet dépressur sur le système immunitaire, notre système de défense.

La biologie progresse dans la compréhension des interactions psychosomatiques et parle même d'un axe neuro-psycho-hormono-immunologique ! Les travaux de Glasser, Adler, Dantzer et Cohen, ont permis de préciser l'importance des interrelations entre les systèmes immunitaires et neuro-endocriniens. La production lymphocytaire de certaines hormones se fait sous l'influence soit de stimuli infectieux (viral ou bactérien), soit de stimuli cérébraux (choc physique et psychique). Un stress, qu'il soit émotionnel ou infectieux, peut entraîner une production d'hormones (ACTH, endorphines) soit par les lymphocytes, soit par l'hypophyse. D'autres études ont démontré qu'un individu est capable d'inhiber son système immunitaire.

Pour le Pr Silla M Consoli (INSERM, hôpital Broussais, Paris), « il est admis aujourd'hui que le système nerveux est doté d'un pouvoir de modulation sur les fonctions immunitaires. A l'inverse, le système immunitaire semble capable d'informer en permanence le système nerveux sur son propre état de fonctionnement, notamment sur un conflit antigène-anticorps ». « Ces échanges bidirectionnels et le partage par le système nerveux et le système immunitaire de nombreuses propriétés communes (traitement de l'information, contacts spécifiques de cellule à cellule, capacités sécrétoires de médiateurs humoraux...) incitent à voir dans le système immunitaire une image en miroir du système nerveux, les lymphocytes circulants pouvant être comparés à un cerveau mobile, doté de caractéristiques sensorielles et effectrices. »

12. 2. 1. Phénomènes psychosomatiques : mise en évidence de leur substratum dans le système nerveux central

J. Belaïsch a analysé les récentes découvertes concernant le retentissement des chocs émotionnels sur le corps par le biais du système immunitaire (travaux de M. Dardenne, J. F. Bach, etc.).

L'élément de base est l'immunocyte dans lequel ont été mis en évidence plus de trente récepteurs, notamment hormonaux. Ils permettent à ces cellules d'avoir des effets cytokines stimulants physiologiques. Ces immunocytes vont pouvoir synthétiser des neuropeptides, des hormones et des neurotransmetteurs agissant sur les cellules nerveuses. Ils fonctionnent en réseau.

En pratique, les cytokines* auraient chez l'homme un rapport avec la fièvre, le sommeil, l'appétit, le comportement cognitif.

Le lieu de prédilection serait le *locus ceruleus* et le système à Cortico-Releasing Factor (CRF). L'hypophyse et les glandes surrénales ont des composantes hormonales et nerveuses. Un événement créant un stress éveille le système CRF qui, par l'intermédiaire de l'ACTH, provoque la sécrétion de corticoïdes avec un effet important sur la pathologie endocrine et nerveuse (syndrome prémenstruel, anorexie, ulcère gastrique, dépression, syndromes psychiatriques divers).

On retrouve parfois, en cas de ménopause précoce, une relation avec un stress. Il existe des cytokines dans l'environnement ovarien, et ces dernières pourraient être à l'origine d'atrésie folliculaire avec augmentation de l'interféron γ . Il en résulterait une augmentation de la FSH qui aggraverait le déséquilibre. Des événements tels que le deuil, le divorce, la dépression auraient une action délétère par modification des lymphocytes. C'est ce qu'il va falloir démontrer dans le futur, peut-être grâce à un dosage des cytokines cérébrales.

12. 2. 2. Dérèglement de l'immunité naturelle constaté :

Au cours de syndromes dépressifs, des dérèglements de l'auto-immunité naturelle ont été observés et il semblerait, notamment lorsqu'ils sont sévères, que l'auto-immunité naturelle puisse s'emballer, soit du fait d'altérations cellulaires, soit en raison d'un déséquilibre entre lymphocytes T auxiliaires et lymphocytes T suppresseurs, entraînant alors « une rupture de l'état de tolérance à l'égard des constituants du soi et une activation polyclonale des lymphocytes B producteurs d'anticorps ». Des travaux épidémiologiques concernant l'effet du stress et de l'humeur dépressive sur les fonctions immunitaires avaient montré que chez des sujets ayant perdu leur conjoint une diminution significative de la réponse lymphocytaire T existait six semaines après le décès.

Toutes ces observations « sur les interactions psycho-neuro-immunologiques, sur la fréquence des états dépressifs dans les maladies auto-immunes, sur la vulnérabilité dépressive dans les caractéristiques de personnalité réputées à risque pour de telles pathologies, sur les dérèglements auto-immuns découverts dans le cadre de troubles de l'humeur méritent dans l'avenir des travaux ciblés pour faire avancer l'état des connaissances dans ce domaine », souligne le Pr Consoli.

- **Rôle neuromodulateur des cytokines :**

Il est avéré que les cytokines jouent un rôle neuromodulateur par l'intermédiaire de récepteurs localisés sur la membrane neuronale, ou par une action sur les cellules gliales donnant naissance à divers facteurs paracrines (monoxyde d'azote, prostaglandines) susceptibles d'influer sur l'activité neuronale. C'est le cas des modifications comportementales et psychiques induites par les cytokines et qui caractérisent le fonctionnement de l'individu malade (fièvre, mais aussi anorexie, somnolence, anhédonie).

L'unité INSERM de Bordeaux étudie actuellement les voies de communication empruntées par les signaux cytokinergiques, ainsi que les cibles neuronales constituant le substrat des effets comportementaux induits par ces substances (l'amygdale pouvant constituer l'une des régions candidates). Il s'avère que parmi les symptômes comportementaux induits par les cytokines, certains sont comparables à ceux répertoriés dans le syndrome dépressif.

Au delà de la caractérisation expérimentale des effets comportementaux des cytokines, les travaux se prolongent par l'étude clinique des symptômes dépressifs et des troubles cognitifs induits, chez l'homme, par l'administration systémique de cytokines (IL 2, interféron α) dans le contexte de traitements immunothérapeutiques. Ces traitements provoquent, chez certains sujets dont le profil reste à définir, des déficits cognitifs et des troubles de l'humeur qui varient selon la substance administrée et qui s'apparentent pour une large part à la symptomatologie dépressive.

Les mécanismes de la relation cytokines-dépression sont envisagés au plan pharmacologique par l'étude des interactions entre cytokines et antidépresseurs et au plan biochimique par l'étude de la déviation du métabolisme du tryptophane vers les dérivés quinoliniques sous l'effet des cytokines inflammatoires telles que l'interféron γ .

Les relations entre stress et cytokines sont également prises en compte. La possibilité que les cytokines contribuent à l'activation de l'axe corticotrope sous l'effet d'agressions non immunes est en particulier examinée expérimentalement en profitant de l'existence de différences individuelles dans le profil de production des cytokines.

LA GÉLOTHÉRAPIE EN PÉDIATRIE



1. Introduction :

« La vie est une maladie sexuellement transmissible et mortelle à 100%. »
Woody Allen.

Mourir de rire n'est pas une vaine expression. En 1988, à l'empire Theater de Copenhague un spectateur fut foudroyé par un fou rire lors de la projection d'*Un poisson nommé Wanda*, un des films comiques des Monty Python. Si le rire tue, peut-il guérir également ?

Dans la presse scientifique, il n'apparaît nulle trace de guérison par le rire, si l'on excepte le cas de Norman Cousins, journaliste américain, atteint de spondylarthrite ankylosante - affection atteignant électivement les articulations sacro-iliaques et la colonne vertébrale dont les ligaments se calcifient (elle peut s'accompagner parfois d'iritis et d'insuffisance aortique) - au cours des années 1970. Incurable dans tous les cas, Norman en guérit pourtant ! Comment ? Dans son livre *Anatomy of An Illness*, devenu un best-seller outre Atlantique, le rescapé relate son aventure et la méthode qui permit de le guérir : les films des Marx Brothers en boucle et un peu de vitamine C. L'affaire fit grand bruit, mais il est permis de noter qu'en tant que rédacteur en chef du *Saturday Review*, Norman Cousins avait les moyens d'ébruiter son cas très isolé.

Statistiquement : un mort, un rescapé, balle au centre. Du côté des recherches, ce sont les Anglais qui prennent les devants, humour british oblige. Le docteur Hilary Jones a répertorié les ravages économiques provoqués par les prescriptions contre l'hypertension artérielle et la dépression dans les comptes de la sécurité sociale britannique. Pour arrêter cette gabegie, Hilary préconise la bonne humeur sur ordonnance et organise depuis 12 ans sa semaine du sourire à Londres. A l'université de Cambridge, le professeur Jan Van Hoof, spécialiste en éthologie, est l'auteur d'un très sérieux catalogue des rires humains (du rire explosif au sourire vocalisé).

Depuis quelques décennies l'armée du rire a son uniforme : le nez

rouge, et ses zouaves : les clowns. Et les nouveaux nez ne ménagent d'ailleurs pas leur peine pour orchestrer tous les acteurs d'un lieu : des rires, des chants, des jeux...

2. Psychopathologie de l'enfant cancéreux, notions de base :

2. 1. Introduction :

Le signifiant cancer déclenche à lui seul la peur, l'angoisse de la mort. Tout être humain vit dans l'illusion d'être immortel ou du moins dans le déni de la mort, le système de défense le plus habituel étant d'éloigner l'échéance fatale de la vie le plus loin possible de nos pensées et préoccupations.

Lors d'annonce de maladie grave comme le cancer en l'occurrence, le mécanisme de défense est débordé, la représentation de l'échéance finale est beaucoup plus prégnante. L'angoisse va bouleverser l'équilibre psychique acquis jusqu'alors.

Tout au long de la maladie, le patient essaiera de conserver un équilibre psychique, plus ou moins fragile, en tentant d'harmoniser sans cesse ses aspirations à la satisfaction pulsionnelle, à la réalisation de ses désirs d'une part et la pression de la réalité extérieure d'autre part.

2.2. Réaction et comportement de l'enfant face au cancer :

Longtemps, patients et famille vont chercher une explication aux causes de cette maladie. Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi et pas à un autre ? Cette question, que tout malade grave se pose, tire probablement son origine de notre culture judéo-chrétienne qui nous a sans cesse inculqué cette notion de bien et de mal et de punition rédemptrice en cas de faute. L'homme a de tout temps recherché une raison à ses malheurs qui le frappaient soit par la recherche de signes divins, soit par l'interprétation d'un sens donné dans l'histoire familiale ou bien encore par la remise en cause de l'action de l'homme sur l'environnement (raréfaction de la couche d'ozone, pollutions en tout genre, fuites nucléaires, mauvaise alimentation, etc...).

Face à l'absence de réponse devant un cancer " immérité ", un sentiment d'injustice va s'installer.

Cette recherche des causes recouvre le sentiment persécutif d'un mal subi. Ici, il s'agit d'un mal provenant de l'intérieur, plus sournois et inacceptable

que le mal venu de l'extérieur, car il s'est installé à l'insu de la personne elle-même.

On arrive alors à une construction imaginaire du sens.

Pour l'adolescent, le corps est intègre, pur. Il existe un fantasme de toute puissance où la maladie ne peut avoir de prise.

De plus, l'adolescence est une période sensible du développement comportant une quête identitaire qu'accompagnent des bouleversements corporels liés à la puberté et aux réveils des pulsions sexuelles et agressives. C'est également la période de l'opposition, entraînant des conflits avec les parents.

A l'adolescence, le corps se doit d'être pur, l'aspect physique revêtant une importance primordiale (lutte contre l'acnée, musculature à développer, heures passées à se regarder dans un miroir).

La maladie signe donc une déchéance, une faillite du corps. Il s'agit là d'une blessure narcissique où le patient est non seulement malade, mais impuissant à vaincre cette maladie. Cette blessure est d'autant plus grave chez ceux qui ont un fort investissement sur leur corps (adolescents qui voient leurs muscles, objet de leur effort, fondre) que chez ceux qui ont un fort investissement de leur pensée (le corps devrait suivre et ne pas constituer une entrave à la puissance de leur esprit). Dès lors, ce corps si longtemps maîtrisé va échapper au contrôle de l'adolescent qui s'en verra dépossédé.

Détenu entre les mains des médecins qui prennent pouvoir sur lui, le corps se fait objet de surveillance.

Jusqu'à l'annonce de la maladie, on exigeait de l'adolescent plus d'autonomie, d'indépendance, de maîtrise. Or la demande hospitalière qui va s'amorcer ira dans le sens d'une régression puis à un état de dépendance, de passivité voire de surveillance permanente.

Il y a une souffrance psychique liée aux privations, aux limitations et aux changements. Certains enfants questionnés se disent emprisonnés par les contraintes qu'ils perçoivent : chambre d'une personne, d'environ 5 m², confinement au lit pour une période de 6 semaines, en cas de leucémie dans la phase initiale du traitement, limitation des horaires de visite de 12H à 20H, limitation du nombre de visiteurs, nourriture stérile et sans sel imposée, etc...

Cet isolement a-t-il des conséquences à long terme ? Pour Oppenheim, « ...il semble que les séquelles à long terme soient en nombre restreint (même si)...dans ces unités stériles les symptômes de privation sensorielles, des modifications des perceptions, des troubles du comportement ont été décrits » .

Le corps devient l'objet de traitement (chimiothérapie et ou radiothérapie) qui vont le fatiguer, lui provoquer des vomissements. Les examens corporels se font multiples, parfois douloureux et deviennent le signe d'une effraction sur le corps, d'une intrusion dans l'intimité.

Le corps de l'adolescent est dénudé, exhibé à un âge où le secret et la pudeur sont si importants. La toilette se doit d'être d'une grande vigueur.

On prélève les urines et les selles, qui sont prises, analysées, ce n'est plus le pipi, caca. Les orifices, lieux de plaisirs et de découvertes de jeux corporels vont être désinvestis de cette fonction et surinvestis par la médecine et les soins.

Cette intrusion dans la réalité extérieure va mettre en difficulté les capacités de symbolisation, véritables trous dans le psyché et réveiller des angoisses contre lesquelles ce corps meurtri va devoir activer des mécanismes de défense. La maladie va cristalliser alors toutes les autres angoisses et conflits antérieurs (angoisse de séparation, d'abandon, angoisse d'attaque et de mort).

Qu'en est-il de ces enfants lors de leur sortie de ce milieu stérile ? Voici le constat, quelque peu paradoxal, d'Oppenheim : « La sortie de ces unités peut-être délicate, l'enfant et la famille s'étant habitués, malgré tout, au sentiment de sécurité et de protection découlant de cette situation très contraignante et ayant développé dans ce contexte des sentiments très ambivalents ».

Face à ces agressions psychiques et physiques, l'enfant va développer des attitudes et des mécanismes de défense. Pour cela, il va devoir intégrer sa maladie à son histoire, à sa vie, il a à charge de demeurer maître de son corps, de son histoire, quelles que soient les agressions qu'il subit et quelle qu'en soit l'issue. Beaucoup vont parvenir à se ménager un rôle actif qui leur permet de garder au moins imaginativement une certaine maîtrise des choses, comme par exemple la décision de prendre les médicaments per os à telle heure ou encore l'acceptation ou non de recevoir le psychologue ou tout autre intervenant, ainsi que la gestion de leur nourriture, ce qui peut parfois conduire jusqu'à des conduites anorexiques.

Voici les principales attitudes les plus fréquemment rencontrées :

- Attitudes régressives : passivité ou, au contraire, demandes et exigences de soins, demande d'attention tout à fait inhabituelle dans laquelle les parents s'engouffrent pour répondre à un sentiment de culpabilité.
- Attitudes de repli sur eux : retrait de toute activité et de participation

avec des tiers, désinvestissement du monde extérieur, désintéressement pour les cours. L'agressivité latente étant parfois retournée contre soi.

- Attitudes de déni de la maladie : aucune verbalisation ne leur est possible ou ne les intéresse. Ce sont des malades parfaits qui s'adaptent bien à l'univers hospitalier, ils s'occupent énormément et semblent toujours occupés. Cette façade est néanmoins dénoncée par les cauchemars dont ils sont fréquemment les victimes.
- Attitudes agressives : face aux soignants, aux parents, refusant tous soins et toutes aides, prenant les médicaments sous la contrainte, dénonçant la non-compétence des médecins.

2. 3. Réaction et comportement de l'enfant face à la mort :

Pour Oppenheim, « le patient même très jeune -dès qu'il parle- sait qu'il est confronté au risque de mort, et détient un savoir sur la mort, peu différent de celui d'un adulte ».

D'ailleurs l'enfant cancéreux perçoit ses modifications corporelles tant internes qu'externes. Il perçoit également les réactions de son entourage familial (les angoisses parentales et les images projetées sur lui par ceux-ci). Dans le service, il est confronté à des enfants qui vont mourir et à d'autres qui l'initient à cette éventualité. Avec ses parents, il abordera le sujet, à des moments divers, pas forcément les plus douloureux, et sans pour autant faire référence à sa propre personne.

L'enfant n'en attend pas de réponse et « vient plutôt chercher le dialogue à ce niveau d'exigence et d'authenticité qui est désormais le sien, dont il a payé le prix. Il attend d'abord qu'on ne le trompe pas, sur ce qu'il ressent physiquement (...) Ainsi les conditions de la fin physique peuvent être discutées dans la confiance, et la reconnaissance des places spécifiques de chacun, hors de toute confusion: de l'enfant, des parents, des soignants. (...) La mort de l'enfant n'appartient qu'à lui et à ses parents, pas aux soignants. (...) Les rituels de deuil permettent aux parents, à la fratrie, mais aussi aux autres enfants du service, de donner sens et valeur à la mort, de l'habiller, de la faire passer de l'univers médical à l'univers symbolique, acceptable dans l'histoire d'une famille. Ces rituels peuvent avoir leur place dans un service d'oncologie pédiatrique ».

2. 4. Moyens mis à la disposition de l'univers hospitalier afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation des enfants cancéreux :

Face à cette souffrance physique et morale, les services d'oncologie pédiatrique bénéficient de la présence de bénévoles ou salariés d'associations, qui participent à une meilleure prise en charge des malades, tant au niveau de l'animation, de l'éducation ainsi que du soutien et de l'aide.

Au même titre qu'il y a eu indéniablement une amélioration considérable, avec les traitements, dans la lutte contre le cancer chez l'enfant depuis quelques décennies, on constate, en parallèle, une meilleure prise en charge de leur condition morale grâce aux multiples associations qui se sont greffées à cet univers hospitalier et notamment depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

Si l'on prend, en exemple, l'hôpital d'enfants de Nancy-Brabois, on dénombre près d'une vingtaine d'associations actives depuis des années (certaines sont communes aux services d'enfants, d'autres plus spécifiques). Parmi les dix plus importantes et par ordre d'existence on recense :

- **ALH - Animations Loisirs à l'Hôpital-Les Dames en rose.** Créée en 1945, son objectif est de distraire les enfants malades en les faisant bricoler, créer, jouer,...
- **Association départementale des bibliothèques en établissements hospitaliers.** Créée en 1976, son objectif est de prêter, à titre gratuit, livres, cassettes audio, magnétophones et son souhait serait de mettre en place l'heure du conte.
- **AREMIG - Association pour la Recherche et les Etudes dans les Maladies Infantiles Graves.** Créée en 1982, son objectif consiste à offrir écoute et accueil aux familles à la maison des parents. elle améliore les conditions de vie des enfants hospitalisés (installation d'interphones, de téléphones, téléviseurs, de magnétoscopes, cadeaux d'anniversaire offerts,etc...)
- **AISCOBAM - Aide Scolaire Bénévole Aux Adolescents Malades.** Créée en 1991, son objectif est de redonner l'espoir et garder le contact avec l'institution scolaire. L'AISCOBAM met à disposition des professeurs bénévoles dans toutes les matières, niveau collège, lycée et

enseignement supérieur.

- **UN ENFANT-UN REVE - Association Matthieu Carrère.** Créée en 1994, son objectif est de réaliser les rêves des enfants atteints de cancers (assister à la coupe du monde, nager avec des dauphins, aller à Disneyland Paris, aller au bord de mer...).
- **PLANETE CLE DE SOL.** Créée en 1995, son objectif est d'utiliser la musique comme un autre moyen de communication auprès de l'enfant hospitalisé. Cette association est composée de musiciens professionnels et de personnels soignants.
- **APSEM - Association pour la Promotion du Sport chez les Enfants Malades.** Créée en 1997, son objectif est de promouvoir la pratique des activités physiques et sportives adaptées, pour des enfants atteints de maladie grave et hospitalisés.
- **ATROPOS.** Créée en 1997, son objectif est d'apporter une aide psychologique aux parents d'enfants décédés de longue maladie, par le biais de groupes de parole.
- **VMEH - Association départementale pour la Visite des Malades dans les Etablissements Hospitaliers.** C'est la visite des malades par des personnes bénévoles.
- **SRG - Sourire, Rire, Guérir.** Créée en 1999, son objectif est d'organiser un travail d'équipe, où le nez de clown servirait de trait d'union, avec un passage minimum de 2 clowns par intervention.

Les autres associations, plus spécifiques, sont :

- **ADOT - Association pour le Don d'Organes et de Tissus humains.** Dont le but est de sensibiliser le public à ce sujet en répondant à leurs questions et en leur adressant des cartes de donateurs.
- **AFLM - Association Française de Lutte contre la Mucoviscidose.** Elle finance des soins à domicile (appareils) et s'occupe d'autres actions en faveur des enfants.
- **AFM - Association Française des Myopathes.**

- **AMIR - Association contre les Maladies Infantiles et Rénales.** Créée en 1988, elle est formée essentiellement de parents d'enfants dialysés ou transplantés qui ont voulu s'unir pour affronter leurs problèmes. Ses buts principaux sont d'accueillir les familles nouvelles, expliquer la maladie, résoudre les problèmes administratifs, scolaires ou professionnels...mais surtout favoriser les contacts et proposer des loisirs aux enfants.
- **APF - Association pour les Paralysés de France.**
- **Naître et Vivre.** Association qui soutient les parents d'enfants touchés par le syndrome de la mort subite du nourisson.
- **Hoptimisme.** Fondée en 1996 par des étudiants de l'ICN (Institut Commercial de Nancy), afin d'aider les éducateurs à organiser des actions d'animations, par une présence bénévole.
- **ELER - Eveil et Loisirs de l'Enfant en Réanimation.** Créée par l'équipe soignante du service de réanimation pour la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement musical.

Cette liste n'est pas exhaustive mais démontre bien la part croissante qu'occupent, de plus en plus depuis quelques années, les associations dans l'univers hospitalier, ce qui est tout en leur honneur pour cette année 2001 qui célèbre le centenaire de la loi sur le droit d'association.

3. Naissance du clown :

*« Quand je pense à la douleur du monde, j'estime
avoir une chance inouïe de pouvoir faire naître
un sourire ou un rire. »
Annie Fratellini.*

Avec l'apparition en Grèce du culte de Dionisos, dieu au masque qui patronne souvent le délire, se met en place un va-et-vient entre le divertir-subvertir qui s'est perpétué dans les fêtes carnavalesques.

Mais le clown contemporain tel que nous nous le représentons, est le résultat de l'exploitation du comique de situation, popularisé et étendu par le besoin naturel de l'être humain de rire de ses malheurs et des situations cocasses dans lequel il s'est retrouvé. Il devient alors l'incarnation de la contestation et la soupape de sécurité en mettant dans le désordre un certain ordre, et en permettant de mieux dénoncer l'ordre établi. Il est

totallement différent des mimes grecs, des bouffons du Moyen-Age ou des amuseurs du passé, hormis ce point commun qui les unit tous et qui est ce besoin inné de faire rire.

La notion de cirque en elle-même apparaît en 1774 avec l'installation d'un « amphithéâtre équestre » à Paris, rue vieille-du-temple. C'est un ex-officier de cavalerie, Philippe Astley, qui présente tout un spectacle équestre et, par la suite, une pantomime sur un garçon-tailleur, mauvais cavalier. Astley est donné pour le créateur de la piste circulaire de treize mètres de diamètre qui permet au dresseur de se tenir au centre et de diriger les chevaux de sa chambrière. Rappelé en Angleterre pendant la période napoléonienne, Franconi lui succède et introduit un peu plus d'attractions entre les présentations équestres.



Les spectacles gagnent en popularité. C'est Joseph Grimaldi qui le premier emploie le mot « clown » dans sa publicité, pourtant il n'est pas une vedette de la piste, mais une star de la pantomime.

En 1872 un dresseur anglais, clown en puissance, Billy Saunders, effectuant quelques farces dans un numéro équestre, lance pour la première fois cette célèbre maxime : « volez-vô jouer avec môa ? ». Ces comiques d'un nouveau genre étaient alors appelés des « grotesques ».

Nombreux sont les clowns qui, par la suite, prennent un leitmotiv ou une expression personnelle, comme le « sans blaaaaague » et le « pourquoi ? » de Grock, le « qu'est-ce que c'est que ça que c'est ? » de Francini, le « miousic » de Chadwick.

Pendant un siècle, le clown est la ponctuation du cirque. Il intervient entre les numéros en utilisant l'acrobatie, le mime puis la musique pour attirer l'attention du public. Les comiques de manège équestre sont souvent appelés « paillasses » (en Espagne, le clown est très prisé et il s'appelle toujours « payaso »). Le mot clown, en anglais du peuple du siècle dernier, désigne le rustre ou le paysan mal vêtu. Souvent écrit phonétiquement sur les programmes en français : « claune », il se popularise et désigne nos « grotesques ».

Ce n'est qu'à l'abrogation des lois sur le spectacle (la parole était réservée à la comédie) que le clown (ou plutôt les clowns - le clown et l'auguste) deviendra parleur. C'est la grande époque de la comédie clownesque.

Le clown travaille seul, grisé de traits, de triangles ou bien avec une bouche tombante aux commissures. Les clowns aux costumes larges, taillés dans de beaux tissus, sont acrobates, présentent des cochons, etc.

En 1852, au cirque Napoléon, Boswell lance la parodie clownesque.

Avec l'éclosion du nouveau cirque, une nouvelle race d'augustes viendra enrichir le répertoire. Ils se sont formés dans la rue et ils utiliseront le public, comme souffre-douleur.

3. 1. Le clown blanc :

Les spectacles de pantomime apportent le masque lunaire du pierrot : masque blanc modifié et affiné au cours des années, avant d'arriver au « blanc » que nous connaissons : face blanche aux oreilles rouges, lèvres rouges, et parfois un point ou un triangle pour souligner le nez par coquetterie. Le « clown blanc » ajoute une mouche ou un trait, mais il se personnalise toujours par le dessin de son gros sourcil noir qui doit être différent de celui des autres. C'est, en jargon du métier, sa signature.

Le clown de 1900 - 1910 est de plus en plus beau, les costumes se couvrent de paillettes, le chapeau pointu de feutre blanc s'orne parfois de plumes, les souliers sont recouverts de soie ou de motifs pailletés. Le costume pailleté (sac ou manteau) est de motifs différents selon la demande du clown ou laissé à l'initiative du costumier. Il porte des damiers, représente des motifs géométriques ou des animaux.

3. 2. L'auguste :

L'apparition de l'auguste, dont le nom vient de « béni des augures », est un événement qui va bouleverser et modifier totalement l'avenir du clown dresseur, acrobate ou jongleur. Sa naissance va s'asseoir définitivement, dans un rôle précis, la ligne de conduite du comique de cirque.

La création du personnage a plusieurs versions selon les historiens, mais nous pouvons aisément faire une synthèse de ses origines : qu'en vérité il s'agisse d'un palefrenier, de Frédiani père ou de Tom Belling, l'histoire se passe toujours au cirque Renz en Prusse en 1870, 1873 ou 1874, selon les versions.

Voyons celle des Fratellini. Le personnage chargé de faire la barrière (rôle de garçon de piste tenu par les artistes avant et après leur numéro), Tom Belling, artiste écuyer en état d'ébriété, le nez légèrement rouge, se prend les pieds dans le tapis, se trompe d'accessoire, etc. Le régisseur furieux le frappe, le bouscule et, avec un air ahuri, Belling regarde le public qui s'esclaffe du comique de situation. Le directeur de cirque, comprenant l'intérêt de cet intermède, lui fait refaire cela chaque jour.

Tom Belling ayant pour pseudonyme « Auguste », l'expression « faire l'auguste, le gugus » se répand comme une traînée de poudre et si plusieurs personnages ont revendiqué la paternité de la création de l'auguste, il est certain que dans tous les cas - le farceur aux vêtements trop larges, l'ivrogne titubant - le résultat est surprenant. L'auguste est né, adopté dans toute l'Europe du plus petit chapiteau au plus grand établissement.

La préférence des enfants semble aller vers l'auguste (celui qui a le nez rouge) qui, malin comme eux, doit faire face à un clown blanc leur rappelant le papa ou l'instituteur et ses remarques.

Dans ce cadre, bien particulier, l'humour semble lié à l'attitude psychocorporelle de base de l'auguste (qui rit avec), et l'ironie reste attachée à celle du clown blanc (qui rit de) et de sa position condescendante à l'égard de tous.

L'auguste n'apparaît donc pas dans un rapport de moquerie vis à vis de l'autre. Il nous permet de rire ou de sourire de lui, de sa maladresse, de sa naïveté, de ses ratages. C'est par cette vulnérabilité que, paradoxalement, il finit toujours par l'emporter en « touchant » le public. Avec lui, c'est quand ça rate que ça commence à réussir. N'est-ce pas d'ailleurs la devise des Shadoks, comme dirait Pieplu ? Et de les citer : « Plus ça rate et plus on a de chance que ça réussisse ! »

Cette position basse de l'auguste se traduit dans sa posture de base, son état de jeu, sa disponibilité à accueillir toutes les surprises de la vie, sa relation ludique avec ses ratages.

Ces attitudes psycho-corporelles de base, qui déterminent ce comportement relationnel si subtil qu'est l'humour ou l'ironie, peuvent s'acquérir et devenir conscientes, par la voie du clown hospitalier.

4. Origines de la gélothérapie :

*« Méfiez-vous des gens qui ne rient jamais,
ce ne sont pas des gens sérieux. »
Alphonse Allais.*

Des siècles avant notre ère, les pitres du Tao chinois pratiquaient et enseignaient la médecine du sourire. Dans la Grèce antique, Epidaure était un immense centre de cure et de soins où la gestion des émotions, la visualisation créatrice et le pouvoir de l'imagination positive faisaient partie, avec le jeûne et les médecines naturelles, des thérapies utilisées. Dans un magnifique théâtre, encore intact depuis cette époque, des farces, des pièces de théâtre, pantomimes et comédies détendaient les curistes et les aidaient à se libérer de leurs maux.

Dans tous les pays et à toutes les époques de l'histoire, bouffons, saltimbanques, comédiens, clowns-chamanes, amuseurs et musiciens ont tenté d'apporter aux malades l'énergie salvatrice du rire et de la bonne humeur.

Au Mali, la tribu des Dogons organise depuis la nuit des temps - comme ils se plaisent à l'évoquer - des séances de rire collectif pour extirper les maux du corps des malades.

En Amérique du Nord, les amérindiens - Apaches, Hopis, Zunis, Cherokees, Sioux, Yakis, Mayos de Sonora, Iroquois Faux Visages, Ojibway Windigokan, Cree Wetigokan et Wahpeton Dakota - pour ne citer que les plus célèbres, ont connu les *Heyokas* ou clowns-médecins selon l'anthropologue Van Blerkom. Ces hommes-médecine jouaient un rôle d'éveilleurs des consciences hautement prisé et doté d'un pouvoir guérisseur très puissant. Si Van Blerkom n'apporte aucune précision à propos de la catégorie de malades concernés par cette médecine, il n'en est pas de même pour Rhodes qui localisait de tels guérisseurs au sein de la population Kandyenne de la région du Kotmale au Sri Lanka et dont le rite semblait destiné à des adultes, compte-tenu du type de comique à connotation sexuelle.

En Europe, au cours du XIX^è et XX^è siècle, de nombreux bénévoles offraient déjà des prestations dans les hôpitaux. Des associations d'artistes professionnels ou amateurs se sont formées afin d'apporter un certain réconfort dans les lieux de soins. Leurs noms étaient déjà tout un programme : « La gaieté qui guérit », « La santé dans la joie », « Sourire à l'hôpital », etc.

Les frères Fratellini, Dario-Bario, Grock et d'autres grands clowns du début du XX^è siècle allaient déjà faire rire les patients hospitalisés ! Cette génération de clowns donnera naissance aux clowns hospitaliers et aux clowns relationnels :



Ce nouvel art social de la clown-thérapie au service de la collectivité tente également d'appliquer ses vertus à titre individuel. A la question : peut-on rire tout seul, malgré le vieil adage populaire qui dit « plus on est de fous plus on rit », la psychosociologue Josiane Vénard (*Les Vertus du rire*, édition Trustar), affirme que oui. Cette thérapeute canadienne déclare : « Il est possible de modifier nos attitudes, de découvrir la source véritable du bonheur intérieur. Et surtout, de n'être dépendant que de soi ». Elle nous invite ainsi à retrouver un rire autogéré, bien à soi, et ce au moyen de recettes toutes simples : sourire en marchant, faire des pauses humour en cours de journée ou s'adresser un compliment devant la glace. Ce médecin programme régulièrement son stage « savoir rire et l'estime de soi » au cours de tournées européennes.

4. 1. L'introduction des clowns hospitaliers en France :

Après une brève introduction sans suite des clowns hospitaliers au début du xx^e siècle en France, il faudra attendre jusqu'en 1973 avant d'en revoir. C'est à cette date qu'un dénommé William Peckham, pasteur méthodiste de son état à Springfield dans l'Illinois aux USA, fonde une troupe de clowns, les *Holy Fools* (« les Saints Fous »), qui rendaient visite aux patients des hôpitaux généraux, des services psychiatriques, des

centres de soins infirmiers, et des centres pour drogués. Ont-ils influencé l'arrivée des clowns en milieu pédiatrique aux USA ? Aucune source patente ne le précise.

Mais les véritables parents de nos clowns hospitaliers français sont nés à New York. Dès 1986, Michaël Christensen, plus connu sous le pseudonyme de « Dr Stubs », crée le *Big Apple Circus*. L'apparition de ce cirque contribue à donner naissance à une Unité de Soins par le Clown : le CCU ou *Clown Care Unit*. Initialement composée de deux clowns qui faisaient des représentations dans un unique service de pédiatrie, cette équipe s'est progressivement agrandie pour compter 35 membres en 1995 et qui se rendaient, cette fois, dans sept hôpitaux de New York et dans un centre pour les enfants atteints de cancer et de maladies hématologiques chroniques. Cette forme de CCU s'est ensuite développée dans une douzaine de pays dont le Canada, la Suisse, la Belgique, le Brésil et la France.

Selon Voirin, Caroline Simonds - qui a travaillé pendant trois ans et demi avec le *clown Care Unit* comme "clown-doctor" sous le nom de *Dr. Georgette Girafalaff* - fut à l'origine d'un CCU au Montefiore Medical Center dans le Bronx, quartier dit « chaud » de New York, en 1988, avant de fonder en 1991 à Paris la première troupe française de clowns en milieu hospitalier nommée *Le Rire Médecin*. Les premières représentations se firent auprès d'une demi-douzaine d'hôpitaux à Paris et en région parisienne. Au nombre de 30 comédiens professionnels spécifiquement formés à la pratique du clown en milieu hospitalier (on les appelle des *clowns thérapeutes*, *clowns médecins* ou *clowns relationnels*), ils sillonnent les services pédiatriques de huit hôpitaux : l'hôpital d'enfants Armand Trousseau à Paris, l'institut Gustave Roussy à Villejuif, l'hôpital Louis Mourier à Colombes, l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne, l'hôpital Raymond Poincaré à Garches, l'hôpital intercommunal de Créteil, le CHU de Nantes et le CHR d'Orléans et ce sont plus de 30 000 enfants et autant de parents qui ont apprécié leurs pitreries au cours de l'année 2 000 avec une présence de 11 mois sur 12 (soit 800 jours d'interventions / an, réparties sur les 8 hôpitaux à raison de deux interventions / semaine; au cours d'une journée à l'hôpital, ils "soignent" environ 40 enfants, 40 parents et 70 membres du personnel soignant !). Toutefois, C. Simonds refuse la notion de thérapie par le rire et se contente de dire : « Nous sommes là parce que les malades n'ont pas forcément envie de voir des gens tristes autour d'eux ».

Bien entendu l'introduction de ces premiers clowns dans les différents services pédiatriques hospitaliers ne s'est pas faite sans susciter l'étonnement, en premier lieu, des chefs de service. Le Professeur Jean Lemerle, ancien chef de Département de Pédiatrie de l'Institut Gustave Roussy déclarait alors : « C'était une gageure que d'introduire des clowns deux jours par semaine dans un service consacré au traitement des cancers de l'enfant : quel scandale ! Rire au milieu des douleurs...est-ce qu'on avait le droit de rire ? L'accordéon au milieu des discussions médicales ? Tout cela était-il bien sérieux ? ». Depuis, l'expérience nous a révélé qu'il était possible de faire cotoyer en bonne intelligence professionnels de la médecine et professionnels de la comédie, car si leur chemin n'était pas le même, le but qu'ils visaient l'était : celui d'apporter du bien-être ou du mieux-être à l'enfant. Pour le Docteur Olivier Hartmann, successeur du Pr. Lemerle à l'I.G.R. « ...les clowns ont enseigné aux soignants que rêve et fantaisie peuvent faire bon ménage avec attention, réflexion et soins de qualité ».

4. 2. L'introduction des clowns hospitaliers à Nancy :

En 1997, Christiane Watrin, à la suite d'une rencontre fortuite avec Michaël Christensen - à l'occasion d'un festival du cirque de demain à Paris - décide de créer un projet similaire. L'intervention des clowns à l'hôpital se concrétise initialement sous l'égide du comité de la Croix Rouge de Nancy en Juin 1998, puis de l'association, *Sourire, Rire, Guérir* (SRG), créée en octobre 1999. L'objet de cette association étant de :

- Favoriser et développer des activités ludiques chez l'enfant malade et hospitalisé à long terme, par tous moyens adaptés à son état. Afin de :
- Contribuer à son mieux être physique et moral
- Et lutter contre son isolement.

Grâce au soutien apporté par la Fondation des Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, ainsi que des associations et des bénévoles, le nombre d'interventions par semaine passe ainsi de une intervention toutes les trois semaines à une/semaine puis deux/semaine à partir de 1999 (l'objectif et l'idéal étant de trois interventions/semaine).

Mademoiselle Ciboulette, Miss croco, la Quetsche, les clowns Bolov, Félix et Tutu peuvent ainsi se rendre au chevet des enfants gravement malades et longuement hospitalisés.

La cancérologie infantile (secteur stérile, semi-stérile, secteur de greffes,

hospitalisation de jour), la réanimation médicale et chirurgicale, le service des grands brûlés sont le théâtre de leur action.

Ils travaillent en binômes, totalement interchangeables, et jouent à longueur d'année, sans relâche.

Les clowns font partie intégrante de l'équipe médicale. Ils suivent des formations régulières sur la maladie cancéreuse, l'hygiène à respecter, la psychologie de l'enfant gravement malade, etc... de façon à connaître le milieu dans lequel ils évoluent.

Un travail en amont et en aval se fait avec les équipes soignantes et avec les autres intervenants de façon à créer l'enveloppe psychologique propre à la reconstruction de l'enfant. On parle de « transmissions » et de « clownthérapie » en lui laissant la place qui lui revient.

L'action est évaluée au sein du service.

Initialement le budget de fonctionnement fut très modeste avec 30 000 FF (environ 4 500 €) sur 3 ans. Or il fallait installer le programme, le crédibiliser, le développer, une heure de clown revenant à 300 francs. La rémunération des clowns équivaut à un salaire de 9189 francs pour un animateur spécialisé. Très vite, au rythme des partenariats, il s'est enrichi. Et de une fois toutes les trois semaines dans le seul service de cancérologie, SRG a pu aller, à la demande des soignants, dans d'autres services. Actuellement le budget équivaut à plus de 45 000 € ou 300 000 FF. SRG compte actuellement près de 130 adhérents ainsi qu'une bonne trentaine de partenaires.

Les clowns employés sont naturellement des artistes professionnels qui poursuivent, en parallèle, une formation continue avec le « Rire Médecin » (dont l'expérience est inégalée en milieu hospitalier) et une formation artistique (qu'ils suivent à leur propre compte), de façon à coordonner régulièrement le travail en équipe pour qu'elle progresse et se renouvelle.

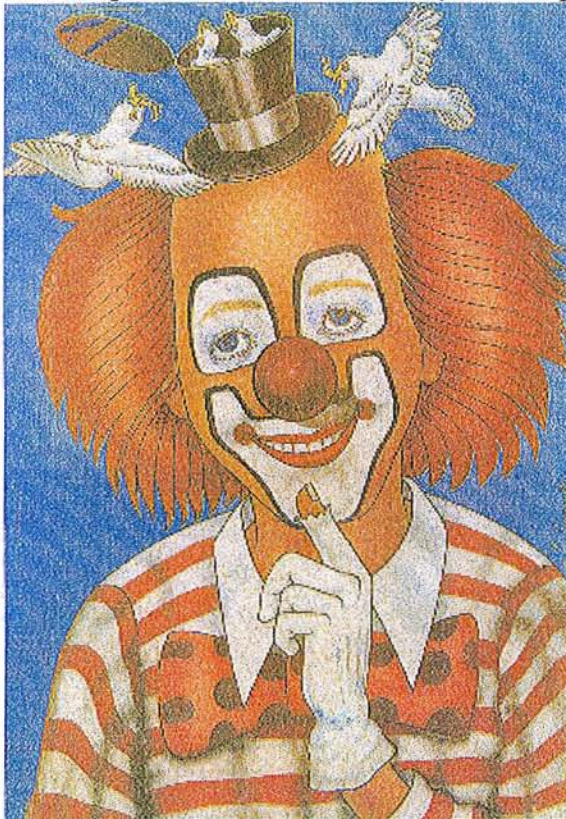
Au départ, les clowns furent loués à la compagnie « OSE Clown », dirigé par Pipo le clown, puis SRG naquit en tant qu'association et entreprit ses propres recrutements dès Juillet 2000, du fait de la bipolarité du fonctionnement : d'un côté donneur d'ordre (payeur) de l'autre côté employeur (le représentant de la compagnie « OSE Clown »).

4. 3. Rôle du clown relationnel :

4. 3. 1. Définition :

Le clown relationnel (CR) est une démarche de soins relationnelle originale - à médiation corporelle et artistique - pratiquée par des soignants et d'autres accompagnants qui intègrent certains fondements (psycho-corporels, relationnels, ludiques et symboliques) du clown, sa « magie » ainsi que la joie et le plaisir qu'il génère, dans la relation d'aide et d'accompagnement des personnes, en particulier :

- des personnes hospitalisées (pédiatrie, gériatrie et psychogériatrie, service de soins palliatifs,...),
- des personnes âgées (maison de repos, accompagnement de personnes démentes ou désorientées,...),
- des personnes différentes (handicaps, maladies mentales, autisme,...).



4. 3. 2. Genèse :

Créé au cours des années 1980, le CR est le fruit de recherches (pratiques, théoriques et méthodologiques) de l'association Art, Clown & Thérapie, d'abord avec des enfants autistes (1978), ensuite, peu à peu, avec des enfants malades en repli autistique, avec des personnes polyhandicapées mutiques, avec des personnes âgées, et, à partir de 1995, avec des personnes dites démentes.

Le CR s'est donc affirmé peu à peu comme un art de la relation thérapeutique avec des personnes pour qui il n'est guère possible de communiquer d'abord par le langage des mots et des concepts. Il s'est avéré particulièrement pertinent avec des patients ou résidents qui sont en retrait du contact (mutisme, évitement du regard, repli autistique,...). Avec des personnes dont les capacités à communiquer sont altérées, modifiées, voire « hors normes » (autisme, démences, états déficitaires).

Le CR en pédiatrie, né en 1987, est issu des pratiques et recherches communes d'un clown, Christian Moffarts, licencié en communication et art-thérapeute et d'une infirmière, Françoise Camus, passionnée par la dimension relationnelle des soins infirmiers.

4. 3. 3. Médiation artistique et communication indicielle :

La médiation artistique semble être féconde dans la mesure où elle conduit à d'autres langages que celui des mots, ainsi qu'à d'autres niveaux de la communication. La psychothérapie se définit souvent comme une « thérapie par la communication ». L'école de Palo Alto a distingué la communication digitale (le langage verbal) et la communication analogique (signaux des messages corporels échangés avec le milieu naturel). Celle-ci se subdivise en deux niveaux : l'iconique (codes imagés et langages métaphoriques) et l'indicielle (fondements corporels et préverbaux de tout langage). « En bref, les indices sont l'enfance du signe, ce qui s'échange dans le tumulte du corps signifiant par le souffle, les rythmes, l'inflexion des voix, les mimiques et les peaux frottées » pour D. Bougnoux (*le fantôme de la psychanalyse*, édition Ombre, 1991).

4. 3. 4. Conclusion :

Le CR se veut un art ludique de la communication non verbale, il facilite la relation avec des personnes dites démentes, en particulier, chez celles qui n'ont plus accès au langage verbal. Il favorise le contact, en permettant de rejoindre l'autre au niveau de la communication indicelle, dans les registres archaïques.

L'expérience humanisante de la rencontre avec le patient dit dément invite à réélaborer nos anthropologies qui trop souvent - sauf chez les poètes et les artistes - survalorisent l'intelligence rationnelle par rapport à nos fondements humains « perceptivo-affectivo-moteurs », la communication digitale par rapport à la communication indicelle.

4. 4. Le nez de clown comme code culturel :

Il apparaît que le nez de clown est un code culturel, associé chez la plupart des personnes à l'enfance, à la fête, au jeu, au rire et à la joie.

Quand un soignant entre dans la chambre d'un patient, avec un nez de clown, il lui signifie d'abord clairement qu'il est là pour autre chose qu'un soin corporel (parfois pénible ou douloureux, et trop souvent associé à des attitudes « neutres, froides et distantes »). D'*objet* de soins ou de sa pathologie, la personne redevient *sujet de soins* à part entière, dans une relation ouverte au plaisir de la rencontre.

Ensuite, mettre un nez de clown a un effet de cadre sur la relation. Il comporte des effets concrets et profonds sur la relation avec l'autre au même titre que porter un costume de ville ou un tablier médical.

Le nez et l'état clown cadrent et rendent possibles d'autres modalités de rencontre avec les patients (ouvertes sur le jeu et l'expression, sur la communication affective, sur d'autres permissions et qualités d'être ensemble,...).

Dans le monde très ritualisé de l'hôpital (tabliers, distance, langage spécialisé), le nez peut ainsi être employé avec certains patients dans une perspective de *contre-rite structurant*. En renouant lucidement avec sa dimension anthropologique de *contre-rite*, le clown pourrait aider à inventer une socialité partagée avec l'autre, malade ou différent : pour vivre la rencontre avec lui comme une aventure ouverte, où l'on peut se laisser joyeusement surprendre.

Il apparaît humanisant, dans la mesure où il favorise la mise en jeu concrète de cette anthropologie complexe, où l'être humain n'est plus réduit à sa seule dimension biologique.

Certains fondements psycho-corporels et relationnels de la démarche peuvent s'appliquer sans nez de clown : écoute de soi et de l'autre au niveau du langage corporel, l'empathie corporelle et ludique, l'état de jeu et l'humour pour dédramatiser certains moments difficiles.

Néanmoins tout bon professionnel qui se respecte, ayant donc bénéficié d'une formation, conserve toujours un nez en poche (« on ne sait jamais, en cas d'urgence ») pour l'utiliser chaque fois qu'il estime que l'état clown et sa magie sont susceptibles de l'aider à mieux accompagner certaines situations.

Quoiqu'il en soit, un nez de clown ne doit être en aucun cas mis par un soignant en train d'accomplir un soin ! Et ce pour trois bonnes raisons :

- pour bien distinguer « soins techniques » et « soins relationnels »,
- pour respecter la spécificité de l'état clown par rapport à celui d'un soignant appliqué à réaliser un soin,
- pour bien respecter l'enfant ou toute personne hospitalisée (et éviter les communications de type « double contrainte »).

Pour ce qui est des modalités d'application du clown relationnel avec nez, costume et maquillage, elles peuvent être très diversifiées en fonction des types de personnes avec qui elles sont pratiquées, des projets et des contextes institutionnels dans lesquels elles s'inscrivent. Différentes possibilités peuvent être envisagées :

- Interventions ponctuelles de clowns relationnels : avec un objectif qualitatif lié à l'état d'un patient ou d'un résident.

- « Sorties » régulières (une fois par semaine, par quinzaine ou par mois) d'un petit groupe de clowns relationnels (2 à 4) à la rencontre des personnes d'un ou plusieurs services de l'institution. Ces rencontres régulières semblent très importantes dans la mesure où elles permettent à des histoires relationnelles d'accompagnement de s'inscrire dans le temps.

4. 5. Organisation de la « clownmunication » à l'hôpital :

- **L'importance de la transmission :**

Il est fondamental qu'avant chaque intervention dans un service hospitalier, les clowns se rendent auprès des soignants (infirmière, surveillante ou médecin) afin de demander une transmission.

Cette transmission doit être prise sur un petit carnet personnel qui restera à l'abri d'une poche ou d'un sac, et non sur des feuilles volantes qui risqueraient de s'égarer. Ce carnet à usage interne entre eux, leur servira à informer leurs collègues de travail de ce qu'ils ont fait la fois précédente.

Cette transmission doit se faire sans le nez rouge, ce moment devant être repéré par les soignants comme un moment "sérieux". Sans le nez rouge, le clown redevient un interlocuteur avec qui on peut avoir une conversation professionnelle.

En effet, il est capital, afin de pouvoir adapter leur jeu à chaque situation rencontrée, que les clowns connaissent :

- Le nom de l'enfant.

- Son âge.

- Les grandes lignes de la pathologie pour laquelle il est soigné (inutile d'entrer dans des détails trop techniques), les traitements dont l'enfant bénéficie et leurs effets secondaires, les prémédications lorsqu'il y en a (notamment chez les grands brûlés) et bien sûr de l'hygiène à observer. *Il est essentiel pour les clowns d'observer le rythme de travail des services.*

- Son état physique du moment (est-il douloureux, revient-il du bloc, peut-il bouger, est-il impressionnant à regarder, etc. sont des questions pertinentes à poser).

- Son état émotionnel (est-il déprimé, passif, hyperactif, renfermé, etc.).

- Eventuellement, il peut-être opportun de demander si l'enfant a de la visite régulièrement, s'il est entouré.

Inversement, si les clowns ont des informations au départ sur l'enfant et la famille, ils doivent en informer les soignants. De même qu'à la fin de leur prestation, ils doivent les renseigner sur l'état dans lequel ils ont laissé l'enfant.

Ces renseignements ne doivent pas faire oublier au clown qu'il n'est là ni pour faire du « social », ni pour « sauver » les enfants malades, mais pour leur apposer quelque chose qui vient d'ailleurs, quelque chose de magique, de ludique, de joyeux.

Il convient donc d'éviter toutes questions directes et indiscreètes à l'enfant du style « Tu vas encore rester longtemps ? » « T'as mal où ? » ou « Pourquoi t'es à l'hôpital ? ».

Rappelons que les clowns se doivent de respecter le secret professionnel. La plus grande discrétion leur est demandée lors de leurs interventions à l'hôpital (pas d'évocation intempestive dans les halls, ascenseurs, couloir, etc.) ainsi qu'à l'extérieur de l'hôpital. Les cas rencontrés ne doivent être évoqués qu'avec leurs partenaires ou leur directeur artistique uniquement dans des lieux privés.

Une fois ces données intégrées, les fondements du clown hospitalier ou du clown relationnel peuvent s'articuler en trois dimensions principales :

- **Les dimensions psycho-corporelles et non verbales de la relation :**

Celles-ci sont fondamentales dans toute rencontre, tout particulièrement dans l'accompagnement des personnes hospitalisées, et plus encore lorsqu'il s'agit d'enfants.

Le clown ne s'adresse pas d'abord à la « tête » ou à l'intellect, il mobilise au contraire « l'intelligence du corps » et « l'intelligence du cœur » :

- Le clown écoute avec ses yeux et avec son corps les langages corporels de l'autre.

- Le clown peut aussi être une voie privilégiée pour les ouvertures du cœur, la communication affective et l'accompagnement des émotions.

Il facilite l'entrée en contact et la communication avec le patient, tel qu'il est dans ses modes d'être, de comprendre, en particulier dans deux directions si fondamentales avec les jeunes enfants :

- les registres « archaïques », il s'agit d'un concept développé par la pédiatre F. Dolto (*L'image inconsciente du corps*, Seuil). S'intéressant à l'importance du langage non-verbal dans nos relations avec les jeunes enfants et les personnes psychotiques, elle a observé la communication qui pouvait exister entre ceux-ci et deux maîtres du non-verbal (le mime et le

clown). Elle avait constaté que seul le clown avait un impact profond et immédiat sur eux. Dans sa grille de lecture, c'est au niveau de l'image du corps archaïque que le clown « parle » directement avec eux, d'être à être.

- aux niveaux non-verbaux / préverbaux de la communication analogique et de la communication indicielle.

- **L'approche créative et dédramatisante des rencontres par le jeu et l'humour :**

En découlent certains apports et effets thérapeutiques du clown liés à diverses de ses potentialités (effets thérapeutiques du jeu, recadrages par le jeu et les métaphores, paradoxes et contre-paradoxes, position basse du clown,...).

Par delà tous ces niveaux de communication facilitée, le clown aide à poser un regard humanisant (accueillant, empathique, dédramatisant) sur les patients et leurs souffrances morales, tout en favorisant des « moments forts » chargés d'émotion, et souvent de joie et de plaisir partagés.

Ces moments, particulièrement facilités par la voie du clown, peuvent être réparateurs non seulement pour les patients (jeunes ou âgés) et leur famille, mais également pour les soignants et divers accompagnants qui pratiquent cette démarche.

- **Les fondements symboliques du clown :**

Le code du nez, sa dimension de contre rite dans les interactions sociales, la médiation artistique, l'efficacité symbolique qui lui est spécifique, les possibilités d'intervention dans des registres entre imaginaire et réalité,... sont essentiels pour éclairer les apports relationnels, préventifs et thérapeutiques de cet art de « gai-rire ».

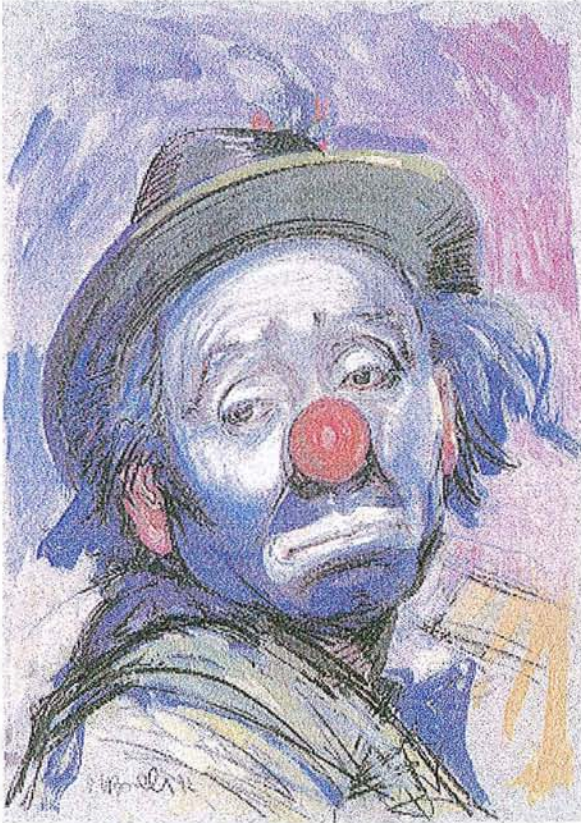
4. 5. 1. Instruments utilisés par les clowns :

- des objets qui réveillent le sens tactile : des peluches, des jouets en plastique ou en bois, des plumes,...

- des objets qui invitent à les suivre du regard : des foulards colorés, des bulles de savon, des balles qui rebondissent, des objets de jonglage,...

- des objets qui stimulent le sens auditif : accordéon et autres instruments de musique, klaxon, sifflet,...

- des objets qui stimulent l'expression corporelle : matériel de maquillage (nez rouges), pistolets à eau, perruques et autres postiches, billes,...
- des objets qui développent la dextérité et la pratique manuelle : du papier et des ciseaux pour l'origami, quelques crayons de couleurs,...
- des objets travestis de leur fonction première : grosse seringue, faux stéthoscopes acoustiques mais vrais stéthoscopes musicaux,...



4. 5. 2. Les différentes activités clownesques réalisables :

- **Les clown-animations :**

Spectacles de magie, parodies de situations vécues en milieu hospitalier, jeux de rôles, de déguisements et de cache-cache, mimes, chorales, imitations,...

Bref, l'intérêt de telles animations est d'éveiller l'attention ou tout au contraire de détourner cette attention si elle semble impliquée dans une tranche de vie péniblement supportée par l'enfant.

- **Les activités privilégiant l'expression corporelle de l'enfant :**

- danse-thérapie.
- mises en scène à travers le service : le clown peut proposer à l'enfant de revivre une scène de soins où cette fois l'enfant devient le soignant c'est à dire l'agresseur et le clown sa victime ; où le clown peut devenir le complice de l'enfant en s'en prenant symboliquement au soignant.
- thérapie par le jeu : création d'un monde imaginaire avec ses rites, son langage dans lequel l'enfant devient invulnérable grâce à ce jeu de rôles.
- lancé de projectiles : balles de papier, boules de mousse, batailles de traversins.
- jeux d'eau.
- théâtre de marionnettes, avec tout le symbolisme qu'on peut leur faire endosser.
- échanges ou ports d'objets symbolisant ou représentant une partie du corps (ainsi la perruque du clown pourra symboliser la perte ou la repousse de cheveux).

- **Les contes-thérapies :**

Les clowns se font alors comédiens, humoristes, poètes ou chanteurs. Ils font des charades ou proposent des rébus. Ils se font médecins (Dr Lulu, Dr Chou fleur ou Dr Poireau pour l'équipe de *Rire Médecin*) et délivrent des ordonnances de bonne humeur à respecter scrupuleusement jusqu'à la prochaine visite avec comme ordonnance : piqûres de fou rire, sirop de rigolade.

- **Les clown-accompagnements :**

- Le clown peut accompagner l'enfant à un lieu d'examen ou de soins et mimer en parallèle l'acte que l'on accomplit sur l'enfant ; il manifeste ainsi sa solidarité vis à vis de cet enfant en adoptant sa posture et en simulant la douleur ressentie (on peut très bien imaginer un clown se faire brancarder dans le lit d'un enfant jusqu'au bloc opératoire).

- Le déguisement et le maquillage (bien pratique pour évoquer des

éruptions cutanées, des cicatrices ou des séquelles de radiothérapie) du clown permet le rapprochement et la complicité avec le jeune enfant ; le clown marque ainsi sa différence - tout comme l'enfant - qu'il entretient avec le reste du monde. Cette différence qui unit ces deux êtres permet donc leur complicité dans l'adversité.

- Auprès d'enfants qui ne peuvent plus s'exprimer. Van Blerkom rapporte l'histoire de clowns qui se rendent aux chevets de petits malades comateux pour se mettre à chanter, pour leur caresser les cheveux ou tout simplement pour leur parler.

- L'accompagnement des parents angoissés, de la famille anxieuse (un sourire de clown, une singerie peut divertir le temps d'une illusion).

- L'accompagnement des soignants, quelque fois fatigués, est également très important ; ceux-ci y trouvent un réconfort qu'aucun ne refusera.

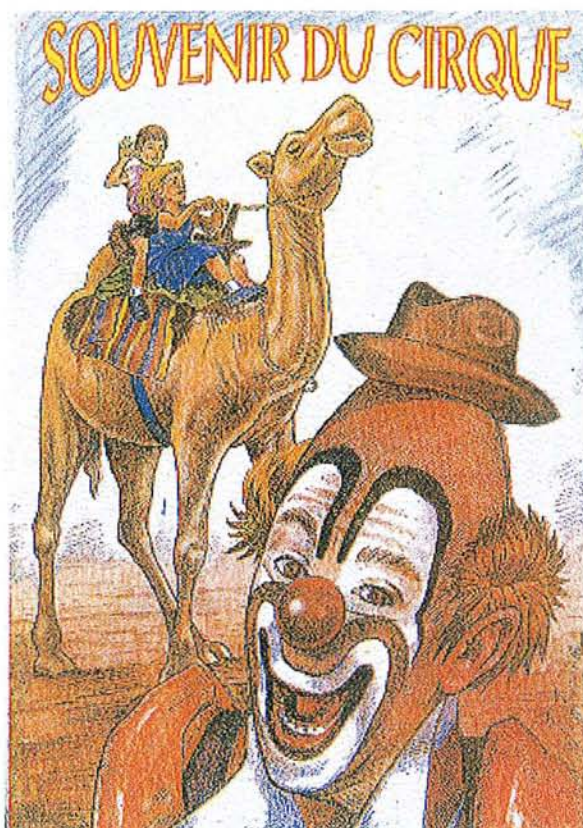
- **La clown-relation :**

- Le clown est le ciment entre les différentes personnes que l'enfant peut être amené un jour à rencontrer et susceptibles de lui faire subir des gestes ou des soins invasifs et douloureux. Il est également le ciment humain entre les différents locaux où l'enfant doit se rendre et qu'il est en droit de percevoir comme des lieux très hostiles.

- Le clown met à contribution toute personne susceptible de croiser son chemin sans distinction de hiérarchie hospitalière voire même de simples visiteurs.

- Le corps du clown peut permettre à l'enfant de redécouvrir le sien ou d'accepter sa nouvelle condition (après une alopecie post-chimiothérapie)

- Le clown peut rétablir une relation entre l'enfant et ses proches, si ceux-ci sont restés trop longtemps à l'écart.



4. 6. Qualifications nécessaires pour devenir clown-thérapeute :

Quels que soient les centres de formation, tous décrivent la nécessité de faire naître le clown qui sommeille en chacun de nous. Cela nécessite une solide formation dont le but est d'éveiller les sentiments d'empathie et de compassion (c'est à dire de gentillesse et de délicatesse) grâce à la maîtrise des expressions corporelles. Ensuite, il doit travailler cet état de clown qui n'est jamais achevé. Le parfait critère de maturité dans l'art d'être clown semble atteint lorsqu'il n'est plus possible de distinguer l'origine sociale du clown.

La fonction de clown doit donc s'exercer avec beaucoup de sérieux et de professionnalisme. Un bon clown doit faire preuve de courage pour surmonter les obstacles des longues journées des patients malades et en détresse. Il doit avoir de la répartie et s'adapter à tous les cas pathologiques rencontrés. Comme chaque cas est unique, ce qui tient de la définition de l'individu, il doit pouvoir faire preuve d'imagination et savoir inventer des parades dans les contextes déstabilisants. Il doit innover et adapter constamment son approche pour chaque personne rencontrée. Il doit

pouvoir anticiper leurs réactions, deviner ce à quoi ils aspirent. Bref, il doit pouvoir faire preuve de beaucoup de psychologie et d'amour.

Pour être admis dans l'équipe de *Rire médecin*, une sélection initiale s'impose : Il faut détenir des talents de musicien, de conteur, de jongleur et de magicien. Par conséquent, il est nécessaire de posséder une solide expérience de plusieurs années dans le domaine du spectacle. Ce sont donc initialement des clowns professionnels ayant reçu une formation artistique telle celle, par exemple, de l'école Nationale du cirque (Paris ou Châlons), ou de l'école Jacques Lecoq (Paris). Ils sont alors auditionnés et formés par le Rire Médecin; une fois acceptés (le choix se faisant sur la qualité artistique et la capacité d'intégration à l'équipe), la formation s'établit sur une période de plusieurs mois afin d'adapter ses compétences au milieu, bien particulier, de l'hôpital. Celui qui intègre l'association doit savoir qu'il y a un investissement personnel en y entrant. Les comédiens acquièrent leur spécificité au fil des répétitions, stages et sessions de formation. Les formations mettent l'accent sur l'hygiène, les mesures de sécurité, le secret médical, les contraintes de l'hôpital. Comme on le comprend, cette formation est non seulement de nature artistique mais également médicale et sociale.

L'association *Art, clown & Thérapie* se charge d'accueillir toute personne de bonne volonté sans aucune formation préalable requise. Il peut donc s'agir de professionnels de la santé (médecins, psychothérapeutes, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, kinésithérapeutes,...) comme de comédiens, animateurs, ainsi que d'autres personnes (bénévoles, parents) désireuses de se former à cette démarche relationnelle et thérapeutique. Seules la motivation et l'implication personnelle sont essentielles pour y être admis. Cette association ne forme pas au clown de spectacle (qui pour eux réclame un autre type de formation) mais à une démarche de soins relationnels bien spécifique. Cette association, à la différence de Rire Médecin, a donc l'inconvénient de ne pas former de clown-thérapeutes, possédant déjà des connaissances artistiques - ce qui limite sérieusement leurs interventions auprès des enfants - mais présente l'avantage de former rapidement toute personne, sans qualification quelconque, en clown relationnel. Ce sont donc bien deux principes de fonctionnement et de recrutement différents.

4. 7. L'apport du clown en pédiatrie :

L'objectif théorique du clown en pédiatrie est de permettre le développement de la relation corporelle et ludique. Il favorise, au cœur des soins relationnels avec l'enfant hospitalisé, le « jeu comme voie royale des soins » et ses effets éducatifs, préventifs et thérapeutiques. Il entre dans la manière d'être des enfants; or leurs modes d'être et de communication privilégient le langage du corps et la communication non-verbale, l'affectivité et l'imaginaire, la spontanéité et le jeu.

Il participe au service d'un meilleur accueil et accompagnement de l'enfant hospitalisé. L'approche relationnelle complète et facilite les soins techniques en poursuivant un double but :

- mieux connaître la personne soignée, la reconnaître en ne la considérant plus comme un objet inconditionnel de soins mais comme sujet à part entière,
- mieux l'accompagner dans une perspective éducative et psychologique.

Un des défis humains actuels en pédiatrie est la prévention des séquelles psychiques de l'hospitalisation, de la maladie et des traitements, dans le cas de maladies graves, comme dans toute hospitalisation brève. « Il y a en effet inadéquation entre la gravité de la maladie et les risques de séquelles psychiques » selon Dr M. Rufo. Toute hospitalisation appelle une qualité d'accueil et d'accompagnement de l'enfant et de sa famille, de leurs peurs et de leurs angoisses, de leur questionnement.

- le langage ludique du clown parle directement, d'être à être, à l'enfant,
- c'est souvent dans ces rencontres-là, également, que l'enfant peut plus facilement dire au soignant ses peurs ou ses questions.

L'approche du clown vers un jeune enfant, pour la première fois, se fait toujours en douceur, en prenant le temps (une attitude essentielle mais rare quand les soignants sont pris par le rythme du travail).

Le plus souvent, l'enfant est demandeur et attend le clown avec impatience, mais quelquefois, rarement, et d'autant plus que l'enfant est jeune (notamment chez le nourrisson, c'est à dire avant 30 mois), il a peur. (Qu'y a-t-il derrière le clown ?).

De ce fait, le code et le jeu du clown peuvent contribuer à la dédramatisation de l'hospitalisation de l'enfant :

- L'infirmière en blouse blanche est souvent enfermée par les enfants (et par beaucoup de parents) dans l'image de celle qui fait souffrir. Sortir de cet image réductrice et terrorisante de l'infirmière ne va pas de soi. Pratiquer certaines approches relationnelles de l'enfant en clown a au moins le bénéfice d'un changement de code clair. Il annonce la couleur, pourrait-on dire, dans le monde hospitalier où tout est codifié. Il favorise, après coup, une image enrichie des soignants. Ces « moments clowns » sont réparateurs à la fois pour les enfants et pour les soignants.

- Quand un clown entre dans une chambre, il a, a priori, un effet magique et dédramatisant. Nous ne sommes plus tout à fait à l'hôpital ; nous entrons dans un monde rassurant pour l'enfant, où le clown peut être vécu comme un ami pour lui. Il introduit une brèche temporelle dans l'univers hospitalier d'un enfant qui ne connaîtrait pas de répit face à la maladie. Ses intrusions à dates régulières permettent à l'enfant de retrouver la notion de temps qui s'écoule. Il est donc souhaitable que le clown ne soit pas présent tous les jours dans un même service mais seulement deux à trois fois/semaine ; les blancs qu'il laisserait après son passage offriraient ainsi à l'enfant tout le loisir de se remémorer ce qu'il a vécu avec le clown et permettraient de lui redonner toute son autonomie. La présence continue d'un clown dans le service ferait perdre toute autonomie au patient. Comme l'explique Caroline Simonds, « ce choix a été fait afin que notre présence reste un événement spécial au cours de la semaine : ni trop "spectaculaire" (comme la fête de Noël qui n'arrive qu'une fois par an), ni trop quotidien. Nous désirons que les enfants, leurs parents, et tout le personnel qui les entoure puissent compter sur nous ».

- Le clown a un impact au niveau de l'ambiance globale d'un service. Il peut être une respiration dans les relations soigné-soignant.

- Dans ses jeux improvisés, le clown pratique un art de la dédramatisation par le jeu et l'humour. Surtout lorsqu'il est pratiqué par des professionnels ayant des notions cliniques, capables de tenir compte de la pathologie d'un enfant, des étapes de son hospitalisation et de ses traitements.

- **Méthodologie de mise en place à Nancy: difficultés et solutions:**

Les difficultés rencontrées au cours des premiers mois de fonctionnement (de mi-98 à 2000 inclus) ont été les suivantes :

- * **Problèmes de fonctionnement :**

- *Au démarrage*, un nombre de clowns insuffisant (inférieur au minimum requis pour un roulement correct au sein d'un service, c'est à dire cinq selon Rire Médecin). Mais ce problème, si toutefois cela en est un, s'est rapidement résolu puisque, rappelons-le, d'une représentation clownsque toutes les trois semaines, SRG en est actuellement à deux représentations par semaine avec six clowns.

- *maladresse de présentation*, réciproque, entre les clowns et les soignants, source de malentendus :

Il n'existe, en ces débuts, aucun entretien réel avec le personnel soignant ni avant ni après les interventions. Certaines fois, ils interviennent "au pied levé". Certains arrivent en terrain conquis, méconnaissant les antécédents, la maladie ou l'état physique ou psychique du moment.

- *Mauvaise connaissance des enfants malades*, de leurs attentes et de leurs états psychiques :

Un cadre infirmier me raconte qu'un jour un clown s'est imposé dans la chambre d'un enfant qui ne le désirait pas ou que tel autre clown avait cherché, de manière compulsive, à faire rire à tout prix.

- *Trop d'assurance*, réaction d'opposition, de peur, de gêne par rapport aux malades, parents et soignants ainsi qu'avec les autres associations.

- * **Problèmes administratifs :**

Un dysfonctionnement entre « donneur d'ordres » (SRG) et « employeur » (Ose Clown). Ce dernier plaçait d'ailleurs l'association en position d'employeur, contribuant ainsi à la création d'un climat délétère au sein de l'association, sans parler d'une absence véritable de direction artistique qui occasionnait, par voie de conséquence, un manque de coordination au niveau de l'équipe.

L'autre problème, auquel l'association est confrontée, est celui de fidéliser les artistes qui reçoivent une formation : 7 clowns participent à ce premier stage, il n'en reste que 3 au final. Cette formation est bien sûr très onéreuse. Il faut donc dorénavant penser à recruter non seulement un personnel qualifié mais aussi qui soit capable de s'investir au long terme dans cette activité.

*** Mesures proposées :**

Face à ces adversités, madame Watrin juge alors nécessaire de former véritablement les clowns à devenir « clowns thérapeutes ». Dès Janvier 1999, en total accord avec le Pr. SOMMELET, elle prend contact auprès de Rire Médecin qui délègue un clown formateur en la personne d'Anne Vissuzaine, qui dès Novembre 99, initie l'équipe à cette fonction hospitalière.

1/Le point des difficultés :

Anne Vissuzaine, au cours de deux stages, en Novembre 1999 et surtout Mars 2000 met l'accent sur plusieurs éléments à corriger :

- L'encadrement et le suivi de la formation des clowns.
- La politique administrative.
- La mise en place et le développement des relations entre enfants, intervenants et soignants.

2/Evaluation puis programme de formation des clowns :

Vissuzaine réclame d'abord une formation médicale basique pour les clowns : en effet, la méconnaissance des règles d'hygiène et de la psychopathologie infantile pouvait gravement nuire.

Puis les soignants répondent aux vœux de l'équipe en organisant des programmes de formation divers (cancer de l'enfant, répercussions psychologiques de la maladie cancéreuse chez l'enfant et l'adolescent, greffe de moëlle osseuse, règles d'hygiène, aspects pratiques...)

Cela permet aux clowns de mieux connaître le milieu dans lequel ils évoluent.

Elle met également au point le système de « transmissions » essentiel à une bonne intervention et surtout au bon suivi.

3/ Modifications administratives :

Surtout, Vissuzaine met à jour de façon évidente le dysfonctionnement entre le donneur d'ordres et la compagnie OSE clown.

Elle réclame une véritable direction artistique de façon à créer une équipe soudée capable de faire face à des situations imprévues et de se renouveler.

Il se réalise alors une refonte : madame Watrin ne passe plus par une entreprise de spectacle et SRG assume pleinement les clowns en devenant leur propre employeur à partir de Juillet 2000.

4/ Structuration des relations enfants malades - intervenants extérieurs - soignants :

L'absence de communication crée parfois des incompréhensions et même des rivalités avec d'autres associations, voire avec des médecins qui craignent de voir leurs bons rapports avec les enfants dénaturés du fait du manque de modestie de certains clowns.

L'intervention de Rire Médecin, son évaluation, la transmission de son expérience, permettent aux clowns de spectacle de devenir des clowns thérapeutes et d'assumer enfin pleinement leur rôle au sein de l'institution hospitalière.

Elle leur fait nouer de véritables liens avec les équipes soignantes. L'avenir du projet tenant essentiellement à cela et nonobstant les dérapages de certains, Vissuzaine fait prendre conscience à tout le monde de cette nécessaire collaboration.

Grâce à elle l'association prend conscience de ses véritables droits par rapport à ses exigences.

Vis à vis de ses autres partenaires, une réunion annuelle d'échanges doit permettre d'entretenir de bon rapport de voisinage.

Enfin, un travail d'évaluation, mené cette fois-ci par la psychologue Grandclaude, et encore en cours d'élaboration, devrait permettre de mieux mettre en évidence la part de chacun des intervenants, au sein du service, avec ses points forts et ses points faibles.

4. 8. Fonctions, limites et interdits d'un clown :

Le clown ne doit pas apparaître aux yeux de l'enfant comme un "bon docteur" opposé aux "mauvais docteurs". Il y a là, en théorie, un risque de dérapage que *Rire médecin* tient à souligner.

L'enfant ne doit voir dans le clown qu'une entité distincte du corps médical soignant et ordonnant. Une confusion des rôles n'est pas pensable. Si le clown détient cette faculté de se positionner au même niveau que l'enfant voire même plus bas, il ne peut en être de même pour un médecin au risque de se discréditer aux yeux de l'enfant.

Un clown ne doit jamais faire peur à un enfant, même involontairement, au risque de rompre ce charme magique qui doit unir dans la complicité clown et enfant dans l'adversité. Il doit s'adresser à ce qui est sain chez l'enfant.

De la même manière, un clown ne doit pas "rire de" mais "rire avec", c'est à dire qu'il ne doit pas se moquer de quelqu'un mais il est possible de se moquer du clown.

Le clown ne doit pas mentir à l'enfant ou masquer la réalité de l'évolution de sa maladie. Il doit simplement l'accompagner au travers de son langage et de sa gestuelle. Il a le droit et le devoir d'amplifier les réactions et les sentiments de l'enfant. Ainsi dans les services d'oncologie-pédiatriques une tumeur est souvent symbolisée par un ballon rouge afin de permettre à l'enfant de le repousser ou de le crever. Cette méthode d'extériorisation des sentiments devenant alors l'un des moyens de gestion du stress.

Même si le clown doit faire preuve d'une psychologie de base essentielle - et ne pas s'imposer par sa présence ou par ses actes s'il n'est pas souhaité - il ne peut néanmoins, en aucun cas, se substituer ou remplacer un psychologue dont il n'a pas les compétences. Le clown doit apprendre à l'enfant à découvrir ou à accepter son corps à travers le jeu mais il ne doit pas s'amuser à vouloir interpréter toute les pensées de l'enfant par le jeu. Le clown doit se souvenir que le mode de pensée de l'enfant diffère de celui de l'adulte. Avec les clowns, c'est toujours l'enfant qui décide. Ils ne s'imposent jamais à qui ne le désire pas les voir. Acteur principal de la mise en scène, l'enfant dicte les règles du jeu et peut d'un souffle léger chasser les clowns de sa chambre.

Le clown doit savoir se mettre en valeur, à sa juste valeur, pour être d'abord à l'écoute de l'enfant; cela inclut qu'il n'est nullement nécessaire qu'il fasse rire coûte que coûte au risque de ne plus savoir s'arrêter. La fonction initiale du clown est donc d'accompagner, d'"être avec" pour peut-être "rire avec". Ceci afin de rendre l'environnement le plus propice possible à la guérison.

Compte-tenu des liens de proximité qu'il entretient avec les patients, il peut être considéré d'une certaine manière comme un soignant de "l'âme". En tant que soignant, il est donc possible qu'il puisse assister aux rencontres avec d'autres soignants (kinésithérapeutes, infirmières, psychologues, médecins). Par son approche et son expérience, il peut aider à renforcer ou retrouver la santé ou l'autonomie du patient.

Pour toutes ces raisons, il est donc nécessaire de faire appel à des clowns professionnels, qui connaissent les déboires et les travers de la clown-relation, afin d'éviter et de méconnaître un drame relationnel.

Dans ce cadre-là, lorsque les clowns formés par Rire Médecin arrivent dans un service, ils commencent toujours par aller voir un membre du personnel soignant qui leur communique des indications précieuses sur les enfants : leur état de santé, leur humeur, les soins, leur entourage familial : c'est ce qu'ils appellent « la transmission-clown ».

Ainsi l'action des clowns auprès des enfants est strictement individuelle, taillée sur mesure selon les besoins de l'enfant et de sa famille : « les clowns ne donnent pas un spectacle, ils rendent visite personnellement à chacun dans le service, enfants, parents, soignants. Tout cela dans la bonne humeur, avec infiniment de tact, de délicatesse, et en tenant compte de la situation de chacun et de tous. Leur rôle dépasse de beaucoup celui d'amuseur », précise le Pr Jean Lemerle.

Enfin, dans l'optique de poursuivre la tradition clownesque et dans un but nettement plus pratique, les clowns qui circulent dans les services pédiatriques en France le font toujours par paire, car à deux, cela permet de rester créatif, même dans les moments difficiles.

CODE DE DEONTOLOGIE

Article 1

L'artiste qui intervient à l'hôpital est un professionnel engagé et rémunéré par Le Rire Médecin. Il a été formé aux métiers du spectacle et bénéficie déjà d'une certaine expérience dans ce domaine. Il reçoit par Le Rire Médecin une formation spécifique à l'univers hospitalier pour y adapter son jeu, comprendre et respecter ce milieu.

Article 2

A l'hôpital, l'artiste n'accomplit que des actes qui relèvent de sa compétence artistique.

Il est présent à l'hôpital pour aider les enfants et leurs familles à mieux supporter l'hospitalisation. Il manifeste par son activité que l'humour et la fantaisie peuvent faire partie de la vie à l'hôpital. Il doit être conscient qu'il intervient toujours pour améliorer le bien être, tant des enfants et de leurs familles que de l'équipe soignante. Il agit toujours dans le respect du travail des équipes médicales et soignantes.

Article 3

L'artiste n'intervient jamais seul à l'hôpital mais travaille toujours en duo avec son partenaire.

Article 4

L'artiste est responsable de ses actes à l'hôpital. Il exerce ses interventions dans le respect de la dignité, de la personnalité et de l'intimité de l'enfant et de sa famille.

Il accomplit toutes ses interventions avec la même conscience professionnelle quels que soient l'origine de la personne, son sexe, sa nationalité, sa religion, ses moeurs, sa situation de famille, son milieu social, son éducation, sa maladie et quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard.

Même si son opinion est sollicitée, il s'abstient de toutes remarques qui pourraient être inadaptées, et veille à ne faire aucune allusion déstabilisantes sur ses propres origines, ses moeurs, ses convictions religieuses et politiques.

Article 5

Le secret professionnel et la confidentialité s'imposent à l'artiste. Le secret couvre ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris sur l'identité et l'état de santé des enfants. La discrétion s'impose en tous lieux : au sein comme en dehors de l'hôpital (ascenseurs, vestiaires et lieux publics).

Article 6

Quelles que soient les sollicitations, l'artiste n'entretient pas de relations extra-professionnelles avec l'enfant et sa famille. Il ne doit jamais se trouver en position de confident ou ami de la

famille. En cas de sollicitations répétées de la part d'une famille, il doit en parler aux responsables de l'équipe soignante.

Article 7

Pour garantir la qualité de ses interventions, l'artiste possède, actualise et perfectionne ses connaissances professionnelles artistiques (techniques de clown) et théoriques (vocabulaire médical, développement de l'enfant...)

Article 8

L'artiste veille toujours à la sécurité de l'enfant. Il ne doit pas le mettre en position de danger par son jeu, ses accessoires, ses déplacements.

Article 9

L'artiste respecte le règlement intérieur, les règles d'hygiène et de sécurité spécifiques au service et à l'hôpital.

Article 10

L'artiste ne prend jamais partie lorsque des dysfonctionnements inhérents à l'hôpital, des plaintes concernant le service, des problèmes de personnel ou de gestion lui sont rapportés.

Article 11

L'artiste n'accepte en aucun cas une commission ou un pourboire pour ses interventions. Il ne peut se livrer ou participer à aucune opération promotionnelle ni à aucune distribution d'objet et d'accessoire à des fins lucratives.

Règlement intérieur de SRG, en date du 26/04/01 :

- Le conseil d'administration se réunit le 2^{ème} jeudi du deuxième mois de chaque nouveau trimestre.
- Les membres du conseil adhèrent à l'association
- L'artiste a le statut d'intermittent du spectacle.
- Il n'intervient jamais seul : les clowns sont toujours au nombre de deux.
- Sauf cas de force majeure, il est ponctuel et prévient toujours à l'avance s'il ne peut venir de façon à se faire remplacer.
- Il ne se fait jamais remplacer sans avoir prévenu l'association (responsabilité civile)
- Il accepte de suivre une formation continue dans le cadre de son métier à l'hôpital.
- Il accepte de se former également régulièrement sur le plan artistique avec les autres clowns travaillant pour l'association..
- Il adhère au code de déontologie édicté par le « Rire médecin », validé par notre association. (exemplaire ci-joint)
- Le « clown référent » se doit de faire le lien entre l'association et l'hôpital, entre l'association et les autres clowns.
- L'artiste accepte de participer bénévolement à des actions ponctuelles pour la promotion de l'association.
- Il participe à la vie administrative de l'association.
- L'association lui doit information régulière.
- Les artistes se réunissent régulièrement pour faire le point sur leur activité et sur la vie de l'association.

4. 9. Modalités d'application :

Après la formation, le clown est intégré d'abord comme un état d'esprit, dans la présence et la relation à soi et à l'enfant. Trois types de modalités sont envisageables :

- sans le nez de clown. Certaines bases du clown relationnel peuvent être appliquées sans nez de clown ; par exemple, l'empathie corporelle et ludique.

- avec nez de clown seul, en habit de soignant. Un soignant formé peut toujours avoir son nez en poche. Ce qui compte ici, c'est d'être en « état clown ». Il s'agit, dans ce cas, d'interventions brèves, lorsque l'état d'un enfant le nécessite (sans pour cela devoir attendre le passage régulier des clowns), ex. : tristesse après le départ de la maman.

- avec nez et habit de clown, ont lieu les sorties les plus ritualisées : sorties festives (en grand groupe) lors des fêtes ou événements qui rythment la vie

des services et les sorties régulières (en petit groupe de 2 ou 3 soignants).

4. 10. Moyens d'évaluation et de progression du travail des clowns :

Les moyens d'évaluation du travail des clowns est à la hauteur des instruments et des méthodes qu'ils utilisent pour divertir leurs patients, c'est à dire simple.

4. 10. 1. Evaluation interne :

Aux USA, une fois par mois, les théâtralisations les plus convaincantes sont celles qui ont le feu vert de la part de Michaël Christensen après qu'il les a auditionnées plusieurs fois et qu'il en a estimé que le sentiment profond ressenti par un patient à la vue de ce spectacle est celui d'avoir retrouvé une maîtrise plutôt qu'un sentiment de frustration.

A Paris, l'équipe de *Rire Médecin* tient un registre sur lequel est enregistré l'anamnèse médicale, la situation sociale et les aspirations émotionnelles de chacun des patients dont elle s'occupe. Et comme aux Etats-Unis, les clowns de *Rire médecin* se réunissent une fois par mois pour comparer leur données et leur travail avec un psychologue spécialisé en oncologie. Une fois par mois donc et pour un temps de formation supplémentaire qui permet de renouveler l'inspiration et la création, les clowns partagent leurs expériences à l'hôpital, réfléchissent collectivement à leur travail, répètent leurs numéros et s'initient à de nouvelles techniques. Dans tous les cas, s'ils estiment que leur travail peut être amélioré, ils font appel à des personnes extérieures pour de nouveaux points de vue et ou pour parler d'un sujet médical ou social (l'enfant et la douleur, le cancer, les enfants maltraités...).

4. 10. 2. Evaluation externe :

- **Faites par les patients :**

Plus que de véritables critiques, ce sont des constats qui interpellent l'entourage du patient après le passage d'un clown.
Le changement de comportement d'un enfant est sans aucun doute le

meilleur indice révélateur de l'impact qu'aura eu le clown à la suite de sa manifestation. Ainsi les exemples d'enfants, en chimiothérapie, sortant de leur mutisme et recommençant à sourire à la venue des clowns sont légion. L'action du clown peut être considérée comme une réussite totale si l'enfant redevient le maître actif de la situation.

Il apparaît quelquefois, à la suite de différentes lectures, que les adolescents désertent les représentations de clowns, jugés comme « trop infantilisantes ». Dans certaines circonstances, il semblerait que leur présence soit appréciée, par ces mêmes adolescents, si la teneur de leurs propos venait à occuper un terrain aux discours « licencieux » ou si leurs manifestations folkloriques recoupaient leur pôle d'intérêt qui, pour la plupart des adolescents, est la musique.

Voici l'analyse obtenue par DECUBBER-AUVRIGNON à l'hôpital d'enfants ARMAND-TROUSSEAU dans les services d'hématologie-oncologie et de néphrologie-hémodialyse sur un échantillon total de 61 enfants de plus de 5 ans, après trois ans d'activité d'une troupe de clowns :

Questions	Aime	N'aime pas	Moyen
Jeux	85 %	4 %	11 %
Maquillage	83 %	3 %	14 %
Costume	78 %	1 %	12 %
Blagues	56 %	12 %	32 %
Déguisements Docteur	73 %	9 %	18 %
Danse	70 %	5 %	26 %
Musique	76 %	2 %	22 %
Bulles de savon	60 %	7 %	33 %
Histoires	71 %	2 %	27 %
Chansons	87 %	2 %	12 %

Image donnée par les clowns	5-12 ans	sup ou égal à 12 ans
Clowns	63 %	55 %
Membres de l'équipe soignante	19 %	23 %
Personnes extérieures	7 %	19 %
Autres	7 %	16 %

Les attends-tu*	5-12 ans	12 ans et +
avec impatience	44 %	32 %
oui	41 %	32 %
non	15 %	35 %

Es-tu content de les voir**	5-12 ans	12 ans et +
oui	100 %	97 %
non	0 %	3 %

Souhaites-tu les voir	5-12 ans	12 ans et +
même rythme	56 %	65 %
plus souvent	33 %	32 %
moins souvent	4 %	3 %

Souhaites-tu qu'ils restent	5-12 ans	12 ans et +
plus longtemps	63 %	32 %
moins longtemps	7 %	3 %
pareil	30 %	65 %

Souhaitez-tu les voir	5-12 ans	12 ans et +
matin	26 %	10 %
après-midi	48 %	71 %
soir	22 %	13 %

Après leur passage	5-12 ans	12 ans et +
content	63 %	61 %
triste	4 %	6 %
comme avant	30 %	32 %

- **Faites par les soignants :**

Le fait que la plupart des infirmières se réjouissent quasiment autant que les enfants, de la présence des clowns, dénote l'intérêt et l'importance qu'apporte cette présence. Une meilleure acceptation des soins après ou pendant la présence du clown est appréciée autant de l'infirmière que de l'entourage de l'enfant.

Lorsque l'on sait que la durée moyenne de vie professionnelle d'une infirmière est statistiquement de 8 ans et de 5 ans dans les services « lourds » confrontés aux maladies graves et à la mort et qu'elles sont classées parmi les professions à haut risque de stress, il devient facile de comprendre leur motivation pour que l'expérience des clowns se poursuive dans leur service.

L'étude de Van Blerkom, menée dans un hôpital new-yorkais, révélait que les clowns rendaient le travail plus facile pour les soignants, qu'ils contribuaient à améliorer les relations entre personnel soignant du service, et qu'ils facilitaient les échanges entre enfant-parents-personnel soignant.

Pour DECUBBER-AUVRIGNON, après le passage des clowns, les enfants paraissent, aux yeux des soignants interrogés (infirmières, médecins et autres fonctions) :

- plus gais pour 93 %
- continuent à en parler pour 87 %
- tristes pour 39 %
- excités pour 57 %

- plus actifs pour 68 %
- pas plus fatigués pour 72 %
- plus communicatifs pour 69 %

Et par rapport aux soins, à l'enfant et à sa maladie, les clowns sont perçus comme :

- pouvant représenter une aide à 38 %
- pour 58 % les clowns ne changent rien à la pratique des soins
- pour 8 % , la présence des clowns constitue une gêne lors des soins.

« Une étude menée à la Columbia University montre que l'intervention des augustes auprès des petits malades permet de diminuer de 20 % l'usage des anesthésiques et de réduire la durée des hospitalisations. » (L'express, n°2601, p116).

• **Faites par les proches :**

S'il est clair que la plupart des parents d'enfants hospitalisés apprécient la présence des clowns au vu de l'impact qu'ils génèrent sur leur progéniture, il n'en va pas de même avec tous les parents. Certains parents peu enclins aux « clowneries » apprécient d'un mauvais œil cette intrusion d'un « étranger » dans une affaire, jugée familiale, où le relationnel parent-enfant est quelquefois basé sur la culpabilisation des parents ; combien de parents se sont-ils mutuellement rejetés la faute à propos de la malheureuse pathologie héritée par l'un de leurs enfants.

En général, les débuts relationnels clown-parents sont toujours mal vécus par les parents qui pensent initialement qu'il peut paraître « indécent de rire en de tels moments » alors que leur cherubin est malade; et quelquefois, c'est une véritable gêne qui naît lorsque le clown provoque le premier éclat de rire de l'enfant hospitalisé !

Il est arrivé, dans de rares cas extrêmes, que des parents ferment la porte de chambre de leur enfant prétextant qu'il est nécessaire que leur enfant se repose.

Selon DECUBBER-AUVRIGNON et ses questionnaires à l'intention de 39 parents (en reprenant les tableaux des questions comparées précédemment) :

- La Thérapie par le Rire en Pédiatrie -

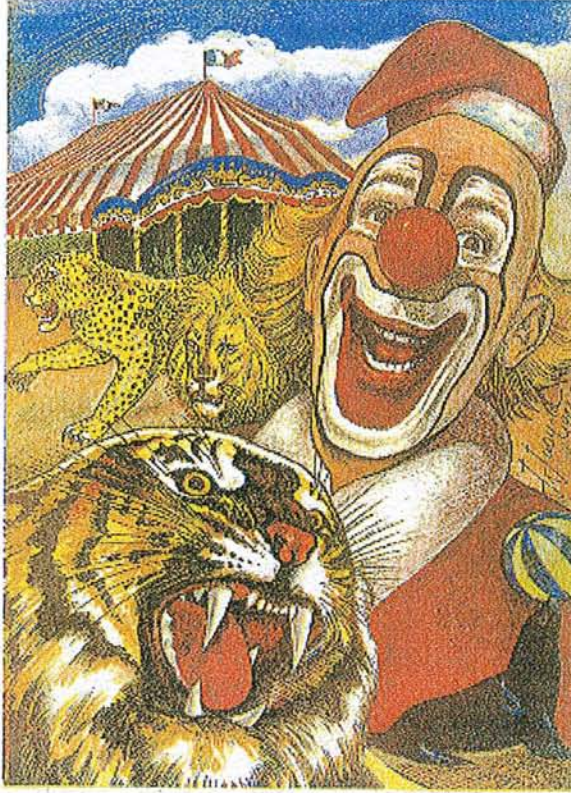
Impression */**	< 5 ans	5-12 ans	> 12 ans
ravis	89 % / 89 %	60 % / 93 %	60 % / 67 %
surpris	22 % / 0 %	60 % / 7 %	47 % / 7 %
choqués	0 % / 0 %	0 % / 0 %	0 % / 0 %
indifférents	0 % / 0 %	0 % / 0 %	0 % / 7 %
autres	0 % / 0 %	7 % / 7 %	7 % / 27 %

Attitude	< 5 ans	5-12 ans	> 12 ans
observe enfant	67 %	53 %	27 %
indifférent	0 %	0 %	7 %
laisse seul	0 %	0 %	27 %
sort se détendre	0 %	0 %	0 %
s'amuse	78 %	73 %	67 %

Attitude / enfant	< 5 ans	5-12 ans	> 12 ans
détendu	67 %	60 %	53 %
comme avant	11 %	13 %	27 %
ouvert à enfant	33 %	27 %	14 %
autre	0 %	7 %	7 %

opinion	< 5 ans	5-12 ans	> 12 ans
très bonne initiative	100 %	80 %	73 %
plutôt bonne initiative	0 %	13 %	13 %
sans intérêt	0 %	0 %	0 %
à abandonner	0 %	0 %	0 %
à poursuivre	11 %	60 %	40 %

En fait, face à de longues périodes d'hospitalisation d'un enfant, les parents finissent par apprécier la venue régulière de ce « singulier personnage » qui finit par mettre tout le monde d'accord et de bonne humeur.



5. Thérapies parallèles à la gélothérapie :

*« Mon passe-temps favori ? Rire ! »
Le Dalai-lama.*

5. 1. Introduction :

Il existe une multitude d'autres méthodes qui ont pour vocation d'améliorer le quotidien des patients hospitalisés ou non. Ces autres techniques plus ou moins décriées par la médecine classique, du fait d'un encadrement pas toujours sérieux ainsi que, bien souvent, d'une absence de validation scientifique sérieuse, sont :

- Le yoga qui est une discipline spirituelle et corporelle, issue d'un système philosophique brahmanique et qui vise à libérer l'esprit des contraintes du corps par la maîtrise de son mouvement, de son rythme et du souffle.

- le bio-feedback qui vise à obtenir du sujet le contrôle de lui-même par le conditionnement d'un certain nombre de fonctions physiologiques involontaires ou sous le contrôle du système nerveux végétatif.
- la phénoménologie qui est une méthode philosophique visant à saisir le réel tel qu'il apparaît à la conscience et à comprendre les structures qui permettent de l'appréhender.
- le training autogène de Shulz qui demeure une méthode de relaxation fondée sur la suggestion.
- la méditation transcendantale, technique de relaxation mentale qui consiste à concentrer son attention sur soi et à éliminer les pensées venant de l'extérieur, sources de stress.
- le reiki, méthode permettant de retrouver l'harmonie avec ce qui nous entoure et qui est caractérisée par la simplicité et par le peu d'importance qu'elle accorde aux élucubrations mentales.
- le feng-shui qui consiste à aménager judicieusement l'habitat et le cadre de vie pour favoriser la santé et le bien-être.
- le dôjô, de dô (la Voie) et de jô (l'endroit) : « salle de la Voie », réservée à la pratique de différentes disciplines, dont le *zazen* (méditation assise).
- l'eutonie qui se veut l'étude des composantes du corps humain avec prise de conscience de l'état général du corps, correction de l'image du corps, développement du sens tactile et recherche du tonus musculaire adapté à l'action.
- le yoga-nidra qui consiste en une relaxation par l'imagerie mentale.
- la méthode Coué, méthode de guérison par autosuggestion inventée par Emile Coué (1857-1926), pharmacien nancéen.
- l'auto-hypnose, technique d'auto-suggestion destinée à détourner ses pensées des préoccupations du moment.
- la sophrologie qui est une psychothérapie articulant travail corporel et imaginaire.

- et les art-thérapies bien sûr - auxquelles appartient la clown-thérapie - qui demeurent une valeur sûre de la culture française (la musico-thérapie, la danse-thérapie, conte et thérapie, ateliers d'expression plastique à visées thérapeutiques,...).

5. 2. Art-thérapie, la part de la thérapie par le jeu en pédiatrie :

La thérapie par le jeu débute il y a 40 ans en Suède, à l'initiative d'Ivonny Lindquist (*L'enfant à l'hôpital, la thérapie par le jeu*, édition ESF, 1985). Institutrice auprès de jeunes enfants, elle a exploré le monde des enfants malades à l'hôpital; son expérience et ses idées sur l'hospitalisation des enfants se propageront dans une vingtaine de pays. Sa contribution aux progrès de la pédiatrie a été si importante que la faculté de médecine de l'université d'UMEO en Suède lui décerne en 1980 le titre de Docteur Honoris Causa.

Cette thérapie représente la première véritable prise en charge psychologique de l'enfant hospitalisé, car pour I. Lindquist « ne prendre en compte que le traitement médical, en laissant de côté le psychisme, c'est retarder la guérison ». La « thérapie par le jeu » est un concept qui n'existe pas en France mais ses méthodes et sa dimension humaine seront reprises avec l'arrivée des clowns à l'hôpital (la dimension de ces personnages au nez rouge ajoutera un plus incontestable dans l'imaginaire des enfants) .

Les évidentes constatations que l'auteur perçoit, des besoins de l'enfant hospitalisé et de son entourage proche, sont qu'il existe :

- Un besoin relationnel entre enfant-parents (cela conduit dans les années 1980 à l'émergence de structures d'accueil - encore appelées : « la maison des parents » - à proximité des hôpitaux d'enfants, afin de permettre aux parents trop éloignés d'être hébergés pour quelque temps auprès de ces centres hospitaliers pour enfants) , car l'enfant subit sa maladie en plus de la séparation de ses parents. Cela permet d'introduire la rencontre et la confrontation des parents d'enfants malades.
- Un besoin de stimulation des nourrissons (dont diverses expériences permirent de constater cette nécessité pour le bon développement psycho-moteur).

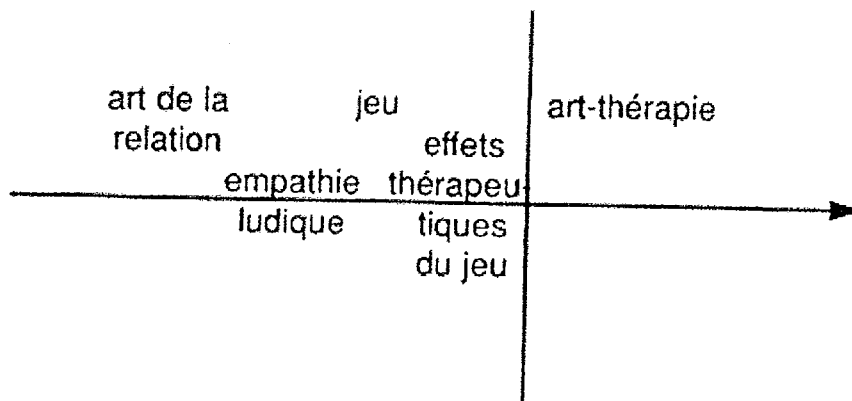
- Un besoin d'information médicale de l'enfant.
- Un besoin pour les soignants de reconnaître l'ambivalence des adolescents.

La règle de la thérapie par le jeu consiste à choisir la méthode de jeu la plus adéquate afin d'expliquer à l'enfant les gestes thérapeutiques, auxquels il sera confronté, sans qu'un effort de pensée intervienne. Les règles de jeu seront ainsi adaptés à la thérapeutique car le discours « c'est pour ton bien » ne suffit plus.

Les jeux apportent également calme, sécurité et autorisent l'entraide des enfants malades.

Il est nécessaire aussi de consacrer du temps à l'enfant, ce que permettent les jeux, car l'enfant n'arrive pas toujours à exprimer ce qu'il éprouve et désire. Le jeune enfant n'a pas la notion du temps, la durée de son séjour ne lui est pas compréhensible, pour lui ce qui n'a pas lieu immédiatement n'arrivera jamais.

Les parents, de leur côté, ont besoin de se sentir soutenus et encouragés car, en général, ils surprotègent leur enfant, sous estimant leurs ressources propres et nuisant alors à son développement.



5. 2. 1. Le matériel de jeu et son utilisation :

Il n'existe pas de jeu spécifique, il convient juste de les adapter. Initialement le jeu doit être facile car l'enfant ne supporte pas l'échec.

Les bébés ont besoin de jouets solides, inoffensifs et très colorés, ils doivent être faciles à nettoyer.

Les enfants en fauteuil roulant doivent bénéficier de structures ludiques à leur portée.

Les jeux de déguisement sont très appréciés des enfants présentant des malformations physiques.

Les enfants, ordinairement, supportent bien la douleur et se révèlent souvent plus courageux que les adultes. Ce qui les effraie, ce sont les appareils étranges dont personne n'explique le fonctionnement, les bruits bizarres, les odeurs. Mais le pire pour eux, demeure le contact intime avec d'« étranges dames » qui les baignent, les aident à uriner, leur prennent la température rectale, etc.

Envers un enfant il convient de ne faire aucune promesse irréalisable.

Il faut toujours amener l'enfant avec son jouet préféré, celui qui le sécurise le plus, le principal est qu'il « sente sa maison ».

Il convient de demander aux parents et amis d'envoyer lettres et cartes ; rien n'est plus attendu par les malades que le courrier : quelques mots, un dessin, une fleur, tout ce qui leur prouve qu'ils ne sont pas oubliés.

Il est primordial pour les enfants de pouvoir emprunter des affaires personnelles, cela signifie, pour eux, qu'on leur porte un grand intérêt.

Un enfant aussi malade soit-il ne veut en aucun cas se différencier de son entourage.

Avec des enfants retardés mentalement, il convient de leur parler calmement d'une manière monotone, fredonner ou chanter, leur caresser la tête, leur tenir la main, ce qui les calme très vite. Ces enfants ne doivent pas être traités selon leur âge réel, mais selon leur niveau de développement. Il est donc indispensable de juger approximativement leur degré d'intelligence afin d'avoir des exigences compatibles avec leurs possibilités.

Avec les adolescents, on ne peut pas tricher, ils s'aperçoivent très vite si notre confiance leur est ou pas accordée.



5. 2. 2. L'état de jeu : *Playing* :

Le clown représente une voie royale pour cultiver, développer et appliquer les ressources de l'état de jeu, dans une perspective relationnelle et thérapeutique. La pratique du clown permet d'identifier ce qui peut favoriser l'état de jeu, ce qui peut le freiner voire l'empêcher.

Winnicott, pédiatre et psychanalyste souvent cité par les arts-thérapeutes, va plus loin dans l'analyse de la fonction d'un thérapeute en déclarant que lorsqu'un thérapeute est « incapable de jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce métier ! ».

CONCLUSION



Comme nous l'avons décrit dans la première partie, il est probable, pour ne pas dire certain, que nous rions aujourd'hui comme on riait il y a quelques milliers d'années devant tous les incidents cocasses de la vie quotidienne. Nous savons que le rire a une multitude de significations possibles, il peut être bon, mauvais ou neutre. En tant que phénomène naturel, le rire semble avoir peu évolué, sinon dans le sens d'un plus grand contrôle par l'esprit.

Le fait qu'à toutes les époques de nombreux traités lui ont été consacrés révèle au moins que toutes les sociétés lui accordent une place importante, et la manière dont il a été majoritairement perçu est révélatrice des grandes variations de mentalité.

Si les techniques et les moyens de propagation, au cours des siècles, ont changé - notamment avec l'apparition de comiques professionnels et le support audio-visuel - nous rions néanmoins toujours pour nous moquer, pour évacuer nos angoisses, pour manifester notre sociabilité, pour créer de nouveaux liens, pour exclure ou, depuis peu, pour traiter. Le simple énoncé de ces motifs montre combien le rire est pluriel.

Pour les anciens, dans l'Antiquité, rire, c'est participer à la recreation du monde. Les fêtes, qui le mettaient en valeur, symbolisaient le retour périodique au chaos primitif, nécessaire à la refondation et donc à la stabilité des normes sociales, politiques, culturelles.

Si les hommes rient, c'est pour eux une façon d'endurer le terrible carcan du destin, de l'exorciser en l'assumant. Au fur et à mesure que les valeurs s'effondrent, elles sont remplacées par le rire. C'est ainsi qu'il finit par tout recouvrir, dans une société humoristique où tout baigne dans une dérision amusée.

Face à une existence défaillante - qui, pour beaucoup, se révèle sans but - seul le rire, injecté à haute dose, sous perfusion continue, semble pouvoir la maintenir en vie artificiellement. Face à la liste des maux qui accablent l'humanité tout entière, des milliards d'individus s'affairent désespérément, ne sachant pas pourquoi ils sont là, et n'ont alors qu'un seul but : passer le temps comme ils le peuvent, en jouant au foot, en effectuant le tour du monde en solitaire, en augmentant le chiffre d'affaires d'une société, en zappant continuellement, bref n'importe quoi en attendant une fin, que les progrès de la médecine repoussent sans cesse. Une motivation existe, du moins c'est ce que l'on veut nous faire croire :

préparer le monde pour la génération future. Mais quelle importance puisqu'aucun de nous ne la verra ! Or cette vérité est insupportable, et comme seul le rire permet de supporter l'insupportable...

D'ailleurs que pourrions nous faire, si ce n'est « rire pour ne pas pleurer ».

Compte-tenu de la grande permanence du rire, celui-ci apparaît donc comme l'expression d'une joie simple et source de bienfaits sur le corps et l'esprit. Son comportement qui se situe au carrefour du physique et du psychique, comme nous l'avons décrit dans la « mécanique du rire » explique pourquoi il est actuellement développé et testé comme un nouvel outil thérapeutique au service du patient hospitalisé.

Si la relation entre stress et immunité altérée semble maintenant admise, à la suite de constatations cliniques et d'analyses chimiques, que nous avons ébauchées en fin de première partie, il apparaît donc comme logique d'admettre les vertus du rire (au sens large : de la bonne humeur) dans le traitement des maladies psycho-somatiques et dans la prise en charge d'enfants hospitalisés. La fonction rire dans le cadre de ces enfants malades, et donc souffrant, permettant ainsi de créer une distraction cognitive grâce aux sens qu'il sollicite (la vue, l'ouïe et le toucher notamment), mais aussi grâce à la libération de multiples neuro-médiateurs impliqués dans cette "mécanique du rire" dont les endorphines connues pour leur rôle antalgique. Bien sûr, cela ne dispense nullement le médecin de traiter la cause de la douleur, ni de donner un traitement antalgique reconnu, efficace et adapté au type ainsi qu'à l'intensité de la douleur.

Dans la seconde partie, l'implication des clowns dans l'accompagnement d'enfants hospitalisés a permis de révéler leur apport inestimable dans l'acceptation et la compréhension des soins pouvant être pratiqués chez ces enfants. Véritables exutoires pour les enfants qui ne peuvent ou qui n'osent s'exprimer, les clowns, par leurs méthodes, leur offrent ainsi la possibilité d'extérioriser sentiments et rancœurs. A la différence du médecin, le clown s'adresse à ce qui est sain chez l'enfant malade en lui permettant ainsi de maintenir en vie ses possibilités de créer, de rêver et de rire.

D'autres techniques existent également pour permettre aux sentiments de se manifester, comme la thérapie par le jeu précédemment décrite dans les "thérapies parallèles à la gélothérapie". En fait, quelle que soit la méthode utilisée, la finalité reste la même : redonner confiance et assurance au patient. A la question : « le rire guérit-il plus d'enfants ? », nous répondrons bien évidemment, que cela n'a pas beaucoup de sens. Ce qui

est certain, c'est que, grâce aux clowns, les enfants vivent mieux dans les services.

La gélothérapie reste néanmoins une discipline encore trop récente pour connaître toutes les applications concrètes qu'elles peut proposer dans la recherche de la qualité de vie. Essentiellement appliquée aux services de pédiatrie en France, elle l'est également pour des services de gériatrie dans quelques pays étrangers comme la Belgique. Faut-il y voir quelques réticences culturelles pour sa mise en application dans notre pays. La clownthérapie est-elle taboue dès qu'elle s'adresse à des adultes ?

Le rire, chez les personnes confrontées à la maladie, permet de leur faire percevoir, au delà de la souffrance, d'autres perspectives : ainsi les mises en scène théâtrales, les spectacles improvisés par les clowns ainsi que leur présence régulière peuvent quelquefois venir à bout de certains déterminismes, en particulier celui de la fatalité due à la maladie ou des idées noires. Il peut alors se créer une imprégnation de l'humour sur la personne confrontée aux situations comiques, lui laissant ainsi entrevoir qu'il n'y a pas que la tristesse de la maladie. En participant à ce changement de mentalité, ces thérapies complémentaires qui usent plus ou moins du comique ont certainement quelque chose à apporter.

Quand bien même le rire serait un pansement sur une jambe de bois ; quand bien même il n'est pas toujours possible de rire de tout ni même, et surtout, de faire rire tout le monde tant les susceptibilités individuelles sont importantes ; quand bien même il ne peut rendre plus supportable la maladie que dans la mesure où d'autres soins sont déjà présents et adaptés, le rire offre néanmoins cette opportunité d'un changement de mentalité dans la relation qui peut s'établir entre le corps meurtri par la maladie et la représentation que l'esprit s'en fait. Il peut ainsi appeler à la réconciliation entre ce corps et cet esprit qui l'habite en invitant à l'acceptation de cet être dans son ensemble, tel qu'il est ; le rire aidera alors à développer l'humilité face à l'adversité, en apportant un regard nouveau sur le monde.



BIBLIOGRAPHIE



ADER R., FELTEN D.L., COHEN N.
Psychoneuroimmunology.- 2^e ed.
San Diego : Academic Press, 1991.

AIMARD P.
Les Jeux de mots de l'enfant.
Paris : Simep, 1975.

AIMARD P.
Les Bébés de l'humour.
Bruxelles : Mardaga, 1988.-(Psychologie et Sciences Humaines)

ALEXANDER F.
Psychosomatic medicine : Its Principles and applications.
New york : NW Norton, 1950.

ANZIEU D.
Une Passion pour rire : l'esprit.
Paris : Nouvelle revue de psychanalyse, 1980.- p. 21.

ANTHONY E.J., KOUPELNIK C.
L'Enfant devant la Maladie et la Mort.
Paris : Masson et Cie, 1974.-(L'Enfant dans la Famille.- vol. 2)

ASSOUN P.L.
Freud et Wittgenstein.
Paris : PUF, 1988.

ASSOUN P.L.
Introduction à la métapsychologie freudienne.
Paris : PUF, 1993.

BAKHTINE M.

L'Œuvre de François Rabelais et la culture populaire au Moyen Age et sous la Renaissance.

Paris : Gallimard, 1970.

BARIAUD F.

La Genèse de l'humour chez l'enfant.

Paris : PUF, 1983.

BERGSON H.

Le Rire. Essai sur la signification du comique.- 9^e ed.

Paris : PUF, 1997.

BERTRAND D.

Dire le rire à l'âge classique.

Paris : PUF, 1995.

BIEDERMANN P.

L'Humour dans l'exercice Médical.

Th : Med : Nancy 1, 2000.

BRETON A.

Anthologie de l'humour noir.

Paris : PUF, 1966.

CAMUS F., MOFFARTS C.

Heureux qui clownmunique ! Former des professionnels et des équipes de pédiatrie au clown relationnel.

Bulletin d'Education du Patient à sa maladie.- Juin-Sept. 1995, 14, (2-3), 25-27.

CHEVALIER C.A.

Théâtre comique du Moyen Age.

Paris : Bibliothèque Médiévale, 1973.- (10/18).

CLAVILIER M., DUCHEFDELAVILLE D.

Commedia dell'arte. Le jeu masqué.

Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1994.

COLLARD G., TROSSERO D.

Peut-on rire de tout ?

Paris : Favre, 1997.

COYAUD M.

Contes, devinettes et proverbes du Japon.

Paris : PUF, 1984.

D'ADLER M.-A.

Au secours, on coule ! Enquête sur le stress des infirmières.

L'événement du Jeudi, 11-17 Mars 1993.

DANZER A., DALE J.A, KLIONS H.L.

Effects of exposure to humorous stimuli on induced depression.

Psychological Reports, 1990, 66, 1027-1036.

DECUBBER-AUVRIGNON A.

Evaluation de trois années d'activité d'une troupe de clowns à l'hôpital.

Th : Med : Paris XII, 1996.

DELDIQUE P.-E.

Les Têtes de Turcs.

Paris : Horay, 2000.

DEREGNAUCOURT T.

Le Rire.

Th : Med : Lille, 1988.

DOLTO F.

L'Image inconsciente du corps.

Paris : Seuil, 1984.- p. 43.

DURON-ALIROL M.

L'Influence du psychisme sur les désordres auto-immunitaires.

Le Quotidien du Médecin, 08 Mars 2000, d'après la communication du Pr. Silla M. Consoli (unité médico-psychologique, hôpital Broussais, Paris) dans le cadre de la réunion conjointe organisée par les comités d'interface INSERM psychiatrie, INSERM neurosciences, INSERM pathologie infectieuse à Paris.

ESCARPIT R.

L'Humour, 10^e ed.

Paris : PUF, 1994.-(Que sais-je ?)

FEUERHAHN N.

Le Comique et l'enfance.

Paris : PUF, 1993.-(Psychologie Sociale)

FLATET C. :

La Gelothérapie. Intérêt thérapeutique du rire en médecine psychosomatique.

Th : Med : Nancy 1, 1989.

FREUD S.

Le Mot d'esprit et sa relation à l'inconscient.

Paris : Gallimard, 1988.

FREUD S.

L'Humour, L'inquiétante étrangeté et autres essais.

Paris : Gallimard, 1985, 317-328.

FRIEDMANN J.

Le Rire dans l'univers tragique d'Elie Wiesel.

Paris : Nizet, 1981.

GARAS M.-N.

Pharmacologie du rire.

Th : Med : Lille 2, 1992.

GLUSKI J.

Proverbs.

Amsterdam, London, New York : Elsevier Publishing Company, 1971.

GRIMAL P.

Le Théâtre antique.

Paris : PUF, 1978. (Que sais-je ?)

HIPPOCRATE

Sur le rire et la folie.

Paris : Rivages Poche, 1989.

IEHL D.

Le Grotesque.

Paris : PUF, 1997. (Que sais-je ?)

INSERM

Rôle neuromodulateur des cytokines.-dernière mise à jour vendredi 07
Avril 2000.

<http://u394.bordeaux.inserm.fr>

ISRAËL L.

Cerveau droit, cerveau gauche.

Paris : Plon, 1995.

LAZARUS R.S., COYNE J.C.

Cognitive style, Stress Perception and Coping. Handbook on Stress and
Anxiety (I. Kutash et al).

San Francisco : Jossey-Bash Publishers, 1980.

LE GOFF J.

Le Rire dans les règles monastiques.

Paris : Michel Sot, 1990.-(Haut Moyen Age, cultures, éducation et
société).

LE GOFF J.

Rire au Moyen Age , dans les cahiers du centre de recherches historiques
de l'EHESS, (3), 1989.

LETHIERRY H.

Savoir(s) en rire.

Bruxelles : De Boeck Université, 1997.

LINDQUIST I.

L'Enfant à l'hôpital. La thérapie par le jeu.- 3^e ed.

Château-Gontier : ESF, 1985.

LÔO P., LÔO H., GALINOWSKI A.

Le Stress permanent, réaction-adaptation de l'organisme aux aléas
existentiels.

Paris : Masson, 1999. (Médecine et Psychothérapie).

LORRAINE B.

Trésors des épigrammes satiriques.

Paris : Le Cherche Midi éditeur, 1999.

MARIE-SCEMAMA L.

Phénomènes psychosomatiques : mise en évidence de leur substratum dans le système nerveux central, Le Quotidien du Médecin, 07 Novembre 2000, tiré d'une analyse de J. Belaïsch d'après les travaux de M. Dardenne et J.F. Bach.

MARTY P. :

La Psychosomatique adulte.

Paris : PUF, 1990. (Que sais-je ?)

MASSE I.

Le Rire. Approche neurophysiologique. Implication pathologique et fonctionnelle.

Th : Med : Clermond-Ferrand 1, 1994.

MAURON C.

Psychocritique du genre comique.

Paris : José Corti, 1964.

Mc FARLAND D.

Dictionnaire du comportement animal.

Paris : Robert Laffont, 1990.

Mc GHEE P.

Humor, Its Origin and Development.

New York : Freeman W. H. and Company, 1979.

MELOT M.

L'Œil qui rit. Le pouvoir comique des images.

Fribourg : Office du Livre, 1975.

MÉNAGER D.

La Renaissance et le rire.

Paris : PUF, 1995.

MÉNARD P.

Le Rire et le sourire dans le roman courtois en France, au Moyen Age (1150 - 1250).

Genève : Troz, 1969.

MÉNARD P.

Les Fabliaux, contes à rire du Moyen Age.

Paris, PUF, 1983.

MITTERAND H., REY A.

Dictionnaire de proverbes et dictons.

Paris : Le Robert, 1984.

MINOIS G.

Histoire du rire et de la dérision.

Paris : Fayard, 2000.

MOFFARTS C.

Le Clown relationnel, heureux qui clownmunique avec des personnes différentes.

Paradoxes, 1997, 35-44.

MORIN E. ET PIATTELLI-PALMARINI E.

L'Unité de l'Homme. I . Le primate et l'homme.

Paris : Le Seuil, 1974.

MOWRER D.D.E., LAPOINTE L.L., CASE J.

Analysis of Five Acoustic Correlates of Laughter, Journal of Non-Verbal Behaviour, 1987, 11, (3).

OLBRECHTS-TYTECA L.

Le Comique du discours.

Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles, 1974.

OPPENHEIM D.

Ne jette pas mes dessins à la poubelle.

Paris : Seuil, 1999.

OPPENHEIM D., SIMONDS C., HARTMANN O.

Clowning on children's wards.

Lancet, 1997, 350, 1838-1840.

OPPENHEIM D.

Psychopathologie de l'enfant cancéreux.

Th : Med : Paris VII, 1993.

OVEREEN S.

Weak with laughter.

Lancet, 4 Sept. 1999, 838.

PATCH A. :

Quand l'humour se fait médecin.

Montréal : Stanké, 2000.

PLESSNER H.

Le Rire et le pleurer, une étude des limites du comportement humain.

Paris : Fondation De La Maisons Des Sciences De l'Homme, 1995.

PROVINE R.

Laughter.

In : American Scientist, Janvier 1996, 84.

RAFONI P.

Rire et personnes âgées.

Th : Med : Paris 6, 1984.

RAQUIN S.

Rire pour vivre : Les bienfaits de l'humour sur notre santé et notre quotidien.

Paris : Dangles, 2000.

RANDIER C.

Les Découvertes du Dr Ryke Geert Hamer, Les lois biologiques.

Infor Vie Saine (117), Janvier-Février 1997.

RUBINSTEIN H.

Psychosomatique du rire.

Paris : Robert Laffont, 1983. (Réponses/santé).

RUFO M.

L'Hospitalisation du lion, Bulletin d'Education du patient à sa maladie.

Décembre 1993, 12, (4), 85-87.

Rozon P.

Le Rire.

Paris : Milan Collection, 1999.

SCIENCE & AVENIR.

Le Rire, Hors-série, Juillet/Août 1998.

SCOTT N.

Fabliaux des XIII è et XVI è siècles. Contes pour rire.

Paris : Bibliothèque Médiévale, 1977, 10/18.

SMADJA E.

Approche pluridisciplinaire du rire normal et des rires pathologiques.

Th : Med : Amiens, 1990.

SMADJA E.

Le rire,

Paris : PUF, 1993. (Que sais-je ?)

SPITZ R.A., WOLF K.M.

The Smiling reponse : a contribution to the autogenesis of social relations.

Genetics Psychology Monographs, 1964, 34, 57-125.

SROUFE L.A., WUNSCH J.P.

The Development of laughter in the first year of live.

Child Development, 1972, 43, (4), 1326-1344.

STERN D.

The first relationship infant and mother.

London : Open Books, 1977.

STORA J.B.

Le Stress.

Paris, PUF, 1991, 45-47. (Que sais-je ?)

STORA-SANDOR JUDITH :

L'Humour juif dans la littérature. De Job à Woody Allen.

Paris : PUF, 1984.

STRUM S.

Presque humain. Voyage chez les babouins,

Paris : Eshel, 1990.

SZAFRAN A.W. ET NYSENHOLC A.

Freud et le rire.

Paris : Métailié, 1993.

TAL SCHALLER C. :

Le Rire, une merveilleuse thérapie. Mieux rire pour vivre mieux.

Genève : Vivez Soleil, 2000.

VAN BLERKOM L.M.

Clown doctors : Shaman healers of Western medicine.

Memphis : Medical Anthropology Quarterly, 1995.

VAN HOOFF J.

A comparative Approach to the Phylogeny of Laughter and Smiling , in
Non-Verbal Communication.

Cambridge : Cambridge University Press, 1972.

VÉNARD J.

Les Vertus du rire.

Paris : Trustar, 1997.



VINCENT J.-D.

Biologie des passions.

Paris : Odile Jacob, 1994.

VOIRIN L.

L'Enfant en oncologie et le clown.

Th : Med : Lille 2, 1995.

WALSH J.J.

Laughter and Health.

New York : D. Appleton and Co., 1928.

WINNICOTT D.W.

Jeu et réalité. L'espace potentiel.

Paris : Gallimard, 1975.

WOODWROW A.

Et ça vous fait rire !

Paris : Félin/Kiron, 2000.

ANNEXE



Annalyse et synthèse d'un questionnaire anonyme adressé aux clowns de Nancy.

(Sur les 6 clowns questionnés, 3 répondront à l'ensemble des questions et 1 aux quatre premiers items) :

1. *quelles sont les raisons qui vous-ont conduit à devenir clown ? Puis clown-thérapeutes ?*

- Confrontation à la souffrance de son enfant face à une maladie grave.
- Croit aux vertus et bénéfices de la bonne humeur en complément de l'allopathie*.
- Pour distraire les enfants.
- Opportunité d'être clown, complétée par la conviction d'avoir trouvé sa voie suite à un reportage TV sur « Rire Médecin » et les clowns à l'hôpital.

2. *Quelles sont vos motivations pour travailler en service pédiatrique (Nécessité financière ?, Opportunité de saisir ce job ?, Désir inassouvi de s'occuper d'enfants ? Autres...).*

- Pour soulager la souffrance des enfants.
- Aime le contact avec les enfants.
- Plaisir de s'occuper des enfants.
- Besoin impératif de s'occuper d'enfants.

3. *Comment envisagez-vous votre travail ou pensez-vous votre métier ?*

- Temps passé à l'hôpital considéré comme un plaisir.
- Avec sérieux (angoisse lors de chaque intervention).
- Avec professionnalisme.
- Comme un défouloir, un amusement.

4. *Comment envisagez-vous votre formation ?*

Les 4 questionnaires retournés sont unanimes pour décrire et encourager la poursuite de stages et de formations nécessaires pour effectuer avec professionnalisme leur métier.

5. *Comment avez-vous perçu votre implantation, dans le service, par rapport aux autres intervenants, déjà implantés ? Avez-vous ressenti des conflits (par exemple territoriaux vis à vis d'autres équipes, d'autres associations ou des problèmes de créneaux horaires pour travailler, etc...)? Comment cette situation a-t-elle évolué ?*

- N'a pas ressenti de contrainte vis à vis des autres équipes.
- Implantation rapide, sans difficulté.
- Premiers contacts difficiles qui perdurent avec certaines personnes (problème de relation avec des individus et non avec des associations).

6. *Comment vous situez-vous par rapport aux autres intervenants externes et par rapport au personnel médical, para-médical et par rapport aux parents des enfants hospitalisés ?*

- Travail en bonne intelligence.
- Indifférence.
- Rapports bons en général, mais méfiance vis à vis de certains parents qui les mettent en port-à-faux avec leurs enfants.

7. *Votre avis et vos réflexions pour améliorer, si nécessaire, l'intégration et la coordination des différentes équipes présentes pour aider ces enfants hospitalisés. Y a-t-il lieu de faire des réunions fréquentes (si oui, tous les combien de temps et avec qui surtout) ?*

- 2 à 3 réunions / an suffisent avec le corps médical.
- Le respect entre chaque intervenant et du travail de chacun suffisent.
- En se faisant reconnaître comme professionnels à part entière.

8. *Comment voyez-vous votre avenir à plus ou moins long terme ?*

- Poursuite de cette activité à vie sauf incapacité physique.
- Poursuite de cette activité tant que la motivation restera présente.
- Poursuite de cette activité mais dans d'autres services hospitaliers afin de voir d'autres horizons.





GLOSSAIRE

•

Ce glossaire a pour but d'aider une majorité de personnes, qui ne seraient pas de formation médicale, à comprendre certains termes médicaux, ainsi qu'à rafraîchir la mémoire de la plupart d'entre-nous, et notamment de moi-même, en ce qui concerne les hommes célèbres auxquels cette thèse se réfère. Il s'agit donc d'un glossaire des plus personnels que certains, sûrement, trouveront incomplet et d'autres, peut-être, inutile. Quoiqu'il en soit tous les noms propres et les termes marqués d'un astérisque dans cette étude se retrouvent, avec l'aide du Larousse électronique de 1998, définis ci-après :

•

ALBERT le Grand (saint),

théologien, philosophe et savant allemand (Lauringen, Bavière, v. 1200 - Cologne 1280). Dominicain, il enseigna à Paris, où il eut comme disciple Thomas d'Aquin, puis à Cologne, où son influence devait marquer les spéculations de la mystique allemande. Partisan d'Aristote, il fut le premier théologien médiéval à entrer en dialogue avec les philosophies grecque, byzantine, arabe et juive. Il innova par rapport à Aristote en soulignant l'importance de la connaissance fondée sur l'observation.

ALLOPATHIE n.m.,

Méthode de traitement dans laquelle on fait usage de médicaments dont l'action sur l'homme sain produit des phénomènes morbides autres que ceux qu'on observe chez le malade.

ARISTOPHANE,

poète comique grec (Athènes v. 445 - v. 386 av. J.-C.). Ses onze pièces, dont le ton va de la bouffonnerie la plus grossière à la plus délicate poésie, sont pour la plupart inspirées par des questions d'actualité et défendent les traditions contre les idées nouvelles : il raille Socrate dans les Nuées, Euripide dans les Grenouilles, préconise une politique de paix dans les Acharniens, la Paix, Lysistrata, critique la justice athénienne dans les Guêpes, les utopies politiques de Platon dans l'Assemblée des femmes ; mais il sait aussi, comme dans les Oiseaux, faire la part de la féerie.

ARISTOTE,

philosophe grec (Stagire, Macédoine, 384 - Chalcis, Eubée, 322 av. J.-C.).

ATHETOSE n.f.,

mouvements involontaires, incoordonnés, de grande amplitude, affectant surtout les extrémités des membres et la face; leur lenteur et leur caractère ondulant les distinguent des mouvements choréiformes.

AUSTRALOPITHEQUE n.m.,

Hominidé reconnu en Afrique australe, auteur des premiers outils taillés (3 millions d'années). SYN. : australanthropien.

BATESON (Gregory),

anthropologue américain d'origine britannique (Cambridge, Grande-Bretagne, 1904 - San Francisco 1980). Après la Seconde Guerre mondiale, il s'orienta vers la cybernétique et appliqua la théorie de la communication au champ psychiatrique ; il élaborait la théorie du « double bind » et étudia la communication animale. Il est l'auteur de *Communication* (1950).

BENOÎT de Nursie (saint),

père et législateur du monachisme chrétien d'Occident (Nursie v. 480 - Mont-Cassin v. 547). Élevé dans une famille de la noblesse romaine, il devint ermite à Subiaco puis s'établit au mont Cassin, où il fonda le monastère qui fut ainsi le berceau de l'ordre des Bénédictins. Il y rédigea la règle monastique qui porte son nom.

BERNARD de Clairvaux (saint),

moine, théologien et docteur de l'Église (Fontaine-lès-Dijon 1090 - Clairvaux 1153). Entré en 1112 avec d'autres jeunes nobles au monastère de Cîteaux, où prenait naissance une réforme, dite « cistercienne », de l'ordre bénédictin, il fonda en 1115 l'abbaye de Clairvaux, dont il fit le centre d'un prodigieux développement du monachisme cistercien. Il prend parti dans les querelles théologiques (notamment contre Abélard) et dans les affaires temporelles ; il conseille les rois et les papes ; il assume la prédication de la deuxième croisade à Vézelay et à Spire (1146). Ses traités, sermons et poésies font de lui un théoricien de l'amour surnaturel et un maître de la vie contemplative.

BOCCACE (Giovanni Boccaccio, dit),

écrivain italien (Florence ou Certaldo 1313 - Certaldo 1375). Auteur d'idylles mythologiques, allégoriques (le Nymphée de Fiesole) ou psychologiques (Fiammetta), il fut le premier grand prosateur italien. Son chef-d'œuvre est le *Décameron* (1348-1353) [], recueil de nouvelles qui dépeignent les mœurs au XIV^e siècle.

BONIFACE VIII (Benedetto Caetani) [Anagni v. 1235 - Rome 1303],

pape de 1294 à 1303. Successeur de Célestin V, seul pape à avoir démissionné, il s'oppose d'emblée à Philippe le Bel, qui veut imposer les clercs. Après une accalmie, pendant laquelle il procède à la canonisation de Louis IX (1297), il entre de nouveau en conflit avec Philippe, qu'il s'apprête à excommunier (1303) en proclamant la supériorité du pape sur tous les princes. Conseillé par Nogaret, le roi de France en appelle au concile et organise l'expédition d'Anagni pour s'emparer de Boniface. Libéré, il rentre à Rome et y meurt.

CASTIGLIONE (Baldassare),

diplomate et écrivain italien (Casatico, prov. de Mantoue, 1478 - Tolède 1529). Il est l'auteur du *Courtisan* (1528), guide du parfait homme de cour sous la Renaissance.

CASUISTIQUE n.f.

1. Partie de la théologie morale qui s'attache à résoudre les cas de conscience.
2. LITT. Tendance à argumenter avec une subtilité excessive.

CHOREE n.f.,

nom donné à tout un ordre de manifestations nerveuses caractérisées essentiellement par des contractions cloniques des muscles, tantôt lentes, tantôt brusques.

CHOREO-ATHETOSIQUE adj.,

qui participe à la fois de la chorée et de l'athétose.

CICERON, en lat. Marcus Tullius cicero,

homme politique et orateur latin (Arpinum 106 - Formies 43 av. J.-C.). Issu d'une famille plébéienne entrée dans l'ordre équestre, avocat, il débute dans la carrière politique en attaquant Sulla à travers un de ses affranchis (Pro Roscio Amerino), puis en défendant les Siciliens contre les exactions de leur gouverneur Verrès (les Verrines). Consul (63), il déjoue la conjuration de Catilina et fait exécuter ses complices (Catilinaires). Il embrasse le parti de Pompée mais, après Pharsale, se rallie à César. Après la mort de ce dernier, il attaque vivement Antoine et lui oppose Octavien. Proscrit par le second triumvirat, il est assassiné. Cicéron a porté l'éloquence latine à son apogée : ses plaidoyers et ses discours ont servi de modèle à toute la rhétorique latine (De oratore). Ses traités philosophiques (De finibus, De officiis) ont acclimaté dans la littérature latine la métaphysique et la morale grecques.

COGNITIF,IVE adj. (lat. cognitus, connu).

1. Qui permet de connaître ; qui concerne la connaissance.

2. Qui se rapporte aux processus par lesquels un être vivant acquiert des informations sur son environnement.

Sciences cognitives, ensemble de méthodes et d'hypothèses dont l'objet est l'analyse chez l'homme des représentations et des connaissances nécessaires à la compréhension.

CYTOKINE n.f.,

protéine sécrétée par une cellule et allant se fixer sur une autre cellule pour y déclencher divers phénomènes tels la division ou la différenciation.

DANTE ALIGHIERI,

poète italien (Florence 1265 - Ravenne 1321).

DEMOCRITE,

philosophe grec (Abdère v. 460 - v. 370 av. J.-C.). Il a rassemblé des disciples qui reçurent le nom d'« école d'Abdère ». Il est le principal fondateur du matérialisme et de l'atomisme. Les atomes, particules indivisibles, éternelles et invariables, se combinent dans un mouvement perpétuel. Selon Démocrite, « rien ne naît de rien ». L'âme est constituée d'atomes ; la connaissance est entièrement due aux sens, grâce à l'émanation issue des objets de particules qui frappent les sens.

DESTOUCHES (Philippe Néricault, dit),

auteur dramatique français (Tours 1680 - Villiers-en-Bière 1754). Il a écrit des comédies moralisatrices (le Glorieux, 1732). [Acad. fr. 1723.]

DOMINICAIN,E n.

Religieux, religieuse de l'ordre fondé en 1215 par saint Dominique (ordre des Frères prêcheurs).

DYSARTHRIE n.f.,

(du gr. arthron, articulation).

Difficulté à articuler les mots, due à une paralysie ou à une ataxie des centres nerveux.

ENDOGENE adj.,

(gr. endon, dedans, et genos, origine).

Qui est produit par qqch en dehors de tout apport extérieur. CONTR. : exogène.

EUTHYMIE,

Comportement extérieur joyeux, humeur gaie.

FRANCOIS D'ASSISE (saint),

fondateur des Frères mineurs, ou franciscains (Assise v. 1182 - id. 1226). Fils d'un riche drapier, il quitte les siens en 1206 pour vivre dans la solitude et se consacrer à la prière. L'influence de celui qu'on appelle bientôt le Poverello (" Petit Pauvre ") lui attire des disciples désireux de partager son idéal de dénuement, de simplicité et d'apostolat. Ce groupe devient en 1209 un ordre religieux. S'y adjoignent, en 1212, l'ordre féminin des Pauvres Dames, ou clarisses, fondé, avec François, par sainte Claire puis, en 1221, un " tiers ordre ", association de laïques qui veulent vivre l'idéal franciscain sans quitter le monde. Deux ans avant sa mort, François est marqué par les stigmates de la Passion du Christ. Son âme de poète s'est exprimée, en ce temps qui fut celui des troubadours, dans des textes qui, tel le

Cantique du soleil ou des créatures, sont les premiers des lettres italiennes ; sa légende revit dans les Fioretti. (Voir aussi :FRANCISCAIN).

FRANCISCAIN,E n. et adj.

1. Religieux, religieuse de l'ordre fondé par saint François d'Assise.
2. Relatif à saint François d'Assise ou à son ordre.

GALIEN (Claude),

médecin grec (Pergame v. 131 - Rome ou Pergame v. 201). Malgré ses erreurs et ses théories fantaisistes, il fit d'importantes découvertes en anatomie, utilisa l'expérimentation animale, encouragea l'examen du malade et le diagnostic logique. Il s'opposa aux thèses d'Hippocrate mais reprit en fait certaines de ses idées. Comme avant lui Asclépiade et Celse, ce médecin et philosophe représente l'apport du monde grec à la médecine romaine. L'Europe en fera un des piliers de la médecine jusqu'à la Renaissance.

GASSENDI (Pierre Gassend, dit),

philosophe et savant français (Champtercier, près de Digne, 1592 - Paris 1655). Il entra dans les ordres en 1615. Il critiqua Aristote, fit des Objections aux Méditations de Descartes (1641), développa une théorie atomiste à la manière de Démocrite, à laquelle il superposa une perspective harmoniciste des éléments qui composent le monde. En astronomie, il fut un pionnier de l'observation des planètes à la lunette et fit la première description scientifique d'une aurore boréale (1621). En physique, il a étudié la chute des corps et les lois du choc, expliqué la hauteur des sons et mesuré leur vitesse de propagation.

GESTALTISME n.m.,

(de l'all. Gestalt, structure).

Théorie, due à Köhler, Wertheimer et Koffka, qui considère les phénomènes psychologiques comme des ensembles indissociables et structurés (formes). SYN. : théorie de la forme.

GREGOIRE Ier le Grand (saint),

pape de 590 à 604 (Rome v. 540 - id. 604). Nommé préfet de Rome en 572 et entré dans la vie monastique en 574, il est nonce à Constantinople de 579 à 585. En 590, le clergé et le peuple de Rome l'appellent pour succéder au pape Pélage II. Son pontificat est marqué par l'affirmation de la primauté romaine, par une profonde réforme disciplinaire et liturgique de l'Eglise et par une politique de conversion des ariens et d'évangélisation des populations d'Angleterre. La tradition lui attribue la réorganisation du chant liturgique de l'Eglise, ou plain-chant, qu'on appela pour cela chant grégorien.

HAMARTOME n.m.,

Nom donné en Allemagne à une malformation, d'aspect tumoral, due à un mélange anormal des éléments constitutifs normaux; c'est la *dysembryoplasie* des auteurs français.

HILDEGARDE de BINGEN (sainte),

abbesse bénédictine, née près de Mayence (1098-1179).

HIPPOCRATE,

médecin grec (île de Cos v. 460 - Larissa, Thessalie, v. 377 av. J.-C.), l'un des plus grands médecins du monde antique de culture grecque, avec Galien. La légende fait de lui le père de la médecine. Les nombreux écrits qui lui sont attribués (qui ne sont pas tous de sa main) proposent des théories qui paraissent aujourd'hui fantaisistes, mais Hippocrate s'intéressa aussi à l'examen du malade et à l'éthique. Son influence se fit sentir en Europe jusqu'au XVII^e siècle.

HOBBS (Thomas),

philosophe anglais (Wesport, Wiltshire, 1588 - Hardwick Hall 1679). Partisan de la monarchie absolue, effrayé par la révolution qui se préparait, il passa en France en 1640. Il fit paraître à Londres son ouvrage fondamental, le Léviathan (1651), puis regagna l'Angleterre. Sa conception de l'État ne peut être séparée de sa philosophie, un matérialisme mécaniste. L'homme à l'état de nature est uniquement mû par le désir et la crainte, d'où la guerre permanente (« l'homme est un loup pour l'homme »). Donc, pour vivre en société, l'homme doit, par un contrat passé avec ses semblables, renoncer à ses droits au profit d'un souverain absolu qui fait régner l'ordre, l'État, baptisé d'un nom phénicien passé dans le folklore hébreu, symbole du désordre et du mal, le Léviathan. (Voir aussi :ÉTAT.)

HOMELIE nf.,

(gr. homilia, réunion).

1. Instruction familière sur l'Évangile au cours de la messe : Les homélies de saint Jean Chrysostome.
2. Discours sur la morale, affecté et ennuyeux.

HOMELITIQUE adj.

HOMEOSTASIE n.f.,

Tendance des organismes vivants à maintenir constants leurs paramètres biologiques face aux modifications du milieu extérieur.

KANT (Immanuel),

philosophe allemand (Königsberg 1724 - id. 1804).

Le criticisme kantien est un rationalisme dont l'originalité est de ne pas chercher à édifier un « système », comparable à ceux de Descartes ou de Leibniz, mais de s'attacher à circonscrire les limites à l'intérieur desquelles la raison peut connaître, et ce, en dégageant les conditions a priori de toute connaissance.

Né en 1724 à Königsberg dans une famille modeste, Kant obtient le grade de docteur à l'université en 1755, ce qui l'autorise à donner des cours en qualité de Privatdozent. Il n'est nommé professeur ordinaire à la chaire de logique et de métaphysique qu'en 1770. Célibataire, il mène une vie austère, entièrement consacrée à l'étude et à l'enseignement.

LOUIS IX ou SAINT LOUIS (Poissy 1214 ou 1215 - Tunis 1270), roi de France (1226-1270).

En dehors du royaume, la réputation de sagesse et de sainteté de Louis IX fut telle que de nombreux souverains d'Europe réclamèrent son arbitrage. Profondément pieux, Louis IX a vécu dans la prière et le jeûne, et il fut canonisé dès 1297 par Boniface VIII.

NARCOLEPSIE n.f.,

(du gr. narkê, sommeil, et lêpsis, action de prendre).

Tendance irrésistible au sommeil, se manifestant par accès.

NYSTAGMUS n.m.,

(gr. nustagma, action de baisser la tête).

Succession de mouvements oscillatoires, courts et saccadés, des yeux, parfois liée à une lésion des centres nerveux.

ONTOGENESE ou ONTOGÉNIE n.f. (du gr. ôn, ontos, être).

Développement de l'individu depuis l'oeuf fécondé jusqu'à l'état adulte.

PALO ALTO (école de),

mouvement de pensée psychiatrique né à Palo Alto, banlieue de San Francisco, qui lie le comportement d'un schizophrène à son environnement familial. Elle est à l'origine des thérapies familiales.

PALEOCHRETIEN, ENNE,

Se dit de l'art des premiers chrétiens.

PATTERN n.f. (mot angl., modèle).

Modèle simplifié d'une structure, en sciences humaines.

PHYLOGENESE ou **PHYLOGÉNIE** n.f. (du gr. phûlon, tribu, et genesis, origine).

Étude de la formation et de l'évolution des espèces animales et végétales, en vue d'établir leur parenté.

PIAGET

psychologue suisse (Neuchâtel 1896 - Genève 1980). Il a formulé une théorie des stades du développement intellectuel de l'enfant. L'une des idées motrices en est que l'adaptation de la connaissance du monde se fait chez l'enfant par l'action : un équilibre tend constamment à se reformer entre ce que l'enfant assimile et ce à quoi il s'adapte. La psychologie est pour Piaget l'étude des opérations cognitives propres aux différents niveaux de développement. Il a fondé l'épistémologie génétique. Piaget a écrit, notamment, la Naissance de l'intelligence (1936), la Construction du réel (1937), la Formation du symbole (1946).

PIAGETIEN, relatif à PIAGET.

PLATON,

philosophe grec (Athènes v. 427 - id. 348-347 av. J.-C.).

POLYSEMIE n.f.,

Propriété d'un mot qui présente plusieurs sens différents.

PROSODIE n.f. (gr. prosôdia, accent tonique).

1. Ensemble des règles relatives à la quantité des voyelles qui régissent la composition des vers (notamm. dans les poésies grecque et latine).

2. Étude des règles de concordance des accents d'un texte et de ceux, forts ou faibles, de la musique qui l'accompagne.

3. Partie de la phonétique qui étudie l'intonation, l'accentuation, les tons, le rythme, les pauses, la durée des phonèmes.

PROSODIQUE adj.

Relatif à la prosodie.

PSITTACISME,

Répétition mécanique de phrases, de formules par un sujet qui ne les comprend pas.

PSYCHOSOMATIQUE adj.,

(du gr. psukhê, âme, et sôma, corps).

1. Qui concerne à la fois le corps et l'esprit.

2. Se dit de troubles organiques liés princ. à des facteurs d'ordre psychique (conflits, etc.) alors que les symptômes de maladie mentale font défaut.

3. Médecine psychosomatique, branche de la médecine qui s'intéresse aux troubles psychosomatiques.

QUINTILIEN,

rhéteur latin (Calagurris Nassica,auj. Calahorra, Espagne, v. 30 - v. 100 apr. J.-C.). Dans son ouvrage sur la formation de l'orateur (De l'institution oratoire), il réagit contre les tendances nouvelles représentées par Sénèque et proposa l'imitation de Cicéron.

SANTORINI, (muscle risorius de),

(angl. Santorini's muscle). Muscle peaucier, qui attire en dehors et en arrière la commissure labiale. Il intervient dans le sourire et le rire. Syn.muscle rieur.

SCOLASTIQUE (gr. skholastikos, relatif à l'école).

- adj.

1. Relatif à la scolastique.

2. Se dit de toute doctrine considérée comme dogmatique et sclérosée.

- n.f.

Enseignement philosophique et théologique propre au Moyen Âge, fondé sur la tradition aristotélicienne interprétée par les théologiens.

- n.m.

1. Philosophe ou théologien scolastique.

2. Jeune religieux qui fait ses études dans un scolasticat.

SCHOPENHAUER (Arthur),

philosophe allemand (Dantzig 1788 - Francfort-sur-le-Main 1860). Il considère que le monde n'est qu'une macabre représentation à laquelle il convient de n'opposer qu'un pessimisme actif. Sa philosophie est marquée par la découverte, en Europe, des philosophies et des religions de l'Inde, l'hindouisme et le bouddhisme (le Monde comme volonté et comme représentation, 1818).

SEMIOTIQUE n.f.,

1. Étude des systèmes de signes, qui s'intéresse aux relations des signes entre eux (syntaxe), aux relations entre signes et signifiés (sémantique), et à l'utilisation des signes (pragmatique). SYN. : sémiologie.

2. Cette science appliquée à un domaine particulier de la communication.

- adj.,

Relatif à la sémiotique.

SPENCER (Herbert),

philosophe et sociologue britannique (Derby 1820 - Brighton 1903), auteur d'une philosophie fondée sur le processus de l'évolution et qui met en avant le passage de l'homogène à l'hétérogène comme facteur principal de cette évolution au niveau individuel (Principes de sociologie, 1876-1896). Son premier ouvrage, Principe de psychologie (1855), a marqué les débuts de la psychologie.

SPITZ (René Arpad),

médecin et psychanalyste américain d'origine austro-hongroise (Vienne 1887 - Denver, Colorado, 1974). Il a montré les conséquences sur le développement psychique et somatique des carences affectives précoces (hospitalisme, dépression anaclitique).

SOMATIQUE adj.,

(du gr. sôma, sômatos, corps).

1. Relatif au soma.

2. Qui concerne le corps, les fonctions organiques.

SOTIE n.f. (de sot).

Genre dramatique médiéval (XIVe-XVIe s.) qui relève de la satire sociale ou politique.

SYLLOGISME,

(gr. sullogismos, de sun, avec, et logos, discours).

Raisonnement qui contient trois propositions (la majeure, la mineure et la conclusion) et tel que la conclusion est déduite de la majeure par l'intermédiaire de la mineure. (Ex. : Si tous les hommes sont mortels[majeure] ; si tous les Grecs sont des hommes [mineure] ; donc tous les Grecs sont mortels [conclusion].)

.

TAUTOLOGIE,

(du gr. tautos, le même, et logos, discours).

1. Répétition d'une même idée en termes différents dans certaines formules.
2. En logique, proposition vraie quelle que soit la valeur de vérité de ses composants, par opp. à contradiction. SYN. : proposition valide.

TAUTOLOGIQUE : Relatif à la tautologie; qui a le caractère d'une tautologie.

THOMAS D'AQUIN (saint),

théologien italien (Roccasecca, Aquino, prov. de Frosinone, 1225 - abbaye de Fossanova, prov. de Latina, 1274). Dominicain, il vint étudier en 1245 à l'université de Paris, où il eut comme maître Albert le Grand. Il suivit celui-ci à Cologne, puis revint à Paris, où son enseignement s'étendit sur deux périodes (1252-1259, 1269-1272), y provoquant une opposition de la part des théologiens de tradition augustinienne. Son souci fut de défendre, à la lumière d'Aristote, une certaine autonomie de la philosophie par rapport à la foi et à la théologie. En 1277, plusieurs de ses positions furent condamnées, mais le thomisme devint un des courants majeurs (et parfois le plus officiel) de la pensée chrétienne. Outre des commentaires d'Aristote, de Pierre Lombard ou de l'Écriture, Thomas a composé la Somme contre les Gentils (1258-1264) et la Somme théologique (1266-1273).

VERNACULAIRE adj. (du lat. vernaculus, indigène).

Langue vernaculaire ou vernaculaire, n.m., langue parlée seulement à l'intérieur d'une communauté.

Nom vernaculaire, nom usuel d'une espèce animale ou végétale dans son pays d'origine.

WITTGENSTEIN (Ludwig),

philosophe autrichien naturalisé britannique (Vienne 1889 - Cambridge 1951). Sa première théorie, celle du Tractatus logico-philosophicus (1921), pose qu'il existe une relation biunivoque entre les mots et les choses, et que les propositions qui enchaînent les mots constituent des « images » de la réalité. On arriverait ainsi à un langage totalement désambiguïé. Cette théorie (atomisme logique) eut une certaine influence sur le cercle de Vienne. Elle a été ensuite abandonnée par Wittgenstein lui-même, comme en témoignent les Investigations philosophiques, écrites entre 1936 et 1945 et entre 1947 et 1949. Dans cet ouvrage, l'auteur (« le second Wittgenstein ») abandonne la thèse logiciste, met en lumière l'aspect humain du langage et procède à une délimitation rigoureuse entre logique et grammaire.

ADRESSES UTILES

•

A.L.H. (Animation Loisirs à l'Hôpital), Les dames en rose,
5 rue Barye, 75017 Paris.

A.P.A.C.H.E. (Association Pour l'Amélioration des Conditions
d'Hospitalisation des Enfants),
BP 162, 92185 Antony cedex.

Association Art, clown & thérapie,
94 av. des Coteaux, 4030 Liège - Belgique.

Association le Rire Médecin,
18 rue Geoffroy-L'Asnier, 75004 Paris.

Association Sourire, Rire, Guérir,
12 rue du Manège, 54000 Nancy.



VU

NANCY, le 26 FÉVRIER 2002

Le Président de Thèse

NANCY, le 4 MARS 2002

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Mme le Professeur D. SOMMELET

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 11 MARS 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Ce travail, synthèse des connaissances sur le rire, a pour objectif d'en appliquer les effets bénéfiques à l'enfant hospitalisé pour maladie grave. Le rire permet de l'aider à surmonter, voire à participer activement aux soins contraignants et parfois agressifs qu'il subit.

La présence de clowns dans un Service d'Oncologie Pédiatrique répond aux objectifs précités grâce à une formation spécifique des intervenants et à une étroite relation avec le personnel soignant. L'action des clowns peut en quelque sorte être intégrée aux soins.

TITRE EN ANGLAIS

Laugh Therapy in Paediatrics.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE -ANNEE 2002

MOTS CLEFS :

enfant, maladie grave, hôpital, clown, thérapie par le 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 Cedex
