

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.sciences@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>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Lénie GASCON

16 mars 2007

**L'HYPNOSE MEDICALE :
DU SOMMEIL A L'EVEIL**

Réflexions sur l'histoire de l'hypnose

Examineurs de la thèse :

M. KAHN J.P
M. DE KOWIN JD
M. LONGROIS D
MME. CAHEN E
M. REMY J

Professeur des Universités
Professeur des Universités
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Docteur en Médecine Générale

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITE DE NANCY I

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

ASSESEURS

Du 1^{er} cycle : Mme le Docteur Chantal KOHLER

Du 2^{ème} cycle : Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Du 3^{ème} cycle : Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Chargé des bâtiments et des finances : Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

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

Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - 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

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 - 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 BORRELY - Michel RENARD - Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET - Marie-Claire LAXENAIRE

Adrien DUPREZ - Paul VERT - Philippe CANTON - Bernard LEGRAS - Pierre MATHIEU - Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER - Gilbert THIBAUT - Michel WEBER - Gérard FIEVE - Daniel SCHMITT

Colette VIDAILHET

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS**
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

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

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

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

Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE - Professeur François MARCHAL

Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE

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

Professeur A. LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU

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

Professeur Guy PETIET - Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER - Professeur Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY - Professeur Pierre BEY

Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**1ère sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**1ère sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**1ère sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

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

3ème sous-section : (Dermato-vénérologie)
 Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeur Annick BARBAUD
4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)
 Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie)
 Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT
2ème sous-section : (Cardiologie)
 Professeur Étienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL
 Professeur Christian de CHILLOU
3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)
 Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX - Professeur Loïc MACE
4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)
 Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
2ème sous-section : (Chirurgie digestive)
 -
3ème sous-section : (Néphrologie)
 Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme) - Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : (Urologie)
 Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT - Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne)
 Professeur Francis PENIN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Denis WAHL
 Professeur Jean Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY
 Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY - Professeur Abdelouahab BELLOU
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
 Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

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

1ère sous-section : (Pédiatrie)
 Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN
 Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
2ème sous-section : (Chirurgie infantile)
 Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Pierre JOURNAUX
3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
 Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN
 Professeur Patricia BARBARINO
4ème sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)
 Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI
5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)
 Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteur Jean-Pascal FYAD

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE - Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Pierre THOUVENOT

Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK - Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN - Docteur Bernard NAMOUR - Docteur Marc MERTEN

2ème sous-section : (*Physiologie*)

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

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE

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

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX - Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie France BIAVA - Docteur Nelly CONTE AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Épidémiologie; économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie Nathalie KOLOPP SARDA

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE

Docteur Marie-José ROYER-MORROT - Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAITRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Professeur Jean-Yves JOUZE

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

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

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**Médecine Générale**

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

PROFESSEURS ÉMÉRITESProfesseur Georges GRIGNON - Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Pierre GAUCHER
Professeur Claude CHARDOT - Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT - Professeur Jean-Pierre GRILLAT - Professeur Philippe CANTON
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHELSSEN (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 (VIETNAM)*

FORMULAIRE DE PROTECTION

Par délibération en date du 9 décembre 1798, la faculté de Médecine a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur KAHN

Professeur de Psychiatrie

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté la présidence de cette thèse, et vous remercions pour la bienveillance avec laquelle vous nous avez accueillie.

Veillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur DEKORWIN

Professeur de Médecine Interne

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail et nous vous en remercions.

Veillez trouver ici l'expression de toute notre gratitude et de notre estime.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur LONGROIS

Professeur d'Anesthésie, Réanimation Chirurgicale (option clinique)

C'est avec spontanéité que vous avez accepté de juger
notre travail, et nous vous en remercions.

C'est un honneur de vous compter parmi nos juges.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur CAHEN

Praticien Hospitalier en Psychiatrie

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Vous nous avez encouragé. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance, et veuillez trouver ici l'expression de notre estime, et de nos plus vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur REMY

Docteur en Médecine Générale

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous fait en acceptant de juger cette thèse. Votre enthousiasme, votre attention bienveillante et vos précieux conseils, ont été très appréciables. Merci pour cette enrichissante rencontre.

Que ce travail soit le témoignage de l'estime que nous vous portons.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À mes parents, qui m'ont élevée dans l'ouverture d'esprit, la tolérance et qui ont fait de moi un libre penseur.

À Pierre-Eric, pour son amour, sa noblesse d'âme, sa confiance, sa patience ... et pour avoir eu l'audace de croire en moi. Merci mon ange...

À Patrick, le grand frère que je n'ai jamais eu.

À Sandrine et Hervé qui resteront toujours pour moi des exemples de bonté et de générosité.

À tous ceux que la vie m'a donné l'occasion de croiser, qui m'ont laissé un peu d'eux, et qui feront partie de moi pour toujours.

Serment

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Table des matières

	Page
Présentation de la Faculté de Médecine de Nancy	2
Remerciements	11
Serment	17
Table des matières	18
INTRODUCTION	23
PREAMBULE - QUELQUES DEFINITIONS	26
PREMIERE PARTIE - HISTORIQUE DE L'HYPNOSE	29
<u>Chapitre 1 - Les précurseurs</u>	30
I.1.1. Le fluide universel ou magnétisme animal	31
<i>I.1.1.1. Paracelse (1493-1541)</i>	31
<i>I.1.1.2. Franz Anton Mesmer (1734-1815)</i>	33
<i>I.1.1.3. Le magnétisme animal de Mesmer</i>	33
I.1.2. Du sommeil magnétique à l'hypnose	37
<i>I.1.2.1. Le Marquis de Puységur (1751-1825)</i>	37
<i>I.1.2.2. José Custodio de Faria (1750-1819)</i>	38
<i>I.1.2.3. Joseph Philippe François Deleuze (1753-1835)</i>	39
<i>I.1.2.4. Charles Lafontaine (1803-1892)</i>	40
<i>I.1.2.5. James Braid (1795-1860)</i>	40
I.1.3. D'autres personnages marquants	42
<i>I.1.3.1. John Elliotson (1791-1868)</i>	42
<i>I.1.3.2. James Esdaile (1808 -1859)</i>	42
I.1.4. Abandon du magnétisme pendant plusieurs décennies	43
<u>Chapitre 2 - Réapparition de l'intérêt pour l'hypnose : les débuts de l'ère scientifique</u>	43
I.2.1. L'école de Nancy : la théorie psychologique	43
<i>I.2.1.1. Ambroise Auguste Liébault (1823-1904)</i>	43
<i>I.2.1.2. Hippolyte Bernheim (1840-1919)</i>	44
<i>I.2.1.3. Fondation de l'Ecole de Nancy</i>	45

	19
I.2.2. L'école de la Salpêtrière : la théorie neurologique	46
<i>I.2.2.1. Jean-Martin Charcot (1825-1893)</i>	46
I.2.3. Affrontement entre l'Ecole de Nancy et l'Ecole de la Salpêtrière : la théorie psychique face à la théorie neurologique	48
I.2.4. Emile Coué (1857-1926)	49
<u>Chapitre 3 - Freud et la naissance de la psychanalyse</u>	50
I.3.1. Sa découverte de l'hypnose	50
<i>I.3.1.1. Passage de Sigmund Freud à la Salpêtrière</i>	50
<i>I.3.1.2. Sigmund Freud et l'Ecole de Nancy</i>	51
I.3.2. Abandon de l'hypnose ?	51
I.3.3. La découverte de l'inconscient	51
I.3.4. Début de la psychanalyse	52
I.3.5. Les successeurs	54
<i>I.3.5.1. Carl Gustav Jung (1875-1961)</i>	54
<u>Chapitre 4 – Le renouveau de l'hypnose</u>	55
I.4.1. De l'hypnose à l'automatisme psychologique	56
<i>I.4.1.1. Pierre Marie Félix Janet (1859-1947)</i>	56
I.4.2. Vers la maturité de l'hypnose	57
<i>I.4.2.1. Le courant empathiste de Ferenczi (1873-1933)</i>	57
<i>I.4.2.2. La psychologie du Moi de Hartman (1894-1970)</i>	58
<i>I.4.2.3. Contre la tentation théorique : Léon Chertok (1911-1991)</i>	59
<i>I.4.2.4. La sophrologie d'Alfonso Caycedo (1932)</i>	60
I.4.3. L'hypnose éricksonienne	61
<i>I.4.3.1. Milton H. Erickson (1901-1980)</i>	61
DEUXIEME PARTIE – LES DONNEES ACTUELLES :	64
 LA PLACE DE L'HYPNOSE AU DEBUT DU XXI^{ème} SIECLE	
<u>Chapitre 1 - A l'aube de l'hypnose médicale officielle</u>	65
II.1.1. De l'hypnose de spectacle à l'hypnose médicale	65
<i>II.1.1.1. L'hypnose de spectacle</i>	65
<i>II.1.1.2. Rencontre avec un hypnotiseur de spectacle.</i>	67
<i>II.1.1.3. De la scène au coaching sportif</i>	68

	20
II.1.1.4. <i>De la scène aux sessions de formation</i>	69
II.1.2. Reconnaissance scientifique du phénomène	70
II.1.2.1. <i>Une présence grandissante dans la presse médicale</i>	71
II.1.2.2. <i>Des techniques modernes d'imagerie cérébrale</i>	71
II.1.3. Des avancées significatives	74
II.1.3.1. <i>En Belgique</i>	74
II.1.3.2. <i>Au Canada</i>	76
II.1.3.3. <i>Aux U.S.A.</i>	79
II.1.3.4. <i>En Italie</i>	80
II.1.3.5. <i>En Suisse</i>	80
II.1.3.6. <i>En France</i>	81
II.1.4. Tentative de compréhension de la nature de l'hypnose	82
II.1.4.1. <i>Hypnose thérapeutique : deux composantes</i>	82
II.1.4.2. <i>Difficulté à naturaliser l'hypnose</i>	83
II.1.4.3. <i>Les états modifiés de conscience</i>	84
II.1.4.4. <i>L'hypnose : un état de veille exacerbée</i>	85
II.1.4.5. <i>Puissance de la relation hypnotiseur/hypnotisé dans la nature de l'hypnose</i>	86
II.1.4.6. <i>Les principaux signes hypnotiques</i>	86
<u>Chapitre 2 – L'hypnose médicale de nos jours en pratique</u>	90
II.2.1. Hypnose médicale : des chiffres	90
II.2.1.1. <i>Quelques données chiffrées</i>	90
II.2.1.2. <i>Attente des patients</i>	94
II.2.1.3. <i>Attente des médecins et autres soignants</i>	97
II.2.2. Les praticiens de l'hypnose médicale	99
II.2.2.1. <i>Médecins et chirurgiens dentistes</i>	99
II.2.2.2. <i>Psychologues et psychothérapeutes</i>	100
II.2.2.3. <i>Les soignants du domaine paramédical</i>	100
II.2.2.4. <i>Le patient lui-même : l'autohypnose</i>	101
II.2.3. Où ? : de nombreux lieux	101
II.2.3.1. <i>Hypnose intra-hospitalière</i>	101
II.2.3.2. <i>Associations et groupements français</i>	102
II.2.3.3. <i>Instituts Ericksoniens</i>	104
II.2.3.4. <i>Ecoles et organismes de formation</i>	104
II.2.4. Comment : les techniques	106
II.2.4.1. <i>Les techniques d'induction</i>	106
II.2.4.2. <i>La thérapie : deux écoles complémentaires</i>	107
II.2.4. Indications et contre-indications	108
II.2.5.1. <i>Indications</i>	108
II.2.5.2. <i>Contre-indications</i>	111

Chapitre 3 – Une médecine en mutation 114

II.3.1. Caractérisation de la mutation	114
II.3.1.1. <i>Iatrogénie médicamenteuse excessive</i>	114
II.3.1.2. <i>Surmedicalisation : envahissement par l’outil médicamenteux</i>	115
II.3.2. Les autres problématiques	115
II.3.2.1. <i>La responsabilité médicale</i>	115
II.3.2.2. <i>La médecine factuelle (E.B.M. Evidence Based Medecine)</i>	116
II.3.2.3. <i>Les groupes pharmaceutiques</i>	117
II.3.2.4. <i>Autres pratiques, autres coûts</i>	118

TROISIEME PARTIE – HYPNOSE MEDICALE : EVOLUTION OU REVOLUTION ? 120

Chapitre 1 – Un monde scientifique en mutation 121

III.1.1. Dans le domaine de la physique	122
III.1.1.1. <i>La physique quantique</i>	122
III.1.1.2. <i>La théorie des cordes</i>	124
III.1.1.3. <i>La théorie des mondes parallèles</i>	125
III.1.1.4. <i>La quatrième dimension : le temps</i>	127
III.1.1.5. <i>La théorie de la matière fantôme</i>	128
III.1.2. D’autres exemples de remise en cause scientifique	129
III.1.2.1. <i>Dans le domaine de la biologie</i>	129
III.1.2.2. <i>Dans le domaine de la paléanthropologie</i>	133
III.1.2.3. <i>Développement des nanosciences</i>	134

Chapitre 2 – Les nouveaux paradigmes de la santé 135

III.2.1. La magnétothérapie	135
III.2.1.1. <i>Champ magnétique terrestre</i>	135
III.2.1.2. <i>Le magnétisme physique de nos jours</i>	136
III.2.1.3. <i>Magnétisme et médecine</i>	138
III.2.1.4. <i>Recherche sur thérapies par champs magnétiques</i>	138
III.2.2. Au delà de la conscience : les états de conscience	140
III.2.2.1. <i>Quelques définitions</i>	140
III.2.2.2. <i>Le sommeil et l’éveil «dans tous leurs états»</i>	142
III.2.3. Au-delà de la suggestion : les pouvoirs de l’esprit sur le corps	145
III.2.3.1. <i>Introduction à la notion de psychosomatique</i>	146
III.2.3.2. <i>Effet placebo</i>	146
III.2.3.3. <i>Des constatations</i>	149

III.2.4. Quelques explications	152
III.2.4.1. <i>L'état de conscience élargie</i>	152
III.2.4.2. <i>La plasticité cérébrale</i>	153
III.2.4.3. <i>Un dialogue entre le corps et l'esprit</i>	154

Chapitre 3 – Une nécessaire nouvelle approche de la médecine 156

III.3.1. Tirer une leçon du passé	156
III.3.1.1. <i>Ne pas oublier !</i>	156
III.3.1.2. <i>Et l'histoire se répète...</i>	158
III.3.2. Nécessité d'un nouveau système d'enseignement	159
III.3.2.1. <i>Un enseignement mal adapté</i>	159
III.3.2.2. <i>Se former à une nouvelle relation patient/soignant</i>	160
III.3.3. Une nouvelle relation patient-médecin en pratique	160
III.3.3.1. <i>L'approche centrée sur la personne</i>	160
III.3.3.2. <i>L'hypnose éricksonienne et la communication</i>	161
III.3.3.3. <i>La programmation neurolinguistique (P.N.L)</i>	162
III.3.3.4. <i>La gestalt-thérapie</i>	163
III.3.3.5. <i>Les thérapies brèves</i>	164
III.3.3.6. <i>Les thérapies systémiques</i>	164
III.3.3.7. <i>Les groupes Balint</i>	165
III.3.4. Une approche holistique	166
III.3.4.1. <i>Une médecine actuelle standardisée</i>	167
III.3.4.2. <i>Plaidoyer pour une médecine holistique</i>	167

CONCLUSION 169

Glossaire 171

Bibliographie 177

Annexes 183

Introduction

Introduction

Soigner son prochain est l'un des plus beaux métiers du monde. Parmi les motivations profondes qui poussent un jeune individu à entreprendre des études de médecine, se trouve le noble désir de vouloir aider le malade en le soignant, voire même de lui sauver la vie.

Au cours de ses études, les idées préconçues et les attentes passionnées du jeune étudiant font graduellement place à des interrogations et à des incertitudes. Puis, lorsqu'il commence à pratiquer, il est soudain confronté à la réalité, c'est à dire à la souffrance et au désespoir du malade, et de l'entourage de celui-ci. En même temps, l'étudiant prend la mesure de ses limites, et des limites de son art. Il découvre rapidement qu'il ne pourra peut-être pas toujours guérir son patient, qu'il ne pourra peut-être pas le sauver. Et il se demande pourquoi...

Le choix du sujet de cette thèse nous fut principalement dicté par ces sentiments de frustration ressentis lors du passage de la théorie à la pratique, et par les différents questionnements que cette frustration engendre. Certes, le médecin n'a pas une obligation de résultats, mais il a une obligation de moyens. Donc, il se doit de ne rejeter aucun outil ayant le pouvoir de soulager ou de guérir.

S'il est un fait que personne n'oserait nier, c'est que depuis que l'Homme existe, la médecine n'a cessé d'évoluer. Son évolution est incontestable ; elle continue de se sophisticationner et devient de plus en plus performante. Pourtant, dans le même temps, l'on entend dire que la médecine est en crise, et qu'elle serait à l'aube d'une mutation qu'elle retarderait ... Ainsi d'un côté les progrès de la médecine seraient considérables, et de l'autre, cette science serait incapable de se remettre en question ?!

Pour tenter d'apporter quelque éclairage à ce paradoxe, pour ne pas dire à cette contradiction, nous avons choisi de nous intéresser à un domaine qui fut pendant longtemps nié et rejeté par la médecine, laquelle aujourd'hui lui a pourtant rendu ses lettres de noblesse : l'hypnose. Nous verrons que l'hypnose est un exemple de la constante évolution de la médecine ; exemple également révélateur de la manière dont elle a évolué.

Aussi cette thèse proposera-t-elle une réflexion en trois parties sur la problématique que nous venons d'exprimer :

Dans la première partie, l'histoire de l'hypnose sera présentée, au travers des différents personnages qui l'ont façonnée, et en distinguant les apports spécifiques de chacun d'eux. Ainsi seront mis en exergue les « tâtonnements » et les difficiles avancées de l'hypnose au fil des recherches menées par ses principaux précurseurs, du début du XV^{ème} siècle, jusqu'à la naissance de ce que l'on appelle « l'hypnose moderne ». Nous verrons que l'histoire de l'hypnose est fascinante, digne d'un roman.

La deuxième partie sera consacrée aux données actuelles. Qu'est-ce que l'hypnose de nos jours? Qui la pratique, où et comment? Quelles en sont les indications? Ainsi sera t-il mis en lumière que l'histoire officielle de l'hypnose médicale commence aujourd'hui. Et cette évolution est parallèle à l'évolution du reste du domaine médical, qui aujourd'hui reconnaît l'hypnose comme l'une de ses disciplines à part entière.

La troisième partie de cette thèse s'attachera à démontrer qu'au-delà d'une évolution, c'est une révolution qu'il faut sans doute à présent considérer. Révolution qui d'ailleurs ne s'applique pas seulement au domaine médical, mais à toute la science en général. Pour ce faire, nous aborderons les différents aspects de la mutation que connaît actuellement le monde scientifique dans son ensemble, et donc forcément la médecine. Nous considérerons les nouveaux paradigmes possibles, et la nouvelle approche de la médecine qui en découle.

Nous verrons qu'il est envisageable de percevoir dans cette mutation, avec ses possibles conséquences, les prémices d'un renouveau, voire d'une métamorphose du domaine médical.

Préambule :

Quelques définitions

Quelques définitions

Définir l'hypnose est une tâche ardue, dans la mesure où la nature de l'hypnose et des phénomènes qui s'y rattachent n'est pas encore parfaitement connue. De ce fait, les définitions ont changé au cours des âges en fonction de l'évolution des concepts, et de nos jours, il existe autant de définitions que d'auteurs. Aussi nous n'aurons pas la prétention d'être exhaustifs.

HYPNOSE vient du grec « HYPNOS » (ou Hupnos) qui signifie sommeil. Dans la mythologie grecque, Hypnos est le Dieu du sommeil ; il est le fils de la nuit et le frère jumeau de la mort. Ce terme est récent puisqu'il ne date que du milieu du XIX^{ème} siècle, alors que le phénomène, lui, est ancestral.

Définition de l'Association médicale britannique (A.M.B.). C'est la définition la plus utilisée :

« L'hypnose est un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une sensibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés. »

Nous citons également la **définition de l'« Encyclopédie médicochirurgicale »** d'après Jean Godin :

« Mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure » qui suppose un certain « lâcher-prise » équivaut à une façon originale à un niveau de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de

fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique inconscient ».

Pour **Milton Erickson, figure emblématique de l'hypnose moderne**, l'hypnose est avant tout « *un état de concentration mentale durant lequel les facultés de l'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée ou par un train de pensées que pour le moment, il est mort ou indifférent à toute autre considération ou influence.* ».

Hypnose versus hypnotisme

Pour lever la confusion qui est fréquemment faite entre les deux termes : hypnose et hypnotisme, nous dirons que **l'hypnotisme est l'ensemble des phénomènes et des applications de l'hypnose.**

Hypnose versus magnétisme

Nous avons vu que le phénomène hypnotique est beaucoup plus ancien que le terme hypnose lui-même. Avant le XIX^{ème} siècle, ce phénomène était nommé magnétisme.

Magnétisme

Vient du latin «*magne*» qui signifie aimant. L'hypnose fut longtemps assimilée au magnétisme. Or le magnétisme, tout comme l'hypnose reste encore aujourd'hui entouré de mystères et fait aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches. Pour une meilleure compréhension du magnétisme, le lecteur trouvera dès le début de la partie consacrée à l'historique, des informations sur le fluide universel et le magnétisme dit animal. De même, il trouvera dans la troisième partie de notre thèse, un point sur les recherches actuelles en matière de magnétisme.

Autres termes courants liés à l'hypnose

Nous renvoyons le lecteur au glossaire placé en annexe. Ce glossaire reprend l'ensemble des termes cardinaux liés aux phénomènes hypnotiques, et comprend également quelques autres termes dont les définitions sont nécessaires à la compréhension de cette thèse.

Première partie :

Historique de l'hypnose

« Les vrais hommes de progrès sont ceux qui ont
pour point de départ un respect profond du passé. »

Ernest Renan

I - HISTORIQUE DE L'HYPNOSE

Dans cette première partie, nous allons retracer l'histoire de l'hypnose depuis ses origines. Nous traiterons de la naissance et de l'évolution des différents concepts et théories appartenant à cette histoire. Mais au-delà de l'analyse purement conceptuelle nous allons également observer le contexte de vie personnelle des différents personnages qui ont fait cette histoire. Nous verrons que ces hommes, avides de connaissance, étaient poussés par le désir de comprendre le monde du vivant. Les travaux qu'ils entreprirent à leur époque étaient hors des sentiers battus et ils ont dû en affronter les conséquences, parfois dramatiques.

CHAPITRE 1 – LES PRECURSEURS

Le terme d'hypnose en lui-même est très récent. Cependant les phénomènes de guérison par suggestion sont reconnus et décrits depuis la plus haute antiquité. Les premières évocations ont été retrouvées dans certaines grottes du Périgord (17500 ans avant Jésus Christ).

En Egypte pharaonique, on retrouve des papyrus relatant des séances de soins par suggestion pendant le sommeil. Cette pratique était réservée aux prêtres de haut rang dans des temples élevés à la mémoire d'Imhotep, grand prêtre et médecin qui fut vénéré comme un héros puis divinisé.

En Grèce, dans les temples dédiés à Asclépios, principal dieu de la médecine, les prêtres élaboraient des psychothérapies spectaculaires, et guérissaient les troubles psychosomatiques ou hystériques par suggestion ou choc mental.

Le bien connu Socrate, philosophe grec (469 av. J.C. - 399 av. J.C.) soignait les affections rebelles par suggestion. Plus tard, chez les Romains, on trouve d'anciens traités évoquant des soins par sommeil induit.

Même dans la religion chrétienne, la pratique de guérisons spectaculaires est encouragée. On retrouve de nombreuses traces de ce type de thérapeutique : « *Vous imposerez les mains en mon nom et les malades guériront* ». Par la suite, seuls certains notables sont autorisés à cette pratique, puisque l'église va purement et simplement l'interdire. Pourtant, dans les monastères du mont Athos, quelques moines contemplatifs perpétuent encore de nos jours une tradition proche de l'auto hypnose ; ce sont les omphalopsychistes.

I.1.1. Le fluide universel ou magnétisme animal

I.1.1.1. Paracelse (1493-1541)

Né à Einsiedeln près de Zurich en Suisse Centrale, Théophrastus Philippus Auréolus Bombastus von Hohenheim, dit Paracelse, meurt à Salzbourg en Autriche, à l'âge de 48 ans.

Il s'imprègne de nombreuses cultures au cours de ses multiples voyages. Fortement inspiré par les pensées d'Hippocrate¹, il sera un médecin humaniste très versé en Alchimie, doctrine relevant en même temps de la science expérimentale et du mysticisme. A son époque, la médecine se fonde sur la métaphysique ; tout médecin se doit d'être à la fois philosophe, alchimiste et astrologue. Paracelse s'intéresse à quantité de disciplines et son apport est reconnu dans nombre de domaines scientifiques comme la chirurgie, la physiologie, l'anatomie, ainsi que dans les pratiques thérapeutiques. La base de sa thérapeutique chimique est la quintessence : « *Quinta Essentia* ». La quintessence représente l'ancêtre des alcaloïdes, qui sont les principes actifs des médicaments végétaux.

Dès l'âge de vingt-deux ans, il pense que le monde est «UN » dans son essence, tout en étant infiniment varié. Il considère l'Homme dans sa globalité, et la personnalité humaine comme un ensemble d'éléments matériels et spirituels. Il est obsédé par la connaissance du monde invisible. En 1531, il publie cinq ouvrages sur les maladies invisibles et leurs causes. Cette œuvre, intitulée « *De causis Morborum invisibilicum* » dénote des observations bien en avance pour l'époque. Notamment, il constate la force de la

¹ Hippocrate, Médecin grec, considéré comme le Père de la médecine (île de Cos, 460 av. J.C. - Larissa, v. 370 av. J.C.)

suggestion. Il en déduit que l'imagination peut avoir une telle puissance qu'un patient persuadé d'être atteint d'épilepsie pourrait en présenter les symptômes, et même succomber à une crise. Pour lui, l'inverse doit être également possible. Pour Paracelse, le corps invisible peut guérir le corps visible. Par ses travaux, il parvient à la déduction que l'homme possède une force imaginative d'une grande puissance, et porte en lui le remède à certains dommages pouvant atteindre son corps physique, et que, de ce fait, il peut réparer certaines faiblesses et infirmités. *« Sachez donc que la force que possède le corps invisible, et qui a une telle puissance imaginative n'est ni faible, ni négligeable [...] Comme un bruit peut détruire l'ouïe, le soleil priver de la vue et causer des maladies matérielles, l'imagination à des pouvoirs semblables »*. Ce principe est à la source des amulettes qu'il fabrique, et dont il dit : *« la guérison [...] vient moins de la substance des amulettes que de la foi avec laquelle elles sont portées »*. C'est un des premiers médecins qui évoque l'action de l'esprit sur le corps.

Dans ce phénomène, Paracelse voit pourtant un danger potentiel, du fait qu'en simulant un certain comportement et en le prétendant réel, il arrive que les symptômes deviennent vrais, et que la maladie se confirme... Pour Paracelse, la suggestion est donc la cause de bien des maladies. Il est même convaincu que la suggestion pouvait modifier le destin d'un individu : *« Combien ont été tués au cours des batailles sans qu'il y ait à cela d'autres causes que leur imagination... on pourrait objecter que la chance, la force ou l'adresse aident les uns, que les autres ont été sauvés par certaines herbes, racines, pierres ou reliques qu'ils portaient. Je répondrais que toutes ces choses ne sont que les alliées dont l'imagination est le chef suprême. »*.

Il propose un modèle de fluide universel dont la mauvaise circulation expliquerait l'apparition des maladies, et il tente d'harmoniser les mouvements de ce fluide par l'utilisation d'aimants. Donc, pour Paracelse, le corps est sous l'influence de l'esprit, mais aussi sous l'influence d'un fluide universel invisible. Rappelons qu'à cette époque, le pouvoir de la suggestion et celui des aimants étaient regroupés sous la même appellation : le magnétisme.

I.1.1.2. Franz Anton Mesmer (1734-1815)

Franz Anton Mesmer vient au monde à Iznang en Souabe, Allemagne du Sud. Après des études de théologie, il s'oriente vers la médecine. Il reprend les différentes théories de Paracelse et développe l'idée que l'on baigne dans un fluide magnétique universel aux mécanismes inconnus, provenant de l'influence des astres. En 1766 il présente sa thèse de Doctorat dans laquelle il traite de l'influence des planètes sur les maladies humaines. Dans son étude, il aborde largement les principes de ce qu'il appelle le magnétisme animal. Mesmer est fasciné par l'influence des astres sur la nature et sur le comportement humain. Il est passionné par la nature d'une façon générale. Il éprouve notamment une attirance très forte pour l'eau, ce qui l'amène à développer bon nombre de contacts avec les « sourciers ».

A la suite d'un scandale provoqué par la famille d'une jeune patiente claveciniste aveugle et sans doute hystérique, Mesmer, déjà en lutte avec le corps médical viennois et accusé de charlatanisme, est expulsé de la faculté de médecine de Vienne. Il se rend à Paris, en 1778. En 1779, il écrit son ouvrage intitulé : « *Mémoire sur la découverte du magnétisme* ». Devant l'intérêt du public, il ouvre un cabinet place Vendôme et pratique la magnétisation collective à l'aide de son fameux baquet, dont on trouve une illustration en annexe n°2, et sur lequel nous reviendrons plus amplement dans le paragraphe suivant, consacré au magnétisme animal. Les manifestations observées : cris, mouvements convulsifs, contorsions, et autres, ressemblaient aux scènes décrites par l'Eglise comme définissant la « possession diabolique ». Avec Mesmer, on passe de la « possession diabolique » à un phénomène physiologique. Ces agissements provoquent une polémique dans le monde scientifique, et sont condamnés par Benjamin Franklin, Joseph Guillotin, Antoine Laurent Lavoisier. Désavoué, Mesmer quitte Paris.

I.1.1.3. Le magnétisme animal de Mesmer

Cette expression ne voulait pas pointer l'animalité du magnétisme animal, mais faire la différence entre le magnétisme minéral, déjà connu, et le magnétisme des êtres vivants². Pour le Docteur Mesmer l'énergie qui émane des corps célestes pourrait être comparée à

² Dans la troisième partie de notre étude, nous nous pencherons sur les recherches actuelles concernant le magnétisme au niveau cellulaire.

celle de l'aimant, bien que beaucoup plus subtile. Il est convaincu que cette énergie peut s'exercer sur les êtres et les choses au moyen d'un fluide. Il pense que ce fluide peut être concentré et utilisé à des fins thérapeutiques, en procédant de diverses manières, telles que : l'imposition des mains, les passes à distance du corps, l'utilisation d'une eau magnétisée, la volition.

Sa théorie réside dans l'hypothèse qu'une mauvaise distribution de ce fluide dans le corps a fatalement pour conséquence la maladie. De ce fait, pour guérir une personne, il faut procéder au rétablissement d'un bon équilibre de ce fluide. A cet effet, Mesmer utilise des aimants, qu'il place sur les zones malades du patient. Son action thérapeutique antalgique à partir d'aimants lui vaut un grand succès ; succès que lui dispute un Père Jésuite, le Père Hell, car il en revendique la théorie. Ce dernier jette le discrédit sur Mesmer, dont les études, par ailleurs, agacent fortement ses confrères.

A cette époque, les personnes en proie à des comportements d'agitation sont généralement traitées par les exorcistes. Des exhortations sont pratiquées pour « provoquer l'expulsion des démons » hors du corps des malades, des entités surnaturelles étant tenues responsables de la maladie. L'un de ces exorcistes, également ecclésiastique, le père Johann Joseph Gassner, pratique des inductions verbales au travers d'une thérapie qu'il nomme « *exorcismus probativus* ». Il est intéressant de noter que sa façon de faire est assez proche de plusieurs pratiques thérapeutiques reconnues actuelles. Ce sont ces recherches qui ont mis le doute sur les exorcismes et donc sur certains dogmes religieux. Avant Mesmer, l'église soignait l'âme et la médecine soignait le corps. Mesmer a brisé cette frontière.

Avec sa théorie relative à l'existence d'un fluide universel pouvant être utilisé à des fins thérapeutiques, Mesmer offre une alternative plus « scientifique », aux pratiques et rituels des exorcistes, exclusivement basés sur des conceptions religieuses³. Il faut rappeler qu'à cette époque, les scientifiques étudient déjà les phénomènes liés à la gravitation et s'intéressent à l'électromagnétisme.

³ Au début du XVII^e siècle, les phénomènes de suggestion et d'autosuggestion ont donné naissance à de véritables épidémies de manifestations que l'on attribuait à des « possessions diaboliques ». Nombreux sont les malheureux (de nos jours justiciables de la psychiatrie) qui sont montés sur le bûcher après moult tortures. Ce phénomène a duré plus d'un siècle, les derniers bûchers pour sorcellerie datant de 1782.

Mesmer provoque ce qu'il appelle un état de « crise magnétique » en procédant à la manipulation du « fluide », ou encore « magnétisme animal ». En effet, l'intervention magnétique, qui doit permettre de faire céder les blocages à la circulation du fluide dans le corps, provoque une crise, avec souvent une agitation très spectaculaire. C'est cette crise magnétique qui représente le moment clé de l'action thérapeutique, suivie d'un retour à la santé. Pour condenser et redistribuer aux patients le « magnétisme animal », Mesmer a recours à divers objets comme des baguettes en fer ou des aimants. Il a surtout recours à son baquet, dont la vocation est d'accumuler de grandes quantités de fluide, puis de les redistribuer aux malades. Le mesmérisme connaît alors son âge d'or.

L'Académie des Sciences et la Société Royale de Médecine sont dérangées par les pratiques et la notoriété de Mesmer. Auparavant protégé par Marie-Antoinette, avec laquelle il développe des liens, celui-ci connaît à partir de 1784 de sérieuses oppositions de la part du corps médical. Le Roi Louis XVI s'empare de l'affaire. Afin de déterminer la réalité de la théorie du magnétisme animal, il ordonne la création d'une commission d'enquête constituée des membres de la Faculté de médecine de Paris et de l'Académie Royale des sciences. Ultérieurement, une deuxième commission regroupant des membres de la Société Royale de Médecine, est mise sur pied. Les rapports de ces commissions condamnent la théorie du fluide. Parmi les commissaires figurent des savants tels le chimiste Jean Darcet, le physicien Benjamin Franklin, l'astronome Jean Sylvain Bailly, le chimiste Antoine-Laurent Lavoisier, le naturaliste Antoine de Jussieu, et bien d'autres. Les savants reconnaissent que les effets sont surprenants, mais condamnent la théorie du fluide animal. Les principaux motifs de cette condamnation sont que les effets proviennent de l'imagination ou de l'imitation, et surtout, font offense à la moralité publique.

A cette époque puritaine, la proximité des hommes et des femmes, ainsi que les attouchements du magnétiseur font craindre des dérives sexuelles. L'astronome Bailly dénonce particulièrement ce qu'il prend pour une atteinte aux bonnes mœurs, insistant sur les dangers de l'érotisme dans la pratique du magnétisme. Commissaire rapporteur, il décrit la cérémonie du baquet de Mesmer comme suit : *« Au milieu d'une grande salle, est placée une caisse circulaire faite de bois de chêne et élevée d'un pied et demi ; le dessus de cette caisse est percé d'un nombre de trous d'où sortent des branches de fer coudées et mobiles. Les malades sont placés en plusieurs rangs autour de ce baquet, chacun dispose d'une branche de fer, laquelle au moyen d'un coude peut être appliquée directement sur la*

partie malade ; une corde passée autour de leur corps les unit les uns aux autres. Une fois tout ce dispositif en place, les malades attendent le signal de Mesmer pour déclencher des crises convulsives que l'on disait « salutaires » ».

Cependant, le Docteur Antoine Laurent de Jussieu refuse de signer le rapport avec ses confrères. Il en réalise un à titre personnel, dans lequel il explique en détail son point de vue. Pour lui, même s'il n'y a pas encore de preuve de l'existence et des effets du fluide, une énergie inconnue se manifeste pourtant au cours des séances.

Mesmer veut expliquer le magnétisme à une époque dite « des Lumières », où des savants comme Luigi Galvani, Alessandro Volta et d'autres commencent à appliquer l'électricité. D'ailleurs Mesmer s'appuie sur certaines analogies en la matière. Il veut présenter une théorie physiologique apparentée à celle de l'électricité. Il poursuit ses recherches sur l'influence des astres sur le corps humain, alors que dans le même temps l'astronome William Herschel découvre la planète Uranus et deux de ses satellites, ainsi que deux autres satellites de Jupiter ...

L'on parle beaucoup du magnétisme à cette époque. Des pamphlets sont écrits, et les histoires les plus farfelues circulent. Les scientifiques s'en offusquent. La théorie est discréditée. Pourtant, Mesmer continue de jouir d'un grand succès auprès de nombreux partisans, comme par exemple la reine Marie-Antoinette, qui continue de le soutenir, tout comme le Général Marquis de Lafayette, ou encore Wolfgang Amadeus Mozart. Malgré tout, en 1785, Mesmer quitte la France et le mépris du public après le verdict des commissions. Il parcourt l'Angleterre, l'Italie, l'Allemagne, sans retrouver nulle part ailleurs l'enthousiasme des français. Il vint se fixer sur les bords du lac de Constance où il meurt en 1815 à l'âge de 81 ans.

Des discussions passionnelles continuent à se succéder devant les académies jusqu'à ce que les corps savants concluent définitivement à l'inexistence d'un magnétisme animal. Aujourd'hui, Mesmer est considéré comme le précurseur de la médecine psychosomatique, et on le cite systématiquement au titre des origines lointaines des travaux actuels de psychothérapies.

I.1.2. Du sommeil magnétique à l'hypnose

Parmi les phénomènes physiologiques observés dans ce que l'on nomme magnétisme à cette époque se trouve le sommeil. Il semble que la personne soumise à l'action des passes du magnétiseur tombe dans une sorte de léthargie, que l'on appelle alors le sommeil magnétique. Le sujet paraît insensible à tout ce qui l'entoure. Dans cet état, il arrive qu'il perde complètement l'exercice de ses sens ou qu'au contraire ceux-ci soient extraordinairement décuplés. Différents procédés sont utilisés pour induire cet état, tels que les passes, le commandement par la voix, la fascination du regard ou la fixation d'un point précis par le sujet.

I.1.2.1. Le Marquis de Puységur (1751-1825)

Le Marquis Armand Marie Jacques Chastenet de Puységur naît en France en 1751. Il meurt en 1825 à l'âge de 74 ans. En 1784, alors que Mesmer subit ses déboires, un de ses élèves déjà les plus réputés, le marquis de Puységur, continue les travaux de son Maître sur le magnétisme. C'est lui qui mettra en exergue le phénomène du sommeil magnétique, également appelé somnambulisme artificiel.

L'élève de Mesmer veut démontrer que pendant la transe, d'autres phénomènes que les conduites d'agitation peuvent être observées. Il applique dans son domaine de Buzancy les principes de son Maître et se met à dispenser les bienfaits des passes à tous les infirmes, à la différence qu'il ne tente pas, comme Mesmer le faisait, de provoquer « la crise thérapeutique » du patient ; au contraire, il tente de calmer les crises convulsives. Ses recherches le conduisent à remarquer que les personnes en état de somnambulisme possèdent des capacités de « clairvoyance », et peuvent faire montre pendant leur sommeil de connaissances qu'ils n'ont pas à l'état de veille. Il leur arrive même de prescrire des remèdes, tant pour eux-mêmes que pour d'autres personnes. En effet, dans le courant de cette même année de 1784, il remarque durant une séance que son sujet, un jeune paysan, tombe dans un sommeil différent du sommeil habituel et continue de parler de ses affaires courantes. Le magnétiseur tente alors d'interférer dans le discours de son sujet, notamment pour lui changer les idées lorsque celles-ci se révèlent par trop négatives. Il s'aperçoit qu'il peut à sa guise et sans peine intervenir dans le cours des pensées du jeune homme, et lui faire vivre des moments imaginaires. Par la suite, il adopte cette technique dès lors que ses

patients vivent des moments désagréables. Puységur en arrive même jusqu'à constater un changement dans la personnalité de certains de ses sujets. Après la séance, ils ne se souviennent plus de rien.

Ainsi, c'est Puységur qui découvre non seulement que la transe n'est pas forcément dépendante d'un état d'agitation, mais que l'on peut également provoquer des rêves artificiels, c'est à dire induire et diriger dans l'esprit du sujet un vécu imaginaire. Il démontre que pendant l'état de sommeil magnétique, une communication verbale peut s'établir avec le sujet, et que celui-ci peut exprimer des sentiments ou des pensées refoulés à l'état de veille. Le Marquis de Puységur donne alors beaucoup plus d'importance à la parole qu'à l'expression corporelle, privilégiée par son Maître Mesmer, et délaisse la notion de fluide.

Si Mesmer est souvent considéré comme le fondateur de la pratique hypnotique, c'est par contre le marquis de Puységur qui comprend le pouvoir de la parole et de la suggestion et qui l'introduit dans la thérapie magnétique, inaugurant l'attitude psychologique. Rappelons-nous cependant que pour Paracelse, cent cinquante ans plus tôt, le pouvoir de la suggestion était déjà une évidence. A l'époque de Puységur, l'ensemble des français s'intéresse à tout ce qui concerne le magnétisme qui, bien qu'énormément controversé, continue son essor. Le corps médical reste partagé, mais bon nombre de médecins adoptent les théories du magnétisme et utilisent ces thérapeutiques bien qu'on le leur interdise! Cette interdiction date d'ailleurs de 1784, suite aux rapports négatifs des commissions chargées par Louis XVI de donner un avis sur l'existence du magnétisme animal. Au début du XIX^{ème} siècle, la théorie fluidique est délaissée au profit de pistes psychologiques pour certains, et neurologiques pour d'autres.

I.1.2.2. José Custodio de Faria (1750-1819)

Plus connu sous le nom de l'Abbé Faria, ce moine portugais naît en 1750 et meurt à l'âge de 69 ans. Il rejette l'existence d'un fluide, base des théories de Mesmer, et délaisse également celles de Puységur. Il pense que le sommeil magnétique est davantage induit par le patient lui-même que par le magnétiseur. Considéré comme le père de l'hypnose scientifique, il évacue toutes les pratiques superflues et confuses, et marque de son

empreinte le monde médical pour avoir développé l'importance des suggestions verbales. Il est le premier à utiliser l'ordre : « *DORMEZ !* ».

Comme ses prédécesseurs, il finit pourtant par tomber en disgrâce, provoquée par le simulacre d'un comédien engagé par des tiers à cet effet. Lors d'une séance publique le comédien, après avoir fait semblant d'être hypnotisé, lui dit brusquement : « *Monsieur l'Abbé, si vous magnétisez les gens comme vous m'avez magnétisé moi, vous ne devez pas faire dormir grand monde !* ». L'objectif de jeter le discrédit sur Faria était atteint.

Cependant pour beaucoup, l'abbé Faria reste celui qui a su établir la prépondérance des suggestions dans le phénomène de l'hypnose ; il pose donc les fondements de ce qui constituera, plusieurs dizaines d'années plus tard, la théorie de l'Ecole de Nancy.

Si certains ont réussi à discréditer l'abbé Faria, nous savons qu'un auteur illustre, en l'occurrence Alexandre Dumas, lui a rendu hommage en s'en inspirant pour son personnage du prisonnier dans le Comte de Monte-Cristo ; personnage également nommé « *l'Abbé Faria* ».

I.1.2.3. Joseph Philippe François Deleuze (1753-1835)

Naturaliste et magnétiseur, Joseph Philippe François Deleuze naît à Sisteron en 1753 et meurt à Paris à l'âge de 82 ans. Adeptes du mesmérisme, il s'intéresse aux recherches du Marquis de Puységur, dont il devient un des adeptes les plus convaincus, et poursuit ses travaux sur le magnétisme animal. Il écrit « *l'Histoire critique du magnétisme animal* », en 1813. Cet ouvrage, qui retrace l'ensemble des recherches menées jusqu'à cette date, reste encore pour les scientifiques actuels une référence en la matière.

Ultérieurement, Deleuze oriente ses travaux sur le sommeil magnétique et, en 1824, publie un autre ouvrage qu'il intitule « *Instructions pratiques sur le magnétisme* », dans lequel il décrit son mode opératoire. Joseph Philippe François Deleuze s'intéresse de près aux facultés extraordinaires des sujets en état de somnambulisme artificiel. Le fait qu'ils puissent raconter des événements irréels comme faisant partie intégrante de leur vécu, ou encore parler dans une langue étrangère sans l'avoir jamais apprise, le fascine.

La « régression d'âge » est un autre phénomène sur lequel il porte son attention. En effet, le cerveau enregistre d'une façon très précise, l'ensemble des données qu'il reçoit tout au long de la vie. En temps normal, la capacité à se remémorer des souvenirs anciens, voire des détails concernant des souvenirs récents est relativement limitée. Deleuze constate qu'un sujet magnétisé peut par contre faire ressurgir à la demande des détails incroyablement précis de sa mémoire. S'agissant de la petite enfance, le sujet peut soudainement prendre la voix qui était la sienne à l'époque, et se comporter à nouveau comme un enfant. C'est ce phénomène impressionnant, pouvant permettre de remonter très loin dans le passé, que l'on appelle « régression d'âge ».

A l'époque de Deleuze, ces constatations sont pourtant négligées, et tenues pour dénuées d'importance. En effet, elles concernent essentiellement la période de l'enfance ; sujet qui alors ne suscite aucun intérêt...

I.1.2.4. Charles Lafontaine (1803-1892)

Parmi les nombreuses personnes venant à Buzancy dans le domaine du Marquis de Puységur, se trouve un Monsieur Lafontaine, qui désire se rendre compte des effets du magnétisme sur l'organisme. Il mène ses propres travaux et devient un magnétiseur renommé. Il vulgarise ses théories en ne les expliquant qu'au travers des lois de la physique.

Il voyage largement en Europe, où il donne des représentations sur le magnétisme. En Italie, il rencontre une formidable opposition de l'église et il est même arrêté. En effet, l'Eglise a toujours considéré le magnétisme comme une force démoniaque et un blasphème à l'encontre du Christ dont on chercherait à reproduire les miracles... Pourtant il rencontre le pape Pie IX qui contre toute attente l'encourage à poursuivre son action. Pie IX aurait dit à Lafontaine : « *Espérons que pour le bien de l'humanité, le magnétisme sera bientôt largement employé* ».

I.1.2.5. James Braid (1795-1860)

James Braid est un chirurgien écossais qui naît en 1795 et meurt à l'âge de 65 ans. En 1841, Charles Lafontaine commence à jouir d'une excellente réputation. En Angleterre, il

organise des représentations publiques durant lesquelles il hypnotise le lion du zoo de Londres. C'est alors que Braid, persuadé que de tels phénomènes ne peuvent exister, se jure de déjouer « *la supercherie* ». Pourtant après nombre d'observations des pratiques de Lafontaine il change d'avis, et devient convaincu que le magnétisme et les passes ne sont pas responsables du déclenchement de la crise somnambulique. Il est persuadé que celle-ci est provoquée par la concentration de l'attention du sujet sur un point visuel précis. Il écrit : « *La fixité soutenue du regard, en paralysant les centres nerveux des yeux et leurs dépendances, et en détruisant l'équilibre du système nerveux, produit le phénomène* ». James Braid décide alors d'expliquer ledit phénomène... Il s'oriente vers une théorie plus **physiologique que la théorie du fluide, qu'il rejette. A partir de 1843, il s'engage avec** détermination vers une approche neurophysiologique. Il abandonne les passes magnétiques, auxquelles il substitue la technique de la fixation du regard sur un point précis, généralement un objet brillant.

James Braid est le premier scientifique qui nomme le phénomène par le mot «hypnose». Ce terme, tiré du grec « *hupnos* » signifie sommeil ; pourtant le mot «hypnose» ne sera vraiment usité que trente ans après. James Braid définit l'hypnose comme un état particulier du système nerveux. Dans cet état provoqué, le sujet est plongé dans un sommeil artificiel, et peut facilement être influencé à des fins thérapeutiques par la suggestion. Le chirurgien écossais se rend compte que la simple concentration sur une idée peut suffire à l'induction, et que le sujet lui-même peut produire le phénomène. Il s'agit alors d'autohypnose.

Braid utilise l'hypnose pour anesthésier ses patients avant de procéder à des interventions chirurgicales, même lourdes. De nombreux médecins s'intéressent à ses procédés et se lancent dans cette pratique, qui est introduite dans les hôpitaux. Des centaines d'opérations majeures ont lieu partout de part le monde. Le magnétisme est relégué au second plan. L'hypnose connaît son âge d'or.

I.1.3. D'autres personnages marquants

I.1.3.1. John Elliotson (1791-1868)

Professeur de Chirurgie, le Docteur Elliotson invente le stéthoscope. Il participe activement à l'introduction de l'anesthésie sous hypnose dans les hôpitaux. En 1847, il remarque qu'un rapport très particulier entre lui-même et son sujet apparaît lors des séances ; c'est le phénomène de communauté de sensations. Il note que ses propres sensations sont éprouvées de la même manière par son sujet. C'est le cas par exemple lorsqu'il se pique la peau ou lorsqu'il goûte une substance. Son sujet, pourtant tenu dans l'ignorance de ces faits, déclare éprouver le même ressenti, démontrant ainsi au Docteur Elliotson qu'un lien, difficilement explicable, existe entre l'hypnotiseur et son sujet.

Nous avons précédemment signalé que même si le Docteur Braid « invente » le mot hypnose, le terme ne sera vraiment utilisé que plusieurs décennies après. Ce sont les vocables « magnétisme » et « mesmérisme » qui continuent d'être courants. Or, la pratique du magnétisme est toujours interdite dans les hôpitaux par l'Académie Royale de Médecine. Le Docteur Elliotson ayant passé outre cette interdiction, il doit démissionner.

En 1846 il fonde à Londres l'hôpital mesmérien (*The Mesmeric Hospital*) dans lequel il traite ses patients par magnétisme. Il crée la revue «*Zoist*», dans laquelle il expose ses techniques et les cas qu'il a traités par le mesmérisme.

I.1.3.2. James Esdaile (1808-1859)

Le Docteur Esdaile, également chirurgien écossais, exerce en Inde à Calcutta. Après avoir lu la revue du Docteur Elliotson, il débute ses expérimentations sur le mesmérisme avec succès, ce qui lui vaut par la suite de se faire remarquer favorablement par le gouvernement indien. Il pratique un nombre considérable d'interventions sous «anesthésie mesmérienne », ce qui correspond de nos jours à l'hypnosédation. Grâce à la pratique de cette nouvelle technique, il ramène le taux de mortalité due aux interventions chirurgicales de cinquante à cinq pour cent.

Pourtant en Angleterre, Esdaile n'est pas mieux traité qu'Elliotson. Les journaux spécialisés refusent de rendre compte des interventions qu'il réalise sans douleur grâce à la technique du mesmérisme, déclarant le phénomène impossible.

I.1.4. Abandon du magnétisme pendant plusieurs décennies

L'hypnose fascine, mais reste toujours controversée ; elle est source de bon nombre de polémiques qui dépassent le cadre médical (influences politiques, religieuses, etc.) Elle dérange. Par ailleurs, en 1846, l'apparition du chloroforme, jugé plus sûr, met fin à la vague de l'anesthésie hypnotique et l'hypnose décline, retournant pour un temps dans l'oubli.

CHAPITRE 2 - REAPPARITION DE L'INTERET POUR L'HYPNOSE : LES DEBUTS DE L'ERE SCIENTIFIQUE

L'intérêt pour l'hypnose ressurgit avec force vers 1880, grâce à deux écoles de Médecine : Celle de Nancy, et celle de la Salpêtrière à Paris.

I.2.1. L'école de Nancy : la théorie psychologique

I.2.1.1. Ambroise Auguste Liébault (1823-1904)

Docteur en Médecine, Ambroise Liébault est né à Favières en Meurthe et Moselle en 1823. Il meurt à l'âge de 81 ans. Devenu médecin en 1850, il se passionne pour l'hypnotisme dès les premiers temps de son internat en 1848, mais il en est détourné provisoirement par ses professeurs. Ce n'est qu'en 1860 qu'il se voue totalement à la pratique de l'hypnose.

Après avoir été médecin de campagne, il s'installe à Nancy, au numéro 4 de ce qui est aujourd'hui la «*Rue du Docteur Liébault* ». Il tourne le dos à la médecine officielle, et se retrouve rejeté de ce fait par le corps médical de l'époque. Liébault, qui veut faire connaître ses méthodes, et qui par ailleurs souhaite que les plus démunis aient aussi le droit

à la guérison, propose à sa clientèle des soins gratuits. Il réussit alors des centaines de guérisons par suggestion sous sommeil hypnotique (voir photographie annexe 3).

Le Docteur Liébault accorde la plus grande importance à l'histoire personnelle du patient, persuadé que dans les événements du passé peuvent se trouver les origines des maladies. Pour lui, les investigations menées dans le psychisme du patient aident à la guérison. Il rejoint la théorie de Faria et pense que l'état hypnotique est provoqué par la suggestion verbale, et non par l'imposition des mains ou la fixation du regard. C'est la suggestion directe et autoritaire, qui a pour conséquence la réalisation d'un objectif déterminé. Pour autant, Liébault énonce que « *l'idée est suggérée et sa réalisation dépend de la volonté de l'individu qui garde son libre-arbitre* ». Il s'inspire du Braidisme et insiste sur l'importance de la suggestion et sur l'aspect psychologique de l'hypnose. En 1866, il publie un ouvrage intitulé : « *Du sommeil et des états analogues, considéré surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique* », qui est accueilli par les sarcasmes du milieu médical, et qui ne trouve, paraît-il, qu'un seul acheteur. En 1872, il publie son ouvrage : « *Ebauche de psychologie* ».

Les théories du Docteur Liébault restent longtemps ignorées, jusqu'à ce qu'un Professeur de la faculté de médecine de la même ville s'y intéresse et commence à les expérimenter. C'est le Docteur Hippolyte Bernheim. Il propose une collaboration au Docteur Liébault. De celle-ci découlera la fondation de l'école de Nancy dont Auguste Ambroise Liébault est, avec Hippolyte Bernheim, une des plus grandes figures. Ils interprètent l'hypnose comme une action sur le psychisme pour obtenir un phénomène physique. Ils préconisent une approche douce, persuasive, dénuée d'agressivité et soulignent que l'hypnose est un état « normal » et non pathologique.

L'hypnose est alors réintroduite en milieu hospitalier et universitaire. Pour Liébault, qui fut tant contesté et dénigré par ses collègues, c'est une réelle consécration.

1.2.1.2. Hippolyte Bernheim (1840-1919)

Hippolyte Bernheim naît à Mulhouse en 1840. Il meurt à Paris à l'âge de 79 ans. Il devient un éminent Professeur de médecine de la faculté de Nancy, ville dans laquelle il élit domicile. Il travaille à l'hôpital Saint-Julien jusqu'en 1882. Il s'intéresse depuis longtemps

à l'hystérie, et ne connaît de l'hypnose que les travaux du Professeur Charcot. C'est à cette période qu'il rencontre le Docteur Liébault. L'histoire raconte que Bernheim est séduit par son confrère qui le soulage sous hypnose d'une sciatique personnelle très rebelle. Dès lors, il devient un fervent défenseur de l'hypnose. Fasciné par les résultats de son confrère Liébault, dont il se considère comme étant le disciple, Bernheim remet en question la doctrine de Charcot, pour lequel l'hypnose n'est qu'un symptôme hystérique.

Président de la Société de Médecine de Nancy dès 1881, la notoriété du Professeur Bernheim, qui passait déjà pour un maître incontesté sur le plan clinique, est encore renforcée par le succès de deux ouvrages. Le premier, qu'il publie en 1884 : « *De la suggestion dans l'état hypnotique et à l'état de veille* », puis le second en 1886 : « *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques* ». Comme certains de ses prédécesseurs, il ne croit pas à la technique de la fixation du regard, et veut démontrer que l'état de transe est uniquement provoqué par la suggestion, qu'elle soit directe ou non. Il lui accorde une prédominance très forte ainsi qu'au degré de suggestibilité des sujets. Il prône qu'il suffit de placer un certain nombre de « *commandes* » visant certains symptômes indésirables pour que ceux-ci disparaissent. Pour lui, une représentation acceptée par le cerveau peut se transformer en action. C'est la théorie de l'idéo-dynamisme. Les travaux du Professeur Bernheim marquent la fin du magnétisme animal, et le début de l'hypnothérapie moderne. Il fait une distinction entre la neurologie et le psychique.

I.2.1.3. Fondation de l'École de Nancy

En 1884, Liébault et Bernheim fondent ensemble l'École de Nancy. Ils seront ensuite rejoints par Jules Liégeois, Professeur à la faculté de droit, et Etienne Beaunis, Professeur de physiologie. L'École acquiert rapidement une notoriété considérable. Ils souhaitent mettre en place une psychologie scientifique axée sur l'hypnose, et créent ce que l'on peut appeler la première psychothérapie moderne. La plupart des pays s'en inspirent, et ouvrent des cliniques dans lesquelles sont dispensés des traitements par hypnose et suggestion.

Bien que très proches, il y a pourtant un différent qui oppose Liébault et Bernheim : le premier reste persuadé que l'hypnose peut fonctionner même sans la suggestion, alors que le second fait de la suggestion la base de l'explication du phénomène hypnotique.

I.2.2. L'École de la Salpêtrière : la théorie neurologique

I.2.2.1. Jean-Martin Charcot (1825-1893)

Reconnu comme l'un des plus illustres neurologues de son époque, il naît en 1825 à Paris. Il meurt à Nièvre à l'âge de 68 ans. Nommé en 1862 à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, il se forge une réputation mondiale, et crée en 1882 la plus grande clinique neurologique d'Europe. Dès son arrivée à la Salpêtrière, Jean-Martin Charcot étudie les affections du système nerveux. Plus tard, il a la possibilité de mener ses recherches sur des vieillards, principalement des femmes malades et nécessiteuses, dont regorge « *l'hospice de la Vieille-Femme* », un bâtiment de la Salpêtrière. Il est confronté à de nombreux cas d'hystérie et d'épilepsie.

En 1878, il commence à diriger ses travaux vers la « métallothérapie » et soulage les douleurs de ses patients par des aimants... comme Paracelse 400 ans plus tôt. Puis il s'oriente vers l'hypnose. Comme il a essentiellement des hystériques comme patients, la confusion entre hypnose et hystérie s'installe vite. Charcot pense que l'hypnose n'est qu'un état pathologique, une sorte de psychose provoquée expérimentalement chez les gens faibles. En conséquence, les patients finissent par craindre qu'on les reconnaisse comme étant hypnotisables !

Avec les Professeurs Richet⁴ et Bourneville⁵, le Professeur Charcot pose les fondements du « Grand hypnotisme », comme il existait celui de la « Grande hystérie ». Les trois « périodes » de ce grand hypnotisme correspondent à des profondeurs d'état différentes, et sont successivement :

- **La léthargie**, provoquée par la simple compression du globe oculaire. Elle se caractérise par une hypotonie musculaire⁶.
- **La catalepsie**, obtenue en entrouvrant les paupières du patient. Une héli-catalepsie homolatérale peut d'ailleurs être constatée par ouverture d'une seule paupière. Cet état cataleptique est caractérisé par une incroyable suggestibilité du sujet, dont la volonté tant

⁴ Charles Richet (1850-1935) : Médecin français, Prix Nobel de physiologie en 1913. Il était également romancier, poète, dramaturge, sociologue, et fut l'un des pionniers de l'aviation.

psychique et physique semble disparaître, et chez lequel l'on peut provoquer des hallucinations, alors qu'il garde les yeux grands ouverts. On observe une hypertonie musculaire et une immobilité avec fixation des membres dans des positions suggérées.

- **L'état somnambulique**, est provoqué par la friction du vertex⁷ chez un sujet en état léthargique ou cataleptique. Dans cet état, où il y a peu de signes neuromusculaires, il est rapporté que des phénomènes particuliers surgissent, comme des facultés nouvelles, ainsi qu'il en a été fait mention dans les pratiques de magnétisme. La douleur peut ne plus être ressentie, en même temps qu'apparaît une plus grande sensibilité des sens, voire même des hallucinations très intenses. De plus, une hypermnésie est souvent constatée.

En 1882, Charcot expose ses travaux sur les états nerveux chez les hystériques sous hypnose auprès de l'Académie des Sciences. Pour Charcot l'hypnose ne peut être à visée thérapeutique ; il n'y voit qu'un état morbide artificiellement provoqué, propre aux névropathes. Ainsi, il en fait pour ainsi dire un test diagnostique de l'hystérie. En fait, l'hypnose est employée par Charcot à des fins principalement expérimentales dans des études neurologiques plus vastes. Il voit l'hypnose comme un état pathologique du système nerveux. Charcot crée un laboratoire de psychologie expérimentale où il accueille le Docteur Janet, le Docteur Freud, ou encore le Docteur Babinski⁸. Nous verrons plus loin que les deux premiers joueront un rôle particulièrement important dans l'histoire de l'hypnose.

Il est capital de souligner pour finir que ce n'est pas le Professeur Charcot lui-même qui pratique les inductions et hypnotise les sujets, mais ses élèves ! Il est notoire qu'il ne contrôle pas le déroulement de ses expériences, et que les démonstrations publiques sont « dopées » par quelques pièces de monnaies distribuées par les assistants aux sujets.

Malgré les reproches que l'on peut faire à Charcot, qui n'a pas apporté beaucoup aux théories sur l'hypnose, il est indéniable que ses travaux constituent une avancée

⁵ Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909) : Médecin chirurgien et neurologue français. Il était également homme politique.

⁶ Ceci peut faire penser aux chutes tensionnelles provoquées par la stimulation du nerf vague après compression des globes oculaires.

⁷ Le vertex est le point médian le plus élevé de la tête lorsque celle-ci est orientée dans le plan de Frankfort.

⁸ Joseph François Félix Babinski (1857-1932) : Neurologue français d'origine polonaise. Babinski est l'un des fondateurs de la Société de neurologie de Paris. Parmi ses élèves, le plus célèbre est certainement Egas Moniz qui est à l'origine de la lobotomie préfrontale. En dehors de sa contribution majeure au développement de la neurologie en France, Babinski a également marqué l'évolution de la psychiatrie et de la neuropsychologie.

significative dans l'étude des névroses. De même, nous ne pouvons nier que le développement de la psychologie sera influencé par les travaux de Charcot.

I.2.3. Affrontement entre l'Ecole de Nancy et l'Ecole de la Salpêtrière : la théorie psychique face à la théorie neurologique

L'Ecole de Nancy va s'opposer ouvertement à l'Ecole de la Salpêtrière, notamment en la personne du Professeur Bernheim, qui lance des attaques contre son confrère, le Professeur Charcot. Il l'accuse de faire une « *hypnose de culture* » et prétend que les patients de la Salpêtrière agissent par simple complaisance, voire par imitation. Face à cette école de Nancy à tendance psychologique, le professeur Jean-Martin Charcot et son équipe de la Salpêtrière présentent une théorie physiopathologique de l'hypnose, se basant sur la constatation de signes physiques objectifs.

Entre les années 1880 à 1890, de nombreux étrangers sont attirés par la France pour développer leurs recherches dans le domaine de l'hypnose. Le milieu médical est en effervescence, et les deux écoles poursuivent leur lutte passionnée. Un célèbre « occultiste » parisien, Stanislas de Gaita, écrit : « *ceux de la Salpêtrière, Monsieur Charcot en tête, font à vrai dire grand tapage et l'on va voir que je parle au propre comme au figuré ; (...) Non seulement ils n'ont rien découvert, mais ils hésitent à sanctionner et à promulguer, même sous un nouveau nom, les plus incontestables principes, formulés en termes lucides par les Professeurs de Nancy* ».

L'affrontement se poursuit jusqu'à la mort de Charcot, en 1893. Ensuite commence un nouveau déclin de l'hypnose, qui fut presque total en France⁹. L'hypnose est alors de nouveau combattue dans les milieux médicaux : elle est déclarée inefficace, dangereuse et classée comme un mélange de supercheries et de simulations. Seul le Docteur Pierre Janet, qui a étudié et exercé auprès de Charcot, continue à s'y intéresser. Il fera partie des initiateurs du renouveau de l'hypnose.

⁹ A l'étranger le déclin de l'hypnose est moindre ; l'école russe avec Pavlov reprend les études sur l'hypnose, en la considérant comme une psychothérapie à base physiologique. Les scientifiques russes Pavlov et Betcherev vont réhabiliter l'hypnose.

I.2.4. Emile Coué (1857-1926)

De son vrai nom Emile Coué de la Châtaigneraie, ce pharmacien et psychothérapeute français naît à Troyes en 1857, et meurt à Nancy à l'âge de 69 ans. Il se marie à Lucie Lemoine, native de Nancy, et fille de l'horticulteur Victor Lemoine, ami d'Émile Gallé. Fin 1885, celle-ci l'amène à rencontrer le Docteur Liébault, réputé pour ses pratiques dans le phénomène de suggestion. Intéressé par ce qu'il voit, Coué lui demande de l'initier aux techniques de l'hypnose, pour laquelle il se passionne. Cependant, il pense que la méthodologie peut être améliorée. Il élabore alors une méthode d'autosuggestion : la célèbre « Méthode Coué ».

C'est à partir de 1900 que se répand cette méthode, qui consiste à répéter une phrase tous les matins et tous les soirs, au lit, les yeux fermés, sans chercher à fixer son attention sur ce que l'on dit. Ainsi, par l'évocation répétée d'une idée, le sujet vise à infléchir sa conduite. Cette méthode est également basée sur l'idéo-dynamisme qui fait qu'en écoutant ses propres paroles prononcées à voix haute tout en comptant sur une cordelette comportant vingt noeuds, une phrase positive du type : « *Tous les jours, à tous les points de vue, je vais de mieux en mieux* », l'on parvient effectivement à aller mieux. Emile Coué dit : « *Ce n'est pas la volonté qui nous fait agir, mais l'imagination* ».

En 1913 les travaux d'Emile Coué prennent une nouvelle orientation, grâce à Charles Baudoin, jeune licencié en philosophie, qui lui propose une application de sa méthode à la pédagogie de l'enseignement. C'est le jeune homme qui fera la notoriété d'Emile Coué par delà les frontières, en faisant connaître ses travaux et en l'amenant à donner des conférences dans le monde entier. Le principe de l'autosuggestion se développe de par le monde, surtout aux Etats-Unis, en Allemagne, et en Russie. A titre d'anecdote, il existe en Russie, près du tombeau de Lénine, à proximité de la Place rouge, une statue érigée par les soviétiques à l'effigie de Monsieur Emile Coué.

Si Emile Coué devient célèbre à l'étranger, c'est loin d'être le cas en France, où sa méthode est aujourd'hui encore sujette à sourires, bien qu'elle soit à l'origine du concept de la pensée positive. De même, l'on peut dire que ses travaux sur l'autosuggestion en ont fait le père du « coaching » moderne.

Quant à l'hypnose, en France, dès la mort de Charcot, c'est à dire à partir de 1893, on enregistre un nouveau déclin, qui est beaucoup moins marqué à l'étranger. Néanmoins l'hypnose est utilisée en France comme ailleurs durant la Première Guerre mondiale dans le traitement des névroses des combattants.

CHAPITRE 3 - FREUD ET LA NAISSANCE DE LA PSYCHANALYSE

Sigmund Freud, psychanalyste autrichien, naît à Freiberg en 1856 et meurt à Londres en 1939. Il fait d'abord des études de médecine puis s'oriente vers la biologie du système nerveux central. Freud est l'exemple typique d'une vie personnelle perturbée par ses recherches. Il est considéré à son époque comme un paria. Bien que controversé, c'est l'un des scientifiques qui a le plus marqué son siècle.

I.3.1. Sa découverte de l'hypnose

I.3.1.1. Passage de Sigmund Freud à la Salpêtrière

En 1885 Sigmund Freud a 29 ans. Il obtient une bourse qui lui permet de se rendre à Paris et d'effectuer un stage de quatre mois auprès du réputé neurologue Jean-Marin Charcot, qu'il a rapidement en haute estime. Freud, s'adressant à sa fiancée, en parle en ces termes: *« Charcot, un des plus grands médecins et dont la raison confine au génie, est en train de démolir mes conceptions et mes desseins. La graine produira-t-elle son fruit, je l'ignore; mais que personne n'a jamais eu autant d'influence sur moi, de cela je suis sûr ».*

Les séances d'hypnose font comprendre à Freud que plusieurs « types » de connaissances peuvent coexister dans un individu sans que l'un ait apparemment conscience de l'autre. Auprès de Charcot, Freud étudie les manifestations de l'hystérie, ainsi que l'hypnotisme et la suggestion. Peu à peu, il se détache des théories strictement neurologiques de Charcot. Puis Freud quitte Paris pour Berlin puis Vienne, où il s'intéresse à la neuropathologie, notamment infantile, qu'il traite par électrothérapie et par hypnose. Il est à la recherche de **nouvelles méthodes**.

I.3.1.2. Sigmund Freud et l'École de Nancy

Le Docteur Freud entend parler des travaux du Professeur Hippolyte Bernheim, pour qui les phénomènes de suggestion prennent le pas sur l'aspect purement physiologique. C'est auprès de Bernheim que Freud prend conscience de l'existence de puissants processus psychiques ignorés de la conscience des hommes.

Freud est très intéressé par la réminiscence des souvenirs oubliés que permet l'hypnose et pense que le rappel de souvenirs traumatiques a un véritable effet purgatif. Il demande à ses sujets, en état d'hypnose, de revivre des événements oubliés, notamment s'ils ont eu sur eux une action traumatisante et pathogène. En 1888, il publie la traduction du livre de Bernheim : « *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* ».

I.3.2. Abandon de l'hypnose ?

Il semble que la technique d'hypnose employée par l'école de Nancy ne convienne pas à Freud, qui la trouve particulièrement monotone et lassante. C'est pourquoi il est tenté de revenir vers l'école de la Salpêtrière. Il semble aussi et surtout que Freud éprouve des difficultés à faire face aux émotions que l'hypnose provoque chez le sujet au cours des séances. Il y croit, mais en même temps le phénomène lui fait peur. Les « *faux souvenirs* » l'inquiètent. En fait, il apparaît qu'il n'a jamais vraiment délaissé complètement l'hypnose. Un de ses assistants nommé Polgar, atteste qu'en 1924 il la pratique encore, au moins à des fins expérimentales. Il ne l'aurait jamais complètement abandonnée...

I.3.3. La découverte de l'inconscient

Il est admis que c'est son étude de l'hypnose qui permet à Freud de découvrir les forces inconscientes qui font agir l'être humain. Freud le reconnaît, car il affirme que d'un point de vue théorique comme d'un point de vue thérapeutique, la psychanalyse gère un héritage qu'elle a reçu de l'hypnose.

Freud est fasciné par le mécanisme singulier qui fait qu'un ordre formulé par l'hypnotiseur au sujet se dirige vers le subconscient de celui-ci, échappant à la conscience. Il comprend que l'Homme possède en lui un vaste domaine où se dévoilent les mécanismes les plus

secrets de l'Être. Une sorte de savoir qu'il ne maîtrise pas, dont il n'a pas conscience, et qui ordonne certains comportements. Freud découvre ainsi l'inconscient. Cette découverte va mettre en valeur notre « Moi » le plus secret. Il se met donc à l'écoute de cet inconscient cherchant à le décoder. Son analyse et ses recherches l'amènent à explorer également le monde onirique. Pour lui, les rêves constituent une voie d'accès royale vers l'inconscient, et là aussi il tente d'en déchiffrer les messages. Freud inspira nombre de disciples qui cherchèrent comme lui à prendre conscience de notre condition humaine.

La découverte de l'inconscient a ébranlé le règne de la raison. On en parle comme de la grande expérience philosophique et culturelle du XX^{ème} siècle. Le siècle entier lui est consacré.

I.3.4. Début de la psychanalyse

Le Docteur Freud fait une rencontre déterminante avec le Docteur Breuer. Celui-ci a une patiente qu'il suit depuis le début des années 1880 pour des manifestations hystériques en relation avec la maladie puis la mort de son père. Le Docteur Breuer se confie régulièrement sur ce cas à son confrère Freud, et lui donne tous les détails de sa thérapie. Il utilise la méthode cathartique, c'est à dire le rappel des souvenirs refoulés. La théorie veut que l'on fasse raconter au malade le plus précisément possible les faits qui sont sensés avoir provoqué le problème dont il souffre. Le psychanalyste veut réveiller chez son patient des souvenirs relatifs aux événements qui ont déterminé sa première crise, et lui demande de ne surtout pas retenir son émotion. Par cette méthode, le sujet se dégage de l'émotivité du choc hystérogène qui n'a pas été primitivement dégage par une réaction engendrée par la parole. Le cas de cette patiente présentant des symptômes d'hystérie amène Freud à mettre en exergue que « *l'accès hystérique est un souvenir, la revivification hallucinatoire d'une scène ayant joué un rôle important dans la maladie* ». Les deux hommes sont fascinés par le fait que les symptômes disparaissent lorsque la patiente ramène à sa mémoire le contexte de leur apparition. Pourtant, le Docteur Breuer décide de cesser le traitement quand la jeune femme un jour lui saute au cou, geste qu'il prend pour être un « *violent transfert amoureux* », et qui le met dans l'embarras. Ces événements, narrés par le Docteur Breuer à Sigmund Freud, amènent ce dernier à étudier le phénomène du transfert, qui est en fait un lien affectif intense s'instaurant de façon automatique entre l'analyste et son patient. A partir de ces faits, les deux confrères engagent un travail en

commun. Ce sont les débuts de la théorie psychanalytique. En 1917, dans son « *Introduction à la psychanalyse* », comme à d'autres occasions, Freud écrit : « *la découverte de Breuer forme encore de nos jours la base du traitement psychanalytique* ».

Il est intéressant de noter que l'histoire de cette jeune femme, connue sous le pseudonyme d'Anna O., de son vrai nom Bertha Pappenheim, fut maintes fois contée. Elle est présentée comme l'élément fondateur de la pensée psychanalytique freudienne. Elle est cependant considérée par beaucoup comme étant un simple mythe¹⁰.

En 1895, Freud publie avec son confrère un ouvrage très mal accueilli dans les milieux médicaux, intitulé « *Études sur l'hystérie* ». Les deux scientifiques y exposent déjà les principes fondamentaux de la psychanalyse, avec les concepts d'inconscient, de transfert, de refoulement, etc.

A partir de 1896, Freud et Breuer sont en conflit, puis se séparent. Après cette rupture, Freud poursuit seul ses recherches. Il fait son autoanalyse. En 1897, il expose le complexe d'œdipe qui est une de ses principales thèses. Vers 1900, la psychanalyse devient la théorie du fonctionnement de l'appareil psychique. Cependant ses théories déclenchent de nombreuses polémiques. Les élégantes et les neurologues des années 20 frissonnent à la simple évocation du Docteur Freud. On le nomme « *le libertin* », « *le masturbateur psychique* » ou encore « *le pornographe* ». On a dit de la psychanalyse qu'elle infligeait à l'humanité une humiliation analogue à celles qui lui furent infligées par Copernic et Darwin. Délogé du centre de l'univers par le premier, délogé du centre de la création par le deuxième, l'homme est privé de son libre arbitre par Freud.

En 1901, Freud publie « *le Rêve et son interprétation* », puis s'intéresse à la sexualité dans l'hystérie, ainsi qu'à l'homosexualité. A partir de 1902, ses disciples se regroupent, et fondent des sociétés. L'avènement et les succès de la psychanalyse contribuent, à leur tour, à faire oublier les résultats thérapeutiques précédemment obtenus par l'hypnose.

¹⁰ Voir l'ouvrage de Mikkel Borch-Jacobsen : « *Souvenirs d'Anna O. Une mystification centenaire* ».

I.3.5. Les successeurs

Parmi les nombreux disciples de Freud se trouvent les psychiatres autrichiens William Stekel et Alfred Adler, le psychologue autrichien Otto Rank, les psychiatres suisses Eugen Bleuler et Carl Gustav Jung, le psychanalyste hongrois Sandor Ferenczi, le psychiatre et psychanalyste allemand Karl Abraham, le psychiatre et psychanalyste anglais Ernest Jones, le psychanalyste américain d'origine autrichienne Hanns Sachs... Mais certains deviennent des dissidents, comme par exemple :

- Alfred Adler (1870-1937). Il n'approuvait pas l'intérêt que Freud portait à la sexualité. En 1911 il tourne définitivement le dos à son confrère et propage ce que l'on appelle la psychologie individuelle.
- Georg Groddeck (1866-1934). Il a dit : « *Le désir refoulé se manifeste dans la maladie* ». Le concept du « Ça » lui a été emprunté par Freud, qui en a fait l'instance psychique du réservoir des pulsions, alors que Groddeck voyait dans le « Ça » une force inconnue gouvernant les personnes, et étant à la source de toutes les maladies physiques. Il n'acceptait pas la division entre l'esprit et le corps.
- Otto Rank (1884-1939). Beaucoup de motifs l'éloignèrent de son « Maître ». Entre autre, en 1924, un conflit s'installe entre eux au sujet de l'importance du traumatisme de la naissance en psychanalyse. Pourtant, il est intéressant de noter que leur histoire fut riche en ruptures et réconciliations.
- Wilhelm Reich (1897-1957). Il est un des premiers et des plus brillants élèves de Freud. Il est cependant considéré comme un dissident parce qu'il n'a pas accepté les dernières théories du maître sur l'agressivité.
- Et, bien sûr, un des principaux dissidents est Carl Gustav Jung.

I.3.5.1. Carl Gustav Jung (1875-1961)

Jung est effectivement considéré comme le principal dissident de Freud. Psychanalyste suisse, fils de pasteur, il naît en 1875 à Kesswil, en Suisse, et meurt à l'âge de 86 ans. C'est

en 1906 qu'il rencontre Freud. Celui-ci est conquis par sa personnalité et veut faire de lui son fils spirituel. Jung se fait rapidement un nom dans le domaine de la psychanalyse. Un des concepts novateurs qu'il introduit dans le champ de la psychologie du début du siècle, est celui « *d'inconscient collectif* ». Ses oppositions aux théories freudiennes résident notamment dans le domaine du rôle de la sexualité dans le développement psychique. Les premiers malentendus commencent dès 1907. C'est à partir de 1913 que se concrétise la rupture avec Freud. Jung traverse ensuite une période de problèmes personnels, puis fonde son propre mouvement et attire à lui de nombreux disciples. Il se désintéresse de la psychosexualité, domaine cher à Freud, et s'oriente vers des notions de spiritualité.

L'étude des phénomènes hypnotiques a montré que, dans un seul et même individu, il peut y avoir des regroupements psychiques, assez indépendants pour qu'ils ne sachent rien les uns des autres. Pour Jung, « *l'inconscient* » est un système psychique autonome contenant des éléments psychiques refoulés, et capable de corriger ses déséquilibres en le dotant d'éléments nouveaux. L'une des particularités de l'hypnose est l'élargissement du champ de conscience, et l'investigation de l'inconscient.

C'est avec Jung au début du XX^{ème} siècle que se développe la connaissance holistique de l'être humain dans un monde de plus en plus matérialiste. « *Aux rêves, lapsus et actes manqués de Freud, Jung ajoute une fonction créatrice tout comme Milton Erickson avec l'hypnose éricksonienne* »¹¹.

CHAPITRE 4 – LE RENOUVEAU DE L'HYPNOSE

A la suite de Freud, les psychanalystes qui continuent à avoir recours à l'hypnose deviennent rares. Ils déplorent l'impossibilité de définir avec précision la nature de l'état hypnotique. Certains, très influencés par la théorie freudienne du transfert¹², comprennent l'hypnose comme une sorte de substitution, dans les relations affectives du sujet, d'une personne à une autre. C'est un mode relationnel qui correspond chez le sujet à un état psychique donné. Ils considèrent l'état hypnotique comme simplement un état modifié de conscience. Pour d'autres, l'hypnose est perçue comme un interdit, un sujet fascinant, mais tabou.

¹¹ Claude Baumel, psychothérapeute, « *L'inconscient dans le monde moderne* » dans articles et dossiers CERFPA (Centre d'Etude de Recherche et de Formation en Psychologie Appliquée).

¹² En psychanalyse, relation affective intense entre le patient et le thérapeute, reproduisant en partie une attitude vécue dans l'enfance.

I.4.1. De l'hypnose à l'automatisme psychologique

I.4.1.1. Pierre Marie Félix Janet (1859-1947)

Pierre Janet, psychiatre et philosophe français, père de la psychologie clinique, est né en 1859 à Paris, ville où il meurt à l'âge de 88 ans. Alors qu'il est Professeur au Havre, il développe ses travaux sur l'hypnose, démontrant que celle-ci est le résultat d'une conscience secondaire dissociée, encore appelée double conscience. A ce titre, il rejoint les travaux de Freud qui s'était également intéressé à la double conscience. En 1880, Charcot a connaissance des travaux réalisés par Janet lors de la réalisation de sa thèse sur la clinique de l'hystérie. Il lui propose de se joindre à lui et à son équipe à l'Hôpital de la Salpêtrière. Dans un premier temps, Janet adhère aux théories de Charcot.

En 1889, Pierre Janet guérit par hypnose un patient atteint d'une cécité hystérique unilatérale. Par suggestions répétées, il amène son patient à revivifier un traumatisme ancien, et constate que celui-ci ne garde pas en mémoire, à l'issue de la séance, le déroulement de celle-ci. Cela l'amène à s'intéresser particulièrement aux phénomènes de dédoublement de la personnalité ainsi qu'aux phénomènes d'amnésie post-hypnotique. Les patients qu'il rencontre présentent un dédoublement de la personnalité et revêtent tantôt l'une, tantôt l'autre, sans jamais se souvenir de la précédente, ni avoir conscience de la transition. Progressivement, Janet se rallie aux thèses de Bernheim.

L'approche de Janet est quelque peu similaire à celle de Freud vers 1890, bien que les recherches des deux scientifiques aient souvent été mises en opposition. En effet Janet s'intéresse à l'hystérie par le biais de l'hypnose. Puis il élabore sa théorie de la « psychasthénie », dans laquelle il met l'accent sur les aspects psychiques et intellectuels de certaines névroses obsessionnelles, plutôt que sur l'épuisement nerveux ou l'hyperémotivité anxieuse, correspondant à la neurasthénie. C'est dans la notion du conflit psychique et sa nature sexuelle que l'opposition de Janet à Freud est particulièrement significative, et plus encore dans leur considération de l'hypnose. Janet dira : « *Les immenses fleuves que sont la psychanalyse et la méthode psychosomatique, ont pris leur source dans l'hypnose, et après s'être détachés d'elle, ils y reviennent de façon souvent détournée, mais de plus en plus accusée* ».

Vers 1919, alors que l'hypnose semble dépassée, Pierre Janet poursuit seul en France ses travaux sur le phénomène hypnotique. Il décrit la guérison de l'hystérie par liquidation de souvenirs traumatiques, et durant toute sa vie de praticien, traite des patients par hypnose. Grâce au philosophe Henri Bergson¹³, il obtiendra une chaire au Collège de France. Il donne des consultations à l'hôpital Sainte-Anne et fait des conférences à travers le monde jusqu'en 1932. Pendant ce temps, aux Etats Unis notamment, il en est qui préparent le renouveau de l'hypnose. Tel est le cas pour les partisans du « *courant empathiste* », comme le psychanalyste Sandor Ferenczi, ou pour les partisans de la « *psychologie du moi* », théorie développée par Heintz Hartmann, ainsi que nous le voyons dans le paragraphe suivant.

I.4.2. Vers la maturité de l'hypnose

I.4.2.1. Le courant empathiste de Ferenczi (1873-1933)

Neurologue et psychiatre, diplômé de médecine à Vienne, Ferenczi mène sa carrière hors des sentiers battus. En 1908, Freud lui est présenté. Il devient non seulement un de ses disciples, mais également son ami. Ils auraient entretenu une correspondance suivie, puisque la littérature indique qu'ils se seraient échangés quelques mille deux cent cinquante lettres !

Ferenczi est connu pour sa grande sensibilité, et on le dit aussi doté d'une intuition clinique le prédisposant à travailler auprès de patients difficiles, notamment les psychotiques. Ces qualités personnelles font qu'on lui confie les cas les plus pénibles. C'est sans doute ce qui rend l'œuvre de Ferenczi si originale ; élaborée à partir de multiples textes relativement courts, elle est consacrée aux cas qui sont à la limites de l'analysable. A l'heure actuelle, nos analystes contemporains se réfèrent abondamment à l'œuvre novatrice de Ferenczi, et y trouvent des axes de réflexion et des solutions à des problèmes encore actuels.

Avec la collaboration des Docteurs Otto Rank et Georg Groddeck, dont nous avons parlé dans les précédentes lignes, Ferenczi développe une technique particulière consistant à laisser s'exprimer des excès de manifestations chaleureuses envers le patient, pouvant aller

¹³ Henri Bergson (1859-1941) : Philosophe français. Prix Nobel de littérature en 1927. Auteur d'une philosophie de la conscience et du vivant.

jusqu'à des marques physiques d'affection. Sa méthode, très active, intègre également une sorte d'analyse réciproque, avec permutation des rôles de l'analyste et du malade. C'est ce mouvement par lequel le médecin se met à la place de son patient qui désigne le courant empathiste. Le thérapeute veut tout comprendre du vécu du malade, et tente donc de se glisser au plus profond de sa réalité.

C'est cette attirance pour ces techniques dites actives qui le font tomber en disgrâce aux yeux, entre autres, de Freud, dont il est pourtant si proche. Car en effet, la psychanalyse empathique bafoue les préceptes de la psychanalyse classique qui elle, exige une totale « neutralité » dans les rapports médecin/patient. Plus encore, la nouvelle attitude empathiste ne cherche pas tant à trouver l'origine d'une maladie que d'aider le patient à mettre en place son processus « de guérison ». C'est l'efficacité qui prime, et qu'importe s'il faut pour cela influencer le malade. C'est dire que le courant empathiste remet complètement en question l'attitude psychanalytique traditionnelle, qui préconise la non implication du thérapeute dans sa relation avec son patient. Il en découle un renouveau de l'hypnose dans le domaine de la psychanalyse, auquel Ferenczi a donc largement participé.

I.4.2.2. La psychologie du Moi de Hartman (1894-1970)

Le principal initiateur de la psychologie du Moi est Heinz Hartmann, personnage qui a fortement marqué la psychanalyse moderne. Contraint de se rendre aux Etats Unis sous la poussée du nazisme, il acquiert une influence incontestable au sein de « *l'International Psycho-Analytic Association* », fondée pour veiller sur l'œuvre de Sigmund Freud. Il a ainsi eu un rôle prépondérant dans l'évolution de la psychanalyse aux Etats Unis.

En fait, sa théorie du Moi prend une importance considérable dans ce qui constitue la psychanalyse américaine. Hartman intègre dans ses travaux la prise en compte de la globalité de l'être humain, donnant corps à une véritable psychologie psychanalytique portant son intérêt sur le développement et l'adaptation de la personne, c'est à dire sur le Moi et ses fonctions. Sa théorie présente des aspects qui sont fortement controversés par les défenseurs de la psychanalyse orthodoxe : c'est par exemple l'idée qu'un Moi autonome pourrait se situer hors du conflit psychique. Avec sa théorie, Hartman s'oppose aux théories de Freud, et pose les limites de la psycho-sexualité. Il privilégie l'observation de la réalité, et s'intéresse aux facteurs observables.

C'est donc de l'autre côté de l'Atlantique que l'hypnose refait son apparition, avec des psychiatres américains, tels Kubie, Paul Watzlawick, et bien d'autres parmi lesquels, nous le verrons plus loin, Milton Erickson. En France, le retour de l'hypnose en psychanalyse a également lieu, bien que tardivement. C'est principalement grâce à Pierre Janet, dont nous avons déjà parlé, mais aussi grâce à Léon Chertok, puis à François Roustang.

I.4.2.3. Contre la tentation théorique : Léon Chertok (1911-1991)

Psychanalyste de formation, le Docteur Léon Chertok naît en 1911 et meurt à l'âge de 80 ans. Tant en France qu'à l'étranger, Léon Chertok est reconnu comme un des plus grands spécialistes de l'hypnose. C'est grâce à lui que dans les années 50 la réhabilitation de l'hypnose s'amorce à nouveau. Une des caractéristiques de Léon Chertok est qu'il refuse de poser une théorie que l'on puisse rattacher à son nom, s'il faut pour cela cacher certains aspects, ou expliquer d'une façon incertaine certains effets. C'est ce qu'il appelle « *la tentation théorique* », à laquelle il ne veut pas céder. Pourtant il œuvre à la réhabilitation de l'hypnose, si souvent méprisée, critiquée, voire diffamée. Il propose une nouvelle compréhension de l'hypnose au travers des théories freudiennes et permet une relecture des phases expérimentales de la psychothérapie. La contribution de Léon Chertok à l'analyse de l'affect et à celle du mécanisme de transfert dans la relation thérapeutique est fondamentale. A la lumière de ses travaux, Freud a été en quelque sorte redécouvert.

Léon Chertok met en perspective l'hypnose, la psychosomatique, et la psychanalyse. Malgré ce qui vient d'être dit plus haut, il fustige cette dernière, l'accusant de se vanter d'avoir tout compris de l'hypnose, et de pouvoir expliquer ou contourner les problèmes qu'elle pose. Il dénonce la médiocrité des théorisations sur l'hypnose ; ce qui pour lui dénote forcément une incapacité à théoriser le psychisme humain. Pour lui, l'hypnose se situe quelque part entre la psychanalyse et la biologie. Il pense que le phénomène hypnotique est forcément révélateur du fonctionnement de l'être humain, et veut qu'on s'y intéresse de façon scientifique. Il considère l'hypnose comme une expérience ouverte, un vecteur d'apprentissage. Grâce à Léon Chertok l'hypnose est réhabilitée. Auparavant mal vue, méprisée, et diffamée, il en a fait avec une grande intelligence « *l'instrument d'un combat pour la reconnaissance lucide du « non-savoir des psy »*¹⁴ ».

¹⁴ Voir bibliographie

D'autres personnages s'inscrivent dans la voie du Docteur Chertok. Parmi eux : François Roustang, philosophe, théologien et hypnothérapeute; Mikkel Borch Jacobsen, philosophe; la sociologue Isabelle Stengers, et bien d'autres.

I.4.2.4. La sophrologie Caycedienne : Alfonso Caycedo (1932)

La sophrologie est née de l'hypnose en des siècles très reculés, et elle se confond encore parfois avec elle. On dit souvent que la sophrologie est une hypnose qui ne sait pas dire son nom... Dans un de ses dialogues, intitulé « *Charmide* », Platon utilise le terme de « *sophrosuné* » pour décrire un état de sérénité, de calme et de concentration. Mais même si elle est très ancienne, la sophrologie est surtout connue au travers des travaux d'Alfonso Caycedo qui en a développé les concepts et fondé la méthode.

En observant les patients du service de neuropsychiatrie de l'hôpital provincial de Madrid dans lequel il travaille, le Docteur Caycedo s'insurge contre les traitements infligés aux patients : électrochoc, coma insulinique et autres. Il envisage même d'abandonner la carrière médicale... mais, il découvre l'hypnose. Il commence alors à s'intéresser à la conscience de ses malades. Plus tard, il étudie le yoga, la méditation et d'autres pratiques orientales visant essentiellement à modifier les états de conscience. Ses études l'amènent à une quête de la « *conscience en harmonie* », principe de base sur lequel il fonde à partir de 1960 le mouvement médical qu'il nomme sophrologie, car le terme hypnose le gêne. L'appellation « sophrologie » est présentée officiellement en 1961 au Congrès International de Psychothérapie ; elle vient du grec : « *Sos* » qui signifie paix/sérénité/harmonie ; « *Phren* » est donné pour cerveau/conscience et « *Logos* » pour science/étude.

Le Docteur Caycedo aurait dit « *Freud s'est intéressé à l'inconscient. Moi, c'est le conscient qui m'intéresse* ». La sophrologie est effectivement considérée comme la « science de la conscience ». C'est une thérapie douce, faisant appel à des techniques de relaxation et de visualisation, ainsi qu'à des affirmations positives. Pour les sophrologues la maladie apparaît lorsque notre être est en déséquilibre, ou dysharmonie. C'est ce déséquilibre qui se manifeste sous la forme du symptôme. L'objectif du thérapeute est de travailler sur la conscience du patient, pour lui rendre son harmonie.

Caycedo fonde la Sophrologie dite Caycedienne, ainsi que son schéma de l'éventail de conscience (voir annexe 5) en s'inspirant de techniques orientales, mais aussi de l'hypnose thérapeutique, de la relaxation progressive de Jacobson et du training autogène de Schultz. Il s'appuie également sur la phénoménologie¹⁵ psychiatrique. Le phénomène est ce qui apparaît spontanément à la conscience d'un sujet en fonction de son vécu physique ou de son psychisme, à l'instant présent, c'est à dire ici et maintenant, sans jugement ni rattachement au passé. Pour Caycedo, les phénomènes doivent être guidés et non induits, car chaque patient les vit différemment. Il est aussi influencé par l'existentialisme, courant philosophique et littéraire du XXe siècle qui affirme que l'homme est libre, et maître de son destin. Dans cette optique, responsabilité et liberté individuelle font que l'homme devient, au travers de ses actes, ce qu'il est. Dieu est inexistant dans ce courant de pensée. L'homme doit prendre conscience de lui-même et de son pouvoir sur sa vie.

En 1967, le Docteur Caycedo crée la Société Centrale de Sophrologie et de Médecine psychosomatique. Il fonde ensuite le Centre International de Sophrologie. En 1989 le système Caycedien de relaxation dynamique est fondé. La méthode, structurée en trois cycles de quatre degrés chacun est affinée.

La sophrologie sera officiellement présentée comme étant une nouvelle professionnalité clinique et socio-prophylactique en 1992 lors du cinquième congrès européen de psychiatrie à Barcelone.

I.4.3. L'hypnose éricksonienne

I.4.3.1. Milton Hyland Erickson (1901-1980)

Le Docteur Milton Erickson est le père de la nouvelle hypnose : « *l'hypnose éricksonienne* ». Son histoire est particulièrement fascinante, car c'est son propre état de santé qui l'amène à s'intéresser à l'hypnose.

Né en 1901 dans le Nevada, il passe son adolescence dans une ferme du Wisconsin. Très tôt, il prend conscience de ses handicaps : daltonien, incapable de reconnaître ou de

¹⁵ La phénoménologie est une philosophie développée par le philosophe allemand Husserl (1859-1938), portant sur les phénomènes présents à notre conscience.

reproduire un rythme musical et surtout dyslexique. Il est obstiné, se soumettant à un constant apprentissage. Il est capable de lire et de relire un dictionnaire entier pour trouver le mot qu'il cherche. A 17 ans, il est victime d'une attaque de poliomyélite qui le laisse paraplégique. C'est cette attaque qui détermine chez Erickson la découverte et l'utilisation de ce qu'il appellera ultérieurement l'autohypnose. Il se concentre sur sa volonté de mobiliser certains faisceaux musculaires paralysés en se remémorant ses gestes antérieurs et en observant avec précision les déplacements de sa jeune sœur qui commence à marcher. Il réapprend à coordonner sa motricité et en moins d'un an récupère une très grande partie de ses capacités musculaires.

Par la suite, il entame des études médicales et rencontre le Docteur Clark L. Hull¹⁶ qui le sensibilise à l'hypnose. Ce dernier a une conception classique de l'hypnose. Il définit des procédures d'induction universelles. Erickson quant à lui développe une conception originale et personnelle de cette discipline, considérant qu'elle relève d'un phénomène physiologique naturel et l'abordant de façon très permissive.

A 33 ans, il épouse en seconde noce Elizabeth Moore, une psychologue qui sera sa plus proche collaboratrice. D'abord psychiatre dans le Massachusetts puis dans le Michigan, il s'installe ensuite en cabinet privé à Phoenix en Arizona après une deuxième attaque en 1950. Il reste cloué sur un fauteuil roulant à partir de 1963 et meurt en 1980 à l'âge de 79 ans.

Dans la méthode d'Erickson, la communication est prépondérante. Elle est non-directive, c'est à dire que rien n'est imposé au sujet dont les aspirations sont respectées. L'hypnose éricksonienne vise à rechercher des solutions en provoquant la stimulation de facultés inconscientes. Par le biais d'un langage hypnotique, le thérapeute favorise l'émergence des processus de restructuration et de guérison propres au patient, et lui fait faire un travail thérapeutique actif.

Aux U.S.A., on considère Erickson comme le père de la « communication moderne ». Il fait de nombreux émules et collabore avec les créateurs de l'Ecole de Palo-Alto. Ses travaux bouleversent les conceptions de l'hypnose et de la thérapie en général. Dès les années 70, les idées d'Erickson sont largement diffusées et vulgarisées. Son influence va grandissante, influençant les travaux de nombreux chercheurs :

¹⁶ Clark Léonard Hull (1884-1952) : Psychologue behavioriste de Harvard.

- R. Bandler et J. Gringer, qui sont les initiateurs de la Programmation Neuro Linguistique (P.N.L.).
- S.R. Lankton et C. Lankton, qui insistent sur l'utilisation des métaphores en thérapie.
- M. Rittnerman, qui utilise conjointement l'hypnose et la thérapie familiale.
- J. Barber qui s'intéresse plus particulièrement au travail sur la douleur.

En France, Godin et Malarewicz sont les premiers à diffuser les travaux et les idées de Milton Erickson.

Nous avons voyagé à travers l'histoire de l'hypnose, ce phénomène ancestral qui depuis si longtemps fascine l'Homme en quête de compréhension de ce qu'est la nature humaine. Cet historique met en exergue les rapports anciens entretenus par la médecine avec le « magnétisme » ou « hypnose ». Il nous montre aussi à quel point la compréhension et l'acceptation de nouveaux concepts peuvent être longues et compliquées. Les hommes qui ont fait cette histoire nous forcent au respect de par leurs combats incessants pour faire progresser leur science malgré le scepticisme ou l'ordre de pensée établi.

La liaison officieuse de la médecine et de l'hypnose dure déjà depuis longtemps et s'est accompagnée de polémiques, de conflits, et de violentes querelles au sein du milieu médical. Mais notre époque voit une nouvelle phase de cette histoire, celle de l'officialisation de cette liaison tumultueuse.

Deuxième partie :

Les données actuelles : **La place de l'hypnose au** **début du XXIème siècle**

« La science ne sert guère qu'à nous donner une idée
de l'étendue de notre ignorance. »

Félicité de Lamennais

II – LES DONNEES ACTUELLES : **La place de l’hypnose au début du XXIème siècle**

CHAPITRE 1 – A L’AUBE DE L’HYPNOSE MEDICALE OFFICIELLE

Dès que l’on prononce le mot hypnose, ce qui vient immédiatement à l’esprit, c’est l’image d’un hypnotiseur au regard fascinant en train d’essayer «d’endormir» un sujet sur une scène de cabaret. Ce n’est certainement pas à l’instrument thérapeutique auquel on pense. Cela est dû au fait que l’hypnose de spectacle n’a jamais cessé d’exister, de se montrer, et de faire parler d’elle, au contraire de l’hypnose médicale. Et l’on peut légitimement se demander si, sans l’hypnose de scène, cette discipline serait parvenue à traverser les époques, et devenir ce qu’elle est aujourd’hui.

II.1.1. De l’hypnose de spectacle à l’hypnose médicale

II.1.1.1. L’hypnose de spectacle

Tenant compte de ce qui vient d’être dit, on ne peut qu’être interpellé en lisant sur un site Internet fort connu les définitions suivantes : « *Un hypnothérapeute est un thérapeute qui utilise l’hypnose à des fins thérapeutiques, et pratique l’hypnose clinique. Un hypnotiseur est un charlatan, un personnage de spectacle, dénaturant l’hypnose de sa fonction thérapeutique* »... D’une part, nous ne pouvons que nous offusquer que les personnes de spectacle soient assimilées à des charlatans. D’autre part, le commentaire dénote de la part de son auteur sinon de l’ingratitude, du moins une ignorance certaine de l’histoire de l’hypnose.

Ce genre de réflexion, pour le moins surprenant, n’est pourtant pas isolé. Au-delà des mots, elle laisse percevoir une certaine inquiétude, voire un manque d’assurance de la part de l’homme de science, qui éprouve le besoin de bien se démarquer des pratiques de scène, et d’établir une distinction entre la représentation de ce que le tout un chacun se fait de

l'hypnose au travers simplement de ce qu'il en a vu, lu ou entendu, et ce que lui, homme de science, pense connaître du phénomène au travers de sa pratique. Peut que le commun des mortels continue de faire l'amalgame sans doute ; mais la réponse à cette confusion persistante doit-elle être infamante pour l'homme de spectacle? Certainement pas. La réponse au problème de l'amalgame est dans l'explication claire et logique de ce qu'est l'hypnose médicale. Et cette explication, si elle est pertinente, peut faire l'économie de dénigrer les autres facettes de l'hypnose. Tout le monde sait que l'eau est un élément vital pour notre santé, et que sans elle nous ne pourrions survivre. Allons-nous pour cela accabler l'aquarelliste quand il utilise l'eau pour mélanger ses couleurs, dans le but de nous donner un joli tableau « en spectacle »? Allons nous lui dire qu'il dénature l'eau? Et allons-nous montrer du doigt cet autre artiste qui nous émerveille et nous divertit en élaborant des jeux d'eau et de lumière? Non bien sûr. Et si l'hypnose médicale accepte de se dévoiler, de se donner à voir, nous gageons que chacun saura bien faire la part des choses.

Mais projetons-nous sur la scène où, devant un public parfois sceptique et souvent bruyant, l'hypnotiseur de spectacle procède à son show, sans se soucier de ce qui l'entoure, devant une assistance majoritairement captivée. Et nombreux sont les volontaires qui montent sur scène à la demande de l'hypnotiseur. Celui-ci, va, presque invariablement, conduire son show selon le même processus.

Tout d'abord, il procède à l'induction, qui lui permettra de faire entrer le ou les sujets, puisqu'il s'agit souvent de séances « d'endormissement collectif » dans un état hypnotique, et de leur donner accès à un autre mode de fonctionnement. Nous passons ici rapidement sur les techniques d'induction, qui seront plus largement développées ultérieurement. Si la durée d'induction est très variable, pouvant atteindre plus d'une heure, l'hypnotiseur de spectacle a lui recours à des techniques rapides, et souvent combinées : l'opérateur demande au sujet de se détendre, et de se laisser envahir par une torpeur reposante, de sentir ses paupières s'alourdir, de plus en plus, puis de fermer les yeux et dormir. Il s'appuie souvent sur un compte de 1 à 3 pour formuler ses demandes, et opère quelques passes dites « magnétiques ». Il peut demander la fixation prolongée d'un point lumineux. Cette technique était particulièrement célèbre dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle et, soit dit en passant, peut également se montrer efficace avec des non-voyants.

Puis vient la seconde étape du processus, correspondant à l'approfondissement de la transe. L'hypnotiseur va s'assurer que le sujet s'enfonce de plus en plus dans un état hypnotique, en utilisant des techniques appropriées. Il va lui suggérer des comportements peu ordinaires. C'est alors que le spectacle commence vraiment. L'hypnotiseur va par exemple suggérer, voire commander, l'impossibilité de dire correctement son nom, l'impossibilité de compter normalement, l'impossibilité de faire certains mouvements, ou au contraire, l'impossibilité de réfréner certains mouvements. L'opérateur peut également commander la rigidité des membres du sujet, et mettre celui-ci en catalepsie, jusqu'à l'installer tout raide entre deux tréteaux et s'asseoir sur son abdomen. Dans d'autres cas, il va transpercer certaines parties du corps du sujet avec des aiguilles, sans qu'il en reste la moindre trace ultérieurement, et sans la moindre souffrance. Parfois aussi, l'opérateur demande aux sujets de « se prendre » pour une autre personne qu'eux, voire de se croire un animal et d'agir comme tel. Et chaque fois, à quelques exceptions près, les volontaires s'exécutent. Tout cela est bien spectaculaire, et le public est ébahi. Car oui, la très grande majorité du public est intéressée par ces phénomènes qui sont donnés en spectacle ; mais pas seulement pour en rire. L'intérêt est surtout suscité par la curiosité de comprendre, de savoir.

La dernière étape du spectacle sera l'éveil... L'hypnotiseur ramène le sujet à la réalité, en pratiquant un décompte de 3 à 1. Durant ces démonstrations, plus le comportement du sujet aura été spectaculaire et comique, plus le spectacle sera réussi. Et à la sortie, la plupart des spectateurs, bien qu'impressionnés, resteront parfois encore sceptiques, du simple fait **qu'ils ne comprennent pas comment de tels phénomènes peuvent se produire.**

II.1.1.2. Rencontre avec un hypnotiseur de spectacle

Durant la réalisation de notre travail, nous avons eu l'attention captée par un show télévisé donné par un célèbre hypnotiseur de scène, Dany Dan. Ultérieurement, il nous a été possible d'échanger avec lui par téléphone sur le sujet de l'hypnose en général, et de le rencontrer. Homme de spectacle, Monsieur Dany Dan Debeix est également formateur et conférencier. D'après son cursus, il est docteur en psychologie clinique diplômé du « *London College* ». A partir de 1972, il commence à être sollicité pour des interventions tant à la radio qu'à la télévision. Depuis cette période, sa présence sur les antennes ne cesse de croître.

Pour l'anecdote, nous dirons quelques mots sur les événements qui amènent Dany Dan à poursuivre avec une profonde motivation l'itinéraire professionnel qu'il s'est construit. En effet, celui-ci rapporte qu'à l'âge de 20 ans, il perd l'usage de ses jambes à la suite d'un tragique accident de la route. Les pronostics médicaux de l'époque ne lui laissent aucun espoir de remarcher. Il aurait, grâce à la pratique de l'autohypnose, réussi après quelques mois à recouvrer sa motricité. Il relate que ce sont ces circonstances qui l'ont poussé à approfondir sa connaissance, ainsi que sa pratique de l'hypnose, et de consacrer toute sa vie à cette discipline. Ses recherches le conduisent à mettre au point de nouvelles techniques. La stratégie de Monsieur Dany Dan Debeix repose sur la confusion et la surprise qu'il provoque chez le sujet, en le déstabilisant. Par exemple, il le surprend en lui passant la main dans les cheveux, et en lui donnant des suggestions contradictoires. Il provoque des associations d'idées en faisant volontairement des lapsus. Le sujet, complètement déstabilisé, devient incapable d'interpréter les faits à partir du cadre habituel du conscient¹⁷, et passe automatiquement dans un mode d'analyse relevant de l'inconscient, ce qui lui permet involontairement de pouvoir donner du sens aux événements, et de se débarrasser du trouble et de l'incertitude. Ce type de technique diffère beaucoup de la méthode éricksonienne, en ce sens que cette dernière est davantage « permissive ». La permissivité restant bien sûr également une stratégie visant à contourner les résistances du sujet.

Cette rencontre avec un homme de spectacle a été intéressante à bien des points de vue ; mais ce qui a retenu le plus fortement notre attention est le fait qu'au-delà de la scène, Monsieur Debeix a développé des activités dans des domaines proches de la santé, et s'est rapproché du contexte médical, et de la thérapeutique.

II.1.1.3. De la scène au coaching sportif

En fait, nombreux sont les hommes de spectacle à s'être intéressés au potentiel thérapeutique de leur discipline, simplement parce que le terrain était libre. Ils se sont

¹⁷ Cette technique fait appel au concept de cerveau droit/cerveau gauche. Il s'agit en fait des deux hémisphères du cerveau. L'hémisphère gauche correspondrait aux domaines du conscient : analyse, déduction et logique, alors que l'hémisphère droit correspondrait aux domaines de l'inconscient : imaginaire, création. Cependant, d'après le Professeur George Fink (Département de Neurosciences, Université d'Edinburgh) « *quelle que soit l'histoire à propos de la latéralisation, une simple dichotomie des hémisphères est totalement hors sujet. Ce qui compte, c'est comment les deux côtés du cerveau se complètent et s'associent* ».

même parfois orientés avec succès vers des actions de coaching, et de nombreux sportifs de haut niveau ainsi que des artistes réputés les consultent pour optimiser leurs performances. En médecine du sport, et surtout chez les sportifs de très haut niveau, l'on recourt fréquemment à des techniques de préparation mentale, et plus particulièrement à l'hypnose, pour accompagner l'athlète vers la performance. En effet, même si le premier support du sportif est son corps, il est évident que son esprit, nous pourrions dire son état d'esprit, a une influence déterminante sur sa performance. La force de concentration, la capacité à visualiser l'exploit et à anticiper mentalement le processus selon lequel il s'accomplira font partie des ressources essentielles dont doit disposer l'être humain à la recherche de performances physiques. La confiance en soi et le juste ressenti des sensations sont des conditions « sine qua non » de la réussite.

On sait que les enjeux liés au sport sont énormes, qu'ils soient économiques, culturels, sociaux ou politiques. On peut en déduire que si les entraîneurs des champions font appel à l'hypnose pour dynamiser leurs « poulains », c'est à coup sûr en connaissance de cause. Mais qu'attendent-ils de l'hypnose? Si le sportif a peur d'échouer, une partie de ses moyens physiques est affectée : il se crispe, ne pousse pas son effort, ressent la fatigue et les douleurs de façon excessive entraînant une sorte d'autosuggestion négative. Les séances d'hypnose ont pour objectif de lui redonner confiance et motivation. Plus, l'opérateur agit sur le schéma corporel du sportif en tant que réalité vécue par ce dernier. Il travaille sur les pensées de l'athlète, et ses croyances limitantes. Il recadre des comportements inadaptés, et amène la personne à une visualisation claire et précise de l'objectif à atteindre, et à se projeter en situation. Il cherche à obtenir un « lâcher prise » de l'athlète par rapport à une mauvaise période ou expérience, traite son anxiété, et lui apprend à gérer son stress.

II.1.1.4. De la scène aux sessions de formation

Ainsi donc, nous venons de le voir, s'il y a certes des médecins parmi les nombreux coaches sportifs, nous avons aussi des hommes de spectacle, et certains d'entre eux jouissent d'une bonne notoriété. Notoriété qui leur permet, avec succès semble-t-il, d'organiser également des sessions de formation à l'hypnose, glissant ainsi sur le terrain du paramédical. Les stages de formation portent sur de multiples thèmes comme la communication, la gestion du stress, la maîtrise du sommeil, et bien d'autres domaines. A

ces stages participent aussi bien des dirigeants d'entreprises que des cadres, des étudiants etc.

Dans le même ordre d'idées, Dany Dan, qui n'est pas un exemple isolé, a constitué des groupes thérapeutiques visant à lutter entre autres contre l'insomnie, le tabagisme ou le surpoids. Ce qui ne manque pas d'interpeller, c'est que Dany Dan compte parmi les participants à ses séminaires de nombreux thérapeutes patentés. Ainsi donc, des médecins suivent avec beaucoup d'intérêt les enseignements qu'un homme de spectacle dispense sur l'hypnose. Le fait, qui au demeurant n'a rien d'infamant, surprend malgré tout, car en toute bonne logique, une discipline médicale se doit d'être enseignée par des médecins. Or, nous pouvons souligner ce paradoxe : aujourd'hui des médecins sont formés par des non-médecins à ce qui est devenu une discipline médicale.

Ce constat nous amène à mettre en exergue un vrai problème : l'enseignement de l'hypnose est encore presque totalement absent des facultés de médecine. Alors que cette science se développe rapidement et fait partie intégrante du domaine médical, son enseignement est pour le moins laissé pour compte. Et nous verrons plus en avant dans ce travail pourquoi il existe un réel besoin de développer la formation médicale en la matière.

II.1.2. Reconnaissance scientifique du phénomène

Nous avons vu dans la partie historique que dès les années 1950, une résurgence de l'hypnose médicale apparaît en France avec le Professeur Chertok. Celui-ci crée un département de médecine psychosomatique en 1960, et installe un laboratoire d'hypnose en 1972.

En 1955, la «*British Medical Association*» réhabilite officiellement l'hypnose en Angleterre ; elle est suivie dès 1958 par l'«*American Medical Association*»¹⁸, qui décide d'intégrer cette discipline dans la thérapeutique médicale. Sitôt les années 60, aux USA, l'hypnose est déjà enseignée dans certaines facultés de médecine.

¹⁸ L'American Medical Association regroupe la quasi-totalité des médecins américains et joue à la fois le rôle de Conseil de l'Ordre et celui de syndicat.

On peut dire que c'est le chercheur américain Milton Erickson qui est à l'origine du véritable renouveau de l'hypnose médicale ; l'hypnose éricksonienne est d'ailleurs appelée la nouvelle hypnose. En effet, c'est dès les années 30 qu'il réhabilite l'utilisation de l'hypnose en psychothérapie. Il continue ses recherches et dans les années 70, il bouleverse totalement les conceptions de l'hypnose et de la thérapie en général.

La majorité des auteurs présente M. Erickson comme celui qui fait véritablement entrer l'hypnose dans le monde médical. Pourtant, nous pouvons assurer que la véritable histoire de l'hypnose médicale commence aujourd'hui. En effet, bien que cette discipline continue pour une part d'être associée à ce que l'on nomme confusément les médecines parallèles, et conserve encore un certain halo de mysticisme, elle fait à présent partie intégrante de la médecine moderne, et tend maintenant à pouvoir « être prouvée », comme nous allons le constater ci-après.

II.1.2.1. Une présence grandissante dans la presse médicale

Le premier indicateur qui montre l'importance de la place qu'occupe aujourd'hui l'hypnose dans le monde médical est sans nul doute l'énorme quantité de publications qui lui sont consacrées dans les plus grandes revues scientifiques et médicales, marquant ainsi l'intérêt que lui portent les nouvelles générations de chercheurs et de thérapeutes. Les articles qui sont publiés mettent en exergue les résultats des recherches et l'efficacité des pratiques en matière d'hypnose. C'est en 1999 que « *The Lancet* », l'un des plus prestigieux magazines de la presse médicale internationale, reconnaît dans son éditorial la validité médicale de l'hypnose, puisque considérée par l'« *American Medical Association* » comme traitement médical à part entière depuis déjà plusieurs années. En cinq ans, plus de six cent articles sur l'hypnose ont été répertoriés dans la bien connue base de données en ligne Medline (*MEDical Literature Analysis and Retrieval System on LINE*). Les publications scientifiques se multiplient. Quant aux sites consacrés à l'hypnose sur internet, ils sont extrêmement nombreux.

II.1.2.2. Des techniques modernes d'imagerie cérébrale

Jusqu'à présent, les seuls éléments relatifs aux mécanismes neuronaux en rapport avec l'état hypnotique étaient fournis par des électroencéphalogrammes et étaient d'ailleurs

controversés. L'entrée des techniques modernes d'imagerie cérébrale dans le domaine des neurosciences permet l'étude morphologique et fonctionnelle du cerveau. Les premières études sur le cerveau en état d'hypnose apparaissent dans les années 80 avec le développement de l'imagerie médicale.

Ces techniques apportent des éléments de compréhension, tant sur le phénomène de l'hypnose que sur les mécanismes du cerveau. Elles permettent d'établir un parallèle entre les impressions subjectives ressenties par un patient sous hypnose et les changements physiques observables apparaissant au niveau de différentes régions cérébrales. Parmi ces nouvelles techniques d'imagerie cérébrale :

□ **L' IRMf** : Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle

Dans le cas de l'IRMf, le rôle du traceur est joué par l'hémoglobine du sang, permettant d'observer les changements du débit sanguin. L'IRMf est couramment utilisée pour examiner les modifications de l'activité cérébrale lors de la réalisation de tâches cognitives ou en réponse à des stimulations sensorielles. Nous verrons plus loin que le Professeur Pierre Rainville et son équipe ont utilisé cette méthode pour étudier les modifications cérébrales lors d'analgésies. Ils ont noté une activation de certaines régions du cerveau, non détectées par les techniques électroencéphalographiques.

□ **La TEP** : Tomographie d'Emission de Positrons (ou PET Scan : Positron Emission Tomography)

Dans le cas de la TEP, un traceur radioactif est injecté par voie intraveineuse. Les images TEP font apparaître un fonctionnement cérébral remettant en cause les postulats antérieurs. En effet, sous hypnose, l'hémisphère droit présente un hyperfonctionnement cortical avec l'ensemble du néo-cortex activé, ce qui ne se voit habituellement pas dans le fonctionnement normal du cerveau. La contradiction est confirmée par les données obtenues au même moment par électroencéphalogramme, qui montre un rythme alpha non réactif, laissant croire à un cerveau fonctionnant au ralenti. L'observation du cerveau par TEP en état d'hypnose tendrait donc à montrer que le sujet n'est pas dans un sommeil atypique, mais plutôt dans un état d'éveil « paradoxal ».

□ La **MEG** : Magnétoencéphalographie

La MEG enregistre les champs magnétiques créés par les courants électriques engendrés par les activités cérébrales. Cette méthode permet donc de détecter non seulement les signaux électriques véhiculés par les neurones, mais également les régions où ces phénomènes se produisent. L'utilisation de matériaux supraconducteurs refroidis à très basse température permet l'enregistrement de champs magnétiques particulièrement faibles, puisqu'ils sont de l'ordre du milliard de fois plus faibles que le champ magnétique terrestre. Ces supraconducteurs sont reliés à des capteurs installés dans un casque. Le dispositif est situé dans une chambre isolante afin de supprimer toute influence magnétique extérieure.

□ La **SMT** : Stimulation Magnétique Transcrânienne

Cette méthode est une technique de stimulation ciblée des cellules nerveuses par ondes magnétiques. Elle a pour objectif d'influencer l'activité électrique du cerveau par les pulsations d'un champ magnétique. Elle est employée depuis peu dans le cadre d'études relatives aux fonctions sensorielles et cognitives, au travers l'observation de certains aspects des processus corticaux. Les expériences de SMT permettent également de simuler des lésions d'une durée déterminée à un endroit précis du cerveau et d'en observer les conséquences sur le patient pour pouvoir en déduire les fonctions des différentes parties du cerveau. Les recherches par SMT, bien que récentes, se développent dans de nombreuses universités à travers le monde. Il est à noter que les effets antidépresseurs de la SMT furent reconnus dès 1993.

Pour conclure sur ce bref aperçu des nouvelles techniques d'imagerie cérébrale, nous dirons que grâce à ces outils, qui possèdent sans aucun doute encore aujourd'hui leurs limites et peut-être leurs dangers, nous serons dans le futur capables de mieux comprendre le langage du corps, et probablement aussi celui de l'esprit.

II.1.3. Des avancées significatives

II.1.3.1. En Belgique

- Travaux du Docteur Marie Elizabeth Faymonville, du CHU de Liège

Une des contributions les plus remarquables à la compréhension des phénomènes hypnotiques est celle du Docteur Marie-Elisabeth Faymonville, Médecin belge, qui est l'un des pionniers de l'anesthésie sous hypnose. Pour elle, *«L'hypnose place le patient dans un état de conscience intermédiaire, entre veille et sommeil, provoqué par la stimulation verbale. C'est un état d'extrême concentration auquel chacun peut accéder, à condition d'être consentant et motivé ».*

Depuis 1992, les équipes chirurgicales du CHU de Liège opèrent sous hypnosédation. L'hypnosédation est une combinaison d'une sédation veineuse légère et de l'hypnose. Les doses d'anxiolytiques et d'analgésiques injectées sont si faibles qu'elles n'auraient quasiment aucune action seules, mais les effets en sont multipliés grâce à l'hypnose.

<u>OBSERVATIONS POST-OPERATOIRES</u>	Anesthésie générale n = 70	Hypno- sédation n = 121
Consommation de paracétamol postopératoire en mg sur 24h	1437	932
Douleur postopératoire EVA en cm	3,2	2,2
Durée d'hospitalisation en heures	74,2	46,3
Fatigue au 10ème jour postopératoire EVA en cm	4,7	2,05
Force musculaire au 1er jour postopératoire Pourcentage de force préopératoire	89,9	95,5
Réinsertion socioprofessionnelle en nombre de jours	36	10,3

EVALUATIONS POST-OPERATOIRES	Jours	Groupe Anesthésie générale n = 20	Groupe Hypnosédation n = 20
Anxiété - EVA en cm	J1 J10 J30	1,4 1,6 1,4	0,2 0,3 0
Consommation d'antalgiques en mg - Propacétamol - Tramadol	J1 J1	550 60	1000 50
Douleur - EVA en cm	J1 J10 J30	3,4 1,1 1,2	1,2 0,3 0,2
Fatigue - EVA en cm	J1 J10 J30	4,4 2,9 3	2,7 1,5 1,3
Force musculaire en mmHg	J1 J10 J30	9,7 9,9 9,6	10,2 10 9,4
Reprise des activités professionnelles en nombre de jours		28	15

Depuis l'année 1992, ce sont plus de quatre mille trois cents opérations chirurgicales parfois très lourdes qui ont été pratiquées avec cette technique, et au cours de toutes ces années, seulement huit patients ont dû être tout de même endormis avec une anesthésie dite standard. De plus, les suites post-opératoires telles que nausées, vomissements, douleurs, et autres sont fortement réduites. On constate également que la durée des opérations est plus courte si l'on recourt à l'hypnose, et par conséquent les coûts diminuent. C'est pour ces différentes raisons que nombre d'autres centres chirurgicaux dans le monde développent ce genre de technique, employée depuis de nombreuses années par le CHU de Liège.

Grâce au PET Scan, les médecins de Liège ont observé la vascularisation cérébrale sur un ensemble de sujets âgés de 23 à 38 ans. Leurs analyses font apparaître une augmentation

du débit cérébral, essentiellement dans les zones occipitales et pariétales. Ces zones sont impliquées dans les phénomènes de visualisation et de maintien des images en mémoire. Cependant, contrairement à l'état de veille, il semble que le précunéus¹⁹ ne soit pas impliqué. Les signes diffèrent également de ceux obtenus pendant le sommeil, le rêve, ou les hallucinations schizophréniques. Cette découverte est très importante car elle a été la première qui permette de rattacher un substratum organique à un phénomène d'ordre psychologique.

II.1.3.2. Au Canada

□ Travaux du Professeur Pierre Rainville de l'Université de Montréal

Un autre scientifique ayant apporté un éclairage nouveau sur les mécanismes psychologiques et neurophysiologiques de la modulation non-pharmacologique de la douleur est le Professeur Pierre Rainville, du Département de stomatologie de la Faculté de médecine dentaire de Montréal. Ses méthodes de recherche font largement appel aux techniques nouvelles d'imagerie (IRMf, TEP, SMT), et se basent également sur la psychophysique et la psychophysiologie.

Avec son équipe de chercheurs, le Professeur Rainville a démontré que des modifications de l'activité neuronale apparaissent lorsqu'un sujet est sous hypnose, ce qui corrèle les changements « subjectifs » **que le sujet déclare ressentir. Ces modifications neuronales**, variables selon les zones du cerveau, seraient plus ou moins importantes selon l'état de détente ou de concentration dans lequel se trouve le sujet. Le chercheur a montré que les perceptions ressenties par le sujet et décrites par lui sont liées à certaines modifications enregistrées dans le thalamus, ainsi que dans certaines régions du tronc cérébral et dans les lobes pariétaux. L'activité du cortex cingulaire antérieur, qui est une structure du système limbique, est également modifiée d'une façon sensible. Le cortex cingulaire exerce un rôle dans l'attention et dans le contrôle du mouvement au cours de tâches cognitives. Le surcroît d'activité constaté dans cette zone peut donc être attribué à la concentration portée par le sujet aux consignes de l'hypnotiseur.

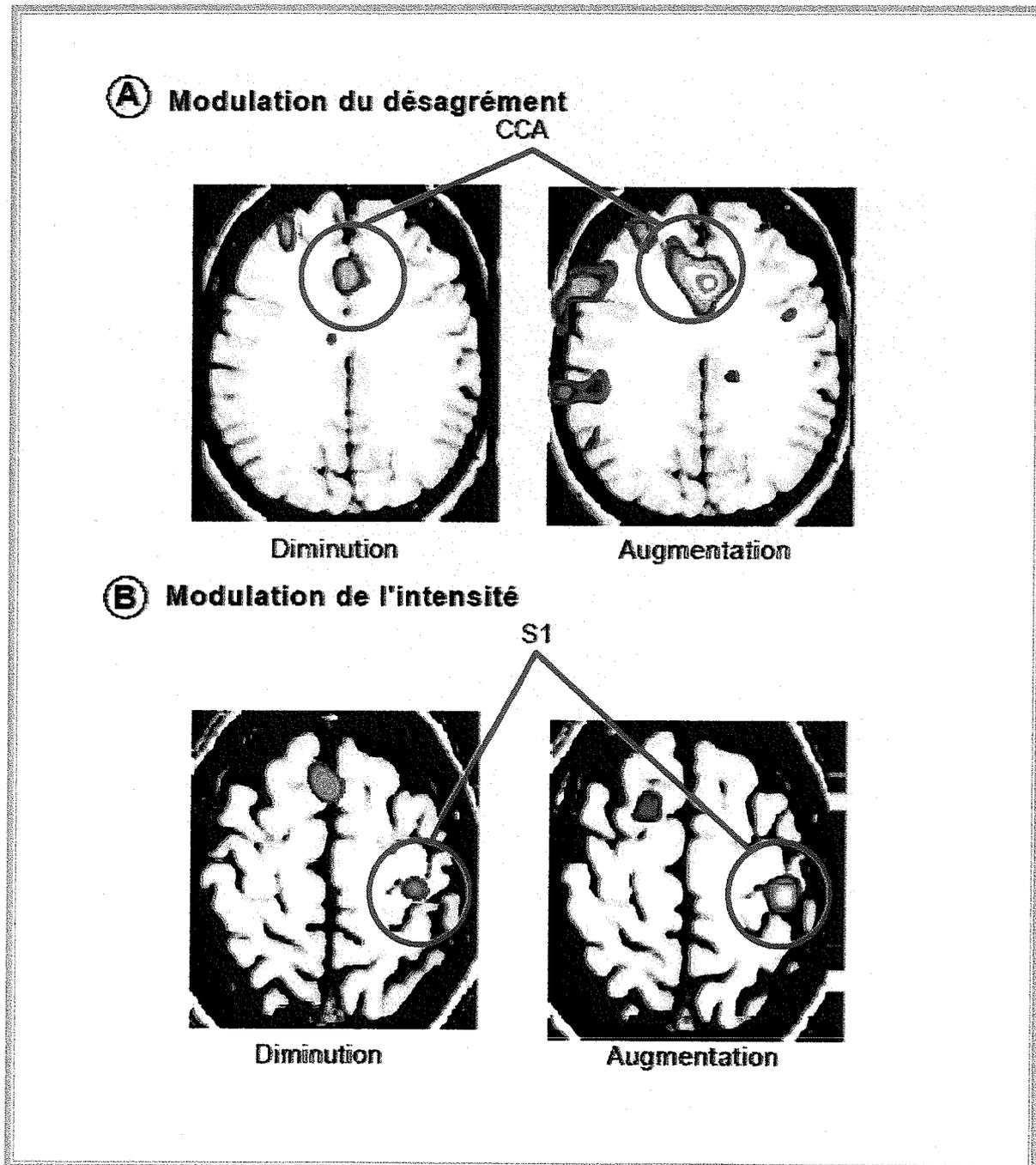
¹⁹ Lobe pariétal antérieur du cunéus.

Pierre Rainville a également mis en évidence la corrélation existant entre le degré de relaxation du sujet, l'augmentation de l'activité de son cortex visuel, et la baisse notable de l'activité cérébrale dans d'autres régions pariétales et au niveau du tronc cérébral. Pour le chercheur, l'augmentation de l'activité observée dans le cortex visuel pourrait découler d'un relâchement des mécanismes d'inhibition actifs pendant l'état de veille, ayant pour conséquence une production abondante d'images mentales.

Pierre Rainville a fait également une constatation stupéfiante : l'augmentation de l'activité dans le lobe frontal de patients sous hypnose. Le lobe frontal étant le siège du contrôle des fonctions exécutives. Cette constatation est extraordinaire, dans la mesure où un sujet sous hypnose est supposé avoir perdu ses facultés d'autocontrôle ; cette perte d'autocontrôle étant provoquée par une dissociation dans la conscience du sujet hypnotisé. Celle-ci intervient par exemple quand on demande au sujet de contracter un muscle, en lui disant qu'il ne sera possible de le détendre que sur ordre de son hypnotiseur. Pour le chercheur, c'est une interruption de la communication entre le cortex frontal et les lobes pariétaux qui explique l'impossibilité pour le sujet de contrôler ses muscles. Or, paradoxalement, Pierre Rainville démontre, par le biais des nouvelles techniques d'imagerie cérébrale, qu'il y a bien chez le sujet une augmentation des facultés d'autocontrôle, détectée par une hausse de l'activité dans le lobe frontal. Pour lui, l'activité cérébrale sous hypnose est une mosaïque **d'un ensemble de circuits cognitifs propres à des états de conscience différents. C'est une** combinaison particulière de facteurs neuronaux actifs dans la régulation de la conscience. L'état observé présente les caractéristiques du sommeil alors qu'en même temps d'autres facteurs relèvent de l'état de veille.

Ci-dessous, nous présentons deux figures issues d'une scanographie : figure A et figure B. La figure A illustre le désagrément causé par la douleur, la figure B illustre l'intensité de cette douleur. Avant d'effectuer la scanographie, des suggestions ont été faites au patient dans l'objectif d'augmenter ou d'atténuer sa sensation de douleur. Par exemple, suggestion est faite au patient qu'il a la main immergée dans une eau excessivement chaude. Les images montrent que ces suggestions hypnotiques influencent nettement l'activité du cortex cingulaire antérieur (CCA), et du cortex pariétal (S1). En effet, en A, nous voyons que l'activité mesurée dans le CCA est plus importante dans le cas d'une augmentation du désagrément (induit par suggestion hypnotique rappelons-le) que dans le cas de sa diminution. Même constatation en B, qui fait apparaître dans S1 une activité plus

importante en cas d'augmentation de l'intensité de la douleur, générée par suggestion sous hypnose.



II.1.3.3. Aux USA

- Travaux du Professeur David Spiegel, de l'Université de Stanford

En 2002, également grâce aux techniques d'imagerie, David Spiegel, Professeur de psychiatrie et de sciences comportementales à l'université de Stanford a consacré ses recherches à l'observation du cerveau sous hypnose. Pour lui, il est question d'une hyperfocalisation, avec une suspension relative de la conscience périphérique.

Le Professeur David Spiegel, leader en psychosomatique, s'est particulièrement illustré au cours de sa carrière dans le champ de la psycho-neuro-endocrinologie ainsi que dans celui de l'oncologie. Depuis 1976, où il oriente ses travaux vers les effets des groupes de support psychologique dédiés aux femmes ayant développé un cancer du sein métastatique, le scientifique a publié tout un ensemble d'études concernant l'influence positive des interventions psychothérapeutiques sur les troubles et perturbations psychologiques. Il a démontré que la thérapie de groupe auprès de femmes en phase finale améliorerait non seulement leur qualité de vie, mais augmentait très substantiellement leur temps de survie.

En 1978, avec son père, Herbert Spiegel, Docteur en Médecine, il réalise un ouvrage sur les utilisations cliniques de l'hypnose. Dans cet ouvrage, intitulé « *Trance and treatment* », il minimise le phénomène de l'induction hypnotique, arguant que la transe peut survenir spontanément, et met en exergue l'importance de la suggestibilité du patient, dont il dit que si elle est variable d'un sujet à un autre, elle est néanmoins stable et mesurable.

En 1998, le Professeur Spiegel crée le Centre pour la Médecine intégrative à Stanford. Son programme vise à travailler sur la personne prise dans sa globalité et agir en même temps sur chacun de ses différents niveaux : physique, énergétique, émotionnel, mental et même spirituel. Actuellement, il mène ses recherches en partenariat avec le « *National Institute of Mental Health* » (Institut National de la Santé Mentale) et le « *National Cancer Institute* » (NCI, Institut National contre le cancer). Ses recherches l'amènent à considérer l'autohypnose comme une technique primordiale dans le contrôle de la douleur, de même que pour lutter contre des effets secondaires de différentes origines.

- Etude critique sur l'emploi de l'hypnose par le Docteur Patterson

En 2003, le Docteur Patterson²⁰ a publié dans la revue « *Psychological Bulletin* » la plus grande étude critique sur l'emploi de l'hypnose dans le traitement de la douleur. Il a « épluché » cent quatre vingt douze publications internationales sur le sujet. Ses conclusions montrent l'intérêt d'employer l'hypnose dans cette indication. Il conclut en indiquant que l'hypnose a une action positive sur la douleur aiguë et chronique. Cette action est évaluée et reproductible ce qui place l'outil hypnotique dans la catégorie des thérapies scientifiquement contrôlées.

II.1.3.4. En Italie

- Travaux du professeur Fabrizio Benedetti, du département de Neurosciences, à l'Université de Turin

Après les travaux menés par le Professeur Rainville sous PET Scan, le Professeur Fabrizio Benedetti, chef du département de neurosciences de l'Université de Turin a démontré en 2004, chez des patients atteints de la maladie de Parkinson, qu'un placebo peut susciter la même activité neuronale qu'un véritable traitement²¹. Sur un groupe de onze personnes ayant reçu un placebo à la place du traitement, six ont réagi à une simple injection d'eau salée comme s'ils avaient reçu le traitement idoine. Leur état s'est amélioré, et l'implantation d'électrodes a permis de démontrer que leur activité neuronale mesurée au niveau du noyau sub-thalamique était aussi bonne que sous médicaments. Cette expérience confirme complètement la puissance de la suggestion, et son action au niveau neuronal.

II.1.3.5. En Suisse

- La Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH)

En suisse, l'hypnose est officiellement reconnue. La SMSH (Société Médicale Suisse d'Hypnose) est une association de plus de quatre cent membres, constituée de médecins

²⁰ Patterson D.R. (2003) *Physiological Bulletin*, 129, 495-521.

²¹ L'effet placebo sera approfondi dans la troisième partie de ce travail, au chapitre III.2.3.2.

affiliés à la Fédération des Médecins Helvétiques et de chirurgiens-dentistes affiliés à la Société Suisse d'Odontostomatologie. Cette association, fondée en 1981, a pour objectif de développer l'usage professionnel de l'hypnose médicale et médico-dentaire en Suisse, et offre aux praticiens suisses la possibilité de suivre des formations initiales et continues dans le domaine de l'hypnose médicale et médico-dentaire. La SMSH est affiliée à l'« *European Society of Hypnosis* » et à l'« *International Society for Hypnosis* », et collabore en outre avec les sociétés nationales étrangères d'hypnose.

Dans ce chapitre sur les avancées significatives de l'hypnose médicale à l'étranger, notre propos n'était pas d'être exhaustif, mais d'insister sur le fait que l'hypnose est, à présent, bien reconnue par le monde scientifique. Il est évident que des travaux pertinents sont menés dans bien d'autres endroits de par le monde. Nous avons donc choisi de résumer les travaux de quelques scientifiques sur lesquels nous avons trouvé le plus de publications.

II.1.3.6. En France

La reconnaissance de l'hypnose médicale en France devient officielle en 2001 par la création d'un diplôme universitaire en hypnose médicale à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. De plus la pratique de l'hypnose se développe considérablement dans les établissements hospitaliers sur tout le territoire national. A contrario, dans le domaine des recherches actuelles, nous n'avons trouvé que peu d'informations consistantes. Si des travaux sont menés en France, peut-être le sont-ils sous couvert de confidentialité.

Nous citerons néanmoins dans ce chapitre une personne qui a très largement contribué à faire comprendre et reconnaître l'hypnose en France. Il s'agit de François Roustang, né en 1923, hypnothérapeute, diplômé de psychopathologie à la Sorbonne. Depuis plus de quinze ans, François Roustang consacre ses études à l'hypnose, sujet sur lequel il a réalisé de nombreux ouvrages. Son travail de chercheur et de clinicien est enrichi par un cheminement particulier qui passe par l'enseignement des mathématiques, et l'investigation approfondie des domaines de la philosophie, de la religion et de la **psychanalyse**.

Citons également pour ses travaux sur les trances hypnotiques le Docteur en psychologie Didier Michaux, directeur de l'Institut Français d'Hypnose, et directeur scientifique du

Groupement pour l'Etude et les Applications Médicales de l'Hypnose (GEAMH), créé à l'initiative de Léon Chertok.

II.1.4. Tentative de compréhension de la nature de l'hypnose

Nous l'avons déjà annoncé au chapitre des définitions : malgré le nombre conséquent des études faites sur l'hypnose, et l'étendue de ses champs d'application, on ne comprend toujours pas son mode d'action exact ; on sait que le phénomène hypnotique est incontestable, nous avons appris à l'utiliser depuis déjà longtemps, tout comme le sont les résultats de l'hypnose médicale ; on sait que l'ensemble des psychothérapies modernes en découle d'une façon ou d'une autre ; on enseigne même à présent les techniques d'hypnose thérapeutique en faculté et pourtant, son fonctionnement réel échappe encore à notre compréhension...

L'encyclopédie médicochirurgicale présente l'hypnose comme un mode de fonctionnement psychologique particulier permettant à une personne de faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Cette abstraction de la réalité permettrait au sujet d'effectuer un travail psychologique à un niveau inconscient, démontrant ainsi des facultés impressionnantes d'action de l'esprit sur le corps. Nous reviendrons sur ces possibilités au chapitre III.2.3.

II.1.4.1. Hypnose thérapeutique : deux composantes

- **Nécessité d'une technique hypnotique** : Le thérapeute doit bien sûr maîtriser ce premier aspect de l'hypnothérapie, qui est d'induire une transe, puis de l'approfondir et de la maintenir.
- **Nécessité d'une expertise dans le diagnostic** : L'hypnose par elle-même n'est pas une thérapie. Ce n'est pas un soin, mais un contexte de soin. C'est pourquoi il est nécessaire ici d'insister sur l'importance du diagnostic médical, et sur l'expérience professionnelle du thérapeute pour une pathologie donnée ; expérience qui au demeurant ne doit pas se limiter à une pratique hypnotique.

Ainsi, l'hypnose médicale requière deux compétences bien distinctes pouvant être détenues par un même professionnel ou partagées au sein d'une équipe : la première pour hypnotiser le sujet, et la seconde pour pouvoir utiliser « l'état » hypnotique ainsi obtenu à des fins thérapeutiques.

II.1.4.2. Difficulté à naturaliser l'hypnose

Nous l'avons vu en tout début de ce travail, donner une définition claire de l'hypnose, à savoir dire simplement en quelques mots ou phrases n'est pas encore possible à l'heure actuelle. Plus aucun doute n'est permis quant à son efficacité, mais les mécanismes à l'origine du phénomène restent toujours source de recherche et de polémique. Il en sera sans doute autrement lorsque l'on sera parvenu à comprendre et à expliquer la nature et les mécanismes de fonctionnement de l'hypnose, c'est à dire à naturaliser les processus et la suggestion hypnotique. Or ce jour n'est pas venu, et beaucoup s'en faut car en effet, depuis plus d'un siècle, le principal débat qui fait rage sur la nature de l'hypnose porte sur la reconnaissance ou la non reconnaissance du phénomène hypnotique comme étant un état de conscience spécifique. Et depuis plus d'un siècle, la querelle divise deux catégories de belligérants : les étatistes et les non étatistes.

□ Etatisme et non étatisme :

- **Les étatistes** privilégient l'aspect comportemental, observable et mesurable. Ils pensent que l'état mental hypnotique est un état de conscience spécial, un état psychique particulier, avec ses spécificités, comme la possibilité pour les hypnotisés d'accomplir certaines performances.
- **Les non étatistes** s'intéressent davantage à la suggestion, et aux mécanismes psychologiques et sociologiques du phénomène de l'hypnose. Pour eux, l'hypnose est une situation à laquelle le sujet s'adapte en utilisant des mécanismes psychophysiologiques normaux. Selon les thèses anti-étatistes, représentées notamment par Spanos²², les procédures cognitives mises en jeu dans l'hypnose sont fréquentes en dehors de l'hypnose.

²² Nicholas P. Spanos, Professeur de psychologie et directeur du laboratoire d'hypnose expérimentale à l'Université Carleton de 1975 jusqu'à sa mort en 1994.

Il n'y a donc pas pour eux d'état hypnotique spécifique, et ils définissent surtout l'hypnose comme la mise en oeuvre d'une activité mentale.

D'autres chercheurs, comme François Roustang, pensent qu'il n'est pas possible d'associer ou de « non-associer » l'hypnose à un état de conscience, voire à fortiori à un état modifié de conscience, tant que l'on n'aura pas naturalisé l'état de conscience lui-même, et bien sûr la conscience.

Pour autant, les états de conscience continuent à être source de recherches particulièrement intéressantes, et nous y reviendrons plus amplement dans la troisième partie, au chapitre III.2.2. Mais d'ores et déjà, nous pensons utile de donner ci-dessous quelques notions de ce que nous pensons savoir des états de conscience dits « modifiés ».

II.1.4.3. Les états modifiés de conscience

En psychologie, l'état modifié de conscience (EMC) est un « *changement qualitatif de la conscience ordinaire, supposant une rupture, produite par une induction au terme de laquelle le sujet entre dans un état second* ».

Reconnaissons que l'hypnose est souvent définie comme étant un EMC plus ou moins situé entre l'état de veille et celui de sommeil. En fait, tout état mental différent de l'état d'éveil ordinaire est un état de conscience modifié. Il en est ainsi de la rêverie, des processus liés à la créativité et à l'expression artistique ou de l'état dans lequel vous êtes plongés lorsque vous êtes complètement absorbés par un film ou concentrés sur une tâche. Ce sont aussi des états qui peuvent être provoqués par des techniques thérapeutiques spécifiques ou utilisés dans certaines méthodes du développement personnel : relaxation, méditation, états mystiques etc... L'on sait également provoquer des modifications de l'état de conscience à l'aide de drogues.

Ces états induisent un ralentissement des ondes électriques du cerveau : des ondes bêta à l'état de veille, aux ondes delta pour le sommeil profond. Pour Charles T. Tart, Professeur de psychologie à l'Université de Californie à Davis aux USA : « *Notre état de conscience ordinaire est un outil, une structure, un mécanisme d'intégration qui nous permet d'interagir avec une certaine réalité sociale acceptée, un consensus de réalité* ». Et, pour

lui : « *Un état non-ordinaire de conscience est un état mental ou psychologique permettant le glissement, par une nouvelle qualité des sens, vers une autre réalité ou vers les contenus profonds de l'être, soient-il personnel, trans-personnel ou supra-personnel* ».

Le Docteur Alfonso Caycedo, médecin neuropsychiatre colombien fondateur de la sophrologie caycedienne²³ distingue, quant à lui, d'une part des « *niveaux de conscience* », d'autre part des « *états de conscience* ».

- Concernant ce qu'il appelle les niveaux de conscience, il considère que plus l'acuité de la vigilance est importante, plus le niveau de la conscience est élevé. Il oppose ainsi la vigilance, et l'état de veille, au sommeil, à partir de son degré le plus léger à son degré le plus profond, c'est à dire jusqu'à l'incapacité de se réveiller : le coma.

- Son autre conception, concernant les « *états de conscience* » est de nature plus qualitative. Il décrit une conscience ordinaire, qu'il met en opposition d'une part à une conscience « *pathologique* », et d'autre part à une conscience « *sophronique* » beaucoup plus harmonieuse. De ce fait, il caractérise un état plus ou moins « *actif* » de la vie mentale, allant de l'état le plus calme à l'état le plus stressé.

II.1.4.4. L'hypnose : un état de veille exacerbée

Répetons le : l'hypnose est souvent définie comme un état intermédiaire entre la veille et le sommeil. Or, il semble que l'hypnose soit loin d'un état de sommeil. Déjà en 1994, dans son ouvrage « *Qu'est-ce que l'hypnose* », François Roustang écrit qu'il s'agit là d'un état de « *veille paradoxale* », en opposition avec l'état de veille restreinte dans lequel nous évoluons au quotidien. Cette notion de veille ou d'éveil paradoxal est mise en évidence par l'imagerie cérébrale, notamment la tomographie d'émission de positrons. Bien que le corps apparaisse comme plongé dans une sorte de sommeil, et bien que la conscience n'intègre plus les stimuli extérieurs, une intense concentration et une grande activité psychique productive d'images mentales et de visualisations existent.

²³ Voir point 1.4.2.4.

II.1.4.5. Puissance de la relation hypnotiseur-hypnotisé dans la nature de l'hypnose

On ne peut pas aborder la nature de l'hypnose sans mettre en évidence l'importance de la dimension relationnelle dans le phénomène étudié. La relation hypnotiseur/hypnotisé est systématiquement mise en avant par toutes les écoles. La nature de cette interaction est encore mal comprise, bien qu'on lui confère un caractère transférial. En outre, il apparaît que chacun des deux personnages impliqués dans cette relation joue le rôle que l'autre attend de lui. D'après Orne²⁴ : *« le sujet se conduit comme s'il ne pouvait pas résister aux suggestions de l'hypnotiseur... L'hypnotiseur agira comme si le sujet hallucinait réellement ».*

Il est intéressant de noter que l'observation électro-encéphalographique objective la relation « *hypnotiseur-hypnotisé* » ; le tracé montre en effet que le sujet reste insensible à toute stimulation extérieure, et qu'il ne réagit qu'aux injonctions de son hypnotiseur et à lui seul.

II.1.4.6. Les principaux signes hypnotiques

Autant il est difficile d'expliquer la nature de l'hypnose, autant les signes qui la caractérisent sont bien connus. Ils ne surviennent pas forcément ensemble, et les phénomènes hypnotiques peuvent varier en fonction de la profondeur de l'état hypnotique, ou tout simplement en fonction du sujet, voire de l'hypnotiseur.

Parmi les principaux signes entrant dans la phénoménologie de l'hypnose, l'on citera la suggestibilité, la dissociation, la catalepsie, la distorsion temporelle, l'amnésie post-hypnotique.

□ La suggestibilité

Pour beaucoup de spécialistes, la suggestibilité est le point central du phénomène hypnotique, et certains vont jusqu'à donner la même signification aux termes hypnose et

²⁴ Martin T. Orne, ancien Président de la société internationale pour l'hypnose et Directeur de l'unité hospitalière de psychiatrie expérimentale de l'Institut de Pennsylvanie

suggestibilité. Bernheim allait même plus loin quand il disait : « *Chez les individus suggestibles, on obtient, par suggestion verbale à l'état de veille, les mêmes manifestations (...) qu'on détermine chez eux à l'état de sommeil provoqué. Ce n'est donc pas ce sommeil qui crée la suggestibilité. Etat de sommeil et état hypnotique ou de suggestibilité ne sont donc pas deux états connexes. (...) Il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestibilité.* ».

La suggestion présente une idée au cerveau. La suggestibilité est la faculté que possède le cerveau à accepter cette idée. La réalisation de l'idée est la conséquence réflexe de l'acceptation. Ce processus psychologique largement développé par Bernheim, qui en fait la base de la suggestibilité est nommé « *idéodynamisme* », et serait un phénomène tout à fait naturel chez l'homme ; **c'est l'aptitude du sujet à transformer une idée en images, en sensations ou en mouvements.** Spiegel a lui aussi mis en avant la prédominance de la suggestibilité dans le phénomène hypnotique. Pourtant, force est de constater que l'hypnose augmente de beaucoup la suggestibilité. Le phénomène de l'idéodynamisme, ainsi que la suggestibilité seraient fortement renforcés durant la transe hypnotique, de même que les dispositions d'un individu à l'obéissance, et à la croyance. Mais n'oublions pas, et c'est heureux, que la suggestion a une limite d'importance : la volonté du patient, qui, dit-on, conserverait toujours son libre arbitre. Il n'accepte en effet la suggestion que dans la mesure où « il croit » qu'elle lui sera bénéfique.

Ainsi, les différents travaux menés mettent en évidence un fonctionnement cérébral propre à l'état hypnotique. La dynamisation de certaines aires du cortex cérébral et du système limbique est mise en évidence. Actuellement, c'est la suggestibilité des sujets d'expérience qui est mesurée au moyen de diverses échelles. Les deux échelles les plus utilisées sont **celle de Stanford, élaborée par les Professeurs Weitzenhoffer²⁵ et Hilgard²⁶, et celle de Harvard, élaborée par Shor et Orne.** Lors des expérimentations, elles permettent de classer les sujets en trois catégories selon les résultats qu'ils ont obtenu à savoir haut, moyen, et bas hypnotisables.

Grâce à ces techniques, la thèse selon laquelle la suggestibilité augmente par l'hypnose semble accréditée. Cependant, malgré l'intérêt de ces résultats, leur interprétation est

²⁵ Professeur en psychologie, il était le conseiller d'Erickson. Il fut responsable du laboratoire de recherche en hypnose clinique et fondamentale à l'Université de Stanford

²⁶ Professeur en psychologie

parfois controversée, car certains patients définis expérimentalement comme étant non suggestibles se montrent par ailleurs d'excellents sujets de trances hypnotiques... Pour Milton Erickson, la différence est extrêmement importante entre chaque individu et, de ce fait, les techniques standardisées ne peuvent jamais rendre justice au sujet. Dans certains cas en effet, les sujets sont parfaitement sensibles aux suggestions et, dans d'autres cas, ce sont les attitudes directives qui provoquent de meilleurs résultats. C'est pourquoi une approche exploratrice individualisée des processus mentaux est recommandée, car ce sont les différences individuelles et les cadres de référence propres au sujet qui font toute la différence.

□ La dissociation

En 1889 Janet abordait déjà la notion de dissociation dans sa thèse sur l'automatisme psychologique, en la nommant désagrégation mentale. A cette époque, et jusqu'aux recherches scientifiques du Professeur Ernest Hilgard à Stanford, la dissociation désignait un processus pathologique, qui s'appliquait notamment à l'hystérie. Le Professeur Hilgard cherche à démontrer dans les années 70 que l'hypnose ne se résume pas à une suggestibilité, mais est sous-tendue par des phénomènes plus complexes comme la dissociation de la conscience. C'est la théorie connue sous le nom de « *l'observateur caché* » ou bien encore de « *néodissociation* ». Ce phénomène de division du psychisme, souvent appelé dédoublement de personnalité est particulièrement représentatif de l'état hypnotique. Les théories de la dissociation s'intéressent aux mécanismes intervenant dans le fonctionnement dissocié de la conscience, qu'elles considèrent comme une organisation de fonctions, un assemblage de structures et sous-structures psychiques particulièrement « malléables » pendant l'état hypnotique.

□ La catalepsie

Signe fréquent durant les trances, la catalepsie corporelle peut être partielle ou générale ; elle se caractérise par une spasticité de tout ou partie du corps. Par exemple, la catalepsie des paupières signifie que le sujet ne peut plus ouvrir les yeux. Ce phénomène expliquerait également le fait que le sujet ne puisse pas changer la position d'un de ses membres lorsque la dite position lui a été dictée par l'hypnotiseur.

□ La distorsion temporelle

Il s'agit de modifications dans notre perception du temps, perception dont on sait qu'elle n'a rien à voir avec le temps mesuré par nos montres. Nous aurions en nous une ressource qui nous permet de réduire ou d'allonger notre notion du temps. Beaucoup de sportifs sont entraînés à utiliser cette faculté, comme les marathoniens ou les navigateurs, qui parviennent subjectivement à raccourcir les durées des épreuves dans lesquelles ils sont engagés. Ce phénomène de distorsion, extrêmement fréquent en hypnose a beaucoup été étudié par le Docteur en psychologie Richard Bandler, ainsi que par le Docteur Milton Erickson.

□ Les autres signes

- **L'amnésie post-hypnotique**

Souvent, le patient hypnotisé oublie partiellement ou complètement ce qui s'est passé durant la séance d'hypnose. Cet oubli peut intervenir de façon spontanée ou être demandé par le thérapeute. Toutefois, et le Docteur Bernheim l'a démontré, le thérapeute peut aussi facilement amener les patients à retrouver l'ensemble des souvenirs oubliés.

- **L'hypermnésie**

Elle permet au sujet de se souvenir de détails clairs et précis relatifs à des souvenirs oubliés. Ce phénomène est tout aussi fascinant que réel. A noter que cet état de libération mnésique est connu pour apparaître dans les secondes qui suivent un accident ou au moment où l'on se voit mourir, en observant dans le même temps « défiler » sa vie.

L'hypermnésie a été utilisée dans le cadre d'enquêtes policières pour éclairer certains témoignages. Mais sa fiabilité est contestée, au motif que si l'hypnose peut réellement ramener en mémoire des souvenirs anciens totalement oubliés, elle permet aussi parfois d'en créer de faux, plus vrais que nature !

- **Les hallucinations**

Ce sont des altérations sensorielles classiques de l'hypnose profonde, qui peuvent être de différentes natures : visuelles, auditives, tactiles ou autres. En fait, un sujet peut développer l'ensemble des sensations correspondant à une situation imaginaire donnée.

- Le somnambulisme

Nous avons vu au travers des travaux de Charcot que l'état somnambulique peut être provoqué par la friction du vertex chez un sujet en état léthargique ou cataleptique. Rappelons que dans cet état, où il y a peu de signes neuromusculaires, des phénomènes particuliers ou des facultés nouvelles apparaissent. A l'opposé, la douleur semble ne plus être ressentie, alors que les sens peuvent être exacerbés. Il peut également y avoir des hallucinations particulièrement intenses, et une hypermnésie est souvent constatée.

En conclusion à cette tentative de compréhension de la nature de l'hypnose, nous dirons que celle-ci reste encore à ce jour impossible à définir, même en analysant chacun de ses « produits ». Pourtant, de par les résultats obtenus, et de par les observations faites grâce aux nouvelles techniques d'imagerie cérébrale, nous savons que l'hypnose est caractérisée par un certain fonctionnement mental, et que ce fonctionnement psychique présente une organisation différente de la pensée, proche semble-t-il du fonctionnement inconscient, dont nous savons encore si peu. Mais cette quasi incompréhension des mécanismes de l'hypnose n'empêche pas celle-ci d'être largement pratiquée par les thérapeutes.

CHAPITRE 2 – L'HYPNOSE MEDICALE DE NOS JOURS EN PRATIQUE

II.2.1. Hypnose médicale : des chiffres

II.2.1.1. Quelques données chiffrées

D'emblée, nous dirons que les chiffres manquent cruellement sur le sujet. Ce qui nous amène à nous demander pourquoi l'hypnose n'est pas plus évaluée, et qui d'ailleurs pourrait financer de telles évaluations? Ou encore: quelles pourraient être les conséquences de résultats particulièrement positifs? Mais ne nous perdons pas en conjectures.

Comme nous l'avons vu au chapitre de la reconnaissance médicale de l'hypnose : En cinq ans, plus de six cent articles sur ce sujet ont été répertoriés dans la bien connue base de données en ligne Medline (MEDical Literature Analysis and Retrieval System on LINE)

Surfant sur « la toile », nous pouvons constater un foisonnement d'associations, proposant des formations pour médecins et non-médecins, et organisant des séminaires et des congrès, avec interventions de conférenciers scientifiques et thérapeutes réputés. A la lecture d'articles sur le thème, il semblerait que si le III^{ème} congrès international d'hypnose a rassemblé environ cent cinquante médecins en 1965, celui de 2000 en aurait accueilli plus de mille huit cent !

La formation diplômante officielle créée depuis 2001 à la Pitié Salpêtrière a de toute évidence beaucoup de succès, puisque cent vingt médecins en sont déjà sortis diplômés, et plus de cinquante candidats à la formation ont dû être refusés en 2004... Autre indicateur, la création des instituts éricksoniens de par le monde :

- De 1971 à 1980 : 4 créations en 10 ans, soit une moyenne de 0,4 unité par an.
- De 1981 à 1990 : 41 créations en 10 ans, soit une moyenne de 4,1 unités par an.
- De 1991 à 2000 : 50 créations en 10 ans, soit une moyenne de 5 unités par an.
- De 2001 à 2004 : 28 créations en 4 ans, soit une moyenne de 7 unités par an.

Ceci à titre indicatif car bien sûr, tous les hypnothérapeutes ne sont pas du courant éricksonien, qui cependant est majoritaire en France. L'autre grand courant se retrouve dans la Société Française d'Hypnose.

Donc, de toute évidence, la pratique de l'hypnose médicale augmente régulièrement en France. Mais signalons que toutes les pratiques de l'hypnose ne sont pas « avouées ». En effet, le recours à l'hypnose n'est pas toujours formel ; il apparaît que la plupart du temps les praticiens éviteront d'annoncer à leur patient : « *je vais vous hypnotiser* », et ils utilisent les techniques hypnotiques d'une façon informelle. Il semble qu'il en soit souvent de même pour le médecin lorsqu'il rédige son ordonnance ; la façon dont il décrit les effets attendus des médicaments, dont il focalise l'attention du patient, son regard vers son stylo... Il semble que parfois la frontière entre l'hypnose formelle et l'hypnose informelle est mouvante.

Il s'avère donc que pour diverses raisons, les techniques d'hypnose sont souvent présentées soit comme de la « relaxation » ou de la « sophrologie », soit ne sont pas présentées du tout. Les hypnothérapeutes font très attention aux mots qu'ils utilisent, notamment s'ils devinent une réticence de leur patient par rapport à l'hypnose. Cet état de fait, dont nous

dirons qu'il s'agit d'une pratique « en catimini » est sans doute une des explications à l'absence de chiffres, et donc d'études, du moins en France.

Partant de ce constat, nous nous référerons donc à une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine titrée « *Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internistes du canton de Genève pour l'hypnose médicale* »²⁷. Il semble que cette étude, basée sur un questionnaire adressé à des médecins généralistes genevois, soit la première étude du genre à être réalisée en langue française. L'auteur de ce travail avait pour objectif « *d'évaluer le degré d'intérêt et de connaissances des médecins généralistes et internes du Canton de Genève pour l'hypnose médicale* ». Des résultats de son enquête, l'auteur fait ressortir que :

- Son enquête a été menée en respectant l'anonymat, et s'adressait à tous les médecins généralistes et internistes installés dans le Canton de Genève, d'après la liste établie par l'A.M.G (Association des Médecins de Genève).
- Sur cinq cent trente sept questionnaires envoyés, deux cent vingt médecins ont retourné le questionnaire rempli, et deux cent huit praticiens ont répondu qu'ils ne le feraient pas, nombre d'entre eux par manque de temps.
- Le reste ne s'est pas manifesté.

Ce premier résultat nous apprend que 41 % des médecins sollicités ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 10 % pratiquent eux-mêmes l'hypnose, et 50 % reconnaissent qu'ils accordent une place importante à cette thérapeutique comme traitement complémentaire, notamment dans la douleur.

De cette étude il ressort que les 2/3 des médecins ayant répondu affirment avoir environ chaque année une dizaine de leurs patients qui sollicite des renseignements sur l'hypnose, et qu'ils adressent annuellement entre un et cinq patients à des hypnothérapeutes.

Bizarrement, l'étude fait apparaître au travers d'une auto-évaluation que les connaissances de ces médecins en hypnose sont relativement faibles. Seulement 1/4 d'entre eux pensent pouvoir définir l'hypnose et expliquer ses indications à leurs patients. Cependant, ces médecins confirment leur intérêt pour cette discipline et leur souhait d'améliorer leurs connaissances dans ce domaine.

²⁷ Wania Roggiari, Thèse médicale n° 10255, Genève, 2002.

L'auteur de cette enquête nous apprend également qu'à sa connaissance, seules deux études comparables à la sienne auraient été menées : l'une au Texas en 1996, auprès de médecins américains, et l'autre au Canada, plus précisément en Ontario et en Alberta. Le pourcentage de réponses à ces deux questionnaires fut :

- 78% pour les américains du Texas.
- 43% en Ontario.
- 62 % en Alberta.

Concernant les américains : parmi le pourcentage de 78 %, 85 % ont exprimé un intérêt pour un programme de formation en hypnose, tandis que l'étude suisse fait ressortir un chiffre de 60%.

Les 2/3 des médecins américains n'ont jamais eu d'informations ou de formations en hypnose. Il semblerait que plus de 50% des médecins texans aient des idées fausses à l'égard de l'hypnose. Dans notre enquête seulement moins de 25% des médecins genevois qui ont répondu au questionnaire ont de fausses croyances à son sujet ; par contre à peu près le même pourcentage ne sait pas quoi en penser. Les applications de l'hypnose en médecine sont très peu connues par les praticiens américains, mais également dans le Canton de Genève puisque plus de 40% des médecins ayant répondu au questionnaire ne savent pas expliquer aux patients quelles sont les indications de l'hypnose en médecine. Dans l'étude canadienne 47% des médecins estiment qu'ils devraient être capables de renseigner leurs patients.

En conclusion, les résultats de cette étude sont similaires à ceux rapportés dans la littérature et confirment l'intérêt pour l'hypnose d'une partie importante de la population médicale et la demande d'un programme de formation. Les objectifs de cette formation devraient avant tout permettre aux médecins d'acquérir des notions de base sur les indications, contre-indications et dangers de l'hypnose, afin de pouvoir mieux informer leurs patients sur cette approche thérapeutique complémentaire. Pour un nombre plus restreint, cette formation devrait également pouvoir former des praticiens en hypnose auxquels on pourrait référer des patients informés lorsqu'une indication à une hypnothérapie est bien établie.

D'un avis général, l'hypnose médicale ne peut qu'améliorer la qualité de la communication entre patients et médecins, qui a tendance à être négligée face à une médecine de plus en plus technologique. L'enseignement de l'hypnose dans les écoles de médecine pourrait ainsi contribuer à sensibiliser les étudiants, tôt dans leur formation, à l'importance de la communication et les stimuler à développer leurs compétences dans ce domaine, telle que l'écoute active ou l'empathie. Puisque l'intérêt pour l'hypnose est grand et les connaissances faibles, une formation est de toutes façons souhaitable même si les médecins n'ont pas l'intention de pratiquer l'hypnose.

II.2.1.2. Attente des patients

□ La guérison

Quelle que soit l'époque dans laquelle il vit, il semble évident que la première préoccupation du malade est de guérir. Le malade d'aujourd'hui n'est cependant pas dans le même état d'esprit que celui des décennies passées, et à fortiori des siècles précédents. Avant, le fatalisme prenait souvent le pas sur la révolte ; souvent même, des considérations religieuses faisaient que le patient voyait en sa maladie comme un prix à payer sur terre, voire comme une punition « céleste ». Et puis, on n'était pas toujours trop regardant avec les méthodes... De nos jours, les mentalités sont bien différentes, et les attentes se sont très franchement modifiées. Le malade exprime haut et fort sa volonté de guérir, et de guérir vite ; ce qui est reconnaissons-le, un souhait bien légitime. Il attend aussi, pour ce faire, que les instances médicales fassent appel à tout moyen susceptible d'efficacité, afin qu'un résultat positif soit obtenu le plus vite possible, de préférence sans effets secondaires indésirables, mais aussi sans douleur.

□ Un intérêt grandissant pour les médecines douces

Le patient est aujourd'hui parfaitement au courant des progrès de la médecine, et peut également avoir facilement accès à pléthore d'informations sur des approches différentes comme les médecines dites douces.

Ainsi que nous le développerons aux points II.3.1.1. et II.3.1.2., la iatrogénie médicamenteuse et la surmédicalisation sont les inconvénients d'une médecine devenue particulièrement efficace du point de vue technique. Ces inconvénients provoquent de la part du patient une crainte des effets secondaires éventuels, et il se tourne vers des méthodes qui lui semblent moins agressives. C'est à dire celles que l'on appelle douces, alternatives ou naturelles ; et, parmi ces autres approches thérapeutiques, l'hypnose occupe une place importante. Les chiffres avancés sont les suivants : en 1978, 34 % des Français auraient eu recours aux nouvelles thérapies. En 1998, soit dix ans après, le recours aurait atteint le chiffre de 57 %. L'on peut donc considérer cette attitude nouvelle comme un phénomène de société.

□ Une meilleure prise en compte de la douleur

Nous avons à notre époque une attitude différente face à la douleur. Le temps où elle apparaissait comme étant un phénomène inévitable est révolu. D'ailleurs, des lois ont été votées pour que la douleur soit davantage prise en compte, légitimant s'il en était besoin l'attente des patients à cet égard. En 1994, grâce à Monsieur le Sénateur de la Loire Lucien Neuwirth, une loi est votée en vue d'une meilleure prise en charge de la douleur, ainsi que du développement des soins palliatifs, prévoyant des actions nouvelles de formation des médecins. Des textes d'applications en découlèrent. Une charte du patient hospitalisé fut créée. Monsieur Lucien Neuwirth nous confie²⁸ *« c'est une visite à un parent, malade d'un cancer généralisé, soigné aux Etats-Unis, qui m'a ouvert les yeux sur la douleur. J'avais dans l'idée de voir un homme qui souffrait atrocement, j'ai découvert un patient qui était capable de tenir une conversation normale. J'ai questionné son épouse : «Mais, enfin, vous me dites qu'il n'en a plus que pour quelques semaines. Apparemment, il ne souffre pas !» Elle m'a répondu, indignée : «Mais pourquoi une telle question ? Vous, vous laissez souffrir les gens, en France? » Hélas, c'était vrai ! J'étais parlementaire, il était naturel que j'agisse là où je pouvais le faire, dans le domaine de la loi. C'est ainsi qu'est né le texte sur la prise en charge de la douleur. »*

En 1998, Bernard Kouchner lance son plan de trois ans contre la douleur. Lui aussi raconte²⁹ l'histoire qui l'amena à faire de la lutte contre la douleur un cheval de bataille.

²⁸ Source : Site de la fondation pour la recherche médicale - « Recherche et santé » n° 81.

²⁹ Source : Le nouvel observateur - Dossier - 27/08/1998 - N°1764

Cinq ans auparavant, l'ancien ministre, alors en déplacement au Rwanda, eut un accident cardio-vasculaire qui le fit atrocement souffrir. Hospitalisé dans un service parisien, il lui a fallu supplier les médecins pour qu'ils acceptent de soulager sa souffrance : « *Quand je suis arrivé, raconte-t-il, le chef du service m'a dit : « Ne vous inquiétez pas, nous ne vous laisserons pas souffrir. » Il a même ajouté, royal : « S'il le faut nous irons jusqu'aux opiacés » ! Comme si c'était un crime... »* Mais cloué sur son lit, Bernard Kouchner a dû se contenter d'antalgiques mineurs et inefficaces. Au bout de longues heures, il s'est mis en colère et a réclamé de la morphine. « *On a fini par m'en donner, dit-il. Mais j'ai lu l'étonnement et le reproche dans l'oeil du praticien. J'ai compris ce qu'il pensait : « Ce type est donc un toxicomane » ! ».*

□ L'écoute

Une des conséquences liées au mode de vie du monde moderne est le stress. Les praticiens constatent de plus en plus souvent que le patient d'aujourd'hui sollicite désormais autant une prise en compte de son esprit que de son corps. Nous savons que le stress impulse une dynamique à retentissements organiques par le déclenchement de divers mécanismes neurohormonaux et immunitaires. Les anomalies du fonctionnement du système immunitaire peuvent être la cause de pathologies par déficit immunitaire ou par réactions immunitaires inappropriées. Des maladies apparaissent, considérées comme étant psychosomatiques. Il peut s'agir de migraines, de dépressions nerveuses, de maladies coronaires, de troubles du rythme cardiaque, d'hypertension artérielle, de maladies de peau, etc. L'endocrinologue et biologiste autrichien Hans Selye³⁰ parle d'une chaîne dont le maillon le plus faible cédera le premier... Une des conséquences du fait que le patient cherche à soigner les maux de son esprit en même temps que les maux de son corps, est qu'il envisage le recours à l'hypnose d'une façon spontanée. Il recherche une écoute, voire un dialogue. Il veut une nouvelle relation; ce que l'hypnose lui offre sans conteste. D'ailleurs, dans la gestion du stress, cette technique tient une place prépondérante car elle permet au patient d'atteindre un état de profonde relaxation, et l'aide à affronter et à vaincre les pressions et les tensions qu'il subit.

³⁰ 1907-1982, auteur de « *la théorie du stress et du syndrome général d'adaptation* ».

□ La préparation mentale

Dans l'axe de ce qui vient d'être dit, nous ajouterons que les patients d'aujourd'hui, nous l'avons compris, accordent une place beaucoup plus importante que par le passé au mental. Une de leurs attentes actuelles semble être d'ordre psychologique, et concerne la préparation mentale dans le cadre du travail ou dans le domaine sportif. En effet, au delà de la gestion du stress, la préparation mentale tout comme le « coaching » trouve de nombreuses indications comme par exemple : la désensibilisation personnelle dans le cadre de situations conflictuelles ou la conduite de négociation, la prise de parole en public, la gestion de l'émotion, la lutte contre le harcèlement moral etc.

II.2.1.3. Attente des médecins et autres soignants

Nous venons de le voir au travers des quelques données chiffrées énoncées en début du chapitre II : l'engouement pour l'hypnose se développe au sein du corps médical. En effet, de 1965 à l'année 2000, le nombre des médecins et thérapeutes ayant assisté au congrès international d'hypnose est passé de cent cinquante à plus de mille huit cent ! Nous avons vu également que le nombre des candidats qui veulent suivre la formation diplômante dispensée à la Pitié Salpêtrière dépasse largement les possibilités d'accueil, et beaucoup de candidatures sont refusées.

□ Un accès à une formation appropriée

C'est la première attente des médecins, et elle est sous-tendue par l'ensemble des besoins que nous énumérons par la suite :

□ Instaurer une autre relation avec son patient

Les progrès de la médecine ne cessent de croître. Elle continue d'évoluer et devient de plus en plus performante. Aujourd'hui, elle sait faire face avec une très grande efficacité aux pathologies les plus lourdes et ce, quel que soit l'âge du patient : du nouveau né au vieillard. Néanmoins, ce déploiement de technicité prend le pas sur un autre aspect pourtant essentiel dans l'acte de soigner : c'est la dimension humaine. Les soignants ont

beau y mettre leur meilleure volonté, la place réservée au lien qu'ils ont avec le patient est ténue, car reléguée au second plan dans le système de prise en charge du malade tel que nous le connaissons actuellement.

Comme le dit le Professeur Rault³¹ : *« l'on pourrait envisager de passer de la relation médecin-malade à une nouvelle relation patient-soignant dans laquelle chaque intervenant pourrait se sentir impliqué dans le but de remettre au centre du système de soins le patient. »*.

Nous l'avons vu au paragraphe précédent : les patients, tout comme les médecins, sont conscient de ce problème, et ils sont également en attente de l'instauration d'une autre relation patient/médecin.

□ Recherche d'efficacité supplémentaire

Certes la technicité continue de se perfectionner, et parallèlement à cela, d'autres méthodes thérapeutiques émergent. Le médecin d'aujourd'hui sort de l'ancienne logique de l'obligation de moyens, et tend à aller plus systématiquement vers une recherche de résultats, même si cette nouvelle attitude l'oblige à s'intéresser à d'autres pratiques. Le médecin d'aujourd'hui veut mieux connaître et maîtriser les nouveaux outils thérapeutiques potentiellement efficaces.

□ Remise en question des pratiques

Ce point découle du point précédent. Le thérapeute de nos jours, parfaitement conscient des nouvelles avancées scientifiques et technologiques et des méthodes thérapeutiques non orthodoxes, est moins dogmatique que par le passé, et a l'esprit plus ouvert. Il commence le cas échéant à remettre en question certaines pratiques. Mieux informé, il se rend compte de l'importance de l'esprit sur le corps, et donc intègre dans son diagnostic les aspects psychologiques de la maladie de son patient.

³¹ Docteur Philippe Rault, Médecin anesthésiste et hypnothérapeute au CHU de Rennes

□ Recherche de pluridisciplinarité

Ce qui vient d'être dit dans les lignes précédentes nous conduit tout droit à dire qu'aujourd'hui, les médecins considèrent d'une façon plus spontanée les approches pluridisciplinaires.

L'ensemble des attentes des médecins et autres soignants nous renvoie bien au premier besoin qu'ils expriment : une formation adaptée, prenant en compte tous les nouveaux paramètres dont nous avons déjà parlé.

II.2.2. Les praticiens de l'hypnose médicale

II.2.2.1. Médecins et chirurgiens dentistes

Dans un passé relativement proche, la plupart des médecins s'en tenaient strictement à leurs rationalisations, à leurs codifications. A présent bien documentés et au fait des nouvelles avancées scientifiques dans le domaine médical comme dans les domaines périphériques, les médecins savent que l'hypnose permet d'agir sur la composante psychosomatique de bon nombre de troubles, que ce soit en médecine ou en chirurgie, chirurgie dentaire incluse. La pratique de cette discipline est donc grandissante (voir en annexe 8 : liste de thérapeutes), jugulée toutefois par une difficulté d'accès à la formation appropriée. Nous avons déjà souligné ce fait au point consacré aux attentes des médecins.

Comme le souligne le Docteur Victor Simon, de l'Institut de Médecine Psychosomatique, d'Hypnose clinique et de Thérapie brève : *« Il faut avoir vu s'opérer ces changements dans la vie de nos patients, pour comprendre que l'Hypnose est un puissant outil thérapeutique, qui, manié avec un grand respect de l'Autre, et l'éthique qui est la nôtre, peut être utilisé par chacun d'entre nous dans de nombreuses indications. Les médecins qui l'utilisent au cours de leur pratique quotidienne, constatent combien l'Hypnose leur est utile en consultation, en visite et même en urgence. »*³².

³² Extrait d'un texte publié dans le Journal de Formation Médicale Continue, Norformedia N° 2, Juillet 1997.

II.2.2.2. Psychologues et psychothérapeutes

Les « psy », notamment les psychologues, disposent d'approches psychothérapeutiques spécifiques, reconnues et utilisées depuis longtemps. A ces approches psychothérapeutiques s'ajoutent des techniques comme par exemple la relaxation, le psychodrame, et maintenant l'hypnose, qu'ils utilisent largement dans l'exercice de leur profession. Avec l'hypnose, ils peuvent accéder plus directement au psychisme de leurs patients, que ce soit pour poser le diagnostic, ou pour installer une thérapie. En effet, nous savons que l'hypnose a eu un rôle déterminant dans l'orientation de nombreux courants psychothérapeutiques. On peut dire que l'hypnose et la psychothérapie sont superposables, car toutes deux à la recherche d'une modification : la première amène le patient à expérimenter un changement pendant l'état hypnotique, la seconde veut amener le patient à vivre un changement dans son existence ; dans l'une ou l'autre situation, le thérapeute veut favoriser le changement, et communique dans ce sens avec son patient. Avec lui il établit une communication particulière dans le cadre d'une prise en charge professionnelle. Dans la notion de cadre portée par le concept de réalité de Watzlawick³³, hypnose et psychothérapie sont un même processus.

II.2.2.3. Les soignants du domaine paramédical

Certes, le bon usage de l'hypnose nécessite à la fois une formation médicale ainsi qu'une utilisation fréquente ; toutefois, elle n'est pas exclusivement réservée aux seuls médecins. Cet outil peut être également mis à la disposition du soignant paramédical ; car, comme le dit le Docteur Philippe Rault³⁴ : « *L'hypnose est un outil à la disposition d'un praticien, médecin spécialiste ou généraliste mais aussi dentiste, sage-femme, psychothérapeute, infirmier, qui a un projet thérapeutique. De nouveaux champs d'application sont à découvrir qui n'attendent que l'imagination et la compétence des acteurs de santé. Il faut enfin savoir que la mise en place et l'usage de cet outil nécessitent une formation préalable ainsi qu'une pratique régulière.* ».

³³ Paul Watzlawick est né à Villach, en Autriche, en 1921. Après un doctorat de philosophie il se forme pendant quatre ans à la psychanalyse à l'Institut de Psychologie Analytique Carl Gustav Jung. Auteur de l'ouvrage « *Faites vous-même votre malheur* » (voir bibliographie).

³⁴ Docteur Philippe Rault, Médecin Anesthésiste et Hypnothérapeute – CHU de Rennes

II.2.2.4. Le patient lui-même : l'autohypnose

Dans de nombreux cas, les praticiens de l'hypnose incitent leurs patients à faire appel aux techniques d'autohypnose pour prolonger et renforcer les effets thérapeutiques recherchés. En effet, l'état d'hypnotique peut être induit directement par le patient lui-même, en toute heure et en tout lieu, après bien sûr un apprentissage approprié. Il peut ainsi lui-même accéder à la partie inconsciente de son esprit, et potentiellement opérer une action sur cet « inconscient ». Le patient n'a pas pour but de se plonger dans le sommeil. Au contraire, il recherche un état encore plus actif que l'état de veille ordinaire, et recherche l'obtention d'une conscience accrue des processus internes de son inconscient.

La mise en place de cette communication entre conscient et inconscient lui permet également d'apprendre à contrôler son stress, la qualité de son sommeil, l'intensité d'une douleur aiguë ou chronique, voire d'agir sur son comportement en améliorant ses ressources ou sa mémoire.

II.2.3. Ou ? : de nombreux lieux

II.2.3.1. Hypnose intra-hospitalière

L'hypnose « entre à l'hôpital ». On peut s'avancer à dire qu'aujourd'hui l'on pratique l'hypnose médicale dans beaucoup de centres hospitaliers, universitaires ou non. Nous en citons quelques uns dont la réputation n'est plus à faire dans ce domaine :

- **CHU de Rennes** : Les équipes chirurgicales de ce centre hospitalier pratiquent les colonoscopies sous hypnose depuis maintenant quelques années. L'hypnose est également utilisée en chirurgie infantile par le Docteur Lucas Poloméni dans différentes indications, telles que l'exérèse de naevus, les biopsies osseuses et musculaires, les réductions de fractures, etc.
- **CHU de la Pitié-Salpêtrière à Paris** : Dans ce centre, l'utilisation de l'hypnose est fréquente, que ce soit dans le champ des psychothérapies, dans la prise en charge de la douleur, ou dans le cadre de soins palliatifs.

- **Hopital TROUSSEAU à Paris** : l'hypnose y est fréquemment utilisée, au « centre de la migraine pour enfant ». Rappelons que l'ANAES recommande depuis février 2003 l'utilisation des méthodes de relaxation et d'hypnose comme traitement de fond de la migraine de l'enfant.

- **Hopital Robert Debré à Paris** : la prise en charge pluridisciplinaire de l'unité anti-douleur fait appel à l'hypnoalgésie et à l'hypnothérapie. De nombreux enfants en ont bénéficié dans un contexte d'urgence (enfants inexaminables, traumatismes, gestes douloureux), dans le traitement de douleurs chroniques, ou encore dans le cadre de soins palliatifs.

Nous n'avons cité que quelques exemples, mais il est parfaitement avéré que depuis quelques années, de plus en plus de structures hospitalières accueillent l'hypnose, et donnent une place importante à ce nouvel outil thérapeutique.

II.2.3.2. Associations et groupements français

- L'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (A.F.E.H.M)

Cette association est constituée de praticiens et de chercheurs dans le domaine de l'hypnose. Notamment : Docteur Jean-Marc Benhaiem : médecin, attaché des Hôpitaux de Paris ; Docteur Eliane Corrin : dermatologue, attachée des Hôpitaux de Paris ; Docteur Jean-Philippe Lenoir : psychiatre à Versailles ; Docteur Jacques Lévy : anesthésiste à Paris ; Madame Marie-Claude Mignon : psychologue en hôpital et en ville, à Noisy le Roi ; Docteur Patrick Richard : anesthésiste à Paris.

Le but de l'association est de faire connaître l'hypnose et ses applications médicales. Pour ce faire, l'équipe développe des échanges et des rencontres sur ce thème, ainsi que la recherche, et met en relation les patients désirant se faire soigner par l'hypnose avec des praticiens en hypnothérapie.

□ L'Association Française d'Hypnose (L'AFHyp)

Cette association a été créée en 1995 par le Docteur Jean Becchio : médecin attaché des Hôpitaux de Paris, ainsi que des psychothérapeutes tels Charles Jousselin, Thierry Desmarchelier et François Raineri, afin de promouvoir en France la pratique de l'Hypnose sous toutes ses formes.

□ Le Groupement pour l'Etude et les Applications Médicales de l'Hypnose (G.E.A.M.H)

Constitué en 1980 par le Professeur Paul Sivadon sous l'impulsion du Docteur Léon Chertok. Les objectifs du groupement sont de dispenser une information et un enseignement en hypnose et dans les domaines périphériques, ainsi que d'étudier et de développer la recherche scientifique et les thérapies qui en découlent.

□ Le Groupe d'Hypnose Clinique (G.H.C.)

Créé en Juin 2001, par le psychologue Antoine Bioy et l'anesthésiste et algologue Isabelle Nègre, ce groupe se réunit régulièrement au Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre où l'hypnose est utilisée dans le cadre de la prise en charge de la douleur ainsi que dans le champ des addictions. Il est constitué par un ensemble de praticiens hospitaliers ou libéraux de diverses spécialités utilisant l'hypnose dans le cadre de leurs activités médicales : anesthésistes, dermatologues, médecins généralistes, algologues, ainsi que des psychologues, des orthophonistes, etc. Ces praticiens développent une réflexion sur la nature et les applications de l'hypnose. Le groupe d'hypnose clinique se veut un carrefour entre diverses spécialités que la pratique hypnotique réunit pour favoriser un enrichissement mutuel.

Il existe bien d'autres groupements et associations voués à l'hypnose médicale en France. Nous n'avons cité que les plus importants. Nous terminons cette liste en citant une association qui fut créée à Nancy : l'ARCHE.

□ L'Académie pour la Recherche et la Connaissance en
Hypnose Ericksonienne (ARCHE)

L'arche a en effet été créée à Nancy, ville où se sont illustrés des personnages passés à la postérité, tels que Coué, Freud, Liébault, Bernheim et d'autres. Elle a aujourd'hui son siège à Nice. Son président Kévin Finel, psychothérapeute, définit cette entité comme « *ayant la vocation de démystifier l'hypnose auprès du plus grand nombre afin qu'elle devienne un outil privilégié dans l'art du changement, un vecteur permanent de créativité* ».

II.2.3.3. Instituts Ericksoniens

Les instituts officiels relevant de l'Ecole ériksonienne sont relativement nombreux en France. Nous portons en annexe n° 6 une liste non exhaustive de ces instituts.

II.2.3.4. Ecoles et organismes de formation

□ Création d'un diplôme universitaire d'hypnose médicale
par l'AFEHM

En 2001, l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale a organisé une formation à l'hypnose qui a finalement abouti à la création d'un Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale à Paris VI, sous la Présidence du Professeur Pierre Coriat, Chef du département d'anesthésiologie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (Université Paris VI), et dirigée par le Docteur Jean Marc Benhaiem, médecin au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne. Près de cent ans après les premières séances publiques d'hypnose du célèbre neurologue Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière, la création de ce diplôme marque enfin la reconnaissance officielle de l'hypnose et de sa pratique par les milieux scientifiques, et lui redonne la place qui lui revient au sein de la Médecine et de la Recherche. Ce diplôme universitaire d'hypnose médicale a pour objectif de rendre compte du renouveau de l'hypnose, dont les applications ne cessent de s'étendre dans le domaine médical, psychosomatique et dans le traitement de la douleur. On peut regretter que cette initiative soit si tardive et si limitée, puisque cette formation n'est, à notre connaissance, pas dispensée ailleurs. A ce jour, il n'existe donc pour ainsi dire toujours pas en France d'enseignement officiel pour les médecins.

□ Création d'une formation à la pratique de l'hypnose médicale

Outre la création d'un diplôme universitaire d'hypnose médicale, l'A.F.E.H.M a également mis en place à l'Hôpital Ambroise Paré à Boulogne une formation à la pratique de l'hypnose médicale. Cet enseignement, dont la coordination est assurée par le Docteur Jean-Marc Benhaiem s'articule autour du centre de traitement de la douleur et fait appel à de nombreux intervenants extérieurs spécialistes et praticiens de l'hypnose. La formation se compose de deux modules : Initiation à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique, approfondissement des connaissances et champs d'applications de l'hypnose, au travers de ses grandes indications ainsi que des stratégies thérapeutiques.

□ Formations à l'hypnothérapie dispensées par l'Association Française d'Hypnose (AFHyp)

Cet enseignement porte principalement sur l'hypnose éricksonienne, et privilégie la pratique et les exercices, afin de dispenser un savoir-faire immédiatement applicable, plutôt que de théoriser sur le phénomène hypnotique.

□ Formations à l'hypnose éricksonienne

Ces formations, fondées sur le travail du Docteur Milton H. Erickson, sont dispensées dans les instituts éricksoniens, et en bien d'autres lieux.

□ Autre formation significative

Nous venons de parler de formations dédiées uniquement à l'hypnose ; cependant il existe également quelques formations qui sans être uniquement consacrées à l'hypnose, en amènent la notion. Nous citerons par exemple le diplôme universitaire de la Faculté de Médecine de Dijon. Il s'agit d'un diplôme universitaire de pathologies neuro-fonctionnelles qui vise à aborder l'apprentissage d'une médecine appelée intégrative ou plurielle, où l'on aborde l'utilité de nouveaux outils thérapeutiques, dont l'hypnose, ainsi

que l'importance d'une nouvelle relation médecin/patient, sujet que nous développons au paragraphe suivant, c'est à dire au point III.3.2.2.

II.2.4. Comment : les techniques

II.2.4.1. Les techniques d'induction

Elles sont nombreuses et varient avec l'opérateur en fonction de la personnalité du sujet. En général, il est nécessaire de veiller à créer un contexte voire une ambiance favorable, par la suppression autant que faire se peut de stimulations externes. Il faut parvenir à fixer l'attention du sujet, par différents moyens visuels ou mentaux. L'aspect auditif a également un rôle prépondérant puisque la voix de l'opérateur se fait répétitive, monotone, ou bien autoritaire si besoin. Enfin, dans le cadre d'une action à visée thérapeutique, il est certain qu'une relation de confiance doit être instaurée entre le médecin et son patient. Rappelons néanmoins que certains auteurs, comme Spiegel, minimisent l'importance de l'induction au bénéfice de la suggestibilité...

Voici ci-dessous les techniques d'induction les plus connues :

- **Les passes** : Elles nous renvoient à des pratiques anciennes (Mesmer, Deleuze, Esdaile,) bien qu'elles soient encore parfois en vogue aujourd'hui. Elles sont supposées canaliser des forces ou énergies subtiles pour aider à la guérison.
- **La fixation du regard** : Braid préconisait la fixation soutenue d'un objet. Ce qui est surprenant, c'est que l'on peut paraît-il obtenir le même résultat avec des non-voyants, car cette technique fait surtout appel à l'association d'idées et à l'imagination.
- **La suggestion verbale** : D'une voix tranquille, sans précipitation, l'opérateur articule bien de façon à être entendu et compris. Il module sa voix, en parlant tout bas au début, pour finir d'une façon autoritaire, intimant un ordre au sujet qui alors l'exécute.

- **La sollicitation des zones hypnogènes** : Ces zones ont déjà été décrites par Mesmer : ce sont la base des pouces, le front, le sommet du crâne. Albert Pitres³⁵ leur prodigue des passes et les frictionne. A noter que le Docteur Pitres fut l'interne de Charcot puis son assistant jusqu'en 1880. D'ailleurs, rappelons que dès 1878, Charcot étudie et décrit l'hypnose. Il en donne une explication physiologique, et la présente comme un état pathologique qu'il assimile quasiment à une crise d'hystérie. Il croit en des zones hypnogènes, pouvant déclencher un état hypnotique par simple pression. Il croit également en l'existence de zones hystérogènes par lesquelles on peut provoquer une attaque d'hystérie. Aux zones déjà citées ajoutons les points ovariens, les globes oculaires, le pli du coude, le haut des poignets. Pour Liébault par contre, ces zones n'existent pas en dehors de la suggestion.

II.2.4.2. La thérapie : deux écoles complémentaires

La première école, traditionnelle, s'appuie sur la puissance des injonctions : le sujet reçoit des injonctions verbales, visuelles, ou tactiles auxquelles il obéit passivement. Cette technique est donc basée essentiellement sur une forte incitation, non seulement durant la phase d'induction, mais également lors de l'approfondissement de la transe, à des fins thérapeutiques. Notons que cette méthode est également celle des hypnotiseurs de spectacles, qui continuent à l'employer pour la plupart.

La seconde école relève de l'hypnose éricksonienne. C'est l'hypnose dite « moderne » Elle vise davantage à provoquer un profond état de relaxation pour libérer l'expression du sujet, auquel on sollicite une participation active.

Dans cette technique, le langage symbolique et les métaphores sont largement utilisés par l'hypnothérapeute pour amener le sujet à trouver lui-même les solutions à ses problèmes, à partir de son inconscient. A l'opposé de la méthode traditionnelle, la nouvelle pratique de l'hypnose encourage la reprise de confiance du sujet pour que celui-ci retrouve ou développe sa capacité d'initiative. Elle cherche moins à agir sur les représentations

³⁵ Albert Pitres (1848-1928). Sa thèse de doctorat, soutenue en 1877, porte sur les « *Recherches sur les lésions du Centre Ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales* ». Paris, Le Progrès Médical, 151 pages.

pathogènes du patient qu'à développer son sentiment de sécurité, afin qu'il laisse libre cours à son expression et à son audace. Le thérapeute repose sa stratégie sur trois axes, qui peuvent se compléter :

- Instauration d'un espace de sécurité dans la relation patient/hypnothérapeute

Ainsi, il vise à permettre au patient de reprendre la construction de son histoire individuelle. Cette approche permet également au thérapeute de s'appuyer sur l'analyse des éléments transférentiels apparaissant pendant l'hypnose.

- Anticipation et mise en situation

Cette approche comportementale et cognitive utilise l'espace protégé de la « transe » hypnotique. Son objectif est que le sujet parvienne à anticiper des situations futures, (ce qu'il n'aurait jamais pu faire en dehors de cette approche) afin qu'il puisse y associer de nouvelles représentations mentales, et instaurer de nouveaux modes de réaction. Cette technique permet également à l'opérateur un recadrage de certains schémas mentaux soit de façon consciente, soit à travers un travail plus symbolique prenant appui sur l'imagerie du patient.

- Mobilisation des capacités créatives et des ressources du sujet

Comme pour les deux axes qui précèdent, la mobilisation des capacités créatrices et des ressources du patient doivent lui permettre de trouver une réponse adaptée à sa problématique.

II.2.5. Indications et contre-indications

II.2.5.1. Indications

Il y a une réelle difficulté de poser précisément les indications de l'hypnose car l'approche thérapeutique est complexe. En fait le champ d'indication de l'hypnose est très vaste, d'une part qualitativement, et nous allons présenter ci-dessous une liste non exhaustive des

indications de l'hypnose pour bien situer en situer l'étendue. Le champ d'indication est également très vaste quantitativement, de par le nombre de patients concernés par ces différents troubles.

□ Hypnoanalgésie

L'hypnose est un outil thérapeutique efficace et puissant en terme de lutte contre la douleur. Elle offre la possibilité d'une gestion de la douleur par le patient lui-même, à l'aide de l'autogestion, c'est à dire par autohypnose. Pendant l'état hypnotique, la production d'endorphines est à son maximum. Or ce sont de véritables antalgiques naturels, qui peuvent permettre de diminuer les doses de médicaments. De plus, l'allègement du traitement médicamenteux diminuent les risques d'effets secondaires.

- **Douleurs aiguës** : migraines, brûlures, en stomatologie, en chirurgie dentaire, accouchements, urgences (SMUR - SAMU)...

- **Douleurs chroniques** : Rhumatologie (algodystopie...), oncologie, soins palliatifs...

□ Hypnoanesthésie

En anesthésie, il est possible de réduire l'anxiété pré-opératoire et même de pratiquer certaines interventions sans recourir à l'anesthésie générale, comme cela est pratiqué couramment, nous l'avons vu, au CHU de Liège. C'est la pratique de l'hypnosédation dont le but est de diminuer les doses d'analgésiques et d'hypnotiques. Les avantages sont nombreux. Outre un meilleur contrôle de la douleur, on note une diminution des saignements et une prévention des nausées post-opératoires. Les durées d'intervention sont inférieures à la normale, et l'on obtient une meilleure et plus rapide récupération post-opératoire. Notons également que l'hypnose est parfois l'unique solution pour une chirurgie sur un patient ayant une contre-indication formelle à l'anesthésie chimique.

□ Psychothérapie et psychiatrie

Dans ce champ, les indications sont multiples. A titre indicatif :

- **Troubles du sommeil**
- **Troubles du comportement** : phobies et autres névroses
- **Addictions** : troubles alimentaires, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie...
- **Affections psychosomatiques**
- **Etc...**

Si les mécanismes d'action ne sont pas encore complètement connus, et que beaucoup de scientifiques évoquent l'effet placebo, les résultats n'en sont pas moins là, et certaines hypothèses peuvent expliquer les succès de l'hypnose.

□ Dans chaque spécialité

- **Dermato** : beaucoup d'indications, dont verrues, psoriasis, eczéma, urticaire, prurits...
- **O.R.L.** : acouphènes, vertiges, dysphonie, laryngospasme ...
- **Gastro-entérologie** : dyskinésies oesophagiennes, côlon irritable, troubles somatiques et fonctionnels digestifs, la recto-colite hémorragique, la maladie de Crohn, l'ulcère gastro-duodéal ...
- **Stomatologie et chirurgie dentaire** : meilleur contrôle de la douleur, du saignement, de la salivation, lutte contre l'anxiété, les réflexes nauséux, le bruxisme ...
- **Cardio-respiratoire** : asthme, maladie de Raynaud, hypertension artérielle, arythmie cardiaque ...
- **Rhumatologie et traumatologie** : l'hypnose est un appoint précieux, augmentant le confort des patients sur la douleur et la mobilité. En cas d'algodystrophie, des résultats spectaculaires ont été observés permettant une reprise de l'activité.

- **Oncologie** : augmentation de l'action chimiothérapique ou de l'efficacité de la greffe de la moelle osseuse, augmentation de la réaction immunitaire. Il est reconnu que l'hypnose permet d'augmenter les réactions de défenses immunitaires et modifie le taux de production d'interleukines.

- **Médecine du sport** : la visualisation et l'anticipation sous hypnose sont utilisées pour améliorer les performances.

- **Pour les brûlés** : la suggestion de froid, au début, va bloquer les réactions réflexes associées, permettre une analgésie pendant les soins, et éviter de nombreuses anesthésies générales.

II.2.5.2. Contre-indications

□ Contre-indications générales

La contre indication la plus importante est en fait adressée au praticien, qui ne devrait induire l'hypnose que dans les situations qu'il s'estime capable de maîtriser.

L'hypnose est à proscrire dans les cas de désordres graves de la personnalité, troubles caractériels, psychopathies, paranoïas, ainsi que dans les états limites : pré-psychoses et psychoses, chez les enfants en bas âge, et dans les états dépressifs graves (sauf pour faciliter une thérapie cognitive).

□ Les limites de l'hypnose

L'expérience prouve que le processus de l'hypnose ne modifierait pas les valeurs morales ni les limites que se fixe le sujet, et qu'elle serait incapable de modifier quoi que ce soit chez un sujet passif ou réfractaire.

Il arrive qu'un patient soit réfractaire à toute induction. C'est le cas notamment si le patient accepte sa maladie et ne veut pas s'en débarrasser. Il semblerait par ailleurs que,

contrairement aux idées reçues, plus les sujets seraient équilibrés mentalement et physiquement, plus ils seraient suggestibles.

□ Les dangers de l'hypnose

L'hypnose doit être utilisée comme adjuvant thérapeutique dans la prise en charge globale du patient et doit être pratiquée par des thérapeutes formés, car elle n'est pas dénuée d'effets secondaires ou de complications potentiellement graves. Parmi les dangers de l'hypnose, somme toute relativement marginaux, se trouvent :

- Les faux souvenirs

Au chapitre II.1.4.6. sur les principaux signes hypnotiques, et plus précisément au paragraphe consacré à l'hypermnésie, nous voyons que l'hypnose permet au sujet de se souvenir de détails clairs et précis relatifs à des souvenirs oubliés. Ce point est incontestable, c'est vrai, mais tout aussi réel est le fait de pouvoir créer de faux souvenirs dans la mémoire d'un individu. Le premier à avoir prouvé en laboratoire la possibilité d'induire de faux souvenirs dans la mémoire d'un individu est le Docteur Jean-Roch Laurence³⁶. Il a démontré que contrairement à ce que l'on croit, le cerveau n'est pas un ordinateur sophistiqué qui peut restituer avec fidélité sous hypnose des souvenirs comme il le ferait de fichiers. L'inconscient ne fonctionne ni comme un ordinateur, ni comme un congélateur. En fait, ce que l'on appelle faux souvenirs constitue une pathologie iatrogène; ce sont des troubles la plupart du temps générés par des conduites fortement suggestives de psychothérapeutes. Bien que le mécanisme ne soit pas cantonné à l'hypnose, il apparaît que ce sont surtout des hypnothérapeutes qui les ont, involontairement dans la majeure partie des cas, provoqués. Consécutivement à l'apparition de faux souvenirs tels qu'agressions sexuelles durant l'enfance, ou autres mauvais traitements, des accusations sont portées par des enfants à l'encontre de leurs parents, des personnes témoignent à tort contre des innocents et ce, en toute bonne foi. Alors bien sûr l'on ne peut que s'interroger encore plus âprement sur la nature de la mémoire. Et si l'hypnose est capable de ramener à la mémoire de vrais souvenirs oubliés, tout comme elle est capable d'inscrire dans la mémoire de faux souvenirs, on ne peut que reconnaître qu'elle recèle « des pouvoirs » qui

³⁶ Jean-Roch Laurence, chercheur et Professeur à l'Université Concordia de Montréal, où il est également Directeur du laboratoire de recherche sur la mémoire autobiographique et les états altérés de la conscience. Il a réussi la première «implantation» de faux souvenirs sous hypnose.

défient nos connaissances actuelles, mais qui nous invitent à continuer à vouloir la comprendre.

- Faux témoignages sous hypnose

Nous appuyant sur ce qui vient d'être dit plus haut, nous pouvons affirmer qu'il a été possible, grâce à l'hypermnésie résultant d'une mise sous hypnose, d'apporter des précisions fort utiles dans des enquêtes policières. Des études montrent que les données obtenues sous hypnose éclairent souvent les enquêteurs sur des cas obscurs, et leur permettent aussi d'ouvrir de nouvelles pistes. C'est pourquoi les policiers n'hésitent pas à continuer à faire appel à l'hypnose, tout en restant extrêmement prudents sur la caution à lui apporter ce qui est, au regard de ce qui vient d'être dit, tout à fait logique. Au cours des recherches qu'elle a mené pour réaliser un article sur ce sujet, une journaliste du Nouvel Observateur, Marie Gisèle Landes³⁷, était informée par des agents du FBI que ceux-ci utilisaient officiellement l'hypnose dans le cadre de leurs fonctions, notamment dans le but de raviver la mémoire défaillante de certains témoins, qui ont pu ainsi produire des renseignements du type numéro d'immatriculation, descriptions ou autres. Madame Landes relate qu'un agent du FBI reconnu ne jamais hypnotiser les suspects. La raison qu'il donna est qu'un suspect, s'il est coupable, a de grandes chances d'être aussi un menteur et, sous hypnose, le risque est qu'il devienne un « super-menteur ». Madame Landes cite également un scientifique renommé pour ses travaux, Martin Orne : *«Un témoin qui pense posséder une information, sans être sûr, pourra sous hypnose être soudain convaincu de sa validité et jeter la police sur une fausse piste qui nécessitera des mois de travail pour rien ».*

Il semblerait que Freud, dans ses recherches sur l'hypnose fut particulièrement perturbé voire apeuré par toutes ces notions, et ce type de possibilités de l'hypnose.

³⁷ Article de Marie Gisèle Landes du 13 avril 1980, « Le matin de Paris ».

CHAPITRE 3 – UNE MEDECINE EN MUTATION

II.3.1. Caractérisation de la mutation

Nous l'avons vu au chapitre précédent, la médecine s'est déshumanisée. Chacun se réjouit de ses progrès et de son efficacité sans cesse grandissants ; mais en même temps, nous avons de plus en plus conscience des effets pervers et des aspects négatifs engendrés par cette évolution. Les prouesses technologiques de la médecine, voire de la science en général, comportent bien des côtés pernicieux, et engendrent des conséquences perverses.

II.3.1.1. Iatrogénie médicamenteuse excessive

Le Petit Larousse nous indique qu'un effet iatrogène est : « *un trouble ou une maladie provoquée par un acte médical ou par des médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin* ». C'est donc une conséquence indésirable et négative sur l'état de santé due à un traitement ou prise de médicaments.

Les pouvoirs publics de notre pays ont commencé à évaluer la iatrogénie médicamenteuse à partir de 1998, date à partir de laquelle des études furent engagées par le Ministère de la Santé. Un indicateur majeur de la iatrogénie médicamenteuse est mesuré pour la première fois dans une étude nationale en France : les effets indésirables des médicaments constituent le motif d'admission de 3,19 % des hospitalisations dans les services de spécialités médicales des hôpitaux publics français. L'étude a démontré une prévalence des effets indésirables des médicaments dans la population étudiée de 10,3 % : ceci signifie que deux cent vingt et une personnes sur les deux mille cent trente deux étudiées, présentaient, le jour de l'enquête, un effet indésirable d'un médicament.

D'après l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), le chiffre correspondant aux événements dus à une intoxication médicamenteuse entraînant une hospitalisation, est de cent trente mille par an. Ce qui représente 6% des hospitalisations, sans bien sûr compter les tentatives de suicide. Un autre chiffre avancé : vingt quatre mille décès par an en France par iatrogénie médicamenteuse.

II.3.1.2. Surmédicalisation : envahissement par l'outil médicamenteux

La France détient le record mondial de la consommation de somnifères. Et malheureusement, on peut observer une augmentation sensible de la consommation médicamenteuse dans la quasi-totalité des autres classes pharmaceutiques. Bien que le problème soit général aux différentes spécialités médicales, citons le cas de la psychiatrie. Intégrée à la médecine, la psychiatrie qui, depuis deux siècles, s'occupe de la « folie » ou des « troubles mentaux », est aujourd'hui traversée par une crise sans précédent. Ses praticiens seraient devenus des adeptes de la psychopharmacologie. A l'occasion des états généraux de cette discipline, les psychiatres français s'en sont pris publiquement au malaise qui les frappe de plein fouet : excès médicamenteux et transformation de la clinique en procédures d'expertises comportementales. Ces excès et ces procédures ont été dévoilés récemment dans un rapport rédigé par Philippe Cléry-Melin, à la demande du ministre de la santé³⁸.

Aujourd'hui l'abus de médicaments et la surmédicalisation sont au centre des débats, et les patients se tournent vers des pratiques plus respectueuses de l'intégrité de l'organisme. Ce que prônent nombre de médecins.

II.3.2. Les autres problématiques

II.3.2.1. La responsabilité médicale

Aujourd'hui, le consommateur lambda est dans une logique d'exigence : toute attente déçue, tout dommage doit recevoir réparation. Il en est ainsi pour le consommateur de soins médicaux. Habités à des prodiges, ils attendent désormais de leurs soignants qu'ils soient infaillibles. C'est ainsi qu'en même temps que son efficacité, la médecine a vu s'accroître sa responsabilité. Pour l'homme, son intégrité physique est son bien le plus précieux ; et tout accident médical est de ce fait considéré comme un préjudice devant être réparé, dédommagé, si besoin par voie judiciaire. Jusqu'alors subordonnée à une obligation de moyens, la médecine est maintenant quasiment placée par la jurisprudence dans une

³⁸ Le Monde, 24.11.2003

logique d'obligation de résultats. Point cardinal de la jurisprudence au regard de la responsabilité du médecin : l'information qu'il aura donnée au patient...

II.3.2.2. La médecine factuelle (EBM : Evidence Based Medecine)

Apparue en 1980 au Canada, c'est une approche basée sur l'analyse critique des informations médicales. Ou encore, médecine fondée sur des niveaux de preuve ou des données probantes. Cette approche méthodique de la pratique médicale comporte essentiellement trois points :

- Une méfiance de l'expérience clinique, de l'intuition et de l'avis de l'expert unique.
- L'affirmation qu'une connaissance physiopathologique n'est pas suffisante et peut même conduire à des prédictions incorrectes à propos du diagnostic et de l'efficacité d'un traitement.
- La préconisation de connaître les règles d'évaluation pour interpréter correctement la littérature, les études pronostiques, les tests diagnostiques et les stratégies thérapeutiques.

Si ces orientations ne sont pas critiquables à priori, car axées sur l'éthique, il n'en reste pas moins qu'une des limites très importante de cette méthodologie nous semble être l'exclusion d'aspects moins objectifs qui ne correspondent pas à des critères d'évaluation quantifiables, mesurables, standardisables, mais qui pourtant sont essentiels quand on sait l'importance d'une approche globale de la maladie. La médecine factuelle ne laisse guère de place au ressenti du patient lui-même ou à sa psyché.

« La médecine factuelle impose des contraintes extraordinaires à un large ensemble de praticiens ordinaires. Non seulement sont-ils moralement tenus de maîtriser les dernières avancées scientifiques, ils doivent également les appliquer sans faute et avec efficacité selon certaines règles définies au sein de guidelines standardisés. »³⁹.

³⁹ Article de A. Cahana et J. Gaudet, Revue Médicale Suisse « Médecine et Hygiène » n° 31, Septembre 2005.

II.3.2.3. Les groupes pharmaceutiques

Depuis le XIX^{ème} siècle, le domaine pharmaceutique s'est considérablement développé. Sa présence et son influence dans le domaine médical sont évidentes. Retraçons succinctement l'histoire de la pharmaceutique depuis le début du siècle. Le 14 mai 1796, la première vaccination au monde est réalisée sur un enfant de huit ans atteint de variole⁴⁰. Cette nouvelle pratique se répand très vite à l'échelle mondiale, provoquant un bond en avant de la pharmaceutique. Ce nouveau besoin de production en grande quantité arrive dans un contexte industriel en pleine expansion avec une capacité d'industrialisation massive.

En 1887, un chimiste allemand, Félix Hoffman⁴¹ réussit la synthèse de la molécule d'acide acétylsalicylique, « *l'aspirine* ». Ce chimiste travaille alors pour le laboratoire Bayer qui dépose le brevet de cette molécule qui va rapidement devenir de l'or. Grâce à cet antalgique, le plus connu dans le monde, les laboratoires Bayer font fortune et exportent partout en Europe. Cette époque voit l'affirmation d'une volonté de standardisation de la santé. La notion d'un traitement pouvant servir à traiter toute la famille s'est vite imposée car ce début de siècle croit résolument en la science, et la chimie vient remplacer le commerce des plantes. De plus, une interdiction légale aux Etats Unis de commerce de plantes pharmaceutiques jusqu'alors très usitées laisse la voie libre à l'industrie pharmaceutique. C'est donc la victoire de la santé de masse et de l'industrie par la standardisation de « recettes » fréquemment prescrites.

Tout comme la plupart des entreprises, les groupes pharmaceutiques sont confrontés à des problématiques de rentabilité, et on constate que le développement des quelques grands groupes du secteur semble sans limites. Cette branche industrielle compte soixante deux millions de clients en France... Le chiffre d'affaires mondial représente plus de deux cent quatre vingt dix millions d'Euros. On peut s'inquiéter d'une rentabilité se substituant à la santé publique. L'amélioration de la santé et de la qualité de vie est-elle compatible avec des objectifs d'expansion économique et de profits ? La logique industrielle oblige sans

⁴⁰ C'est Edward Jenner qui introduit en Grande -Bretagne le vaccin contre la variole en 1796.

⁴¹ Auparavant, dès 1825 un pharmacien italien nommé Fontana avait pu isoler le principe actif du saule blanc qu'il nomma salicine puis, en 1853, un français nommé Gerhardt a pu réaliser la synthèse de l'acide acétyle salicylique.

cesse l'industrie pharmaceutique à mettre sur le marché de nouvelles molécules ; le dictionnaire Vidal rassemble plus de huit mille cinq cent médicaments, dont en fait, environ soixante dix sont indispensables.

Pourtant, même si les services rendus par la pharmacologie sont remarquables, il existe de redoutables constatations. On pensait les maladies infectieuses maîtrisées grâce aux antibiotiques et aux vaccins, mais notre époque voit un retour de ces maladies : Sida, S.D.R.A., légionellose... et malgré ses progrès, la médecine butte encore sur de grands problèmes : en oncologie, en allergologie, ou encore concernant la iatrogénie ou les interactions médicamenteuses. Il existe un nombre de plus en plus restreint de nouvelles molécules innovantes apparaissant sur le marché. L'industrie pharmaceutique rapporte, mais elle coûte cher et depuis quelques années, on assiste à de nombreuses fusions entre différents laboratoires. Au niveau international, l'industrie pharmaceutique est réellement en crise.

II.3.2.4. Autres pratiques, autres coûts

Dans notre société occidentale, nous nous trouvons face à une lourde problématique, du fait d'une part que notre système médical est trop coûteux pour diverses raisons. Un exemple : quand on compare différentes pratiques, comme l'a fait un médecin américain, le Docteur Lang, on constate rapidement que ce qui ne coûte pas cher rapporte peu... En effet le docteur Lang s'est intéressé au coût de deux protocoles analgésiques destinés à des patients devant bénéficier d'une anesthésie. Un des deux groupes suivit le protocole classique, qui revint à six cent trente huit dollars par patient. Pour le second groupe l'hypnose fut utilisée ; le coût pour les patients de ce deuxième groupe fut évalué à seulement trois cents dollars, soit moins de la moitié. On dit souvent que la santé n'a pas de prix, mais on sait aujourd'hui à quel point cet adage est faux... Le coût des soins représente un véritable problème économique.

Pour clore cette deuxième partie, nous dirons que si les antécédents historiques de l'hypnose médicale sont très anciens, l'histoire nous a rattrapés. A travers ce chapitre, nous voyons que l'hypnose en tant qu'outil thérapeutique est maintenant connue, utilisée et

reconnue. Cependant, cette officialisation est plus évidente en théorie qu'en pratique. Les formations universitaires se développent progressivement mais timidement, et cet apprentissage reste donc pour l'instant plus accessible hors système universitaire. Le contexte actuel, objet de notre deuxième partie, met en évidence une demande accrue à la fois des médecins et des patients, et cela conduira sûrement à une formation universitaire qui ira en se développant. Mais surtout, l'officialisation de l'hypnose médicale représente bien plus que l'acquisition d'un nouvel outil thérapeutique, car elle symbolise également l'apparition d'une nouvelle possibilité de « penser » la médecine qui présente déjà les débuts d'un changement qui lui est sûrement nécessaire.

Troisième partie :

Hypnose médicale : Evolution ou révolution ?

« Pour atteindre la vérité, il faut au moins une fois dans sa vie se défaire de toutes les opinions que l'on a reçues et reconstruire de nouveau, dès le fondement, tout le système de ses connaissances.»

René Descartes

III – Hypnose médicale : évolution ou révolution ?

Nous avons pu voir, au cours de la première partie, que l'histoire de l'hypnose est fascinante, digne d'un roman. Le présent n'est pas moins digne d'intérêt, et présage de nombreuses métamorphoses. Que pourrait être l'hypnose dans l'avenir, et que deviendra la médecine en général ?

De multiples mutations ont déjà bouleversé le domaine médical (l'antibiothérapie, l'anesthésie, la chirurgie...) amenant à chaque fois de profonds bouleversements thérapeutiques ainsi qu'une perpétuelle évolution du rapport des médecins avec leurs patients. La période actuelle pourrait être le point de départ de changements inimaginables jusqu'alors.

Certes, la médecine évolue avec ses propres découvertes. Cependant, tout comme l'évolution de l'hypnose est étroitement liée aux avancées du domaine médical, les progrès de la médecine sont dépendants des progrès de la science en général. Or, notre époque vit actuellement une remise en question fondamentale des vérités scientifiques, voire des dogmes que nous pensions sûrement indestructibles.

Aussi, dans cette troisième partie, allons-nous nous questionner sur le futur : l'officialisation de l'hypnose médicale va-t-elle modifier la médecine ? Cette officialisation est-elle la conséquence d'une mutation déjà en marche ? Nous allons donc explorer différentes découvertes scientifiques récentes provoquant de véritables bouleversements de nos croyances cartésiennes les plus anciennes, car un monde scientifique en mutation entraînera forcément en parallèle une mutation de l'art médical.

CHAPITRE 1 – UN MONDE SCIENTIFIQUE EN MUTATION

Copernic et Galilée démontrèrent que la terre n'est pas le centre de l'univers. Newton en étudiant la structure de la matière énonça les trois lois de la dynamique qui permettent de

décrire tout mouvement, et exposa la théorie de la gravitation. Edison nous apporta la lumière. Pasteur mit définitivement fin à la doctrine de la génération spontanée, en montrant que des micro-organismes spécifiques pouvaient être à l'origine de maladies. Einstein, le père de la relativité et de la physique quantique, a ouvert les voies de la physique moderne. Voici quelques exemples bien connus ; la liste n'est pas exhaustive, et pourrait être incroyablement longue !

Toutes ces découvertes furent à leur époque des hypothèses et théories en opposition complète avec le savoir d'alors, et les hommes qui en sont à l'origine durent lutter contre l'hostilité du milieu scientifique. Pourtant, de nos jours, toutes ces théories sont devenues des réalités. L'histoire nous apprend l'humilité et l'ouverture d'esprit car ces multiples découvertes ont changé la face du monde... Nous allons donc passer en revue les recherches actuelles, et les dernières théories scientifiques qui plongent le milieu scientifique dans l'effervescence.

III.1.1. Dans le domaine de la physique

Rappelons au passage que l'année 2005 a été déclarée Année Internationale de la Physique, pour célébrer le centenaire de la publication par Albert Einstein de ses articles révolutionnaires sur la théorie de la relativité et la théorie quantique.

III.1.1.1. La physique quantique

Dans la nature, il existe quatre forces fondamentales qui agissent sur la matière dans le temps et l'espace, et sur lesquelles se fonde la physique classique :

- La force gravitationnelle : elle fait tomber les pommes, et tourner les planètes,
- La force électromagnétique : elle fait briller les ampoules, et bouger les aimants,
- La force nucléaire faible : elle est responsable de la radioactivité,
- La force nucléaire forte : elle assure la cohésion des constituants des noyaux atomiques.

La théorie de la relativité d'Einstein, a eu cent ans en 2005. Elle a permis à la science des avancées énormes ; cependant elle recèle un paradoxe : elle est incompatible avec les lois de la physique classique. C'est pourquoi depuis un siècle, les physiciens sont à la recherche d'un principe d'unification, c'est à dire d'une théorie unique qui explique ce paradoxe, et puisse décrire l'univers dans son ensemble.

En effet, dans ses travaux, Einstein s'est intéressé à deux aspects de l'univers, le macrocosme : l'immensément grand, et le microcosme : l'immensément petit.

- **Le macrocosme** : par sa théorie de la relativité, il modélise le comportement de la matière aux grandes échelles (planètes, galaxies, univers...). Elle prédit la déviation de la lumière et la position des satellites autour de la terre, et n'a jamais été prise en faute malgré un siècle d'observation. Pour autant, cette théorie n'est pas en contradiction avec celle de Newton sur la gravitation, qu'elle englobe.

- **Le microcosme** : c'est la dimension de la mécanique quantique. Cette science permet aux électroniciens et aux ingénieurs du nucléaire de comprendre la matière à des échelles « infimes », à savoir celle des particules atomiques. Elle est à la base de la plupart des technologies du 20^{ème} siècle, comme les lasers, les transistors, les ordinateurs, les supra-conducteurs, et l'énergie nucléaire.

Ces deux principes qui permettent d'observer et de comprendre l'infiniment grand d'une part et l'infiniment petit de l'autre sont fabuleux, et constamment vérifiés dans le monde respectif qu'ils décrivent. Pourtant, ils sont incompatibles l'un avec l'autre. Les équations utilisées dans ces deux dimensions fonctionnent, mais sont mathématiquement contradictoires. Ce paradoxe trouble la physique depuis le début du XX^{ème} siècle. On lui donne même le nom de physique schizophrénique. Pour les spécialistes en la matière, il est évident que nos connaissances sont largement incomplètes. La recherche d'une unité pouvant rendre tout l'univers enfin cohérent aux yeux de la physique, voici le cheval de bataille de nos physiciens contemporains.

Retenons que la physique quantique nous a fait comprendre que le critère essentiel des mécanismes de la vie n'est pas seulement la molécule, mais trouve l'explication de son

action dans des phénomènes bien plus complexes ; c'est sur ces principes que se fonde une nouvelle approche de la médecine, appelée médecine quantique.

□ La médecine quantique

Nous le voyons à différentes reprises au travers de notre thèse, la médecine d'aujourd'hui s'ouvre à de nouvelles approches ; elle « réinterprète » l'Homme dans toute sa dimension ; dans toute son unité. Nous sommes tentés de dire l'Homme « *corps et âme* », c'est à dire comme un tout, formant UN. La médecine quantique, encore appelée médecine énergétique, voire médecine vibratoire va encore au delà de cette UNITE corps et esprit. Elle plonge dans la nature profonde du vivant. Elle considère l'Homme intriqué dans son environnement, comme tissé dans la toile de la Vie. Elle postule que toute matière vivante, Homme, animal, végétal... ne représente qu'un ensemble de particules élémentaires à l'échelle atomique. Ces particules seraient non seulement en constante interaction les unes par rapport aux autres, mais également par rapport à l'environnement et vice-versa. Les particules en mouvement perpétuel émettant des « paquets d'énergie » appelés quanta, et ce sont leurs interactions qui génèreraient les champs électromagnétiques.

III.1.1.2. La théorie des cordes

Plusieurs théories semblent capables de mener les physiciens vers l'unité qu'ils recherchent. Parmi elles, une théorie phare : la théorie des cordes.

Une corde est comme une particule mais au lieu d'être concentrée en un point elle possède une certaine extension spatiale. Dans la théorie des cordes, les constituants ultimes de la matière seraient donc de minuscules objets à une seule dimension et vibrant comme les cordes d'un violon. La réalité de notre monde à son niveau le plus fondamental y apparaîtrait comme une gigantesque symphonie résultant de la vibration de minuscules cordes. De plus, dans cette théorie, le mouvement de ces cordes ne se cantonnerait pas à nos trois dimensions spatiales, à savoir longueur, largeur, et hauteur, mais s'étendraient dans au moins onze dimensions. Voici de quoi remettre en question le monde tel que nous le voyons. Le profane peut rester sceptique, car pourquoi ne verrait-il que trois dimensions s'il en existe beaucoup plus ? Il est probable que nos trois dimensions spatiales

traditionnelles s'étendent à l'infini, alors que d'autres dimensions appelées extra-dimensions seraient si petites ou si grandes qu'elles en deviendraient invisibles à nos yeux.

Nous pouvons illustrer notre propos avec une image, celle d'un équilibriste sur son fil. Il n'a pas d'autre alternative que d'avancer ou reculer. Le fil ressemble donc à un espace à une dimension. Une fourmi placée sur ce même fil percevra une dimension supplémentaire car elle pourra non seulement avancer et reculer, mais aussi faire le tour de la corde, le diamètre de cette dernière étant une dimension supplémentaire à l'échelle de la fourmi. Les dimensions scientifiques constituent une nouvelle arène pour utiliser les lois de la physique et le concept espace-temps émergeant de cette théorie est tout à fait fascinant. Il constitue pour de nombreux physiciens le meilleur espoir de pouvoir développer un jour une théorie du tout fondamentale.

En s'appuyant sur la théorie des cordes, des scientifiques, ont déduit l'existence probable d'univers multiples, parallèles au nôtre, flottant dans ce qu'il nomment un super univers primitif.

III.1.1.3. La théorie des mondes parallèles

Il y a une théorie qui est étroitement liée à celle de cordes, c'est la théorie des mondes parallèles. Elle a été mise en exergue par la physique quantique, à partir du principe d'incertitude d'Heisenberg⁴², c'est à dire de la constatation qu'il n'est pas possible de connaître simultanément la position et la vitesse d'une particule. En effet, depuis quelques années, les dimensions supplémentaires de l'univers sont au cœur des préoccupations des physiciens les plus prestigieux, parmi lesquels on peut citer Andrei Linde⁴³ ou encore Hugh Everett⁴⁴. Ces physiciens ne sont pas les seuls à explorer la théorie des mondes parallèles : depuis 1999, les trois quarts des physiciens ont publié au moins un article sur le sujet⁴⁵ !

⁴² Werner Karl Heisenberg (1901-1976), physicien allemand et Professeur de physique théorique. Il fut responsable des recherches atomiques pendant la seconde guerre mondiale.

⁴³ Astrophysicien russe enseignant à l'université de Stanford depuis 1990.

⁴⁴ Physicien américain (1930-1982).

⁴⁵ Les chercheurs sont tellement nombreux à proposer des théories dans ce domaine qu'il serait impossible de tous les nommer. C'est une conception de l'univers entièrement nouvelle qu'ils nous proposent, et bien que les théories soient nombreuses et diverses, le fond est identique.

D'où vient cet engouement ? Comme nous l'avons vu depuis un siècle les scientifiques décrivent le monde grâce à quatre dimensions, les trois premières étant spatiales, et la quatrième étant le temps. Mais à présent qu'ils possèdent les moyens techniques de se pencher sur l'infiniment grand ou l'infiniment petit, les scientifiques arrivent à la même conclusion : quatre dimensions sont insuffisantes pour expliquer l'univers. Cette théorie des mondes parallèles répondrait d'ailleurs à une interrogation que se posent les physiciens : le problème du peu d'intensité de la force gravitationnelle terrestre, ce qu'ils nomment « le problème de hiérarchie ». En effet, la force gravitationnelle est ridiculement faible par rapport aux trois autres forces, qui sont, pour mémoire : la force électromagnétique, la force nucléaire faible et la force nucléaire forte. A titre d'exemple : un simple petit aimant suffit à soulever un clou posé sur le sol, et donc réussit à vaincre les effets de la gravitation exercée par les six mille milliards de milliards de tonnes de notre planète ! Pour les physiciens, la seule explication de ce phénomène réside dans le fait que la force gravitationnelle se diluerait dans plusieurs dimensions, et se répandrait dans ces espaces supplémentaires qui nous sont encore imperceptibles.

Outre les physiciens, une autre catégorie de scientifiques se passionne pour la théorie des mondes parallèles. Il s'agit des mathématiciens. Nous retiendrons plus particulièrement le nom du Professeur Henri Poincaré (1854-1912). Pour l'anecdote, nous soulignerons que celui-ci est né à Nancy, qu'il est le cousin de Raymond Poincaré, président de la République Française de 1913 à 1920. Il est considéré comme l'un des plus grands mathématiciens que le monde ait connu, capable de maîtriser l'intégralité de sa science.

□ La conjecture de Poincaré

Les mathématiques posant les bases des règles de calcul sont à la base de la science. Un des problèmes les plus en vue des mathématiques serait en passe d'être démontré. Il s'agit de la conjecture de Poincaré. Formulée pour la première fois en 1904 par Henri Poincaré, elle démontrait mathématiquement l'existence de plusieurs dimensions outre celles que nous connaissons. Malheureusement, plus tard, alors qu'il voulait en refaire la démonstration, Poincaré ne parvint pas à arriver au bout. Depuis cette époque, de nombreux mathématiciens se sont penchés sur la résolution de cette conjecture. Depuis mai 2000, le « *Clay Mathematics Institute* » propose un million de dollars à celui qui trouvera la solution.

Grigori (Grisha) Perelman du « *Steklov Institute of Mathematics* », qui est un département de l'académie russe des sciences à Saint Petersburg, prétend avoir résolu la conjecture de Poincaré après huit années de travail acharné. Il en a débuté la démonstration qui sera longue, puisque pouvant prendre plus de deux ans. Si cela est vrai, les mathématiques prouveront fondamentalement l'existence de dimensions supplémentaires.

Nous venons d'apporter quelques indications sur les travaux de physiciens et de mathématiciens. En fait ce ne sont pas les seuls scientifiques à se passionner pour la théorie des mondes parallèles ; il y a également les biologistes, les philosophes, et les psychologues qui s'y intéressent de très près. Il y cherchent et y trouvent des explications à quantité de phénomènes scientifiques nouveaux et également de phénomènes catalogués comme étant « irrationnels » ou « paranormaux ».

III.1.1.4. La quatrième dimension : le temps

Continuons à nous intéresser aux notions relatives aux dimensions, déjà abordées aux paragraphes précédents, consacrés à la théorie des cordes, et à celle des mondes parallèles. Revenons sur le concept de base, c'est à dire nos trois dimensions spatiales : de gauche à droite, d'avant en arrière, et de haut en bas. A ces trois dimensions, nous en ajoutons communément une quatrième, bien différente des autres : le temps. Dans cette quatrième dimension, nous ne pouvons nous déplacer que dans un sens : du passé vers l'avenir.

En juin 2001, des physiciens de Genève⁴⁶ ont réussi en laboratoire à démontrer qu'à l'échelle de la mécanique quantique dans le monde de l'infiniment petit, le temps n'existe pas. De ce fait, le grand principe de la causalité spatio-temporel est remis en question, tout du moins dans le monde microscopique. Ce résultat est d'une grande importance, et sa signification est que dans le monde quantique, il n'y a ni avant, ni après. De là à envisager que l'on puisse aller de l'après à l'avant, il n'y avait qu'un pas... Et ce pas a été franchi par de nombreux scientifiques qui envisagent maintenant la possibilité du voyage dans le temps. Un sondage réalisé aux USA⁴⁷ montre que 58% des physiciens croient à la théorie du voyage dans le temps. La théorie des mondes multiples divergents basée sur la physique quantique, et développée par Hugh Everett dans les années 50, avant d'être reprise par

⁴⁶ En fait, les premières expériences datent de 1982 avec le physicien français Alain Aspect.

⁴⁷ Sciences et Avenir de janvier 1998, article sur les mondes parallèles de Paul Loubière et Sylvie Rouat.

d'autres scientifiques, résoudre le paradoxe du voyage vers le passé. Si le lecteur est intéressé par ce sujet, il se tournera avec bonheur vers les travaux de nombreux scientifiques tels que David Bohm, Régis Duthéil, John Wheeler, Kip S. Thorne, Igor Novikov, Karl Sagan, Stephen Hawking, Gunter Nimtz, Raymond Chow, et bien sûr David Deutsch. Mais nous ne pouvons être exhaustifs car la liste serait interminable.

III.1.1.5. La théorie de la matière noire ou matière fantôme

Il existe un paradoxe entre la masse de l'univers observée astronomiquement et sa masse telle que calculée par les scientifiques. En effet, d'après ces derniers, ce que nous connaissons de l'univers ne représente que 10% de ce poids calculé⁴⁸. Ils ont scientifiquement démontré qu'il y a une contradiction entre la masse de toute la matière au sein d'une galaxie et le mouvement de cette dernière. Certaines étoiles repérées dans « *les bras* » galactiques ont un mouvement bien plus rapide qu'elles ne devraient, au point qu'elles auraient dû se détacher depuis belle lurette si elles n'étaient pas retenues par une masse mystérieuse et invisible. Alors, depuis près de cinquante ans, les astronomes cherchent ces 90 % de masse manquante, qu'ils appellent également matière noire ou matière fantôme. Il ne peut s'agir de vide, car le vide n'a pas de masse. C'est sur cette constatation qu'est basée l'hypothèse d'une matière invisible située dans le halo des **galaxies et assurant de ce fait leur cohésion. Tout indique qu'il s'agit d'une matière** jusqu'ici totalement inconnue de nous. Cette matière pourrait être constituée de particules de très faible masse. (Environ mille fois moins massives que celles que l'on connaît à l'heure actuelle).

En fait, nous connaissons bien trois états de la matière : état solide, état liquide, état gazeux, chacun avec des propriétés tranchées. Aux marges de ces trois états, les physiciens en croisent beaucoup d'autres, qui ne cessent de les surprendre. Ils appellent certains d'entre eux des états « à la fois ». Car en effet l'essence paradoxale de cette matière à l'état microscopique est souvent étrange et, fait nouveau, certaines lois physiques auxquelles obéit cette matière paradoxale pourrait bien expliquer certaines aptitudes de nos cellules : par exemple, leur aptitude à se mouvoir ou à adhérer les unes aux autres. Ces notions ne

⁴⁸ Plus précisément dans ces 10%, 1% est constitué de matière visible (principalement étoiles et galaxies) et 9% sont constitués de matière invisible mais connue (gaz, planètes, trous noirs, neutrinos...).

peuvent certes pas laisser indifférent le domaine médical, et cela confirme notre certitude que les avancées scientifiques sont déterminantes dans l'évolution de la médecine.

Soucieux de ne pas noyer le lecteur dans un excès d'informations sur les récentes découvertes dans le domaine de la physique, toutes plus fascinantes les unes que les autres, et qui bouleversent nos dogmes, nous n'avons cité que quelques exemples. Nous aurions pu aborder bien d'autres sujets comme la déformation de l'espace-temps par les trous noirs, les expériences de fusion nucléaire à froid, l'électronique supraconductrice, qui concerne les composants des ordinateurs et le développement de puces organiques qui s'auto-organisent : vous les laissez reposer, et les bonnes connections se font seules....

III.1.2. D'autres exemples de remise en cause scientifique

Les découvertes dans le domaine de la physique sont primordiales car ce sont elles qui nous permettent de comprendre l'univers dans lequel nous évoluons, et donc de comprendre ce que nous sommes. Ces découvertes touchent tous les autres domaines scientifiques. Dans les paragraphes qui suivent, nous allons énoncer quelques exemples d'autres remises en cause scientifiques.

III.1.2.1. Dans le domaine de la biologie

La physique est une science qui traite des constituants fondamentaux de l'univers, ainsi que des forces que ces constituants exercent les uns sur les autres, et qui s'appliquent également au monde du vivant. Il y a donc un lien incontestable entre la physique et la biologie, et bien évidemment entre la physique et le domaine médical.

□ Le mouvement cellulaire

Intéressons-nous par exemple au mouvement cellulaire. Jusqu'à présent, nous ne pouvions expliquer la contraction musculaire que par l'action du couple actine/myosine. Nous n'avions donc une vision du mouvement cellulaire qu'à grande échelle puisqu'à l'échelle musculaire. Depuis quelques années, les progrès techniques nous permettent de faire une observation à une échelle beaucoup plus petite : celle de la cellule elle-même. Les constatations sont étonnantes, car toutes nos cellules, qu'elles soient minuscules ou pas,

sont dotées de « mini-muscles », capables de se contracter. Et qui dit contraction dit mouvement. Or, depuis longtemps on cherche à comprendre le phénomène de migration cellulaire, et notamment celle des cellules métastatiques, qui se déplacent beaucoup plus vite que des cellules normales. Ce qui fascine le plus les spécialistes de la matière molle c'est que l'actine est capable de générer une force à elle toute seule ... Ces déplacements cellulaires pourraient même parfois ressembler à des bonds !

□ Le comportement bactérien

Un autre exemple de l'évolution de la biologie ayant des répercussions importantes en médecine est celui du comportement bactérien. Nous savons aujourd'hui par nos observations que moins les bactéries ont de nourriture, plus elles se regroupent. Ce phénomène donne lieu à de nombreuses recherches sur ce que certains nomment un « comportement social » où la collectivité primerait sur l'individu. Par exemple, si on place des *escherichia coli* dans une boîte de pétri contenant du gel agar, une forte concentration de succinate et de citrate, ainsi que de la nourriture et qu'on les laisse se multiplier pendant trois jours, on observe que les bactéries se déplacent en suivant des lignes précises en fonction des concentrations de nourriture, de telle façon que l'on peut en déduire sans équivoque que non seulement elles sont capables de se diriger vers une source de nourriture, mais aussi d'attirer leurs congénères.

On a également remarqué que les bactéries stressées par le manque de nourriture recherchent des structures confinées pour subsister. En effet, si l'on reproduit le même dispositif que ci-dessus, mais sans nourriture, et que l'on place au centre de la boîte de pétri un carré plus petit comportant une seule ouverture, on observera au bout de trois heures que la densité des bactéries est sept fois plus importante dans ce deuxième petit carré qu'à l'extérieur de celui-ci, et ce, bien que les *escherichia coli* aient été préalablement étalées sur toute la surface de la boîte..

Une autre expérience intéressante peut être réalisée avec une bactérie différente, le *vibrio harveyi*, connu pour infecter le tube digestif des poissons. Dès que sa densité augmente et atteint un certain seuil, toutes les cellules se mettent à émettre une molécule bioluminescente. Ce nombre, cette densité atteinte s'appelle le quorum, et à partir de cet instant, chaque organisme oublie ses propriétés individuelles pour en acquérir de

collectives. Des gènes éteints s'activent et l'ensemble va former à lui seul un nouvel organisme avec de nouvelles propriétés.

□ Le clonage

Au titre des dernières découvertes particulièrement marquantes en biologie, nous nous devons de citer le séquençage complet du génome humain et, bien sûr, le clonage. Cette technique était absolument inimaginable, dans le strict sens du terme, il y a encore cent ans. Depuis 1986, l'on savait cloner des cellules d'embryons de moutons, mais pas de cellules d'adultes. La brebis Dolly est le premier mammifère à avoir été cloné à partir d'une cellule d'un animal adulte. Le principe du clonage est de fusionner une cellule de l'individu qu'on veut cloner avec un ovule. N'importe quelle cellule fait l'affaire, car elles renferment toutes les mêmes gènes. Pour Dolly, une cellule a été prélevée dans le pis d'une brebis, à laquelle l'on conserve tout le bagage génétique, et un ovule a été prélevé sur une autre brebis, dont on a enlevé le noyau avec son matériel héréditaire. C'est pourquoi la brebis n'aura pour tout bagage génétique que celui de la cellule du pis. L'ovule est « électrisé » et se divise. Après un certain nombre de divisions, l'ovule est placé dans l'utérus d'une brebis porteuse.

Aujourd'hui, les Anglais autorisent le clonage thérapeutique. C'est le 11 août 2004 que l'HFEA (l'autorité britannique d'embryologie et de fertilisation humaine) accorde sa première autorisation de clonage d'embryons humains.

Il existe également une société américaine qui clone nos animaux domestiques décédés. Il est intéressant de noter que les clones présentent toujours des différences avec leur « modèle », alors qu'ils devraient être identiques. Pour ce qui est de la France, rappelons que le Ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, rappelle « *son engagement personnel dans la lutte contre toute forme de clonage à but reproductif considéré comme un crime contre l'espèce humaine* » et « *réitère sa demande de voir l'ensemble de la communauté internationale s'inscrire formellement contre le clonage à but reproductif en le distinguant bien du clonage à but thérapeutique dans le cadre de la recherche médicale* ».

□ Les cellules souche

Les cellules souche obtenues à partir des embryons sont reconnues pour avoir des propriétés fantastiques, et donner lieu à des applications telles que la production d'insuline, ou être utilisées dans le cadre de maladies pour certaines jusqu'alors incurables : Parkinson, Alzheimer, affections cardiovasculaires, et autres.

En France, avec l'adoption en juillet 2004 des lois de bioéthique, seules des recherches sur les embryons surnuméraires sont permises, et ce pour une durée de cinq ans. Cette source de cellules souche provient des embryons donnés et non utilisés par des couples lors de recours à des procréations médicalement assistées. Nous invitons le lecteur qui souhaite avoir quelques informations complémentaires à se reporter à notre annexe n° 9.

□ Les phénomènes épigénétiques

Cela fait maintenant près de 54 ans que l'homme a découvert la structure de l'A.D.N. (Acide désoxyribonucléique). C'est au laboratoire Cavendish de Cambridge, le 25 avril 1953, que James Watson, alors âgé de 25 ans, Francis Crick, physicien de formation, et Rosalind Franklin, qui mourut avant l'attribution du prix nobel, ont établi par rayons X la structure en double hélice de l'ADN. Nous pensions enfin avoir découvert le code définissant chaque être vivant, et la séquence de l'ADN était supposée être l'unique support matériel de l'hérédité. A présent, il semblerait qu'en matière de patrimoine génétique, nous n'héritons pas seulement de l'A.D.N ; des chercheurs, sans remettre en question le rôle prédominant de l'ADN, pensent que les caractères acquis sous l'influence de l'environnement se transmettent eux aussi. Pour eux, les gènes ne peuvent pas expliquer seuls toute la complexité du vivant. Ces chercheurs mettent en évidence les phénomènes épigénétiques, et postulent qu'en plus de notre patrimoine génétique, l'homme transmet à ses descendants les caractères acquis au cours de la vie sous l'influence de l'environnement⁴⁹. Cette hypothèse, qui date de 1995, fait l'objet d'études très sérieuses. En France notamment, où l'on vient de constituer un groupe de recherche d'épigénétique

⁴⁹ Cela nous renvoie aux travaux de Paul Kammerer, biologiste autrichien (1880-1926) mort à 46 ans dans des conditions suspectes. Il refusait la théorie de Darwin basant l'évolution sur des mutations qui seraient le fruit du hasard. Paul Kammerer affirma que les caractères acquis pouvaient devenir héréditaires. Ce qui fait dire à Monsieur Lance, auteur de l'ouvrage « *Savants maudits, chercheurs exclus* » que si les gènes ne sont pas immuables, on comprend mieux la méfiance à l'égard des OGM (Organismes Génétiquement Modifiés)...

composé d'une quinzaine de laboratoires. Selon ces scientifiques, les modifications survenues dans l'environnement génèrent des modifications de l'ADN des parents, et ceux-ci transmettent ces épimutations à leur descendance. Si cette hypothèse se confirme, l'hérédité épigénétique ouvrirait des perspectives énormes : cela voudrait dire que ce sont peut-être des épimutations qui sont à l'origine de certaines maladies plutôt qu'une variation de la séquence d'ADN. Cette hypothèse sous-entend l'apparition de nouvelles cibles et la mise au point de traitements spécifiques.

Pour conclure sur ce chapitre consacré à la biologie, nous dirons qu'il est évident, au regard des nouvelles découvertes en biologie et des impacts qu'elles auront, que la biologie, la neurobiologie, et donc la médecine sont à la veille d'une gigantesque révolution. Jusqu'à présent, l'on était persuadé que seules des réactions biochimiques présidaient au fonctionnement d'un organisme et des événements cellulaires qui sont la manifestation de la vie. L'ensemble de la pharmacologie était basé sur cette idée...

III.1.2.2. Dans le domaine de la paléanthropologie

Si ce petit sous-chapitre présente un moindre lien avec le domaine médical, nous souhaitons cependant l'insérer dans nos travaux, car il ressort des anecdotes présentées que nous devons nous efforcer à davantage d'humilité, et à une remise en question constante. Ceci car le chemin de l'évolution scientifique est pavé de théories longtemps refusées, et qui par la suite se sont révélées exactes, ainsi que de théories admises comme des réalités inébranlables, et qui se sont pourtant révélées fausses par la suite.

□ La découverte du « 3^{ème} homo »

Des ossements humains mis à jour en 2004 ont encore largement contribué à alimenter les débats sur notre évolution. Cette découverte modifie la représentation de nos origines en bouleversant le savoir des paléanthropologues. L'existence de cet hominidé appelé le 3^{ème} homo, oblige les paléanthropologues à revoir les définitions du genre humain. Après l'extinction de l'homme de Neandertal vers moins 30 000 ans, on pensait que notre espèce, l'Homo Sapiens, était désormais le seul représentant du genre Homo. La découverte de Floresiensis sur l'île de Flores en Indonésie prouve qu'il y a moins de 20 000 ans, Homo

Sapiens et Homo Floresiensis été contemporains. Cette nouvelle espèce humaine remet totalement en cause l'histoire de notre famille.

□ Les dinosaures : extinction ou évolution ?

De nouvelles théories émergent sur le fait que certains dinosaures aient pu survivre et évoluer, voire évoluer en oiseaux... Plusieurs arguments entrent dans les recherches actuelles : la découverte de fossiles de dinosaures avec des écailles et des plumes, ainsi que la structure squelettique. Mais le plus surprenant est que l'étude génétique de certains oiseaux ou poules objective la présence de gènes dormants correspondant à des écailles et des dents. L'expression « *quand les poules auront des dents* » va peut-être devoir être rectifiée par « *quand les poules avaient des dents* ». Signalons d'ailleurs que dans certaines encyclopédies sur les dinosaures, on précise déjà ce lien.

III.1.2.3. Développement des nanosciences

Comme nous l'avons vu précédemment, nous sommes aujourd'hui capable d'observer et de décrire le monde de l'infiniment petit. Cette observation a permis de constater des phénomènes inédits, et a amené les scientifiques à découvrir que l'on pouvait réaliser des objets complexes à des échelles toujours plus petites, de l'ordre du micron au départ, puis jusqu'à atteindre l'échelle infime du nanomètre, soit un milliardième de mètre. Il s'agit désormais de manipuler les atomes. A titre indicatif :

- Le virus de la grippe mesure seize nanomètres.
- Un nanotube de carbone mesure deux nanomètres.
- Un atome mesure un dixième de nanomètre.

A l'observation des progrès considérables faits par les nanosciences à ce jour, il semble qu'elles puissent mener à une véritable révolution technologique, touchant absolument tous les aspects de notre vie quotidienne, qu'il s'agisse de l'énergie, de l'environnement, de la technique en général et, bien sûr de notre santé, ce qui nous ramène au domaine médical...

Une plaquette d'information du Ministère de la Recherche, intitulée « *À la découverte du nanomonde* » présente les recherches qui sont actuellement menées en France dans le domaine des nanosciences et des nanotechnologies. Elle montre que l'ère des microtechnologies, qui paraissent pourtant déjà bien sophistiquées au commun des mortels, comme le distributeur d'insuline, le laboratoire sur puce, la biopuce à ADN... est aujourd'hui en voie d'être dépassée. Nous demandons au lecteur de se reporter à la synthèse de cette étude, portée en annexe 10.

CHAPITRE 2 – LES NOUVEAUX PARADIGMES DE LA SANTE

Après avoir exploré les différents bouleversements scientifiques en général, et compris les conséquences qu'ils peuvent avoir sur l'évolution de la médecine, nous allons nous attacher dans le présent chapitre à étudier les nouveaux paradigmes de la santé. La science, nous l'avons vu largement, est en profonde mutation ; elle réorganise ses schémas de pensées et d'analyses, et la médecine n'échappe pas à ce phénomène.

III.2.1. La magnétothérapie

III.2.1.1. Champ magnétique terrestre

Rappelons nous que le centre de la terre se trouve à 6350 km sous nos pieds et, à l'évidence, personne ne l'a jamais visité. D'ailleurs, on en sait beaucoup moins sur lui que sur la surface du soleil qui est vingt cinq mille fois plus loin de nous. Nous avons cependant une certitude quant au cœur de la terre : c'est que ce n'est en rien une énorme boule de feu. Il s'agit d'une sphère solide, à peine moins grosse que la lune.

Il existe deux théories principales, celle du noyau de fer fonctionnant comme une dynamo, et celle de la boule d'uranium radioactif formant un énorme réacteur nucléaire naturel appelé «géoréacteur». Ce que nous savons également, c'est que le noyau de notre planète engendre un étrange phénomène : le champ magnétique terrestre. Il est décrit depuis plus de quatre siècles. C'est une force qui ressemble au champ d'un aimant bipolaire et qui nous protège des vents solaires irradiants, guide les oiseaux migrateurs, et

certaines bactéries. Sans lui, nous n'aurions aucune protection contre les radiations du soleil ; la vie sur terre telle que nous la connaissons serait impossible. Le champ magnétique terrestre nous est invisible, mais nous détectons sa présence lorsque nous recevons une décharge électrique en saisissant la poignée d'une portière d'une voiture ou en enlevant un pull ; opération qui nous fait dresser littéralement les cheveux sur la tête. Le champ magnétique est également observable à l'occasion des aurores boréales ou australes. Elles sont provoquées par les courants de particules en provenance du soleil et qui rencontrent l'ionosphère. De cette rencontre naissent de grands voiles lumineux qui suivent les lignes du champ magnétique terrestre.

Parlant du champ magnétique terrestre, surtout dans un contexte où notre propos est de mettre en exergue les dernières découvertes scientifiques risquant de révolutionner notre conception du monde, nous ne pouvons passer sous silence un phénomène qui intrigue, pour ne pas dire qui alarme les scientifiques ; nous voulons parler de l'inversion du champ magnétique terrestre. En effet, il est certain que le champ magnétique ne cesse de varier et, d'après les scientifiques, le nord magnétique correspondait dans le passé au sud géographique et inversement. Ils en veulent pour preuve la disposition des cristaux dans la lave solidifiée, qui se modifie en fonction de l'orientation du champ magnétique. La réalisation de carottes de lave solidifiée a mis en évidence plusieurs inversions des pôles. Il y aurait un rythme d'inversion d'environ deux cent mille ans ; pourtant la dernière inversion daterait de huit cent mille ans, et nous aurions actuellement débuté la suivante. Les analyses montrent également que le champ était à son maximum il y a deux mille ans et que depuis son intensité ne cesse de diminuer. Au cours de son évolution, la planète aurait donc connu plusieurs inversions de ses pôles, et les scientifiques s'attachent aujourd'hui à démontrer qu'une nouvelle inversion a débuté. En Juin 2005 trois satellites dédiés à la surveillance du champ magnétique terrestre ont été mis en orbite afin de mesurer l'intensité du champ magnétique terrestre, et de faire le point sur les variations récentes constatées.

III.2.1.2. Le magnétisme physique de nos jours

De l'infiniment grand à l'infiniment petit, il semble que la force magnétique se retrouve partout au sein de la matière. En effet les propriétés magnétiques de celle-ci sont connues depuis un passé extrêmement ancien. Déjà dans l'antiquité, Grecs et Chinois avaient

démontré les phénomènes d'attraction et d'aimantation. Puis il y eut la découverte de la boussole par les Chinois, et sa diffusion par les Arabes vers le X^{ième} siècle... C'est également la force électromagnétique qui produit les photons et donc la lumière via l'électricité.

De nos jours, un grand nombre d'applications du magnétisme ont été développées. La France occupe dans ce domaine une place de choix depuis un siècle grâce aux recherches de scientifiques émérites comme Pierre Weiss à Strasbourg, à Grenoble avec Louis Néel qui reçut le Prix Nobel en 1970 (Elève de Pierre Weiss) et Jacques Friedel à Orsay (Université Paris Sud). Il est intéressant de noter que, sans que nous en soyons conscients, le magnétisme est omniprésent dans notre quotidien :

- **Dans le domaine industriel** : Alternateurs, transformateurs, capteurs. A noter que le chiffre d'affaires annuel relatif aux applications faisant appel au magnétisme représente aujourd'hui six milliards d'Euros.

- **Dans le domaine de l'équipement ménager** : réfrigérateurs, tables chauffantes à induction...

- **Dans le domaine de l'informatique** : mémoire informatique, enregistrement magnétique des ordinateurs...

- **Dans le domaine du transport** : moteurs électriques des moyens de transports tels qu'automobile, trains, avions...

- **Dans le domaine des loisirs** : magnétophones, enregistrements vidéo et audio.

- **Dans le domaine médical** : nous retrouvons bien sûr l'IRM (imagerie par résonance magnétique), ainsi que la MEG (magnéto encéphalographie).

Rappelons que ces instruments représentent, au même titre que l'EEG (Electroencéphalographie), dont ils sont un précieux complément, une technique d'enregistrement de la résultante magnétique de l'activité neuronale, ce qui permet une étude dynamique du cerveau.

III.2.1.3. Magnétisme et médecine

Comme nous l'avons souligné dans la partie historique de notre travail, Mesmer a développé la médecine magnétique, et ceci dans plusieurs nations. Nous avons également vu que Paracelse étudiait l'effet antalgique des aimants sur certaines atteintes articulaires. Ils pensaient qu'il existait un fluide invisible universel pouvant influencer la matière visible ; le mouvement d'une aiguille aimantée et la découverte de l'électricité, avec le recul, nous facilite la compréhension de cette notion ! En parlant du magnétisme animal, Mesmer ne faisait pas référence à l'animalité à proprement parler, mais pointait la différence entre le magnétisme minéral, déjà connu, et le « magnétisme » des êtres vivants.

Au début du XIX^{ème} siècle la théorie fluidique est abandonnée au profit de pistes psychologiques ou neurologiques. Malgré cet abandon au profit de l'hypnose contemporaine qui elle n'a cessé de croître et de se développer, force est de constater que certaines recherches récentes montrent que la médecine magnétique suscite un regain d'intérêt tout à fait justifié. C'est d'ailleurs ce que nous verrons au point III.2.1.4. Nous ne pouvons donc nier qu'à l'heure actuelle nous observons une résurgence d'anciens concepts ; c'est à Mesmer que nous devons la vulgarisation de la science magnétique ... et rappelons nous que Pasteur a également beaucoup travaillé sur le magnétisme. Il s'avère donc que ce que l'on a critiqué et rejeté hier devient important aujourd'hui. Il n'est pas loin le temps où par crédulité et ignorance, voire par superstition, la magnétothérapie, alors appelée guérison magnétique, était rejetée, raillée et tournée en dérision. A présent, les résultats des recherches en la matière démontrent que les phénomènes jadis observés commencent à être scientifiquement prouvés, et l'on ne peut que se montrer admiratifs envers ces hommes du passé qui possédaient déjà un savoir immense sur les sciences de la vie. Un savoir que l'on redécouvre aujourd'hui.

III.2.1.4. Recherches sur les thérapies par champs magnétiques

« *L'énergie électromagnétique est la forme d'énergie élémentaire dont dépend la vie de tout organisme* »⁵⁰. Le magnétisme conditionne notre existence et ceci même si nous ne parvenons pas à le percevoir avec nos sens. De nombreuses études scientifiques, en France

⁵⁰ Docteur Werner von Heisenberg, lauréat du Prix Nobel de physique en 1932.

et à l'étranger s'intéressent aux effets thérapeutiques d'un champ magnétique sur les cellules.

En fait les pays qui ont été les initiateurs, et qui ont le plus approfondi la recherche dans le domaine de la médecine électromagnétique sont la Russie et l'Ukraine. Les techniques en la matière sont officiellement reconnues par leurs gouvernements, et largement appliquées. Notamment, les Russes se servent des ondes millimétriques, dont les fréquences sont supérieures aux micro-ondes ordinaires, pour aider à la régénération des tissus dans nombre de maladies. Près de Moscou, à Poushino, se trouve un institut de biophysique cellulaire où, par l'utilisation de champs magnétiques pulsés de très faible intensité l'on obtient des résultats probants contre le cancer et la maladie d'Alzheimer. Il est vrai que les Russes ont pris une avance certaine, car c'est essentiellement la science soviétique qui s'est intéressée à ce domaine depuis le début du siècle dernier. En ce qui concerne les Ukrainiens, ils utilisent ce que l'on appelle la « *Microwave Resonance Therapy* », ou encore MRT, en appliquant des ondes millimétriques de très faible puissance sur les points d'acupuncture. En stimulant les endorphines du cerveau, ils parviennent à traiter les toxicomanes. Les scientifiques les plus réputés en la matière sont Serguei Sitko, (l'inventeur de la MRT), et Mykola Kolboune (recherches sur la T.O.I. : thérapie ondulatoire informationnelle). Dans son ouvrage « *La révolution du cerveau* », Marilyn Ferguson explique que les points d'acupuncture correspondent aux points d'intersection du champ magnétique humain. Cette notion nous semble capitale. Pour illustrer ce propos, nous dirons que l'homme est entouré d'un champ magnétique provoqué par une émission froide d'électrons. Ce postulat découle des travaux des physiciens russes, suivis par de nombreux autres scientifiques, et la corrélation frappante entre points rayonnants et les points d'acupuncture traditionnelle a donné le départ de nombreuses réalisations cliniques.

En ce qui concerne l'Occident, et depuis plus récemment, c'est en neuropsychiatrie que l'on retrouve l'application la plus fréquente pour les champs magnétiques, qui ne sont plus cette fois de très faible intensité, mais au contraire très intenses. Il semble en effet qu'ils aient un effet sur les dépressions graves. Cette méthode, dont les américains sont à l'origine, fait maintenant l'objet de recherches et d'essais à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, ainsi qu'à Créteil et à Lyon.

L'utilisation des champs magnétiques pulsés semble être répandue dans de nombreux pays pour, notamment, guérir des fractures difficiles. Il serait intéressant de connaître l'avis des kinésithérapeutes qui font appel aux champs magnétiques pulsés, en France ou à défaut à l'étranger, sur l'efficacité de cette méthode dans ce type d'indication... Les études montreraient que sous l'influence de l'électromagnétisme, on peut constater une importante stimulation du métabolisme des cellules et une stabilisation de la membrane cellulaire. Le magnétisme ne guérit pas, mais il stimulerait sensiblement la capacité des cellules à se réparer elles-mêmes. Citons le Docteur Edward Hacman, un spécialiste américain réputé dans le domaine des champs magnétiques : *« lorsqu'on sait que notre organisme génère naturellement des champs magnétiques, on comprend d'autant mieux qu'en envoyant des signaux magnétiques à l'intérieur du corps, on puisse avoir une action bénéfique. »*

La France, qui pourtant tient une place de choix concernant les applications du magnétisme dans les biens de consommation, semble avoir accumulé quelque retard dans le domaine des champs magnétiques en thérapie. Signalons cependant, parmi les quelques chercheurs français qui se sont distingués en la matière, les travaux de Jacques Benveniste, Docteur français, internationalement réputé, sur la nature électromagnétique du signal moléculaire, et bien connu par ailleurs pour sa théorie relative à la mémoire de l'eau. Pour lui, les cellules et les molécules communiquent au moyen d'ondes électromagnétiques ; voir en annexe 11 les fondements de sa théorie, ainsi que quelques explications sur la controverse qui s'en est suivie. Signalons aussi que nous en reparlerons au point III.3.1.2.

III.2.2. AU DELA DE LA CONSCIENCE, LES ETATS DE CONSCIENCE

III.2.2.1. Quelques définitions

- Le conscient/la conscience

Albert Glaude, un psychothérapeute Québécois définit la conscience comme suit : *« Ainsi, le conscient représente-t-il « tout ce que nous savons de nous-même, de notre vécu, de nos acquis et tout ce que nous savons des êtres et des choses ».* Le conscient correspondrait schématiquement à l'état de veille ; notons cependant, comme nous le verrons ensuite, que

cette conscience peut être modifiée, altérée, voire élargie. En outre, un patient en état d'hypnose ou de méditation, est supposé avoir un contact « conscient » avec son **inconscient**.

□ L'inconscient

Il est souvent lié au sommeil dans ses différentes phases, qui sont dites inconscientes. Pourtant, les recherches actuelles mettent en évidence l'apparition de conscience dans l'inconscience, comme par exemple les rêves lucides qui sont la conscience très vive, voire la certitude de rêver, avec possibilité d'orienter ses rêves. Voir à ce sujet une note de synthèse portée en annexe 12 du présent travail : « Les rêves lucides ».

L'inconscient serait le réservoir de la libido, de même que des refoulements, et contiendrait les processus qui maintiennent ces derniers hors de la conscience. Il est également donné pour être le réservoir de l'énergie psychique ; il influence constamment le comportement et nos modes de pensée.

□ Le subconscient

Il est parfois confondu avec l'inconscient. D'après certains auteurs, le subconscient serait au-dessous du seuil de la conscience, et représenterait un sas entre conscient et inconscient. Certaines définitions nous proposent le subconscient comme étant « *ce qui échappe à la conscience actuelle mais est susceptible de devenir conscient si l'esprit y applique son attention.* »

Notre subconscient réaliserait toutes sortes d'associations insolites entre les différentes données d'une problématique. Il utiliserait notre imagination et notre créativité pour apporter des solutions à nos problèmes.

Il paraît évident aujourd'hui, à la lumière des découvertes récentes, que ces « fonctions » ne sont pas compartimentées, et que des éléments non conscients dans un état donné **peuvent constituer la conscience dans un autre état et vice versa.**

III.2.2.2. Le sommeil et l'éveil « dans tous leurs états »

Les neurophysiologistes postulent l'existence de deux états de sommeil, qui sont le sommeil trivial et le sommeil paradoxal. L'analyse des états de la conscience nous amène à opérer la même division concernant l'état de veille. Il s'agirait de la veille triviale et de la veille paradoxale. Nous proposons, ci-dessous, d'identifier les caractéristiques de ces quatre états distincts.

□ Etat de Sommeil trivial

Encore appelé sommeil lent, c'est l'état durant lequel la conscience est pratiquement absente. Le sujet ne répond pas ou peu aux stimuli. Cependant, si l'on intensifie les stimuli, le dormeur se réveille. Durant cet état la respiration du dormeur est ralentie, ainsi que les battements de son cœur. Il change de posture d'une façon automatique. On observe une diminution de 10 % du métabolisme de base, du tonus gamma ainsi que des réflexes ostéo-tendineux qui deviennent pratiquement inexistantes. Au niveau cérébral, c'est le rythme delta qui domine.

□ Etat de veille triviale

Nous avons dit en préambule que la neurophysiologie opère à présent un parallèle entre l'état de sommeil et l'état de veille, et reconnaît un état de veille triviale, que l'on caractérise comme suit : le sujet est conscient, et capable de répondre aux stimuli. Le métabolisme de base est plutôt élevé, ainsi que le tonus gamma. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs, la respiration relativement rapide, de même que le rythme cardiaque. Au niveau cérébral, c'est le rythme bêta, plus rapide, qui domine. Il a moins d'amplitude, diffère à droite et à gauche, ainsi que sur les différentes aires cérébrales.

□ Etat de sommeil paradoxal

Le corps semble paralysé. Cependant, les yeux opèrent des mouvements rapides. Le sujet récupère de la fatigue mentale. Cet état est celui que l'on associe à l'apparition des rêves et des cauchemars, et aussi à la survenance des rêves lucides (voir annexe 12). Freud qui a beaucoup étudié les rêves pensait que ceux-ci nous permettaient d'exprimer un certain

nombre de désirs interdits ou freinés. D'autres théories suggèrent que les rêves seraient un réservoir de création et d'invention. Contrairement à l'état de sommeil trivial ou aux états de veille, on observe un fléchissement très significatif de la thermorégulation. Les catécholamines et l'acétylcholine jouent un rôle essentiel dans cet état. Lors du sommeil paradoxal, le cerveau est actif mais désynchronisé du reste du corps ; il présente une activité intense. Nous connaissons l'importance du rêve pour la qualité de la vie psychique, intellectuelle et biologique de l'homme. D'ailleurs, l'on a testé en laboratoire l'importance du rêve dans la physiologie en privant des animaux de cette phase onirique, en les réveillant toujours avant (détection du moment par E.E.G.) Les animaux moururent rapidement, tués par un sommeil sans rêves.

□ Etat de veille paradoxale

Cet état a été qualifié par le Docteur Pierre Etevenon⁵¹ d'état d'éveil au repos. Contrairement à l'éveil trivial, où l'électroencéphalogramme est modulé en fréquence, dans l'état de veille paradoxale, l'électroencéphalogramme est modulé en amplitude. Le rythme cérébral dominant est l'alpha, voire parfois des rythmes encore plus lents. Cet état peut être obtenu par la méditation. L'onde cérébrale peut alors s'élargir et devenir homogène sur l'ensemble du scalp, avec la même amplitude pour les deux hémisphères. La respiration est lente et profonde. Dans la plupart des cas, la vigilance persiste, et présente même un aspect paradoxal : des perturbations extérieures peuvent avoir pour conséquence une réaction différente, voire opposée à ce qu'elles auraient eu dans un contexte normal : un bruit très fort peut ne pas déranger le méditant, alors qu'un son très faible, ou un autre stimulus quelconque, peut fortement perturber la personne.

La pratique régulière des techniques visant à produire l'état de veille paradoxale est réputée pour avoir des résultats bénéfiques. Notamment, on observe une diminution de la plupart des pathologies mentales au regard des échelles de mesure effectuée par MMPI⁵². On enregistre également une baisse du pouls et de la pression artérielle, ainsi qu'une

⁵¹ Docteur ès-sciences, spécialiste d'électroencéphalographie (EEG) quantifiée sur ordinateur, il se consacre principalement à l'étude des états de conscience, de vigilance et de sommeil.

⁵² M.M.P.I. : « *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* » (inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota.) C'est un questionnaire de personnalité très utilisé dans le monde, que ce soit à des fins de recherche, d'orientation, de sélection ou dans le champ de la clinique. Il comprend 550 items permettant d'explorer les multiples aspects de la personnalité d'un individu.

augmentation des facultés créatives et un épanouissement de la personne au niveau relationnel.

Nous avons vu, au travers des phénomènes hypnotiques qu'il peut y avoir des regroupements psychiques chez une même personne, la plupart indépendants les uns des autres. Jung a présenté l'inconscient comme un système psychique autonome qui peut soigner ses déséquilibres. Le conscient nous permet de réaliser les actes quotidiens, et procède à des raisonnements analytiques. Il est connu que seuls trois à cinq pour cent de notre cerveau est utilisé dans nos activités quotidiennes ; le reste représente la partie inconsciente personnelle, un vaste et profond océan duquel émerge la petite île de notre conscience. Via le subconscient, le conscient influence l'inconscient en transmettant ses ordres par la pensée. Il semble que plus les pensées seront claires et positives, plus elles se reflèteront dans les actes.

Esprit et corps sont reliés de façon extrêmement intime par le biais du cerveau humain. Les préoccupations, le stress, une trop forte anxiété et bien sûr des traumatismes peuvent provoquer des déséquilibres psychiques ou physiques, parfois très graves. Grâce aux techniques de l'hypnose et de l'autohypnose il est possible à la plupart d'entre nous de procéder à son auto-guérison. Une des vocations de l'hypnothérapeute est d'amener le patient à dompter ses habitudes mentales, il lui apprend à solliciter ses ressources inconscientes pour régler son problème. Pour ce faire, il fait appel à différentes techniques telles que visualisations ou suggestions positives.

□ Le rêve lucide

A travers l'histoire de l'hypnose, qui est une histoire parallèle à l'histoire de la psychanalyse, on comprend que la conscience humaine est bien plus vaste qu'on pouvait le penser. Il est probable que l'exploration de ce domaine n'en soit qu'à ses prémices. La découverte de l'inconscient, finalement très récente, a déjà été un profond bouleversement. La barrière établie originellement entre l'état de veille : conscience, et l'état de sommeil : inconscience devient de plus en plus floue et bouscule la répartition traditionnelle des états de vigilance.

Le phénomène hypnotique a montré l'existence d' « états » de conscience puisqu'elle

découvre la possibilité pour un être humain d'être à la fois conscient, donc éveillé, tout en ayant accès à son inconscient. Après avoir compris que l'état de veille, ce que l'on appelle l'état de conscience pouvait se modifier, il est légitime de se demander si la phase du sommeil, elle aussi, ne recèle pas de nombreux mystères.

C'est ce à quoi se proposent de répondre les neurosciences qui a présent s'intéressent à la signification des rêves. Leurs recherches concernent surtout le sommeil paradoxal, mais plus spécifiquement un état mental dénommé « rêve lucide ». Rêve dit lucide car expérimenter un rêve lucide, c'est prendre conscience pendant le rêve que l'on est en train de rêver. On sait que l'on rêve. On s'en étonne, on s'en amuse, ou on s'en effraie. On retrouve de nombreux témoignages comme ceux de Descartes, d'Aristote, de Van Aeden (psychiatre néerlandais qui énonça ce terme de rêve lucide en 1913), le marquis Léon d'Hervey de Saint Denys (qui publia en 1867 « *les rêves et le moyen de les diriger* »). Malgré tout, l'existence du rêve lucide a longtemps été accueillie avec scepticisme. Pourtant, à la fin des années 70, des chercheurs, aux Etats-Unis et en Angleterre, utilisant une technique faisant appel aux signaux fournis par les mouvements oculaires, apportent la preuve de l'existence de cet état de « rêve lucide ». Aujourd'hui donc la science peut établir une communication avec le rêveur pendant son rêve, et prouver ainsi qu'il s'agit d'un rêve lucide. Il y a pléthore de littérature dans ce domaine, et le lecteur de la présente thèse pourra trouver dans la bibliographie quelques références intéressantes. De même, il pourra lire en annexe 12 un très court extrait d'introduction de la thèse de Doctorat es-lettres de Monsieur Christian Boucher.

En conclusion à cette approche des domaines du conscient et de l'inconscient, nous dirons qu'au travers l'histoire de l'hypnose, qui est une histoire parallèle à l'histoire de la psychanalyse, on comprend que la conscience humaine est bien plus vaste qu'on pouvait le penser.

III.2.3. AU DELA DE LA SUGGESTION – LES POUVOIRS DE L'ESPRIT SUR LE CORPS

La complexité de l'esprit humain est évidente, et même si l'on a à peine touché du doigt de nombreuses pistes inexplorées, nous sommes forcés malgré tout de constater que nous avons trop longtemps sous-estimé le pouvoir de l'esprit sur le corps.

III.2.3.1. Introduction à la notion de psychosomatique

La psychosomatique est une science basée sur la relation entre le psychologique et les manifestations somatiques. Le terme psychosomatique vient du grec « *psyukhê* » qui signifie âme et « *sôma* » qui veut dire corps. Le vocable a été employé pour la première fois par J.C Heinroth, psychiatre et médecin allemand (1773-1843), notamment dans le cadre de ses travaux sur l'épilepsie et la tuberculose.

La psychosomatique concerne donc à la fois le corps et l'esprit ; la maladie psychosomatique se révèle par des troubles organiques liés à des facteurs d'ordre psychique. Le stress, par exemple, peut facilement déclencher une poussée de psoriasis, et bien d'autres manifestations. Ce sont des psychanalystes comme Georg Groddeck, Sandor Ferenczi ou encore Felix Deutch qui ont bâti les fondements de la psychosomatique comme discipline, à partir de leurs observations cliniques et des travaux qu'ils ont menés sur les liens entre corps et esprit.

Pour Michael Balint : *« Il s'agit de repérer des altérations psychologiques particulières au niveau du caractère ou dans la structure chez des malades somatiques, en vue de gagner en efficacité thérapeutique par des corrections ou des explications »*. On connaît les groupes Balint⁵³ dans l'approche somatique, mais leur implication est particulièrement importante dans un autre domaine : la mise en valeur du rapport soignant/soigné.

III.2.3.2. Effet placebo

Nous connaissons bien ce nom et le phénomène qu'il suggère, tant médecins que patients. Il en existe de nombreuses définitions, la plus courante étant celle donnée en 1961 par Pierre Pichot,⁵⁴ pour qui *« l'effet placebo est la différence dans le cas d'un traitement entre l'effet thérapeutique global et l'effet spécifique de ce traitement. C'est la part d'efficacité dans le cas d'un médicament, qui ne s'explique pas par la molécule administrée. »*

⁵³ Michael Balint est le pseudonyme de Maurice Bergmann (1896-1970). Balint est originaire de Hongrie. Psychologue de formation biochimiste, fortement influencé par les travaux de Freud et Sándor Ferenczi. En Angleterre, Balint sera identifié au « *Middle Group* » et effectuera, en parallèle à son implication auprès des médecins, des recherches sur la psychanalyse des enfants, et leur relation avec la mère.

⁵⁴ Pierre Pichot, Psychiatre, Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Voici donc un phénomène que nous avons parfaitement identifié depuis plusieurs décennies... et l'évidence de ce phénomène nous aveuglerait presque sur son étrangeté, voire son impossibilité. Car en effet, si l'on essaie d'analyser logiquement la situation, cela signifie premièrement que l'outil pharmaceutique n'a pas le monopole du soulagement, mais surtout qu'un symptôme donc un corps, donc des cellules et de la matière, peut subir une modification induite uniquement par le psychisme.

Une personne souffre de céphalées, vous lui donnez un comprimé, sans composants thérapeutiques, en lui expliquant qu'il s'agit de paracétamol et qu'il va être soulagé rapidement. Dans un grand pourcentage de cas, il y aura un soulagement. Mais une notion est importante : ce soulagement est intervenu non pas par la volonté du patient qui aurait pu exiger consciemment de ne plus souffrir, mais par sa croyance. Dès qu'il croit qu'il va être soulagé, persuadé d'avoir ingéré une substance chimique agissant dans ce sens, cela a de grandes chances de fonctionner. La conviction dépasse, dans ce cadre, la volonté.

La pensée peut donc agir sur le corps. Un esprit persuadé d'un soulagement ou d'une amélioration de son état de santé a donc des conséquences organiques bénéfiques et réelles. Mais cette réflexion amène beaucoup de questions, comme par exemple jusqu'à quel point l'esprit peut-il influencer sur le corps ?

Est donc désigné comme étant un placebo toute substance inerte d'un point de vue pharmacologique, et susceptible de modifier l'état du malade, soit :

- en l'améliorant, ce que l'on qualifiera d'effet placebo positif,
- en provoquant des effet indésirables ; nous parlerons dans ce cas d'effet placebo négatif ou encore de nocebo.

Les études nous apprennent que la réponse placebo varie en fonction des troubles. A titre indicatif, voici quelques pourcentages de réponses placebo en fonction de différents types de pathologies :

Pathologies	Pourcentage de soulagement avec un placebo
Céphalées	de 46 à 73 %
Migraines	de 20 à 58%
Hypertension	de 3 à 60%
Algies rhumatismales	de 14 à 84%
Dyspepsie	de 20 à 60 %

L'effet placebo est encore aujourd'hui largement inexpliqué, malgré de nombreuses recherches. Si l'on ne peut formuler de conclusions définitives, il est évident que le phénomène de suggestion participe pour une grande part à l'apparition des effets constatés. L'on peut supposer qu'il s'agit du même phénomène de suggestion tant étudié dans le cadre de l'hypnose.

Différents essais cliniques dans le traitement de la douleur avec utilisation de placebo ont fait apparaître des résultats différents selon que le médecin doute ou non de l'efficacité antalgique de son traitement. C'est le cas notamment à l'occasion d'une extraction dentaire où la réponse placebo est statistiquement moindre dans le cas où le médecin doute de l'efficacité de son traitement. Il semble acquis que la conviction du médecin dans l'efficacité du traitement qu'il prescrit s'additionne à celle du patient qui lui reçoit le traitement, et que cette conviction a pour résultat une réponse placebo positive. D'où l'évidence d'un effet placebo verbal, ainsi que l'importance de la relation médecin/patient. Le pouvoir de la suggestion peut parfois supplanter le pouvoir pharmacologique. Rappelons que les docteurs Bernheim et Janet ont largement analysé la similitude entre l'effet placebo et la suggestion, dans le cadre de leurs recherches sur l'hypnose. Ces constatations nous amènent à penser qu'à l'instar de l'hypnose, l'effet placebo pourrait un jour être compté parmi les outils thérapeutiques.

Ces considérations nous renvoient à la notion d'une nécessaire nouvelle formation médicale, car les mots employés par le soignant pour communiquer avec son patient ont

sans nul doute un rôle majeur à jouer dans la guérison, au même titre qu'un traitement médicamenteux.

III.2.3.3. Des constatations

□ La chirurgie placebo

Au début des années 90, dans un hôpital du Colorado, des études sont effectuées pour mesurer l'efficacité réelle des greffes de tissu fœtal dans la maladie de Parkinson. Notamment, l'une d'entre elle, menée début mai 1995, portait sur quarante patients volontaires, âgés de 34 à 75 ans. Tous étaient traités depuis au moins sept ans pour des formes sévères de la maladie de Parkinson. Le protocole s'est effectué en double aveugle. Tous étaient informés du protocole : vingt patients recevraient la greffe et vingt autres subiraient une fausse intervention.

Les résultats très surprenants ont été publiés dans la revue «archives de psychiatrie générale», qui est un des journaux les plus cités dans la littérature scientifique internationale. Les patients croyant avoir reçu une greffe ont bénéficié de la plus nette amélioration, indépendamment du type d'intervention réellement subie. En outre, pour le groupe placebo, les patients persuadés d'avoir reçu la greffe manifestèrent une amélioration de plus de quatre points sur l'échelle internationale d'évaluation de la qualité de vie et des symptômes des patients parkinsoniens (UPDRS), alors que ceux persuadés du contraire se situèrent dans les deux points et demi. Concernant le groupe d'opérés : ceux pensant avoir subi une fausse opération affichent une amélioration de cinq points contre dix points pour ceux persuadés d'avoir eu la greffe. Cette expérience montre que même la chirurgie peut être placebo. De plus, elle met en exergue l'effet nocebo.

□ La méditation transcendantale

Elle se révélerait thérapeutique, notamment dans le traitement de l'hypertension et de l'obésité. En 2003, dans un établissement hospitalier en Géorgie, une étude visant à traiter des adolescents souffrant d'hypertension ou d'obésité fut menée. Une comparaison a été faite entre deux groupes de cinquante adolescents hypertendus et obèses. Pendant quatre mois, deux fois par jour, et durant quinze minutes, un des deux groupes fut amené, suivant

des techniques venues d'Inde, à un état de méditation permettant aux adolescents de pouvoir faire le vide, et accéder à un état de détente du corps et de l'esprit. Le second groupe étant le groupe témoin. Les résultats au bout au bout de quatre mois furent surprenants : la tension artérielle du groupe témoin était identique aux tensions mesurées au départ des tests, alors que concernant le groupe pratiquant la méditation, la tension artérielle a chuté en moyenne de cinq points ; ce qui est énorme.

□ La visualisation mentale

Une étrange expérience a été menée en 2002 à la « *Cleveland Clinic Foundation* », un établissement spécialisé dans la rééducation situé en Ohio, USA. Cette expérience démontrerait que la visualisation mentale peut décupler les forces musculaires. Vingt quatre participants furent séparés en trois groupes de huit personnes. L'expérience se déroula un quart d'heure par jour, cinq jours par semaine, pendant trois mois.

- Le premier groupe dit groupe contrôle devait rester tranquillement assis pendant un quart d'heure par jour.
- Le deuxième groupe devait contracter « virtuellement » son biceps pendant un quart d'heure, cinq jours sur sept, sous contrôle EMG pour éviter une véritable contraction.
- Le troisième groupe devait imaginer qu'il contractait le muscle abducteur du petit doigt, mais seulement l'imaginer.

Trois mois d'observation plus tard, les résultats sont spectaculaires : la force du groupe de contrôle n'a pas bougé, celle des deux autres groupes avait gagné en puissance : 13,5% en moyenne pour le deuxième groupe, et 35 % pour le troisième groupe. Cette méthode pourrait offrir de réelles perspectives de renforcer les fonctions motrices de patients trop affaiblis par l'âge ou par un handicap pour pouvoir bénéficier d'une rééducation.

□ La puissance du soutien psychologique

Dans notre travail, nous avons parlé des études de Spiegel qui, depuis 1976, oriente ses travaux vers les effets des groupes de support psychologiques dédiés aux femmes ayant développé un cancer du sein métastatique. Il a d'ailleurs publié tout un ensemble d'études

concernant l'influence positive des interventions psychothérapeutiques sur les troubles et perturbations psychologiques.

Citons également Barbara Andersen, Professeur de psychologie au centre d'étude du cancer de l'université de l'Ohio, qui a mis sur pied un programme destiné à évaluer l'utilité d'un soutien psychologique et comportemental sur l'évolution du cancer du sein, ceci auprès de cent quatorze femmes, d'où il ressort que les défenses immunitaires peuvent être stimulées par le soutien psychologique. Le programme, d'une durée de quatre mois consistait à réunir les patientes toutes les semaines par petits groupes avec des spécialistes en psychologie. L'objectif était de leur apprendre à lutter contre le stress et éviter le repli sur soi, leur donner quelques conseils diététiques, et mettre en place quelques exercices physiques. A priori, rien d'original mais les participantes se sont aussi prêtées à un prélèvement sanguin, afin de mesurer la vitalité de leurs défenses immunitaires. Les résultats sont éloquents, et l'analyse de leurs paramètres immunitaires montre une corrélation entre l'amélioration de leur psychisme et la vitalité de leur immunité. Au bout de quatre mois, la capacité de prolifération des lymphocytes T, qui ont un rôle clé dans la lutte contre les cellules cancéreuses a augmenté.

□ La concentration sur les biorythmes pour soigner l'asthme

A l'université Robert Wood Johnson à Piscataway dans le New Jersey, dans le laboratoire de psychophysiologie, vingt deux hommes et femmes volontaires âgés de trente à cinquante ans ont accepté de participer à une expérience se déroulant sur dix semaines. Tous ces patients souffraient d'une forme d'asthme modéré mais persistant nécessitant un traitement de fond à base de stéroïdes. Pendant dix semaines, et cela deux fois par jour durant vingt minutes, les patients devaient visionner un écran de contrôle enregistrant leur propre rythme cardiaque. Après dix semaines, les volontaires ont réduit leur dose de traitement d'un tiers, et le nombre de crises a été divisé par deux comparé à un groupe témoin.

□ La réalité virtuelle soulage la douleur des grands brûlés

Le neuropsychologue Hunter Hoffman a tenté une première dans le courant de l'année 2000: expérimenter une méthode antidouleur basée sur l'immersion en trois dimensions.

Cette expérience s'est déroulée dans le service des grands brûlés de l'hôpital américain de Seattle. Il s'agissait, pendant les soins de plaies de brûlures, d'ordinaire très algiques, d'immerger, via un masque de simulation, le patient dans un monde virtuel avec des paysages polaires, des icebergs et des igloos. La cotation de la douleur pendant l'immersion 3D est bien inférieure à celle évaluée avec un traitement antalgique classique. En imagerie, lors des soins, les aires cérébrales de la douleur d'un grand brûlé sont nettement moins actives quand il est plongé dans un univers en trois dimensions.

III.2.4. Quelques explications

C'est au travers des dernières avancées des neurosciences que nous pouvons commencer à comprendre la nature des pouvoirs de l'esprit. Nous savons aujourd'hui qu'il nous faut avoir une approche globale de ce que l'on peut appeler la machine humaine, si nous voulons comprendre les mécanismes qui relient le corps et l'esprit. C'est le défi de la médecine d'aujourd'hui, qui doit élargir ses connaissances pour se doter d'armes encore plus efficaces, afin de prendre en charge ses patients. Dans cette approche des pouvoirs du psychisme, les scientifiques proposent pour l'instant trois pistes, que nous développons ci-dessous.

III.2.4.1. L'état de conscience élargie

Nous avons précédemment développé sur les EMC ou états modifiés de conscience. Par électroencéphalogramme, nous savons qu'il y a une variation des ondes cérébrales correspondant à une modification du niveau de vigilance ou bien encore de la conscience de soi et de son environnement ; grâce à l'imagerie cérébrale, nous avons pu constater que sous hypnose ou lors d'une méditation, il y a une diminution progressive de la fréquence des ondes.

Les travaux de Pierre Rainville, largement abordés au chapitre II.1.3.2., nous ont apporté la démonstration que sous hypnose, l'activité du cortex cingulaire antérieur augmente ; or, cette zone commande les mécanismes liés à l'attention. En outre le thalamus, impliqué dans la perception sensorielle et émotionnelle de la douleur est également stimulé par cette activation du cortex cingulaire, tout comme le tronc cérébral reliant le cerveau à la moelle épinière impliqué lui aussi dans la perception de la douleur. Lorsqu'une personne est en

méditation, l'observation de son cerveau par imagerie médicale fait aussi apparaître une stimulation du cortex cingulaire, et du thalamus, ainsi que du cortex frontal. Cependant on note un ralentissement du cortex pariétal supérieur gauche. Ce phénomène pourrait expliquer les distorsions spatio-temporelles que rapportent les méditants. Nous avons vu également, au travers des travaux de Pierre Rainville, que contre toute attente, au lieu de trouver en conséquence des effets de l'hypnose une activité cérébrale réduite, c'est le contraire qui fut observé. C'est pourquoi les scientifiques, qui ont par le passé déjà rejeté la notion de conscience altérée⁵⁵, au bénéfice de la notion de conscience modifiée, préfèrent aujourd'hui l'appeler état de conscience élargie. Ceci correspond à l'état de veille paradoxale défini au point III.2.2.2. : « Le sommeil et l'éveil dans tous leurs états ».

III.2.4.2. La plasticité cérébrale

Au cours de nos études universitaires, il nous a été enseigné que le réseau neuronal était achevé et définitif à la fin de l'adolescence. Tous les neurones détruits étaient perdus à jamais, sans possibilité que de nouveaux prennent leur place. Ils ne pouvaient pas se régénérer. Pourtant, dès les années 80, une capacité fantastique du cerveau fut au contraire démontrée: celle de s'adapter et de se transformer en fonction de l'environnement. Deux scientifiques : Richard Axel, Professeur à la Columbia University de New York, et Linda B.Buck, du Centre de Recherche sur le Cancer Fred Hutchinson à Seattle, font une découverte remarquable lors de leurs recherches sur les mécanismes de l'odorat. Ils démontrent que les neurones olfactifs ont la propriété de se renouveler même à l'âge adulte, contrairement à un dogme longtemps admis. Ces deux chercheurs américains ont reçu en date du 4 octobre 2004 le prix Nobel de Médecine pour leurs travaux sur les mystères de l'odorat.

Aujourd'hui la régénérescence neuronale est un domaine d'investigation extrêmement important pour les neurobiologistes. Il est maintenant prouvé que les connexions entre neurones se modifient en cas de besoin, permettant à l'information de circuler selon de nouveaux itinéraires. En outre, des connexions inhibées peuvent être réactivées très rapidement, à savoir seulement en quelques heures voire même en quelques minutes.

⁵⁵ Du fait de la connotation pathologique.

III.2.4.3. Un dialogue entre le corps et l'esprit

Reconnaissons que la science s'intéresse depuis déjà quelques années à l'influence du psychisme sur l'état physique ; les approches corps-esprit s'intensifient, et il semble qu'un terme soit enfin mis à la distinction entre le fonctionnement du corps et celui de l'esprit. Nous avons consacré le paragraphe III.2.3.1. à la notion de psychosomatique. De cette science, qui rapproche les dimensions psychologique et physique de l'individu, ont découlé des disciplines nouvelles telles que la psycho-neuro-immunologie. Cette discipline englobe différentes approches qui s'intéressent en quelque sorte au dialogue entre le corps et le cerveau, et cherchent à analyser de quelle façon des perturbations psychologiques ou émotionnelles peuvent affecter fortement la susceptibilité à de nombreuses maladies. Par exemple, les chercheurs ont découvert que d'un stress trop intense, ou d'une dépression, peut découler une surproduction de cytokines ⁵⁶ et que cet excès peut engendrer des processus associés à la maladie. En effet, la production de cytokines serait stimulée non seulement par le stress et les émotions, mais également par les pensées négatives. Les cytokines sont des molécules protéiques qui participent activement aux réponses inflammatoires et immunitaires de l'organisme. Citons par exemple les interférons, les interleukines ainsi que les facteurs de croissance hématopoïétiques et les facteurs de nécrose des tumeurs. Elles agissent comme des messagers chimiques qui permettent aux différentes cellules de communiquer entre elles, notamment lorsqu'une infection mobilise les défenses du corps. Elles sont en quelque sorte le langage des cellules.

Des recherches amènent à penser que la communication se fait bien dans les deux sens, c'est à dire cerveau/corps, mais aussi corps/cerveau ; ou plutôt corps/système neuronal ; c'est pourquoi l'on parle de dialogue ; *dialogue permanent entre psychisme et immunité*. Ainsi non seulement, le psychisme peut agir dans un sens bénéfique ou non sur le corps, mais le contraire serait vrai : « Quand une infection mobilise les défenses du corps, les cytokines agissent pour alerter le cerveau.

Ces notions nous amènent à penser à l'effet du rire sur l'humeur et la santé... En tout cas, l'approche psycho-neuro-immunologique ne peut que nous ouvrir à des « *thérapeutiques nouvelles, non nécessairement médicamenteuses* ». Mais loin de nous l'idée d'un

⁵⁶ Protéines produites par les cellules jouant le rôle de messagers biologiques du système immunitaire. Elles stimulent par exemple certaines réactions de défense de l'organisme.

quelconque rejet systématique des voies médicamenteuses. Ce serait, dans ce sens là aussi, un manque d'ouverture d'esprit...

On devine, au regard des derniers travaux en la matière que la neurobiologie et la physique sont interconnectées par des éléments subtils que nous avons encore du mal à définir. Il semblerait même que l'existence de phénomènes dits paranormaux soient expliquée de cette façon par certains. Des hypothèses nouvelles, comme celle de David Servan Schreiber ⁵⁷ laissent à penser que par le seul biais de la pensée, l'être humain est capable de phénomènes physiques et psychiques qui sortent de l'ordinaire.

Nous parlons bien là de l'action de l'esprit sur la matière. David Servan Schreiber cite une scientifique de grand renom : Candace Pert ⁵⁸, qui a écrit dans son livre *"Molecules of Emotion"*, la phrase suivante : *"Votre esprit est dans chaque cellule de votre corps. Croire que l'activité psychique se résume au fonctionnement cérébral est aujourd'hui une idée totalement obsolète."*

Bien sûr, les recherches se poursuivent pour démontrer toutes ces hypothèses. Dans le passé, on supposait que seul le système nerveux central relayait les messages adressés à l'organisme. Dans les années 80, on découvre des récepteurs destinés à des neurotransmetteurs et à des neuropeptides sur les cellules du système immunitaire, que sont les monocytes. Dans cette nouvelle acceptation, le cerveau, loin de se contenter de n'envoyer des impulsions que « tout droit dans les neurones », permettrait par ce moyen à des quanta d'information libre accès à la totalité de l'organisme. En effet, le sang entraîne les monocytes du système immunitaire, qui ont accès à toutes les cellules du corps. Dans ce schéma, l'on peut dire que les monocytes se comportent comme des neurones mobiles, et l'on peut donc envisager le concept de cellule intelligente.

Allons plus loin : on se souvient des travaux de Carl Gustave Jung, qui fut le premier à avoir avancé l'idée d'inconscient collectif et de synchronicité. Pour Jung, l'environnement psychique est comme un immense réservoir qu'il appelle l'inconscient collectif et qui recèle toutes les informations relatives au vécu des humains. Tout être serait en

⁵⁷ David Servan Schreiber, Professeur de psychiatrie, né en 1961. Il a fondé et dirigé un centre de médecine complémentaire à l'université de Pittsburgh, aux Etats-Unis.

⁵⁸ Candace Pert, neurologue, Professeur de physiologie et biophysique, experte en maladies virales auto-immunes, a démontré comment le cerveau et le système immunitaire contiennent les mêmes récepteurs que ceux utilisés par les virus pour entrer et infecter les cellules. (source ligue nationale pour la liberté des vaccinations, bulletin de décembre 2000)

communication avec son environnement psychique. Dans ce réservoir sans limites, l'espace et le temps seraient transcendés. Pour Jung encore, les coïncidences n'en sont pas vraiment. C'est la conscience du sujet qui oeuvre à son insu afin de transformer ses pensées en actes.

Nous avons compris que l'esprit et le corps, étroitement intriqués, sont des univers parallèles. Et tout ce qui relève du mental aura une répercussion au plan physique et réciproquement. Avec le Pet Scan, on peut observer qu'une sensation de douleur ou un souvenir puissant survenant dans l'univers du cerveau, engendre une nouvelle disposition chimique de celui-ci. Les modifications apparaissent à plusieurs endroits et l'on peut s'imaginer, au regard de ce qui vient d'être précédemment dit, qu'un dispositif d'imagerie cérébrale élargi à l'ensemble du corps ferait apparaître des modifications dans l'organisme tout entier, grâce à la cascade de neurotransmetteurs et de molécules messagères associées qui se déversent dans l'organisme. Le mental a la capacité de modifier la physiologie du corps. Ce qui nous renvoie au thème principal de l'hypnose...

CHAPITRE 3 – UNE NECESSAIRE NOUVELLE APPROCHE DE LA MEDECINE

III.3.1. Tirer une leçon du passé

III.3.1.1. Ne pas oublier !

Souvenons-nous de notre historique ; nous avons vu que des personnages se sont investis contre vents et marées. Chaque chercheur a apporté sa pierre à l'édifice. Non seulement ils ont fait d'importantes découvertes, mais se sont battus pour les faire reconnaître. Sans toujours y parvenir. Beaucoup sont morts dans l'opprobre et le discrédit. Et longtemps, longtemps après, on les cite dans des ouvrages, la plupart du temps à titre anecdotique, comme étant à l'origine de constatations et de recherches. On les appelle les précurseurs.

Que serions-nous aujourd'hui, que serait notre société sans ces hommes comme Archimède, de Vinci, Einstein, Franklin, Galilée, Newton, Paracelse, Pasteur, ... qui ont

voué leur existence à ce en quoi ils avaient le plus foi : leurs recherches, dans le but profondément altruiste d'essayer de changer la face du monde, d'essayer d'améliorer le sort de l'humanité. Nous connaissons leur nom, nous connaissons leurs théories et les bouleversements que leurs recherches ont déclenchés. L'histoire a fait un bond en avant, portée par ces individus. Mais malgré les louanges qu'on leur accorde de nos jours, il y a une chose que nous avons tendance à oublier : ces hommes nous les avons souvent condamnés et certains l'ont même parfois payé de leur vie⁵⁹. Nous avons bien du mal à comprendre la leçon...

Toutes les constantes remises en question, la succession de nouvelles vérités, l'histoire de l'humanité en général, et celle de l'hypnose en particulier doivent impérativement être prises en compte et stimuler notre réflexion non seulement sur nos pratiques thérapeutiques, mais aussi sur la construction de notre savoir, et donc la construction de notre futur.

Deux notions très fortes s'imposent à nous. La première, c'est qu'avant d'apporter la preuve scientifique d'un phénomène, d'une théorie ou d'une découverte quelconque, il se passe beaucoup de temps. Parfois des siècles, comme ce fut le cas pour l'hypnose. Ce que l'on peut déplorer dans ce cas, c'est le rejet souvent virulent desdits phénomènes et du chercheur lui-même ; jusqu'à quelquefois le bannir. Plutôt que de rester simplement neutre et sceptique, dans l'attente d'une possible évolution dans une discipline donnée, le fait que les pratiques et concepts existants, parfois dogmatiques, puissent être remis en cause fait se déchaîner une opposition qui ne laissera que peu de chance au chercheur de découvrir, voire même de continuer à chercher...

Si tous les grains de sable de toutes les plages et de tous les déserts de notre planète représentaient l'ensemble des planètes de l'univers, la terre ne serait qu'un seul de ces petits grains de sable. Si l'on ramène la durée d'existence de notre univers à une plus petite échelle, c'est à dire à une seule année, l'on pourrait dire que le big bang a eu lieu le

⁵⁹ Galilée (1564-1642) Il a écrit : « *C'est un malheur que ceux qui recherchent la vérité sans suivre de fausses méthodes soient si rares. Il y a bien des années que je suis parvenu à l'opinion de Copernic et que de ce point de vue j'ai trouvé les causes d'une foule de phénomènes naturels qui avec l'hypothèse ordinaire sont à coup sûr inexplicables. J'ai noté bien des raisons et des réfutations que je n'osais cependant pas faire paraître au grand jour, car le sort de notre maître Copernic m'intimide. Il s'est acquis sans doute dans l'esprit de quelques hommes peu nombreux une gloire immortelle, mais pour la foule innombrable (il y a tant d'insensés en ce monde) il est devenu un objet de risée et de raillerie.* »

1^{er} janvier, la planète terre est apparue en mars, les dinosaures sont apparus en septembre. Aujourd'hui, nous serions le 31 décembre à minuit, et l'espèce humaine existerait depuis une seconde... que dire de plus ?

III.3.1.2. Et l'histoire se répète...

Il y a des précurseurs qui ne font pas partie d'un passé si lointain. Nous devons aussi compter parmi eux d'autres personnages, comme par exemple⁶⁰ le Docteur Francis Lefebure (1916-1988), qui fut à l'origine d'inventions quasiment ignorées dans notre pays. Dès 1960, le Docteur Lefebure soutient que les deux hémisphères du cerveau doivent fonctionner en synchronisation. Il reçut d'ailleurs, entre autres, la Médaille d'Or et le Prix du concours Lépine en 1963, ainsi que la Médaille d'Or du Salon International des Inventeurs en 1964 pour son invention d'un appareil à audition alternative qu'il a appelé « Synchrophone ».

Nous pensons aussi au Docteur Jacques Benveniste, auquel nous avons déjà fait allusion dans le chapitre III.2.1.4. Le Docteur Benveniste, Médecin immunologiste, biologiste, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, médaille d'argent du CNRS, Directeur de Recherche émérite à l'INSERM⁶¹, qui a mis en évidence, en 1983, un phénomène qui reste encore inexplicable à l'heure actuelle, baptisé la mémoire de l'eau. Benveniste affirmait que *«un anticorps placé en solution aqueuse pouvait continuer à provoquer une réaction biologique, alors que la dilution atteint des taux tels que les chances de présence d'une seule molécule de l'anticorps dans la solution deviennent nulles »* Pour Benveniste, *« l'eau a une fonction secrète, cachée dans nos cellules : c'est leur permettre de communiquer en amplifiant les milliards de signaux émis par les molécules, signaux dont la nature était jusqu'ici inconnue. »*⁶² Jacques Benveniste, né en 1935, est mort le dimanche 3 octobre 2004, après avoir été en butte à une campagne de dénigrement d'une envergure considérable. Tout a été mis en œuvre pour qu'il abandonne ses travaux. Le lecteur comprendra, à la lecture de l'annexe 11, la violence de la controverse qu'une nouvelle théorie porteuse de remise en cause scientifique peut déclencher.

⁶⁰ Pour d'autres exemples, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Pierre Lance : « Savants maudits, Chercheurs exclus ».

⁶¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale

⁶² Revue Nature, 1988

Il en fut de même pour l'hypnose, thème central de notre travail ; son évolution fut également jalonnée de scandales, calomnies, et autres infamies destinées à anéantir toutes chances de développement. Aujourd'hui, elle est officiellement reconnue par la médecine, dont elle devient une discipline largement pratiquée. L'hypnose est une réalité par son efficacité et l'outil thérapeutique qu'elle représente. Mais encore une fois, combien de temps a-t-il fallu pour que le fait soit reconnu ? L'on doit tirer un enseignement de son histoire.

III.3.2. Nécessité d'un nouveau système d'enseignement

III.3.2.1. Un enseignement mal adapté

Maintenant que l'hypnose est officiellement entrée dans le milieu médical, on ne peut que déplorer la quasi-inexistence⁶³ de formation officielle en la matière. Par officiel, nous entendons qui s'inscrit dans un cursus universitaire.

Le peu qui existe est bien insuffisant au regard de la place qu'a pris la pratique de l'hypnose médicale en 2005. Cette pratique génère un besoin incroyablement accru en formation, et bon nombre de nos médecins sont donc encore amenés à se faire former en masse par des non médecins. Malgré les compétences de ces derniers, et leur bonne volonté, il n'y a aucune logique à laisser perdurer cette formule d'enseignement, sachant que toutes les autres disciplines médicales officielles sont dispensées par des Professeurs de Médecine, dûment habilités pour cela. Nous pensons que la révision de l'enseignement officiel en matière d'hypnose médicale est devenue absolument incontournable compte tenu de la nécessité d'un enseignement de qualité dans cette discipline, ainsi que d'une nouvelle relation soignant/patient, et d'une obligation de veiller à éviter les dérives. Ces dérives peuvent être volontaires avec le développement d'une vulgarisation ou l'utilisation de l'hypnose dans un but douteux, mais elles peuvent être également involontaires, lorsqu'elles découlent d'une incompétence dangereuse dans un domaine où les mécanismes de l'hypnose sont encore en voie de discussion.

⁶³ Voir rubrique II.2.3.4

III.3.2.2. Se former à une nouvelle relation patient/soignant

Dans l'antiquité, la relation médecin/patient était autoritaire ; le patient consultait, se soumettait au traitement prescrit, c'est à dire « ordonné », sans discussion. Depuis quelques années, la connaissance médicale n'est plus l'exclusivité du médecin, et cette relation se base plus sur la notion d'un partenariat. Les médecins sont descendus de leur piédestal et le rapport avec le malade a été revu sur la base d'une certaine égalité. Le patient peut décider par lui-même avec l'éclairage que peut lui apporter son médecin. Avec cette nouvelle relation, est apparu un nouveau paramètre : l'écoute. De nos jours, nous arrivons dans une nouvelle phase de la métamorphose de la relation patient/soignant, et l'hypnose a joué un rôle prépondérant dans ce changement.

L'hypnose met en exergue le pouvoir de la suggestion, et au delà, le pouvoir de l'esprit sur le corps. L'hypnose suggère, comme c'est le cas dans le phénomène placebo que le dialogue, ainsi que les mots utilisés par le soignant font partie intégrante de la thérapeutique. Et, sans aller jusqu'à apprendre systématiquement l'hypnose, il semble nécessaire de se pencher sur ce potentiel verbal dans la relation médecin/patient et d'arrêter de réduire l'homme à un objet physico-chimique. Tout médecin, même traditionnel, devrait tenir compte de l'évidence de ce phénomène.

III.3.3. Une nouvelle relation patient-médecin en pratique

Nous savons bien sûr que la relation entre le patient et le thérapeute n'est ni une nouveauté, ni une exclusivité de l'hypnose. Pourtant, dans l'hypnose, nous constatons des approches différentes, nées pour la plupart aux Etats Unis après 1950. A titre d'exemple, nous donnons ci-après quelques approches thérapeutiques relativement bien connues.

III.3.3.1. L'approche centrée sur la personne

Le psychiatre Carl Rogers⁶⁴, né en 1902 aux Etats-Unis, a créé une approche thérapeutique dont les deux piliers sont le respect et l'empathie. Il s'agit de la psychothérapie centrée sur la personne, dans laquelle la relation entre le thérapeute et son patient est considérée

⁶⁴ Carl R. Rogers (1902-1987), psychiatre et psychologue américain.

comme transformatrice. L'on dit « centré » sur la personne, par opposition à centré sur une maladie ou encore un symptôme particulier. Le but de la thérapie est d'établir la coïncidence entre le vécu interne de la personne, la conscience qu'il en a et l'expression qu'il en donne.

Carl Rogers est le premier à avoir utilisé des enregistrements sonores et vidéo de ses séances et à mener des recherches sur le processus thérapeutique et ses résultats. C'est lui également qui a développé le « *counseling* », ou « relation d'aide », qui pris un véritable essor dans les années 60, et que l'on connaît sous l'appellation de **méthode non directive**.

III.3.3.2. L'hypnose éricksonienne et la communication

La plupart des approches que nous allons décrire dans ce chapitre dédié à une nouvelle relation patient-médecin se sont inspirées des travaux de M.H. Erickson, pour lequel l'inconscient figure comme un immense réservoir de ressources. Nous l'avons vu, Erickson utilise l'hypnose comme moyen d'entrer en contact avec cet inconscient. Pour lui, *« la communication est la substance même de l'hypnose. Communiquer c'est mettre en commun, être en relation et rendre possible les relations caractéristiques de l'hypnose (notion de bio-feedback). »*

Mais, comme l'a fait remarquer l'anthropologue Grégory Bateson⁶⁵, la manière dont nous élaborons nos messages nous échappe encore, tout comme la façon dont nous procédons au décodage des messages en provenance d'autrui. Cette communication avec notre environnement inclue un certain nombre de signaux comportementaux que nous ne maîtrisons pas. Pour Bateson, *« La relation hypnotique n'est pas une relation hasardeuse ; la communication hypnotique est une manière d'organiser le langage en testant sa congruence, c'est à dire en observant les réponses, les réactions du patient : ces réactions concernent non seulement les propos mais également et surtout les gestes, mimiques et signaux corporels inconscients. »*

Avec un thérapeute classique, la relation patient/soignant s'inscrit dans une relation symétrique : il y a dépendance dans les deux sens. Le soignant est celui qui détient le savoir, la solution, qui sera matérialisée par l'ordonnance. On dira qu'il a la position haute.

⁶⁵ Gregory Bateson (1904-1980). Il était à la fois biologiste, ethnologue, anthropologue, sociologue, psychothérapeute. C'est lui qui a créé la théorie éco-systémique de la communication.

Le patient, lui, en même temps qu'il reçoit l'ordonnance, reçoit l'ordre de se plier aux prescriptions médicales, que d'ailleurs il ne comprend pas toujours. On dira qu'il occupe la position basse. La relation de dépendance instaurée dans les deux sens consolide la relation symétrique.

Le thérapeute éricksonien instaure une démarche interactive qui s'appuie sur la volonté partagée avec son patient de mener à bien un projet thérapeutique. Le thérapeute donne une attention respectueuse au patient qui lui témoigne en retour une pleine confiance. C'est une véritable alliance thérapeutique.

III.3.3.3. La programmation neuro-linguistique (P.N.L.)

La P.N.L est largement connue et utilisée. Ses fondateurs sont deux américains chercheurs en psychologie : Richard Bandler, également mathématicien, et John Grinder, également professeur en linguistique. Les deux hommes ont mis en commun leurs connaissances pour créer une méthode en se basant sur les pratiques éricksoniennes introduisant les notions de comportement verbal, non verbal et paraverbal. Ils ont également emprunté à Virginia Satir⁶⁶, qui a travaillé sur les thérapies familiales, ainsi qu'à Fritz Perls⁶⁷, qui est le fondateur de la Gestalt thérapie. (Voir III.3.3.4.)

L'objectif de la programmation neurolinguistique est d'apprendre à mieux se connaître et à mieux connaître les autres. Bandler et Grinder ont créé des outils pour permettre au patient de décoder son propre fonctionnement et celui de ses interlocuteurs. C'est un modèle général du fonctionnement du psychisme humain. Ils nous en parlent en ces termes dans leur ouvrage *« les secrets de la communication »*⁶⁸ : *« A l'aide de tous les outils de la PNL, vous pouvez obtenir toutes les réactions que vous offre l'hypnose. Les procédés traditionnels d'hypnose sont aussi très intéressants. Et c'est encore plus intéressant de combiner la PNL et l'hypnose (...) En PNL, je décris très précisément à mon client ce que je veux qu'il fasse lorsqu'il appliquera ma suggestion. C'est la seule différence importante existant entre notre approche et ce que les hypnotiseurs font depuis des siècles. Cette*

⁶⁶ Virginia Satir (1916-1988). Une des pionnières de la thérapie familiale. En 1964, elle publie un ouvrage intitulé *« thérapie du couple et de la famille : thérapie familiale »*

⁶⁷ Friedrich Salomon Perls, né en 1893 à Berlin. A écrit le premier livre sur la gestalt thérapie en 1951 ; thérapie qui ne fut reconnue que vingt ans plus tard, et ce grâce à Perls.

⁶⁸ Titre original : *« Frogs into Princes »*. Voir bibliographie

différence est cependant de taille puisque notre approche permet de prévoir les résultats exacts de nos interventions et d'éliminer les effets secondaires »

La P.N.L. est pragmatique et s'intéresse au « comment ça fonctionne » plutôt qu'au « pourquoi ». Elle rend compte de ce qui se passe au niveau des comportements et des processus mentaux et comporte plusieurs champs d'action : la communication, la psychothérapie, le changement. Elle regroupe plusieurs techniques et a conquis plusieurs domaines : management, relations humaines, professions de santé, sport, enseignement.

Notons qu'en France, l'hypnose éricksonienne a été scindée de la Programmation Neurolinguistique dès son apparition, ce qui n'a jamais été le cas dans les autres pays du monde.

III.3.3.4. La gestalt-thérapie

Cette technique, qui s'intéresse particulièrement au relationnel, a été élaborée par le psychanalyste allemand Fritz Perls⁶⁹ et son épouse Laura Perls, psychologue. Ils se sont inspirés du verbe allemand « *gestalten* », dont la signification est « mettre en forme, donner une structure ». Pour eux, l'organisme humain doit être pris dans sa globalité, car il répond de manière holistique aux événements de la vie. Lorsque l'on parle de relationnel, cela sous-entend le relationnel que l'on entretient avec nous-même, les autres, ou notre environnement. Le psychothérapeute qui pratique la gestalt travaille dans la zone où s'échangent des informations, des désirs, des besoins matériels. Cette zone est appelée la « *frontière-contact* » ; sans cesse mouvante, elle est le reflet de notre manière d'être, et de notre manière « *d'être en relation* ». Ainsi, le travail thérapeutique porte sur la façon dont le patient entre en relation et sur les résistances qui viennent l'entraver. C'est une théorie qui nous indique que la manière dont se font les échanges est aussi importante que l'échange lui-même.

⁶⁹ Friedrich Salomon Perls, né en 1893 à Berlin. A écrit le premier livre sur la gestalt thérapie en 1951 ; ce n'est pourtant que vingt ans plus tard que cette thérapie fut reconnue, et ce grâce à l'ouvrage de Perls.

III.3.3.5. Les thérapies brèves

Comme le nom l'indique, elles sont de courte durée ; on les oppose aux thérapies traditionnelles dites longues de la psychanalyse. Ce sont des techniques thérapeutiques provenant essentiellement de l'hypnose moderne éricksonienne, ainsi que de la P.N.L. (programmation neuro linguistique) et des E.N.O.C (Etats Non Ordinaires de Conscience). Elles amènent des résultats rapides et stables en évitant le déplacement de symptômes.

Parmi ces thérapies brèves, nous avons :

- **les thérapies analytiques** développées par Michael Balint, que nous verrons plus en détail au point III.3.3.7, et également Sandor Ferenczi avec le courant empathiste, Frantz Alexander ⁷⁰ avec le courant de la médecine psychosomatique, et d'autres. Elles sont actives, et prennent en compte la motivation du patient, qui peut parfois être bousculé par le thérapeute. Celui-ci veut faire prendre conscience à son malade des motivations inconscientes qui lui dictent certains comportements.

- **Les thérapies comportementales et cognitives**, quant à elles, considèrent les troubles comme de mauvais conditionnements. De ce fait, elles sont basées sur la création d'un climat relationnel positif. Le traitement vise à opérer un accroissement de la quantité de bonnes habitudes.

- **Les thérapies stratégiques**, mises au point par Jay Haley, dans laquelle le thérapeute accepte d'influencer son patient. Dans ce cas, il est question d'inventer des solutions et des stratégies efficaces pour chaque type de patient dans chaque contexte.

III.3.3.6. Les thérapies systémiques

Plus connues sous le nom de l'école de Palo Alto, les thérapies systémiques se placent sous le double héritage de l'anthropologue Grégory Bateson pour sa conceptualisation et de Milton Erickson pour son inspiration. Elles font appel à des injonctions paradoxales, et s'intéressent moins au symptôme qu'à la structure ou le système qui peut avoir généré le

⁷⁰ Frantz Alexander (1891-1964) Médecin et psychanalyste hongrois émigré aux Etats-Unis

problème. C'est la raison pour laquelle des membres de la famille du patient peuvent être sollicités pour participer à certaines séances. L'approche systémique étudie le fonctionnement du système de la communication inter-personnelle. La démarche s'appuie sur les principes suivants :

- La clef du problème du patient ne réside pas forcément dans la révélation de son passé.
- Chaque personne construit sa vision du monde ; c'est l'approche constructiviste.
- La démarche stratégique et active du thérapeute est dominante, ainsi que le principe d'interaction, et le principe d'homéostasie, qui caractérisent un système capable de réagir à toute modification interne ou externe, puis revenir à son état initial.

La relation donne la plus grande part à la confiance, et à la qualité de communication. Nous sommes là dans une logique « du côté à côté » et non du « face à face ». L'accompagnant remplace l'interrogateur. Confiance et communication se substituent au divan et au mutisme du thérapeute.

III.3.3.7. Les groupes Balint

En abordant le propos de la relation médecin-patient, nous vient immédiatement à l'esprit la démarche des groupes Balint, que nous avons déjà abordée succinctement au paragraphe III.2.3.1 : « *Introduction à la notion de psychosomatique* ».

Nous rappelons que Michael Balint, psychiatre d'origine hongroise, a instauré des groupes de réflexion qui tentent de « *faire prendre conscience aux médecins que la relation entre le soignant et le soigné participe aux soins et aux symptômes... Il s'agit de repérer des altérations psychologiques particulières au niveau du caractère ou dans la structure chez des malades somatiques, en vue de gagner en efficacité thérapeutique par des corrections ou des explications* ». Cette démarche est particulièrement intéressante du fait de son approche dynamique et humaine du patient. En effet, les concepts balintiens sont basés pour la plupart sur cette relation médecin-patient. Par exemple : le médecin est déjà un remède. Le rencontrer peut avoir des effets thérapeutiques immédiats, de même que des effets secondaires indésirables. A partir de cette constatation, Balint assure que le médecin n'est pas interchangeable.

Une autre notion importante pour Balint est celle des « niveaux de diagnostic ». Il différencie un niveau de diagnostic qu'il appelle focal d'un niveau plus global qu'il nomme diagnostic approfondi. Le premier est basé sur la plainte ou la maladie du patient ; Le second est une approche plus holistique, intégrant l'histoire du malade, de sa famille, etc. A ce niveau de diagnostic correspond une adaptation de la réponse du médecin aux particularités du patient. Quant aux symptômes, ils représentent l'offre du malade. La réponse à cette offre est constituée par le traitement. *« La maladie ou les symptômes ne sont plus considérés comme seulement situés dans le malade, mais sont considérés comme inclus dans un échange entre le malade et le médecin ».*

Balint postule également que des malentendus entre le médecin et son patient, conséquence d'un langage différent, génèrent des souffrances pour le malade. Pour ce dernier, le médecin ne porte pas toujours l'attention appropriée à ce qu'il tente de lui dire avec ses mots. Le groupe Balint propose donc aux médecins un changement de comportement, devant amener une meilleure ouverture aux problèmes des patients.

L'idée que le patient qui souffre entretient une relation avec sa maladie, antérieurement à sa rencontre avec le médecin, est également un concept important dans cette démarche : *« La relation médecin/malade doit alors être comprise comme une relation tripartite : relation médecin/malade/maladie. La rencontre avec le médecin aurait pour premier effet de modifier la relation que le malade entretenait jusque là avec sa maladie ».*

Nous venons de voir au travers de ces différentes théories qu'il y a de multiples approches dans la relation patient-thérapeute. Nous constatons également qu'elles ont beaucoup de points communs, et qu'elles ne s'opposent pas. Au contraire, elles sont complémentaires, et enrichissent les possibilités d'une prise en charge adaptée à chaque thérapeute et à chaque patient.

III.3.4. Une approche holistique

« Le tout est supérieur à la somme de l'ensemble des parties »... Cette citation est le **leitmotiv des thérapies holistiques**. Le terme **holistique** vient du grec « *holos* », qui signifie tout entier. L'étude holistique de l'Homme est l'étude globale de l'être humain dans son environnement psychique, socio-économique et spirituel ; c'est l'étude de l'Homme en tant

que microcosme dans le macrocosme de sa vie. La médecine holistique prend en charge le patient dans sa totalité avec sa maladie, ses caractéristiques, sa personnalité, et son entourage. La médecine holistique, encore appelée globale ou systémique, est très loin d'être une notion nouvelle ; c'est, pour Hippocrate, le principe même de l'exercice médical.

III.3.4.1. Une médecine actuelle standardisée

Avant guerre, les médecins formés étaient des humanistes. A une époque où les moyens technologiques étaient peu développés, le diagnostic reposait sur une discussion ouverte avec le patient. Les médecins étudiaient la philosophie, l'astronomie, le latin, le grec... Mais après guerre, l'explosion des acquis scientifiques modifia la méthode de recrutement des médecins. La sélection des futurs médecins se fait sur les mathématiques et la physique avec des études devenues très techniques. Les médecins deviennent alors des ingénieurs de la machine humaine, considérant le corps comme un organisme composé de différents organes qu'ils traitent séparément. Parallèlement, l'explosion de l'industrialisation thérapeutique médicamenteuse favorisa cette standardisation médicale. La médecine moderne établit des « recettes » et soigne uniquement des symptômes sans appréhender l'individu comme un tout, mais comme un assemblage de différents organes et de différentes fonctions.

III.3.4.2. Plaidoyer pour une médecine holistique

Le holisme est une philosophie qui vise à traiter le corps comme une entité unique et non par organes distincts. Il préconise de s'appuyer sur une éthique, une compréhension globale du fonctionnement de l'être humain : le corps, l'âme, l'esprit et ce qui fait qu'il est sain ou malade. En 1946, l'on définit la santé ainsi : « *état complet de bien être physique, mental, social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁷¹. Cette notion de médecine holistique n'est pas une nouvelle notion, bien au contraire. Hippocrate concevait déjà la médecine de cette façon. Et n'est-il pas le plus grand médecin de l'antiquité ? N'est-il pas considéré comme le père de la médecine ? Il était prêtre, philosophe, médecin et recherchait par l'étude de multiples domaines une

⁷¹ Définition du préambule de 1946 à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé.

unification. Il pratiquait la médecine dans une intention de globalité. Selon lui, le médecin se doit d'avoir un esprit ouvert, analytique, n'hésitant pas à reconnaître ses erreurs afin de sans cesse améliorer sa « science » de l'humain. Il était convaincu que le médecin doit être un humaniste pluridisciplinaire, alliant la compétence à l'écoute attentive et respectueuse de l'autre, à la rigueur technique et à une vision globale, sociale, psychologique de son art. Il est le père de la médecine au sens large, et il est indubitablement le père de la médecine holistique.

L'histoire de la compréhension de la maladie, d'Hippocrate à nos jours, est comparable à celle de la médecine. Au fil du temps, cet art s'est perfectionné, devenant d'une haute technicité. La science a permis de faire reculer les limites de l'inconnu, elle connaît les composants de la matière. La complexité croissante de la médecine a amené les praticiens de cet art à se spécialiser dans des domaines de plus en plus étroits, ne connaissant alors que quelques facettes d'un état pathologique, mais non les autres. Cette conception pouvant aboutir à une vision restreinte et incomplète du problème. Au contraire, la médecine holistique appréhende l'individu comme un tout, et s'appuie sur la complémentarité et l'interdépendance du corps et de l'esprit. Cette philosophie vise à traiter le corps comme une entité unique et non par organes distincts. C'est une approche de la santé passant par une nouvelle approche de l'Homme, et depuis quelques années, plusieurs professionnels de la santé privilégient cette conception globale de la maladie. La médecine holistique ne renie pas les avancées de la médecine classique. Elle utilise des concepts anciens et modernes. Elle part de l'hypothèse que la biologie, les émotions, la nutrition, l'environnement jouent un rôle dans la santé.

L'avenir de la médecine repose sur le maintien de la santé grâce à une compréhension du fonctionnement global de l'Homme et ne plus se limiter, se focaliser sur l'aspect physique, somatique et clinique. Il ne s'agit pas de rejeter les acquis de la science moderne, mais de les intégrer dans une vision plus large de cet art. La santé doit enfin s'intéresser à l'Homme en l'appréhendant dans sa globalité. Comprendre que le corps, l'âme et l'esprit forment un tout sans oublier les dimensions sociale et environnementale.

Cette redécouverte de l'Homme enfin recomposé en un tout, doit constituer peut-être le nouveau socle sur lequel s'érigera une approche globale de la santé.

Conclusion

« Les vérités différentes en apparence sont comme d'innombrables feuilles qui paraissent différentes et qui sont sur le même arbre. » (Gandhi)

Conclusion

L'hypnose en tant qu'outil thérapeutique est un concept ancestral. Vieille comme l'humanité et auréolée de mystères, elle a de tous temps suscité à la fois curiosité, doute et peur. Elle déclencha bon nombre de querelles, que ce soit concernant son existence ou son efficacité, et à fortiori concernant le mécanisme qui la sous-tend. Elle fut enveloppée d'une réputation qui la rendit infréquentable.

Aujourd'hui, avec un certain recul scientifique, se replonger dans cette histoire est **totallement fascinant**. Cette fascination n'est pas uniquement liée à la fonction thérapeutique de l'hypnose. Elle vient aussi du fait qu'en étudiant son histoire, on y découvre des hommes passionnés cherchant toujours à faire évoluer leur art et faisant émerger des concepts qui, après avoir été longtemps rejetés, sont devenus d'actualité. Oui, l'hypnose a été violemment malmenée par des considérations politiques, religieuses ou relevant d'intérêts personnels.

Bien que des médecins s'y intéressent et l'utilisent depuis cinq cent ans, elle a été ignorée et méprisée par la médecine officielle jusque récemment. Au début du XXI^{ème} siècle, l'hypnose et la médecine officialisent enfin leur liaison, et l'hypnose en tant qu'outil thérapeutique est admise comme une réalité. Elle prend enfin ses lettres de noblesse, et débute son intégration dans le cursus universitaire.

Si l'officialisation de l'hypnose se fait à notre époque, c'est parce que le domaine médical subit une remise en question fondamentale dans sa globalité. En effet, la médecine et son évolution sont très dépendantes des progrès des autres domaines scientifiques. A l'heure actuelle nous voyons l'émergence concrète de nouvelles découvertes et théories remettant en cause bon nombre de nos certitudes, de nos dogmes. La médecine n'échappe pas à cette métamorphose. Elle se nourrit des avancées scientifiques qui ne cessent d'avoir lieu dans tous les domaines, et, bon gré mal gré, se reconfigure pour aller inexorablement vers la médecine de demain. Elle appréhende désormais l'être humain comme un tout, une entité complète biologique, émotionnelle, et spirituelle.

L'officialisation de l'hypnose médicale ne pourrait bien être que le début d'une véritable révolution.

Glossaire

Glossaire

ANTHROPOCENTRISME

Attitude, croyance qui place l'être humain au centre de l'univers et qui considère que le bien de l'humanité est la finalité de toute chose.

CATALEPSIE

Trouble psychomoteur caractérisé par un état de plasticité motrice anormalement prolongé, permettant la conservation d'attitudes imposées. La catalepsie correspond soit à une résistance musculaire plastique (flexibilité cireuse de Wernicke), soit à une hypertonie rigide « de statue » résistant à la mobilisation passive, soit à une suspension de l'initiative motrice avec passivité totale et incapacité de toute mobilité spontanée. La catalepsie peut se rencontrer isolément, ou faire partie de divers contextes cliniques : syndromes striés, lésions préfrontales, hystérie, hypnose, schizophrénie.

CHAMP ELECTRIQUE

C'est l'effet d'attraction ou de répulsion exercée par une charge donnée sur une autre charge électrique unitaire. Il est dû à la tension électrique. L'intensité du champ électrique se mesure en volts par mètre (V/m) ou en kilovolts par mètre (kV/m).

CHAMP ELECTROMAGNETIQUE

Champ associé à la présence d'une charge électrique (champ électrique) et d'un courant électrique (champ magnétique).

CHAMP MAGNETIQUE

Force exercée par un champ électrique en mouvement (électromagnétisme) ou par un aimant permanent (champ magnétique statique). Il est mesuré en ampères par mètre (A/m), mais il est généralement caractérisé par l'induction magnétique correspondante (densité du flux magnétique) qui s'exprime en teslas (T), milliteslas (mT) ou microteslas (µT). Dans certains pays, on emploie le gauss (G) pour mesurer l'induction magnétique (10 000 G = 1T ou 1 G=0,1 mT).

CHAMPS MAGNETIQUES PULSES

Champ magnétique à basse fréquence. La fréquence est pulsée de 1 à 500 pulsations par seconde. Le signal émis est binaire tout comme le signal lumineux. La technologie des champs magnétiques pulsés en thérapie permet de communiquer par induction aux cellules malades l'impulsion nécessaire pour rétablir leur équilibre oscillatoire et donc leur bon fonctionnement. Cette technologie est la plus avancée à ce jour dans le domaine de la magnétothérapie.

CONGRUENCE

Condition de cohérence interne de la relation psychothérapique entre le thérapeute et le patient. Désigne l'accès du thérapeute à l'expérience intime du patient, la capacité d'éprouver en lui ses sentiments. Désigne aussi un état d'harmonie totale (intérieur et extérieur). Unité du corps, de la pensée et de l'âme.

CONSCIENCE

Processus impliqué dans le traitement de l'information. Elle permettrait le contrôle supérieur des activités cérébrales les plus complexes, et n'existerait que chez certains primates et elle apparaîtrait progressivement au cours du développement ontogénétique, consécutivement à la maturation des aires corticales associatives polymodales. Les structures neurales de la conscience seraient un ou des réseaux de circuits spécialisés localisés dans les régions frontales et corticales associatives postérieures (précunéus et gyrus cingulaire postérieur) de l'hémisphère dominant ou langagier.

DISSOCIATION

En psychiatrie, c'est la rupture de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs sur lesquels reposait le fonctionnement mental. Ce terme s'emploie dans le cadre de la névrose hystérique de type dissociatif et dans celui de la psychose schizophrénique dissociative.

Pour J.A. MALAREWICZ, la dissociation princeps consiste en la séparation qu'introduit le thérapeute dans l'expérience du sujet, entre une partie consciente de sa personnalité (l'observateur) et une partie inconsciente qui gère de manière autonome et non intentionnelle l'apparition et le développement de certains phénomènes qualifiés par le terme d'hypnotique (l'observé).

DISTORSION TEMPORELLE

Sensation qui fait que le peut paraître plus long ou plus court qu'il ne l'a été en réalité. C'est un phénomène qui existe de façon spontanée, ou dans des circonstances spécifiques comme durant une séance d'hypnose. Erickson et Lynn ont particulièrement étudié ce phénomène de distorsion temporelle.

EMPATHIE

Habilité à percevoir, à identifier et à comprendre les sentiments ou émotions d'une autre personne tout en maintenant une distance affective par rapport à cette dernière.

HYPERMNESIE

Exagération pathologique de la capacité d'évocation des souvenirs qui se précipitent dans le champ de la conscience (états d'excitation psychique).

HYPNOSE

Méthode thérapeutique qui, par induction d'un état de sommeil incomplet obtenu par suggestion directe, permet la libération d'affects contenus après un traumatisme psychologique ou une situation conflictuelle. Technique provoquant l'état hypnotique.

HYPNOSEDATION

Utilisation combinée de l'hypnose et de médicaments afin de soulager ou faire disparaître la douleur physique ou psychologique d'une personne.

HYPNOTHERAPIE

Traitement des maladies à l'aide de l'hypnose.

HYPNOTISME

Ensemble des techniques permettant de provoquer, par des mécanismes de suggestion, le sommeil artificiel (léthargie) ainsi que l'état spécial de raideur musculaire (catalepsie) ou certains actes (sommambulisme provoqué).

HYSTERIE

Affection mentale caractérisée surtout par une exagération considérable de la suggestibilité qui se traduit par une étonnante plasticité de la personnalité. L'hystérie se caractérise par toute une série de manifestations fonctionnelles d'apparence organique : paralysies, troubles sensoriels, crises nerveuses, sommeil, catalepsie, etc. D'où également de multiples troubles psychiques assez caractéristiques : mythomanie, onirisme, amnésie de type très particulier, automatisme psychomoteur, etc. Envisagée comme un ensemble de troubles provoqués et guéris par la suggestion, elle constitue le pithiatisme de Babinski. Considérée comme l'expression organique de conflits inconscients, c'est la névrose de conversion des psychanalystes.

IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

Activité inattendue d'un médicament dans un domaine autre que celui pour lequel il est administré, qui est gênante, dangereuse ou limite l'utilisation du médicament.

INCONSCIENT

Partie de l'esprit faite de pensées, de besoins et d'expériences dont l'individu ne se rend pas compte, qu'il ne peut normalement réveiller et qui influencent quand même toutes ses actions. Partie de l'appareil psychique qui englobe tous les contenus qui ne peuvent (normalement) accéder au système conscient.

MAGNETISME

Partie de la science qui traite des propriétés des champs magnétiques et des corps soumis à leur action.

En référence au mesmérisme : fluide universel, circulant dans la substance des nerfs, et faisant du corps humain un corps naturel analogue à l'aimant.

NANOTECHNOLOGIE

Conception, fabrication et utilisation de structures organisées extrêmement petites, se situant à l'échelle des atomes et des molécules, dont au moins une de leurs dimensions est comprise entre 1 et 100 nanomètres.

Un nanomètre correspond à un milliardième de mètre ($1 \text{ nm} = 10^{-9} \text{ m}$).

ONDE ELECTROMAGNETIQUE

Energie de source naturelle ou artificielle provenant de champs électriques et magnétiques oscillants. Elle consiste en de minuscules paquets d'énergie appelés photons. L'énergie de chaque photon est directement proportionnelle à la fréquence de l'onde. Les ondes électromagnétiques interagissent de diverses façons avec les systèmes biologiques. Elles peuvent se concevoir comme une perturbation électrique de la matière qui se propage. Elle est la plupart du temps imperceptible à nos sens.

PARADIGME

Un paradigme est une représentation du monde, une manière de voir les choses.

Un paradigme scientifique est un ensemble organisé d'éléments théoriques et expérimentaux (théories, modèles, hypothèses, données, ...) qui ont une grande cohérence interne et qui permettent d'explicitier, de manière logique et rationnelle, la majorité des faits observés dans un domaine particulier. Dans la littérature anglo-saxonne récente, le terme paradigme est utilisé dans le sens donné par Kuhn : école de pensée, philosophie, Weltanschauung.

PLACEBO

Substance dépourvue de toute activité pharmacologique, mais pouvant agir par un mécanisme psychologique chez certains patients lorsqu'elle est substituée à un médicament.

PHYSIQUE QUANTIQUE

Branche de la physique moderne qui étudie les phénomènes reliés au comportement des quanta, lesquels sont des particules élémentaires d'énergie dont on observe le comportement au-delà des limites de l'atome.

La physique quantique a été fondée sur la base de la théorie quantique qui a été formulée au début du XX^{ème} siècle et avec laquelle elle est constamment confondue.

PSYCHASTHENIE

État névrotique caractérisé par un abaissement de la tension psychologique, dont les principaux symptômes sont la dépression physique et morale, la perte du sens du réel, une tendance marquée aux obsessions, aux manies mentales (particulièrement la manie du scrupule), et aux phénomènes anxieux.

PSYCHISME/PSYCHIQUE

Qui concerne l'esprit, la pensée, la vie mentale, les états de consciences. Les phénomènes psychiques seraient produits par l'activité des régions cérébrales les plus complexes, à savoir les aires corticales associatives polymodales.

PSYCHOSOMATIQUE

Branche de la médecine qui considère les aspects psychiques et physiques de la maladie comme un tout indivisible et qui étudie les troubles corporels d'origine psychologique ainsi que les répercussions psychiques des maladies organiques.

REGRESSION

Évolution des conduites et comportements vers des formes primitives qui évoquent les premières années de la vie.

SOPHROLOGIE

Partie de la médecine psychosomatique qui étudie les effets sur l'organisme de certains états de conscience provoqués par suggestion, par relaxation, par autoconcentration etc. Discipline psychosomatique qui étudie les effets de certaines méthodes psychologiques ou de certains procédés physiques ou chimiques sur l'état de la conscience, en vue de leur application dans divers domaines de la médecine.

SUBCONSCIENT

Définit en psychologie les contenus psychiques non ou peu accessibles à la conscience. Se dit aussi d'un fait psychologique qui échappe à la conscience distincte et qui, enregistré mais inconscient, peut être réveillé au prix d'un effort plus ou moins grand. Le subconscient serait une passerelle entre l'inconscient et le conscient.

SUGGESTIBILITE

Facilité à recevoir des suggestions, et particulièrement des suggestions hypnotiques.

TRANSE HYPNOTIQUE

Etat altéré de conscience produit par hypnose, où le sujet n'agit plus que sous la volonté de l'hypnotiseur.

TRANSFERT

Substitution, dans les relations affectives du sujet, d'une personne à une autre.

VOLITION

En médecine, phénomène actif qui se déroule dans l'encéphale et qui conduit à la volonté.

Sources en ligne :

- TLF : Trésor de la Langue Française informatisé
- Le grand dictionnaire terminologique de l'office Québécois de la langue française
- Hypnose : Le lexique de l'IFHE (Institut Français de l'Hypnose Ericksonienne)

Sources bibliographiques :

- « *Larousse Médical* » ouvrage collectif sous la direction d'Yves Morin, édition 2003
- « *Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique* », Jacques POSTEL, Editions Larousse, 1993

Bibliographie

Bibliographie

AZAM E.

Hypnotisme et double conscience
Editions F.Alcan, 1893, 342 p.

BALINT M.

Le médecin, son malade et la maladie
Editions Payot, Paris, 1966, 418 p.

BALINT M.

Techniques psychothérapeutiques en médecine
Editions Payot, Paris, 1970, 385 p.

BANDLER R. et GRINDER J.

Les secrets de la communication - Titre original « *Frogs into Princes* » (1979)
Éditions de l'Homme, Ivry, 2005, 310 p.

BARRUCAND D.

Histoire de l'Hypnose en France
Editions PUF, 1967.

BELLETT P.

L'hypnose
Editions Odile Jacob, Paris, 2002, 288 p.

BENHAIEM J.-M. (sous la dir.)

L'hypnose médicale
Editions Med-Line, 2003, 252 p.

BENVENISTE J.

Ma vérité sur la mémoire de l'eau
Publication posthume d'un essai de Jacques Benveniste, réalisée avec la collaboration de
François Cote
Editions Albin Michel, Paris, 2005, 221 p.

BERNHEIM H.

Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie
Editions Doin Etudes Nouvelles, Paris 1982, 767 p.

BERTHET J-F.

Magnétothérapie en kinésithérapie
Editions Mains libres, 1984.

BORCH-JACOBSEN M.

Souvenirs d'Anna O. Une mystification centenaire
Editions Aubier Montaigne, 1998, 117 p.

BORCH-JACOBSEN M., MICHAUD E., NANCY J.L.

Hypnoses
Editions Galilée, Paris, 1982, 149 p.

CARROY J.

Hypnose, suggestion et psychologie - L'invention de sujets
Editions PUF, Paris, 1991, 272 p.

CASTANEDA C.

L'Art de rêver. Les Quatre Portes de la perception de l'univers
Editions Pocket, 1996, 318 p.

CHERCHEVE R. et BERRANGER E.

Qu'est-ce que la Sophrologie?
Editions Privat, 1973, 149 p.

CHERTOK L.

L'Hypnose. Théorie, Pratique et Technique
Editions Payot, 2ème édition remaniée et augmentée, Paris, 2002, 269 p.

CHERTOK L.

L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie : Le non savoir des psy
Editions Payot, 1979, 293 p.

CHERTOK L.

La relation médecin-patient
Editions Empecheurs de penser en rond, 2000, 424 p.

ELIADE M.

Le Chamanisme et les Techniques Archaïques de l'Extase
Editions Payot, Collection Bibliothèque historique, 1992, 405 p.

ERICKSON H. M, ROSSI E. L, ROSSI .L .I.

Traité pratique de l'hypnose : La suggestion indirecte en hypnose clinique
Editions Jacques Granger, 1986, 465 p.

FABRE N., MAUREY C.

Le rêve éveillé analytique
Editions Privat, Toulouse, 1985

GARFIELD P.

La créativité onirique. Du rêve ordinaire au rêve lucide
Editions J'ai Lu, 1997, 250 p.

GINGER S.

La Gestalt, une thérapie de contact
Editions Hommes et groupes éditeurs, Paris, 1987, 550 p.

GODIN J.

La Nouvelle Hypnose; Vocabulaire, Principes et Méthodes
Editions Albin Michel, 1992, 457 p.

HALEY J.

Stratégies de la psychothérapie
Editions Erès, 1993, 243 p.

HALEY J.

Un Thérapeute Hors du Commun, Milton H. Erickson
Editions Epi, 1984, 380 p.

HOAREAU J.

L'Hypnothérapie : Quand l'esprit soigne le corps
Editions Robert Laffont, 1993, 250 p.

JANET P.

L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine
Editions Masson, 1989, 462 p.

LABERGE S.

Le rêve lucide
Centre de recherche sur le sommeil de l'université de Stanford, USA
Editions Oniros, Collection Révéveil, 1991, 311p.

LANCE P.

Savant maudits, Chercheurs exclus : Un réquisitoire implacable contre la « nomenklatura » scientifique
Editions Guy Trédaniel, Paris, 2003, 360 p.

LAPASSADE G.

La transe
Editions PUF, "Que sais-je?", 1990, 127p.

LENTIN P. et L.

Ces ondes qui tuent, ces ondes qui soignent
Editions Albin Michel, Collection Espaces Libres, 2002, 352 p.

LENTIN JP.

Je pense donc je me trompe. Les erreurs de la science de Pythagore au big-bang
Editions Albin Michel, 1979.

MARC E. et PICARD D.

L'Ecole de Palo Alto
Editions Retz, Paris, 2000, 224 p.

MARTIGNAC P.

Les vertus du magnétisme
Editions Grancher, 1997, 304 p.

MEGGLE D.

Les Thérapies Brèves
Editions Presses de la Renaissance, 2002, 318 p.

MICHAUX D.

Hypnose, langage et communication.
Editions Imago. 1997, 399 p.

MICHAUX D.

La transe et l'hypnose
Editions Imago, 1995, 310 p.

MOREAU A, WEINMANN N, REMONT S.

L'industrie pharmaceutique en mutation
Editions La documentation française, 2002, 159 p.

ORTOLI S. - PHARABOD J.-P.

Le cantique des quantiques : le monde existe-t-il ?
Editions La Découverte, 2004, 145 p.

POSTEL J.

Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique
Editions Larousse, 2003, 528 p.

PUYSEGUR A.-M.-J. de.

Aux sources de l'hypnose : Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du
magnétisme animal
Editions Imago, Paris, 2003, 220 p.

ROGGIANI W.

Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internistes du canton de Genève pour
l'hypnose médicale
Thèse n° Méd.10255.Genève, 2002, 41 p.

ROUSTANG F.

Qu'est-ce que l'hypnose ?
Editions de Minuit, 1994, 192 p.

STENGERS I.

Importance de l'hypnose

Editions Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1993, 357 p.

STENGERS I.

L'hypnose entre magie et science

Editions Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2002, 166 p.

SCHIFF M.

Un cas de censure dans la science : l'Affaire de la mémoire de l'eau

Editions Albin Michel, 1994, 272 p.

WEITZENHOFFER A.

Hypnose et Suggestion

Editions Payot, 1986, 331 p.

Annexes

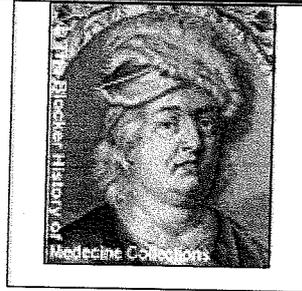
Liste des annexes

Annexe 1	Les personnages historiques : tableau chronologique - Portraits
Annexe 2	Le baquet de Mesmer
Annexe 3	Photographie du Docteur Liébault dans sa clinique du faubourg St Pierre à Nancy
Annexe 4	Méthode Jacobson
Annexe 5	Shéma de l'éventail de la conscience d'après Caycedo
Annexe 6	Instituts Milton H. Erickson basés en France
Annexe 7	Comment se passe une séance d'hypnose éricksonienne
Annexe 8	Liste de médecins, psychologues, dentistes psychothérapeutes et professionnels de santé utilisant l'hypnose dans leur approche thérapeutique (Liste partielle)
Annexe 9	Les cellules souche
Annexe 10	A la découverte du nanomonde
Annexe 11	La mémoire de l'eau
Annexe 12	Le rêve lucide

LES PERSONNAGES HISTORIQUES :
TABLEAU CHRONOLOGIQUE

<u>DATES</u>	<u>PERSONNAGES</u>	<u>METHODES - THEORIES</u>
1493-1541	PARACELSE	Le fluide universel
1734-1815	MESMER	Le magnétisme animal
1751-1825	PUYSEGUR	Le sommeil magnétique
1750-1819	FARIA	« DORMEZ ! »
1753-1835	DELEUZE	L'histoire critique du magnétisme
1795-1860	BRAID	La fixation du regard – Baptême de l'hypnotisme
1791-1868	ELLIOTSON	Utilité pratique en médecine (anesthésie)
1808 - 1859	ESDAILE	Utilité pratique en médecine (anesthésie)
1803 - 1892	LAFONTAINE	Préfiguration de l'hypnose de spectacle
1823-1904	LIEBAULT	La suggestion verbale
1837-1919	BERNHEIM	La suggestion verbale
1825-1893	CHARCOT	L'hystérisme
1857-1932	COUE	L'autosuggestion consciente
1856-1939	FREUD	La psychanalyse
1859-1947	JANET	La conscience secondaire dissociée.
1911-1991	CHERTOK	Contre la tentation théorique
1932 - /	CAYCEDO	La sophrologie
1901 – 1980	ERICKSON	L'hypnose thérapeutique éricksonienne

LES PERSONNAGES HISTORIQUES : PORTRAITS



Paracelse



Mesmer



Puysegur



Faria



Deleuze



Braid



Elliotson



Esdaile



Lafontaine



Liebault



Bernheim



Charcot



Coué



Freud



Janet



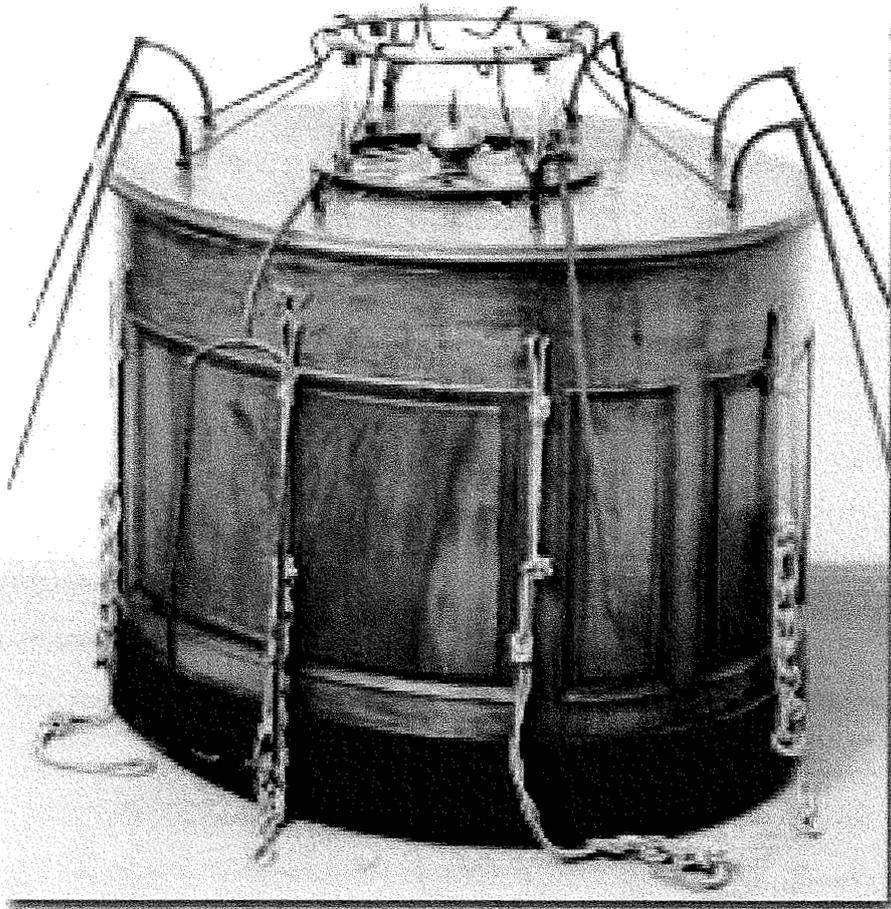
Chertok



Erickson

LE BAQUET DE MESMER

Le seul exemplaire du baquet de Mesmer qui subsiste se trouve au Musée d'Histoire de la médecine et de la Pharmacie de Lyon.

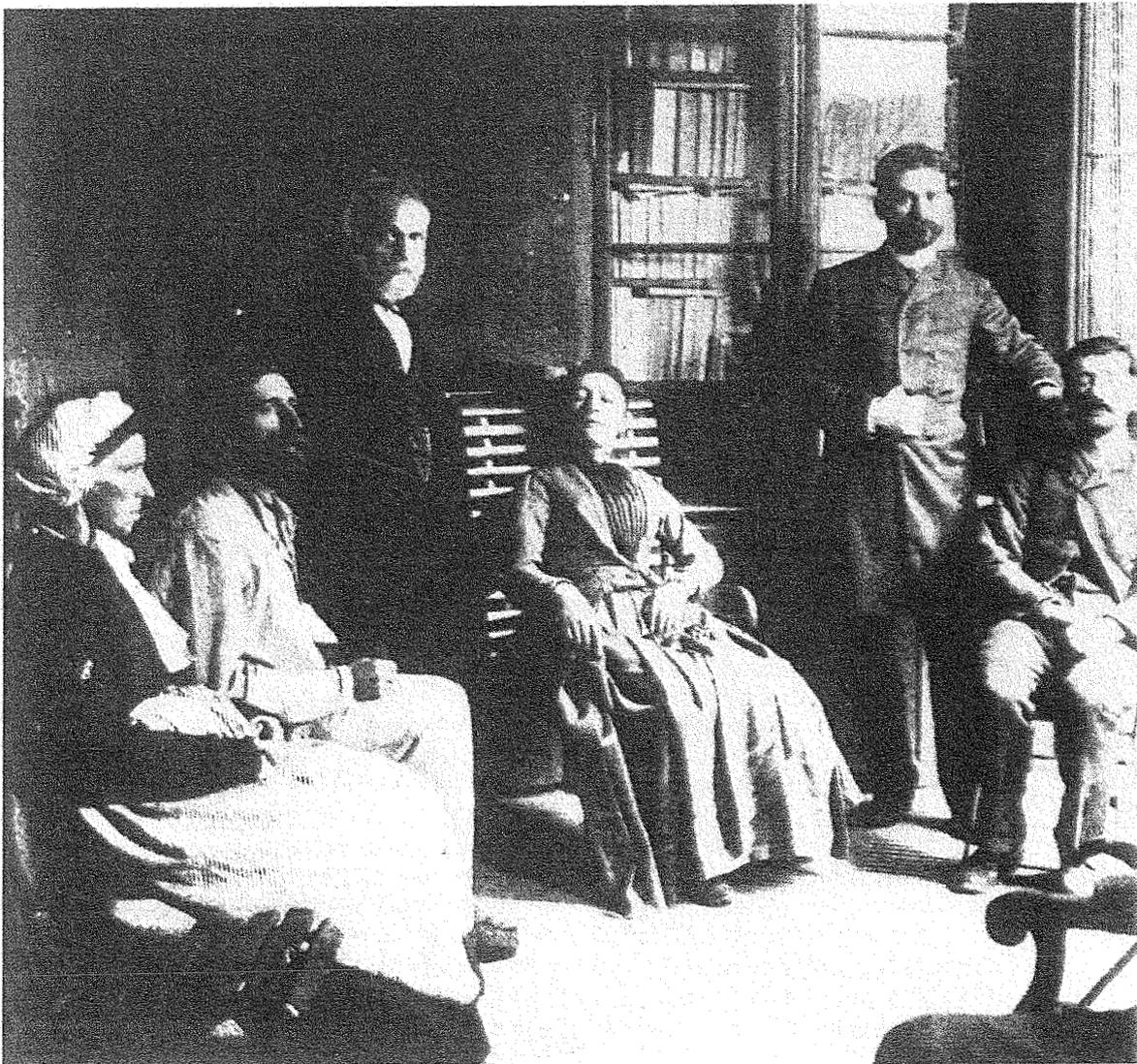


Un grand nombre de malades étaient placés sur plusieurs rangs tout autour de ce gros tonneau en bois de chêne, et bénéficiaient en quelque sorte d'une thérapie de groupe.

PHOTOGRAPHIE DU DOCTEUR LIEBAULT

Dans sa clinique du faubourg St Pierre à Nancy

(Les pouvoirs inconnus de l'homme, page 113)



Le docteur Liébeault dans sa clinique du faubourg Saint-Pierre, à Nancy.

LA METHODE JACOBSON

Edmund Jacobson ou la relaxation progressive

Par Laurent GROSS

Hypnothérapeute, Sophrologue et Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
Professeur à l'Institut Européen de Recherche en Sophrologie et Psychothérapie à Paris
Formation en Hypnose Médicale au Cercle de Lariboisière (Paris)

Jacobson crée une méthode dont le but est la réduction volontaire du tonus musculaire au repos : c'est la méthode de relaxation progressive. La relaxation, pour Jacobson, ce n'est pas apprendre à dormir ou à se reposer mais, au contraire, apprendre à se conduire plus efficacement, avoir une meilleure économie d'énergie pour un meilleur rendement.

Pour Jacobson, il n'y a pas d'exercices de relaxation. Comme il le dit lui-même : « *Ne vous tendez pas pour vous détendre* ». Au lieu d'utiliser le mot de relaxation, il préfère donner à ses patients l'ordre de ne rien faire, ce qui semble, malgré tout, très négatif. Voici un extrait de son dernier livre sur le traitement moderne des patients tendus : « *Choisissez une pièce calme, libre de toute intrusion et d'appels téléphoniques* ».

1. Couchez-vous sur le dos, les bras sur le côté, et laissez vos yeux ouverts pendant 3 ou 4 minutes.
2. Fermez ensuite graduellement les yeux, gardez-les fermés pendant l'heure de détente.
3. Après 3 ou 4 minutes les yeux fermés, relevez votre main vers l'arrière en la tendant, et vous observez la sensation de tension pendant 1 ou 2 minutes, en remarquant bien comme elle diffère dans le poignet, dans les doigts et dans l'avant-bras.

4. Ne faites rien pendant 3 ou 4 minutes, à nouveau.
5. Vous relevez à nouveau la main, comme précédemment, pendant 1 ou 2 minutes.
6. Encore une fois, vous ne faites rien pendant 3 ou 4 minutes.
7. Vous relevez à nouveau votre main pour la troisième et dernière fois, en observant la sensation de tension pendant 1 ou 2 minutes.
8. Finalement, vous ne faites plus rien jusqu'à la fin de l'heure.

Jacobson divise cet apprentissage de la détente du bras en plusieurs périodes, faites de mouvements et de tensions différents, avec chaque fois prise de conscience. Les membres supérieurs entraînés, le patient passe à la détente des membres inférieurs, puis à l'apprentissage de la détente des muscles du tronc, des muscles de la nuque et finalement, de la région de la tête. Cet apprentissage se fait en position allongée sous le contrôle du thérapeute. Il peut être pratiqué encore prolongée ou en cure abrégée.

Jacobson fait ensuite exécuter ces exercices en position assise. Puis il leur ajoute ce qu'il appelle : « *la méthode de relaxation différentielle* ». La relaxation différentielle consiste à effectuer le minimum de contractions musculaires indispensables à l'exécution d'un acte, tandis que tous les autres muscles ne servent pas pour réaliser cet acte, sont relâchés. Cet apprentissage de la relaxation progressive, puis de la relaxation différentielle, va se prolonger par une mise en application pratique de ces techniques de contraction-détente aux actes de la vie courante. On commencera, par exemple, par des exercices d'articulation et de verbalisation dans la détente pour étendre finalement ces exercices à toute la vie quotidienne.

L'apprentissage de ces différentes techniques est long ; il nécessite 2 ou 3 séances d'une heure par semaine sous contrôle du thérapeute.

Pour répondre « *à notre civilisation de presse-bouton de type industriel* », Jacobson a mis au point une méthode qu'il appelle « *de contrôle opérationnel de soi-même* ».

Procédant par analogie avec l'automobile, il déclare que le sujet est à la fois son propre véhicule et son propre conducteur. Il va donc lui apprendre, par cette méthode, le contrôle de la sensation plutôt que la conscience de la sensation : « *Je sens la tension musculaire de mon bras, elle est douloureuse ou non, je peux la modifier* ». Il s'agit là d'avantage, selon nous, de nuances que d'un véritable changement, les exercices demeurant identiques dans les différentes méthodes.

Les moyens de contrôle :

Le thérapeute contrôlera lors de chaque séance, l'état de détente du patient par une vérification objective, en surveillant l'immobilité totale des doigts, du visage ou des globes oculaires, en vérifiant si la respiration est régulière et en palpant l'abdomen pour sentir s'il est détendu.

Il effectuera aussi des exercices de mobilisation passive des membres, afin de voir si ceux-ci sont complètement flasques.

Enfin, il pourra contrôler les phénomènes végétatifs, comme le ralentissement du pouls ou une diminution de la tension artérielle ; l'objectivation scientifique peut être réalisée à l'aide de l'appareil mis au point par Jacobson.

Sur le plan de la vérification subjective, le patient décrira lui-même l'état dans lequel il est, et déclarera s'il se sent une disparition des sensations de tension.

(Texte de Laurent GROSS)

SCHEMA de l'EVENTAIL

(d'après: Caycedo A, Code Déontologique de la Sophrologie Actualisée 2001, revue Sophrologique Caycedienne n°24. Editions Sophrocay S.A, Andorre)

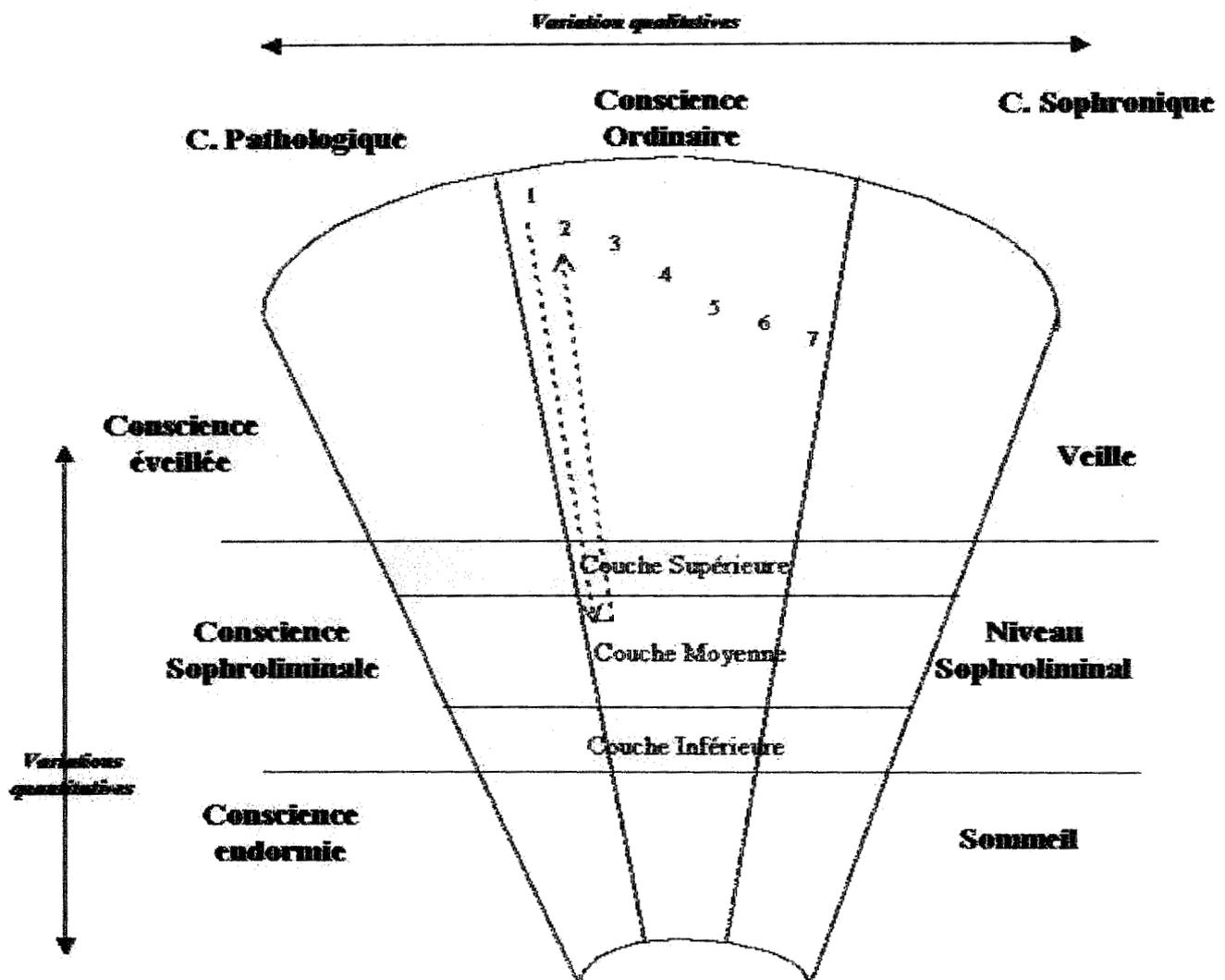


Schéma de l'éventail - Pascal Gautier, d'après CAYCEDO, 2001

ETATS ET NIVEAUX DE CONSCIENCE

Caycedo distingue les états - variations qualitatives, axe horizontal du schéma - et les niveaux de conscience - variations quantitatives, axe vertical du même schéma de l'éventail. Ces éléments ne sont pas spécifiques à la sophrologie.

Il différencie

- **Trois états de conscience** : pathologique (c'est-à-dire altérée par la maladie mentale ou physique), ordinaire et "sophronique". Ces états de conscience peuvent être permanents ou transitoires. La "conscience sophronique" renvoie à un état de bien-être et d'harmonie biologique, psychologique et sociologique, c'est-à-dire d'harmonie avec soi-même et avec le monde extérieur. Elle correspond à une intégration existentielle positive.

- **Trois niveaux de conscience** : veille, sommeil et entre les deux : "niveau sophroliminal". C'est au "niveau sophroliminal" que les sensations corporelles sont le mieux perçues et intégrées. C'est à ce niveau que la dynamisation des structures de la conscience est la plus facile et efficace.

L'entraînement vise la découverte et la conquête de l'état de "Conscience Sophronique" à l'aide d'une dynamisation des structures positives au "niveau sophroliminal".

LES 3 COUCHES DE LA CONSCIENCE SOPHROLIMINALE :

Caycedo a modifié le schéma original de 1960 en ajoutant les trois formes de conscience (Eveillé, "Sophroliminale" et Endormie) et en distinguant trois couches dans la Conscience "Sophroliminale".

"La **Couche Supérieure** active et stimule la conscience ;

la **Couche Moyenne** intègre et équilibre la conscience ;

la **Couche Inférieure** inhibe et altère la conscience".

"La Couche Moyenne est le champ de travail de toute la Sophrologie Caycédienne et l'espace où se pratique toute sa méthodologie. (...) (Elle) évite autant la Couche Supérieure qui mène à une stimulation de la conscience que la Couche Inférieure qui mène à des situations d'inhibition et altération de la conscience, à des états hypnotiques et au sommeil." (Caycedo, 2001, p.11).

Ce schéma distingue les niveaux de conscience (qualité de présence, d'être) des niveaux de vigilance (quantitatifs, "états de vigilance" classiques : de la veille au sommeil...)

INSTITUTS MILTON H. ERICKSON**Basés en France (liste non exhaustive)**

- **Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence**
à Vaison la Romaine (84)

- **Institut Milton H. Erickson de Paris**
à Vaison la Romaine (84)

- **Institut Milton H. Erickson du Nord de la France**
à Faches-Thumesnil (59)

- **Institut Milton H. Erickson de Normandie**
à Bihorel (76)

- **Institut Milton H. Erickson Méditerranée de Toulon-Marseille**
à Ollioules (83)

- **Institut Milton H. Erickson Nice Côte d'Azur**
à Nice (06)

- **Institut Milton H. Erickson de Nantes**
à Nantes (44)

- **Institut Milton H. Erickson Centre France**
à Villeurbanne (69)

- **Institut Milton H. Erickson de Rennes Bretagne**
à Rennes (35)

COMMENT SE PASSE **UNE SEANCE D'HYPNOSE ERICKSONIENNE?** (par Daniel Goldschmidt)

L'hypnose dont on ne comprend toujours pas le mode d'action exact, varie dans ses méthodes d'induction d'une époque à l'autre. Au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} Messmer, Charcot, Bernheim, obtenaient la transe hypnotique par des moyens relativement autoritaires.

L'induction était faite sous forme d'ordres et de passes "magnétiques", faisant apparaître l'hypnotiseur comme un magicien aux pouvoirs supra humains. A l'époque, ce système apparaissait cohérent compte tenu de l'aspect hiérarchique des rapports sociaux. Les médecins eux même n'échappaient pas à ce travers se faisant respecter par leurs patients au moyen d'un vocabulaire incompréhensible du profane et d'une attitude bienveillante mais très hiérarchisée.

L'hypnose étant un état induit par la dissociation ; tous les moyens étaient employés :

De l'ordre bref "Dormez" au basculement arrière et au confusionnisme agressif. Tout était bon afin d'obtenir la transe! **L'hypnose "revisitée" par Erickson n'a plus grand chose à voir avec cette hypnose archaïque** dont Freud rejette l'utilisation.

Pour Erickson, l'hypnose est un état naturel : nous sommes plusieurs fois par jour intériorisés dans un état dans lequel nous ne percevons plus ce qui nous entoure (rêveries, conduite automobile "automatique", feu dans l'âtre, TV etc.) Il suffit, dit Erickson, de guider le patient vers cet état naturel qu'il retrouve quasi automatiquement et la transe s'établit.

C'est ainsi que pour le psychiatre américain, l'hypnotiseur est un "**guide**" prêtant sa voix au sujet qui procède à sa propre hypnose et non pas un intervenant coercitif. (Toute hypnose est auto hypnose)

UNE SÉANCE

Après relaxation du patient, le "guide" induit par la voix une descente vers l'intérieur, descente agréable et profonde vers un état de calme et de bien être qui permet d'ouvrir les portes de l'Inconscient.

Puis, la transe obtenue est approfondie par plusieurs techniques dont la lévitation du bras.

Le "guide" établit alors le contact avec l'Inconscient dans le but d'apprendre de lui, les raisons du trouble à corriger ou non ; car cette correction se doit de respecter l'écologie du sujet. Le dialogue avec l'Inconscient se fait par l'entremise **de signaux codés** mis au point préalablement ou bien tout simplement en faisant parler la personne en transe.

Plusieurs protocoles sont utilisés par le guide. Protocoles d'une grande précision car l'Inconscient étant littéral, chaque mot a son importance. Les séances durent d'une heure à deux heures et plus si nécessaire.

Aucune fatigue n'est ressentie par le patient qui, dans l'état agréable ou il se trouve, reste parfaitement conscient de ce qui se joue en lui et même autour de lui.

Les schémas appliqués par le praticien et codifiés par Erickson font l'objet d'un discours particulier visant à "**recadrer**" les processus inconscients qui ont pour objet de protéger la personne. Ils se sont formés au cours de la vie du patient mais peuvent, par répétition excessive, induire une "mal a dit". Exemple : une maladie dermatologique (acné, psoriasis) suite à un traumatisme : l'Inconscient ayant cherché au départ à évacuer par la peau le "trop plein" d'adrénaline et répétant l'opération associative sans intégrer le fait que la cause du traumatisme est désormais absente. Ou bien cette patiente ayant subi une petite opération chirurgicale et ayant eu froid en salle de réveil, entend dire par le médecin spécialisé s'adressant à l'infirmière, qu'il faut la réchauffer. Dans l'état semi-éveillé, son inconscient perçoit une urgence vitale et provoque pendant plus de deux ans des fièvres importantes sans que rien de physiologique ne soit découvert. L'Inconscient "faisait son boulot" de protection et la réchauffait. En hypnose, elle reçoit le "cliché" de la raison d'être de cette fièvre persistante et est définitivement guérie.

L'hypnose est un état dissocié permettant aux couches inconscientes de l'esprit de dialoguer avec "l'extérieur". C'est un moyen très puissant.

Dans nos sociétés "rationalistes", le langage utilisé fait peu de place au monde particulier de l'Inconscient. C'est pourquoi certains esprits chagrins ont comparé l'hypnose à des séances de sorcellerie moderne. En fait, elles peuvent parfois en avoir l'apparence, le praticien s'efforçant de parler le langage de l'inconscient.

Le cerveau droit (celui de l'intuition et de l'imaginaire) a ses raisons que le cerveau gauche peut ne pas comprendre. De mineurs dans certains cas ou le problème physiologique est déjà bien ancré, les résultats obtenus par hypnose peuvent être renversants! (de la simple aliénation du symptôme à une guérison très rapide et complète).

Tout dépend du sujet, de la pathologie à traiter et des mécanismes inconscients sous jacents à ce trouble.

LE PRATICIEN

Nous ne saurions trop conseiller la prudence... Demandez à l'hypnothérapeute ses diplômes, car il doit pouvoir bien manier les techniques et protocoles d'induction et posséder un minimum de connaissance en psychologie voire en psychanalyse. Le titre de Docteur en psychologie permet au praticien d'utiliser la dénomination de psychologue mais ceci n'est pas essentiel. Le bagage universitaire n'étant pas garant de l'habileté de « l'hypnotiste ». Par contre, celui-ci doit avoir reçu une formation sérieuse dans une institution reconnue soit en France soit à l'étranger (Institut Milton Erickson, NPL New York Training Institute).

L'hypnose ayant été mise en exergue par les médias depuis peu, le sujet est à la mode et attire de plus en plus de "vocations floues" et de personnes qui considèrent qu'une formation d'un week-end suffit. Le plus étonnant est que ces même thérapeutes peuvent obtenir des résultats, compte tenu du fait que c'est le sujet qui se met en hypnose lui même, de toute manière.

Par contre, le choix du protocole thérapeutique est très important et relève de la compétence du praticien. Importants, également, les mots échangés entre le sujet et le thérapeute, en début et en fin de séance, qui vont "ancrer" tout le bienfait du traitement.

La pratique de l'hypnose requiert de la part du praticien un réel "amour" pour ses patients et un total respect de la personne. Gestes déplacés, manque d'assurance dans le débit vocal, références à un spiritualisme "de bazar"... Fuyez et ne revenez plus! Par contre, le bon thérapeute trouvé, les progrès, de séance en séance, peuvent être spectaculaires et souvent une seule séance suffit, dans le cas d'un symptôme aisé à corriger!

Puissante psychothérapie, l'hypnose d'inspiration éricksonienne peut soulager nombre de maux de l'âme et quelques uns du corps. **Longtemps reléguée au rayon ésotérique et paranormal, l'hypnose regagne aujourd'hui sa place au sein du monde médical et psychiatrique.**

Daniel Goldschmidt

**Liste (*incomplète*) de médecins, psychologues, dentistes
psychothérapeutes et professionnels de santé
utilisant l'hypnose dans leur approche thérapeutique**

(Site <http://hypnose.org/annuaire.html> - Date de dernière mise à jour 16 mars 2005)

FRANCE

PARIS & Ile de France

75

Dr Victor SIMON, Maladies psychosomatiques
Centre Pluralis. 29 rue François 1^{er}
75008 Paris
Tel 01 47 20 60 99

Mme Wendy CLOUP, Psychologue clinicienne
Centre Mieux Vivre 91 rue St Lazare
75009 Paris
Tel : 01 55 31 95 90

Mme Françoise ATIA, Orthophoniste
65, place de la Réunion
75020 PARIS
Tel : 01.43.48.15.96

Mme Odile CUFF, Psychologue clinicienne
Centre Mieux Vivre. 91 rue St Lazare
75009 PARIS
Tel : 01 55 31 95 90 ou 06 81 53 60 05

Mme Joelle de MONTILLE, Thérapeute
175 rue de la Pompe
75016 PARIS
Tel : 06 13 08 75 75

Dr Jean-Pierre NACCACHE, Gynécologue
1 boulevard de Courcelles
75008 Paris
01 53 04 39 39

Mme Monique GERON Psychologue clinicienne
6 rue Hermel
75018 Paris
Tel : 01 42 64 39 90

Mme Sarah COHENCA, psychothérapeute
77 rue de l'ouest
75014 PARIS
Tel : 06 26 05 65 17 ou 01 40 47 85 15

77

Dr Francis ABRAMOVICI
30, rue Vacheresse
77400 LAGNY
01.60.07.00.87

78

Dr Eva CESSAC, Médecin de famille, Psychothérapeute
14 Avenue du Général Sarrail
78400 CHATOU
Tel : 01.30.71.19.58 / 01.34.80.68.66

Dr Jean-Philippe LENOIR, Psychiatre-psychothérapeute
Versailles
Tel : 01 39 51 07 09

91

Dr Yvonne DYJAS-TAELMAN, Médecin de famille
9, rue des Ecoles
91600 SAVIGNY SUR ORGE
Tel : 01 69 05 39 85

92

Mme Francette BRAC DE LA PERRIERE, Psychologue
3 rue du Général Delanne
92200 - Neuilly sur Seine
Tel : 01 46 24 28 62

Dr Marie Pierre DESVIGNES
123 Grande rue
92310 Sèvres
Tel : 01 45 34 03 58

94

Mme Corinne ANTOINE. Psychologue
13 Avenue Georges Clémenceau
94300 VINCENNES
Tel : 01 41 93 62 29

72

Mr Sébastien YVAY
hypsy72@caramail.com.
72000 LE MANS

Sud

13

Mme Christiane DELEURENCE, Psychothérapeute
13 avenue Verdalaï Les Michels
13790 Peynier
Tél : 04 42 53 10 40
16 A rue de l'Arène
13260 Cassis
Tel : 04 42 01 71 85

34

Dr Jean AYRAL, Gastro-entérologue
Centre Médical du Parc
2 rue des Tuileries
34 AGDE
Tel : 04 67 21 22 21

Dr Isabelle NICKLES, Médecin de famille et médecine esthétique
10 Bd Victor Hugo
34000 MONTPELLIER
Tel : 04 67 92 46 08

Ouest & Sud-ouest

76

Docteur Patricia COLLARD, Rééducation fonctionnelle uro-gynécologique.

Clinique Saint Hilaire

76044 ROUEN

Tel : 02 35 08 67 09

35

Dr Bruno DUBOS Psychiatre Psychothérapeute

RENNES

Tel : 02 99 38 92 94

Dr Laurence MORFOISSE-GUINET

2, rue d'Estrées

35000 RENNES

Tel : 02 99 78 38 26

22

Mme LE GUILLOU Louise, Infirmière.

Coadic Gouët

22300 PLOUBEZRE

Tel : 02.96.47.11.15

33

Dr ABBADIE Dominique

61, cours du 14 Juillet

33210 LANGON

Tel : 05.56.76.26.10

44

Dr Alain VALLEE, Psychiatre Psychothérapeute

Bd des Belges

44000 Nantes

Tel : 02 40 50 38 75

Est

10

Dr CARON Xavier
5 rue du Gros Raisin
10000 TROYES
Tel : 03 25 43 44 88

67

Dr Edmond MALKA, Chirurgien Dentiste
2 Bd Clémenceau
67000 Strasbourg
Tel : 03 88 32 12 18
Mme Sylvie SCHMITT, Infirmière
67000 Strasbourg
Tel : 03 88 24 19 36

Nord

59

Dr Victor SIMON
Directeur de l'Institut de Médecine Psychosomatique
d'Hypnose Clinique et de Thérapie Brève
26 Parvis St Michel
59000 Lille
Tel : 03 20 57 40 07

Docteur Agnès CROIZIER
Médecin généraliste - Psychologue
52 rue du président Kennedy
59280 ARMENTIERES
Tel : 03 20 77 07 87

Mme Nathalie LE BRUN. Psychologue clinicienne
26 Parvis St Michel
59000 Lille
Tel : 03 20 57 77 18

Mme Jocelyne DAROUX. Psychologue clinicienne
26 Parvis St Michel
59000 Lille
Tel : 03 20 57 77 18

Centre

63

Dr Geneviève CHEREAU. Pédiatre, Homéopathe
12 avenue Montjoly
63400 CHAMALIERES
Tel : 04 73 36 20 72

Mr Jean-Pierre CHEREAU, Ostéopathe
8 rue Chatrousse
63400 CHAMALIERES
Tel : 04 73 37 18 69

Mme Elizabeth PORTIER, Psychothérapeute
2 rue Rameau
63000 Clermont-Ferrand
Tel : 04 73 93 11 93

Dr Roselyne EFFANTIN Gynécologue
19 place Michelet
43000 LE PUY
Tel : 04 71 05 61 61

Mme Catherine MEDIONI, Psychothérapeute
9 rue Gautier de Biauzat
63000 Clermont Ferrand
Tel : 04 73 36 09 89

Dr Jean-Luc MEYER-Gynécologie Obstétrique
Clinique de la Châtaigneraie
63 110 BEAUMONT
Tel : 04 73 40 80 40

Dr Fabienne MONDIE, gynécologie et obstétrique
28 rue des Liondards
63000 Clermont Ferrand
Tel : 04 73 26 73 62

Dr Michel ROUGE, gynécologue obstétricien
12 Avenue Julien
63000 Clermont-Ferrand
Tel : 04 73 93 91 70

Rhône-Alpes

69

Mme Marie ARNAUD. Psychothérapeute
34 Cours Emile Zola
69100 Villeurbanne
Tel : 04 78 24 05 61

Mr Mohammed EL FARRICHA psychologue clinicien
SYSTEMES 352 cours Emile Zola
69100 Villeurbanne
Tel : 04 72 65 62 46

Dr Jacques FUMEX - maladies de l'appareil digestif
66 Rue EDOUARD HERRIOT
69002 LYON
Tel : 04 78 42 04 27

Dr Louis MARTINENT - Médecine Générale
14 rue de la Barre
69002 LYON
Tel : 04 78 42 00 09

Mme Christiane DEULEURANCE, psychothérapeute
34 Cours Emile Zola
69100 Villeurbanne
Tel : 04 78 24 05 61

SUISSE

Dr Gérard SALEM, psychiatrie et psychothérapie
16, ch. de Lucinge
CH-1006 Lausanne (Suisse)
Tel : +41 21 310 48 38/37

Mme DEVAUD Virginie
1653 CRESUZ (CH)
Tel : +41.26.927.22.89

QUEBEC

Mr Marc-André GIRARD, psychologue.
Clinique Médicale Mercier (clinique privée en banlieue de Montréal)

464 St-Jean Baptiste #101,
Mercier, Qué.
Canada
J6R 2B1
Tel : 450-699-0539. Fax : 450-699-8438.

LES CELLULES SOUCHE

Source : <http://gfme.free.fr/espoirs/souche.html>

Les **cellules souche** se différencient au contact des cellules et peuvent **réparer** les cellules nécrosées. C'est l'avenir et un formidable espoir pour les glioblastomes.

Notion de cellules souche

Les cellules souche sont des cellules particulières, rares, présentes dans les tissus mais non différenciées, capables de se reproduire, en donnant deux cellules différentes, l'une identique à elle-même sans modification du phénotype et une seconde qui va débiter un processus de différenciation avec un nouveau phénotype qui lui permettra de remplir son rôle dans le tissu. Cette cellule souche ne peut réaliser cette opération qu'une cinquantaine de fois en raison d'un déficit de télomérase à chaque division. La cellule fille se différencie en fonction du travail qu'on lui demande et se divisera à son tour pour une cellule encore mieux différenciée et on aboutit à une cellule mature qui remplira parfaitement sa fonction.

La différenciation cellulaire

Toutes les cellules sont égales au départ génétiquement, mais non dans leur phénotype. La différenciation consiste en une perte d'expression des gènes. Le génome humain comprend environ 100 000 gènes, mais une cellule n'en exprime généralement pas plus de 10 000. Les gènes exprimés par une cellule dépendent de son stade de développement et des fonctions à remplir. Les gènes non nécessaires sont inhibés au fur et à mesure de la différenciation. Lorsque la cellule est arrivée à maturité, elle ne se différencie plus et ne se multiplie plus pendant la durée de vie de l'individu. La différenciation est en rapport avec des gènes qui répriment ou expriment d'autres gènes, elle est contrôlée par des protéines particulières les onco-protéines plasmiques qui ne sont plus exprimées après la naissance mais de nouveau en cas de cancer. Une cellule différenciée ne peut se multiplier que par transfert d'un oncogène. A l'inverse, certains agents permettent une différenciation des

cellules cancéreuses qui arrêtent de se multiplier. Il existe donc un certain antagonisme entre la différenciation et la multiplication cellulaire.

Les cellules souche réparatrices

La découverte récente des cellules souches confirme l'espoir des scientifiques. En culture, des cellules immatures se différencient selon les facteurs de croissance auxquels elles sont exposées et peuvent réparer les lésions des tissus auxquels elles sont associées.

Les italiens sur le point d'aboutir

Une équipe italienne vient de montrer que les cellules souches de neurones peuvent avoir un effet thérapeutique dans le traitement des glioblastomes. Des essais sur la souris ont été très positifs. Attendons rapidement les essais sur l'homme.

Les télomères

On ne parle plus que de la télomérase. Il s'agit d'une enzyme qui participe à maintenir les extrémités des chromosomes (les télomères) à la bonne longueur. En culture cellulaire, on s'aperçoit que presque toutes les cellules souches de l'organisme ont une durée de vie limitée, (au maximum 50 doublements). Cette limite est en rapport avec la perte des télomères. Parfois, une cellule prolifère de façon indéfinie, acquérant "l'immortalité". Cette propriété caractérise les cellules malignes. Il y a donc une forte activité télomérasique chez les tumeurs malignes. Des substances à activité anti-télomérase spécifiques des tumeurs malignes seraient d'un grand intérêt thérapeutique.

A LA DECOUVERTE DU NANOMONDE

Synthèse de la brochure d'information du Ministère de la Recherche

Le microscope à effet tunnel

Inventé par Gerd Binnig et Heinrich Rohrer (laboratoire IBM Zurich, Suisse), le microscope à effet tunnel fut le premier instrument permettant l'observation du nanomonde. Cette invention a valu aux deux scientifiques le prix Nobel de physique en 1986. *« Cet instrument révolutionnaire, initialement conçu pour observer la surface des matériaux, est maintenant aussi utilisé pour déplacer des atomes un par un, comme une « pince à atomes ». À l'aide de la pointe, on peut « attraper » un atome, le déplacer sur la surface et le déposer à l'endroit voulu. On est ainsi parvenu à disposer des atomes de fer en cercle sur une surface de cuivre, prouesse technologique remarquable. »*

▪ **Le microscope à force atomique**

Il permet d'observer la surface des matériaux isolants : polymères, matériaux biologiques, céramiques.

▪ **La modélisation et la simulation numérique**

Procédé de simulation numérique permettant de déterminer la structure et les propriétés des objets nanométriques. Du fait de la complexité des calculs, cette simulation numérique exige des ordinateurs de plus en plus puissants.

▪ **Les nanocristaux fluorescents**

Le sélénure de cadmium, préparé sous forme de nanocristaux, c'est à dire de grains nanométriques permet d'observer des effets quantiques apparaissant en raison des faibles dimensions des grains.

▪ **Les revêtements nanomodifiés**

La méthode du biomimétisme consiste à s'inspirer du monde végétal, voire animal. Les scientifiques développent actuellement des revêtements ayant les mêmes propriétés comportementales des feuilles de lotus : Celles-ci ne mouillent pas et qui restent propres même dans un environnement boueux. Ces qualités sont partagées par d'autres plantes, comme le chou, le roseau ou la tulipe. Mais les ailes des libellules, ainsi que celles des papillons, ont également cette qualité. On se doute de la quantité et de l'intérêt des applications de revêtements nanomodifiés.

▪ **La « smart dust » : poussière électronique communicante**

« La "poussière électronique communicante" est constituée d'un très grand nombre de micropuces de silicium miniaturisées à l'extrême qui seront pulvérisées dans l'air ou incorporées dans les matériaux (peintures, textiles) ». Equipées de capteurs, de microprocesseurs, d'émetteurs et de sources d'énergie, elles permettront de mesurer des données très diverses de l'environnement. Elles seront capables de former un réseau communicant pouvant recevoir, traiter et transmettre des données. Au titre des applications :

- détection de substances chimiques et bactériologiques,
- surveillance de la qualité de l'air,
- traçabilité des produits alimentaires,
- surveillance médicale des patients,
- détection de la fatigue des matériaux,
- Etc.

▪ **Les implants et les prothèses biocompatibles**

Le remplacement du métal par de la céramique renforcée par des nanoparticules pourra porter à 30 ans la durée de vie des prothèses de la hanche et du genou. De même, afin d'accroître la biocompatibilité des prothèses, celles-ci pourront être recouvertes de nanoparticules. Ce procédé conduira à une meilleure fixation au tissu osseux du patient.

- **Les capteurs chimiques et biologiques**

« Ce capteur aura, en chimie et en biologie, des applications aussi diverses que la détection de la pollution, la surveillance de la qualité de l'eau et des produits alimentaires, l'analyse médicale, le dépistage des épidémies et la lutte contre les attaques chimiques et bactériologiques. »

- **Les implants biocompatibles**

Dans le cadre du traitement du diabète, remplacer les cellules défaillantes du pancréas sécrétant l'insuline d'un patient par une greffe de cellules saines venant d'un donneur est en but au phénomène de rejet de la greffe par le système immunitaire du patient. Avec les nanotechnologies, les cellules greffées seraient encapsulées par une membrane comportant des nanopores ; ce qui la rendrait semi-perméable. Par les nanopores, le sucre et autres substances nutritives nécessaires aux cellules pourraient s'infiltrer, tout en laissant sortir l'insuline. Par contre les anticorps émis par le système immunitaire étant plus gros que les nanopores, ils ne pourraient pas quant à eux pénétrer dans les cellules greffées qui seraient ainsi protégées.

- **Les vecteurs de médicaments**

La technique d'encapsulation des médicaments dans une membrane nanoporeuse, capable de ne libérer son contenu qu'après reconnaissance de la cible à traiter, empêcherait que les médicaments ne se diluent dans le sang. De ce fait, l'efficacité des médicaments serait véritablement augmentée, grâce aux nanotechnologies.

- **L'intelligence artificielle**

Les découvertes faites dans le domaine des nanosciences ne manquent pas de susciter un certain nombre de craintes, comme ce que l'on appelle « la gelée grise » (grey goo) ou les dangers d'autorépliquations des nanorobots. Cette crainte très médiatisée, est liée à la invasion du monde par des nanorobots. Ce sujet a fait l'objet d'œuvres de science fiction, mais continue d'être un domaine de recherches bien réel. Les robots devenus capables de se dupliquer, pourraient donc être assimilés à une nouvelle forme de vie.

LA MEMOIRE DE L'EAU

Synthèse des informations collectées, consacrées aux recherches du Docteur Benveniste

De l'immunologie à la mémoire de l'eau

Le Docteur Jacques Benveniste (1935-2004) chercheur français, médecin et biologiste, s'engage, en 1965, après plus de dix années de médecine hospitalière, dans des recherches en immunologie. En 1973, il intègre l'INSERM⁷², et concentre ses travaux sur l'immunopathologie de l'allergie et de l'inflammation, domaine dans lequel il acquiert une renommée mondiale.

Par la suite, ses recherches sur les anti-corps l'ont amené à vouloir démontrer que (lien entre immunologie et eau) l'eau avait une mémoire, et donner par là même une explication logique et rationnelle aux principes de fonctionnement de l'homéopathie. En Juin 1988 fut publié dans la revue Nature, sous la signature de E. Davenas, F. Beauvais, J. Amara, M. Oberbaum, B. Robinzon, A. Miadonna, A. Tedeschi, B. Pomeranz, P. Fortner, P. Belon, J. Sainte-Laudy, B. Poitevin et J. Benveniste, un article intitulé "*Dégranulation de basophiles humains provoquée par de hautes dilutions d'antiserum anti-IgE*" (Titre anglais : "*Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE*", Revue Nature vol. 333, 30 juin 1988, p. 816).

Le Docteur Benveniste a observé que la réaction biologique provoquée par l'action d'un anti-corps perdure malgré une dilution extrême dans une solution aqueuse. Cette réaction biologique persiste même quand la dilution est si importante qu'elle rend impossible la présence d'une seule molécule de l'anti-corps dans la solution. Cette théorie confirmait donc en quelque sorte le principe de dilution, base de l'homéopathie.

Suite à la parution de cet article, une controverse particulièrement virulente est née, aux motifs que Benveniste avait utilisé un test inapproprié, rendant le protocole expérimental hasardeux. Lui fut également reproché une justification hasardeuse hors du cadre des

⁷² INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

connaissances actuelles car, au yeux des détracteurs, nous n'avons aucune possibilité à notre époque d'apporter une quelconque explication au phénomène éventuel de la mémoire de l'eau. Un autre reproche –oh combien surprenant- fut qu'un laboratoire spécialisé en homéopathie, en l'occurrence les laboratoires Boiron, avait participé au financement des recherches. N'y aurait t-il aucune recherche médicale qui soit subventionnée par des laboratoires privés ? La communauté scientifique lui opposa également le caractère révolutionnaire de sa théorie, et l'a rejetée en bloc. Il est totalement inhabituel que des thèses scientifiques proposées dans une revue spécialisée, même lorsqu'elles sont réfutées après coup, déclenchent une telle controverse.

Pourtant, en mai 1989, la revue « Newlook », dans un article consacré à la mémoire de l'eau, annonçait que le professeur Jean Marie Pelt, botaniste de renommée mondiale, Président de l'Institut Européen d'Ecologie et professeur émérite de biologie végétale et de pharmacologie de l'Université de Metz avait vérifié les expériences de Jacques Benveniste sur la mémoire de l'eau. Selon l'article, Jean Marie Pelt a déclaré avoir refait l'expérience de Jacques Benveniste, et obtenu les mêmes résultats. Il dit « *Il est clair qu'en ce qui concerne les faits, ils sont là, et assez entêtés pour qu'ils se produisent abondamment. Je peux même dire que du point de vue strictement scientifique, ils ne sont pas discutables.* »

Cette polémique fut plus que passionnée et dépassa même les limites du débat scientifique, qui fut remplacé par les sarcasmes, les calomnies, et même les insultes. Tout ceci donna lieu en 1994 à la naissance d'un ouvrage écrit par Michel Schiff⁷³ : « *Un cas de censure dans la science. L'affaire de la mémoire de l'eau* » aux éditions Albin Michel. En 4^{ème} de couverture, nous trouvons :

« La controverse passionnée autour des expériences de Jacques Benveniste sur la "mémoire de l'eau" prolonge et accentue une querelle scientifique déjà nourrie depuis des décennies par les dilutions homéopathiques. Ce n'est pas sans étonnement que l'on a vu, à cette occasion, de paisibles chercheurs se muer en bretteurs redoutables. Chercheur au CNRS, l'auteur examine ici les raisons d'une telle passion. Derrière les excommunications officielles qui ont frappé Jacques Benveniste, il met en évidence la panique de scientifiques confrontés à des thèses nouvelles qu'ils ne comprennent pas. Au-delà du dossier de la

⁷³ Michel SCHIFF (1933-2004) : physicien et psychologue, chercheur au CNRS.

"mémoire de l'eau", l'implacable enquête de Michel Schiff pose à toute la communauté intellectuelle une grave question : la censure existe-t-elle dans la science ? »

De la mémoire de l'eau à la biologie numérique

Malgré les attaques de ses confrères, le scientifique poursuit ses recherches, afin de comprendre la façon dont les molécules pouvaient transmettre l'information. Rapidement, il est convaincu que la communication entre les molécules est possible grâce à un champ électromagnétique d'une fréquence particulière.

En 1995, il parvient à enregistrer le signal électromagnétique à partir d'un ordinateur ordinaire et parvient par la suite à transmettre ce signal enregistré de la France aux U.S.A. A partir de là fut réalisée une expérience pour le moins intéressante, dont les résultats ont été confirmés ultérieurement par un nombre considérable d'expériences du même type : le dit signal électromagnétique reçu fut diffusé dans l'eau, et les observations démontrèrent l'existence de réactions biologiques identiques à celles qui auraient eu lieu si la molécule émettrice avait été physiquement présente.

Ces découvertes, qui ont donné naissance à la biologie numérique, dont le père est et restera Jacques Benveniste, laissent entrevoir des applications nombreuses comme l'identification de substances biologiques diverses, qui se fera à partir de détecteurs électromagnétiques par reconnaissance numérique de leur fréquence propre.

LE REVE LUCIDE

Extrait de la thèse de Doctorat d'Etat ès Lettres

Réalisée par Christian BOUCHET

Sous la direction de Michel Hulin
Université de Paris IV - Sorbonne – 1994

(Source : site web de Florence Ghibellini)

Description et analyse du phénomène à partir d'expériences de rêves lucides spontanées ou préparées. Essai d'interprétation : mise en évidence des implications théoriques des procédés et techniques mis en oeuvre.

Le « rêve lucide » est un rêve de sommeil au cours duquel le rêveur sait qu'il est en train de rêver. La conscience de son état y est souvent à ce point vive que les chercheurs l'expliquent par l'émergence de la conscience de veille dans le rêve. Le travail ici résumé soutient au contraire que ce type de conscience, la lucidité onirique, diffère radicalement de la conscience de veille. Pour le montrer, il commence par poser les conditions de possibilité de son étude :

- 1) il retrace le développement de la recherche dans le monde occidental qui n'a réellement démarré qu'avec l'étude des états de conscience dits "modifiés",
- 2) il s'efforce ensuite, à travers l'analyse de récits de rêves lucides, de donner une définition opératoire afin de comprendre ce que la communauté des chercheurs étudie sous ce terme alors même qu'ils ne s'accordent pas sur ses caractéristiques,
- 3) il analyse les méthodes d'induction de la lucidité onirique pour en dégager les critères essentiels,
- 4) il détermine les facteurs qui permettent d'ouvrir un champ à l'expérimentation.

Ces conditions posées, il examine ce que l'expérimentation systématique nous apprend sur le rêve lucide aussi bien sur sa qualité onirique qu'en tant que phénomène culturel ou dans son approche scientifique, qu'elle soit psychanalytique, différentielle ou psychophysiological (étude en laboratoire). Il devient alors possible de mettre en évidence les implications théoriques de l'étude du rêve lucide.

- 1) en montrant les limites des modèles explicatifs habituels (psychophysiologicals et psychologiques).
- 2) en adoptant une approche critique qui permet de caractériser la lucidité comme hétérogène à la conscience de veille et de poser une hypothèse nouvelle (celle d'un substrat conscientiel) pour rendre compte de l'existence de ce phénomène et des difficultés théoriques qu'il entraîne.

VU

NANCY, le 24 janvier 2007

Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le 25 janvier 2007

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 29 janvier 2007

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Dans ce travail, l'auteur tente une réflexion sur l'histoire de l'hypnose médicale.

Pour cela, il s'intéresse tout d'abord à la pensée historique, fascinante par les hommes que l'on peut y découvrir. Bien sur, l'évolution de ce concept s'intrique avec l'évolution de la médecine en général, mais son histoire s'est également retrouvée influencée par le système politique, social, ou religieux de l'époque.

Au travers de sa constatation que l'hypnose a gagné aujourd'hui ses lettres de noblesses, l'auteur explorera l'intérêt et la nouvelle place officielle de l'hypnose médicale au début du XXI^{ème} siècle, à la fois par son côté théorique et pratique.

Enfin, en s'appuyant sur un contexte actuel scientifique bouillonnant de nouvelles théories et de remises en question, l'auteur tentera une extrapolation sur les possibles futurs bouleversements du monde médical, car l'officialisation de l'hypnose médicale n'est peut-être qu'un commencement.

TITRE EN ANGLAIS

**MEDICAL HYPNOSIS:
FROM DARKNESS TO LIGHT
A study of the history of hypnosis**

THESE

MEDECINE GENERALE - ANNEE 2007

MOTS CLEFS

Magnétisme - Hypnose - Hypnose médicale - Hypnothérapie - Psychanalyse - Conscient
Subconscient - Inconscient - Etats modifiés de conscience - Esprit - Psychisme
Psychologie.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 - VANDOEUVRE LES NANCY
