

Ce document numérique 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.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :

<http://www.hypnose.fr>



Diplôme Universitaire

Hypnose médicale et clinique

Université de La Réunion

Année 2013-2014

Place des mots dans la pratique de l'hypnose en médecine générale

Dr Christophe COPPIN, médecin généraliste

Directrice de mémoire : **Isabelle Célestin-Lhopiteau**, psychologue

Remerciements

Au Dr Guy Chedeau, qui, par la richesse de son enseignement, m'a fait découvrir l'hypnose médicale.

Au Dr Fabrice Lakdja, qui, au-delà de son brillant enseignement sur la douleur, par son amour des mots, m'a apporté de précieux conseils.

Au Dr Fatmah Timol, pour sa disponibilité, ses conseils et son écoute toujours attentive.

A Monsieur Axel Gauvin, qui m'a offert de son temps pour un riche échange sur la langue créole réunionnaise.

A toute l'équipe pédagogique du D.U. d'hypnose médicale et clinique et tout particulièrement au Dr Frédérique Mohy, amie de longue date et sans qui ce D.U. n'aurait pu voir le jour.

A Isabelle Célestin-Lhopiteau qui m'a fait l'honneur d'accepter la direction de ce mémoire.

A Cécile, pour son soutien et sa précieuse contribution dans la relecture.

A mes chers enfants, Ulysse, Eléonore et Timothée, pour leur soutien attentif et affectueux.

INTRODUCTION	4
REVUE DE TRAVAUX	6
1. Le mot	7
1.1 Etymologie	7
1.2 Des origines du langage à nos jours	7
1.3 Aspects philosophiques et linguistiques du langage	8
1.4 Bases neuro-psychologiques du langage	9
1.5 Aspects linguistiques de la langue créole réunionnaise	13
2. Le mot dans la relation médecin-patient	16
2.1 Aspects historiques du discours médical	16
2.2 Bases de la communication	21
2.3 Place des mots dans la relation	22
2.4 L'impact négatif des mots	24
2.5 Spécificités de la médecine générale	25
2.6 Spécificités de la langue créole réunionnaise	27
3. Le mot et l'hypnose	30
3.1 Histoire et définitions de l'hypnose	30
3.2 Le langage hypnotique	32
3.2.1 Généralités	33
3.2.2 Philosophie et langage hypnotique	34
3.2.3 La rhétorique hypnotique	35
3.2.4 Le langage figuratif	38
3.2.5 Imagination, hypnose et neuro-sciences	39
4. Particularités de l'hypnose médicale en médecine générale	42
METHODOLOGIE	45
DONNEES CLINIQUES	48
1. Cas clinique n°1	49
2. Cas clinique n°2	50

3. Cas clinique n°3	51
4. Cas clinique n°4	51
5. Cas clinique n°5	52
6. Cas clinique n°6	54
7. Cas clinique n°7	55
8. Cas clinique n°8	56
9. Cas clinique n°9	57
10. Cas clinique n°10	60
DISCUSSION	66
1. Discussion théorico-clinique	67
2. Discussion éthique	73
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	80
Annexe I : « Le mot et la chose »	81
Annexe II : « Jeunes gens, prenez garde aux choses que vous dites »	82
Annexe III : Devinette n°1 sur le corps	83
Annexe IV : Devinette n°2 sur le corps	85

Introduction

Installé en médecine générale dans un cabinet de groupe depuis 1992, dans les hauts de l'ouest de La Réunion, ma pratique quotidienne m'a donné à réfléchir sur la relation médecin-patient.

Le dualisme corps-esprit dans lequel ma formation initiale m'a enseigné ses principes, a eu pour effet de me faire prendre petit à petit conscience des travers d'une médecine centrée sur la maladie, d'une médecine pouvant donner l'illusion d'une toute puissance.

Le développement d'une compétence en algologie par un enseignement universitaire, a de toute évidence renforcé ce sentiment que seule une approche globale, une approche d'écoute attentive et bienveillante, était adaptée à la relation médecin-patient.

La médecine générale amène sur sa route le cortège de la vraie vie, dans sa diversité, dans sa richesse. Je pense mon métier aujourd'hui comme une chance de pouvoir vivre toutes ces expériences humaines.

J'ai pu bénéficier d'une formation en hypnose médicale en 2003.

L'hypnose Ericksonienne est venue doucement prendre position dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste que je suis et plus particulièrement dans la prise en charge de la douleur.

Une sorte de décantation lente de cet apprentissage et de son intégration à la pratique de la médecine générale au quotidien, me permet de vivre une transformation de ma relation avec le patient.

Partant d'une réflexion qu'impose la pratique de l'hypnose médicale et son impact sur cette relation, je propose dans ce mémoire, de porter mon étude sur la place du mot et donc de la parole dans cette rencontre singulière.

Depuis les philosophes de l'Antiquité, le langage donne à réfléchir sur son développement, son usage et son pouvoir.

Nous chercherons à mettre en lumière, comment les mots de la communication hypnotique, font de ce mode de relation, un formidable vecteur de changement pour le patient même si bien sûr, le mot n'est qu'un maillon de la chaîne phénoménologique du processus hypnotique.

C'est au travers de la pratique en médecine générale, que nous tenterons de poser le rapport hypnotique, comme une philosophie de la relation au patient qui devient alors plus une posture qu'un outil.

A chaque degré de réflexion, un regard tout particulier sera posé sur la place de la langue créole réunionnaise, en abordant l'aspect linguistique et les spécificités qu'elle entraîne dans la relation médecin-patient.

Avant d'illustrer cela par l'exposé de quelques rencontres, nous aborderons le mot dans ses aspects linguistiques puis sa place dans la relation soignant-soigné ainsi que dans la pratique de l'hypnose médicale.

REVUE DE TRAVAUX

« Les mots sont les passants mystérieux de l'âme »

(Victor Hugo, Les Contemplations)

1. Le mot

1.1 Etymologie

« Mot », dérivé du latin *muttum*, il n'est alors à l'origine qu'un grognement !

Ce n'est qu'en 1690, dans le Dictionnaire Universel d'Antoine Furetière, qu'il prendra sa réelle place linguistique, pour devenir, comme le définit le Dictionnaire Larousse :

Elément de la langue, composé d'un ou de plusieurs phonèmes

participant au fonctionnement syntactico-sémantique d'un énoncé

Cette unité sémantique entre dans la constitution du langage, capacité d'exprimer et de communiquer.

1.2 Des origines du langage à nos jours

Malgré l'usage des techniques modernes en archéologie et en anthropologie, il n'est pas possible à ce jour d'être précis sur cette origine. Il est supposé que l'élaboration des premiers outils soit il y a environ 1,8 millions d'années ait contribué à sa naissance. La création du feu il y a 500000 ans puis des premiers rites funéraires il y a environ 200000 ans ont certainement amplifié ce processus d'élaboration. Le sumérien, la plus ancienne langue écrite connue, s'est parlée entre 5000 et 2000 av.JC.

Actuellement, l'Unesco reconnaît 6000 langues vivantes, mais le processus de mondialisation crée une accélération de la disparition des langues.

Les philosophes puis avec eux, les linguistes, se partagent depuis des siècles, l'analyse de l'évolution du langage.

1.3 Aspects philosophiques et linguistiques du langage

Dans l'Antiquité, la « rhétorique » est définie comme une technique pratique, s'exerçant à l'art de bien parler et de bien écrire. Une partie des philosophes dont Platon, est alors entrée en conflit avec les Sophistes, prenant ces derniers pour des orateurs perdus dans leurs discours et s'éloignant ainsi de la vérité.

Paul Ricoeur nous rappelle ce conflit rhétorique et philosophie : « la rhétorique devient son plus vieil ennemi et son plus vieil allié » (1). Il soulève avec la métaphore, un des aspects de ce conflit avec la philosophie. Il porte son intérêt sur le pouvoir figuratif du langage, permettant de faire passer le sujet, « du texte à l'action ».

Pour d'autres, la métaphore se perdant dans le langage imaginaire serait alors vue comme un des artifices de la rhétorique, la regardant comme un jeu d'adresse technique.

On retrouve cette opposition plus tard entre Nietzsche et Kant. Ce dernier qualifie la rhétorique dans sa *Critique du jugement*, d'art de faire servir les faiblesses humaines à ses intentions propres et « *digne d'aucune estime* ». Nietzsche est l'un des partisans de la rupture de la transparence entre les mots et les choses : « C'est bien après coup, c'est tout juste maintenant que les hommes commencent à se rendre compte de l'énorme erreur qu'ils ont propagée avec leur croyance au langage » (2)

Descartes s'oppose bien sûr à la rhétorique car elle ne montre que le vraisemblable et défend l'usage d'idées claires contre l'usage des émotions et la subjectivité du locuteur.

Parmi les philosophes des lumières, Rousseau tient comme Descartes, à redonner au langage, sa juste place dans la raison : « parler, éclairer et savoir sont, au sens strict, du même ordre ». (3)

Le linguiste suisse Ferdinand de Saussure, dans son *Cours de linguistique générale* (1913) pose des bases rigides du langage en lui attribuant le statut de « système de signes », signes que sont les mots désignant la chose aboutissant au concept de signifié = représentation mentale de la chose et de signifiant = image acoustique du mot.

Noam Chomsky, linguiste et philosophe américain répond à Ferdinand de Saussure par une théorie linguistique qui réhabilite la parole comme acte créateur, performance supposant une compétence du locuteur. (4)

Si Hegel tend à montrer qu'il n'y a pas véritablement de pensée avant le langage, Bergson prend le contre-point en s'attachant à montrer que derrière le langage se dissimule de l'indicible qui fait la richesse de notre vie intérieure donc de notre pensée et « permet de voir dans la poésie un universel retrouvé de la parole » (5)

Quant à Wittgenstein, il place le sens du monde hors langage tout en précisant que cela n'équivaut pas à l'inexprimable et il fait la distinction entre dire et montrer. Si on ne peut échapper à notre condition langagière, nous pouvons accéder au monde par l'image linguistique, la métaphore ou la fiction. (6)

Cela nous amène à aborder enfin, l'aspect phénoménologique du langage si bien décrit par Merleau-Ponty. Pour lui, « la parole et la pensée sont enveloppées l'une dans l'autre, le sens est pris dans la parole et la parole dans l'existence extérieure du sens ». Il nous dit aussi que « le mot et la parole cessent d'être une manière de désigner, pour devenir la présence de cette pensée dans le monde sensible » (7)

On retrouve cette notion lorsqu'il écrit : « Beaucoup plus qu'un moyen, le langage est quelque chose comme un être ». (8)

1.4 Bases neuro-psychologiques du langage

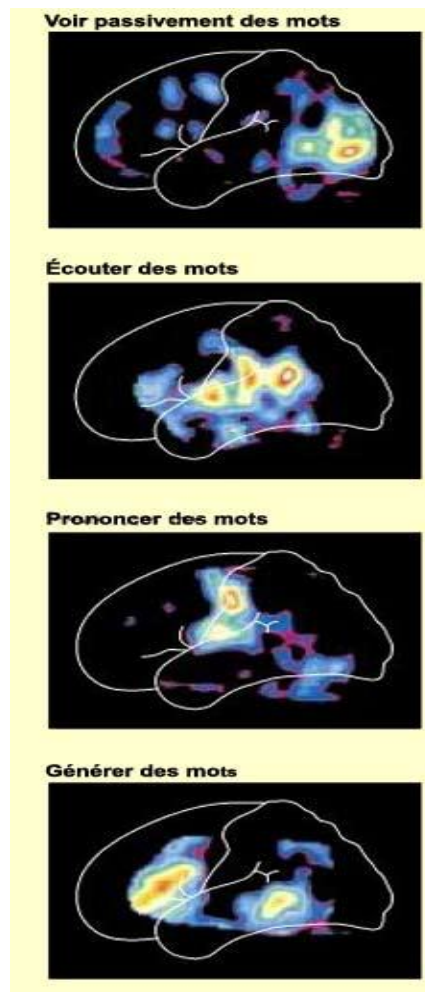
Le langage est sous la direction du système nerveux central avec mise en jeu des organes sensoriels (visuel et surtout auditif), phonatoires. Ces systèmes sont en relation avec ceux chargés de l'intentionnalité, de l'attention, de la mémoire, de la planification en lien avec les notions d'affectivité et de personnalité.

L'apprentissage du langage commence au stade fœtal dès que le système auditif est fonctionnel c'est-à-dire au dernier trimestre de la grossesse.

La production des premiers mots débute aux environs de 11-13 mois pour atteindre environ 200 mots à la fin de la 2^{ème} année. L'adulte disposera d'un stock lexical d'environ 50000 mots voire 100000 pour les plus cultivés.

Des travaux sur le choix des mots ont montré que leur vitesse de production dépendrait de 2 facteurs : l'âge auquel le mot est acquis mais aussi la fréquence d'utilisation tant par l'enfant que par l'adulte. (9)

Il est aussi remarquable d'observer sur des travaux d'imagerie fonctionnelle (10), la plus grande mobilisation des structures cérébrales lors d'un mot écouté que lors d'un mot prononcé.



L'imagerie fonctionnelle des mots

Neuro-anatomie du langage :

Après l'étude de huit cas, publiée en 1863, le chirurgien et anatomiste Paul Broca (1824-1880), écrit que le « siège de la faculté du langage articulé » se situe dans la moitié arrière de la troisième circonvolution du lobe frontal de l'hémisphère cérébral gauche.

Cette aire de Broca regroupe les aires 44, responsable du traitement phonologique et 45, pour les aspects sémantiques (classification de Brodmann).

L'aire de Broca n'est pas impliquée dans le sens du langage mais elle participe à la mémoire verbale.

En 1874, le neurologue Polonais Carl Wernicke (1848-1905), décrit des désordres du langage, différents de ceux observés par Broca. (troubles de la compréhension).

L'aire de Wernicke ou aire 22 de Brodmann, est située entre le cortex auditif primaire, le gyrus supra-marginal (traitement phonologique et articulatoire des mots) et le gyrus angulaire (traitement sémantique).

Ces découvertes viennent alors à l'encontre de la doctrine holistique qui elle, considère que le cerveau est un organe fonctionnant comme un tout.

Bien sûr le support anatomique du langage ne se réduit pas à ces 2 aires et de nombreuses autres structures corticales, sous-corticales et cérébelleuses sont impliquées dans cette fonction.

En 1980, le neurologue Marsel Mesulam propose un autre modèle, reposant sur une fonction par paliers de complexité mais qui reste localisationniste.

Des travaux plus récents à l'Université de Mc Gill, s'orientent vers un modèle basé sur des aires anatomiques distinctes mais avec une vision « en parallèle » du traitement de l'information.

95% des humains ont leurs aires de langage latéralisées du côté gauche (droitiers comme gauchers).

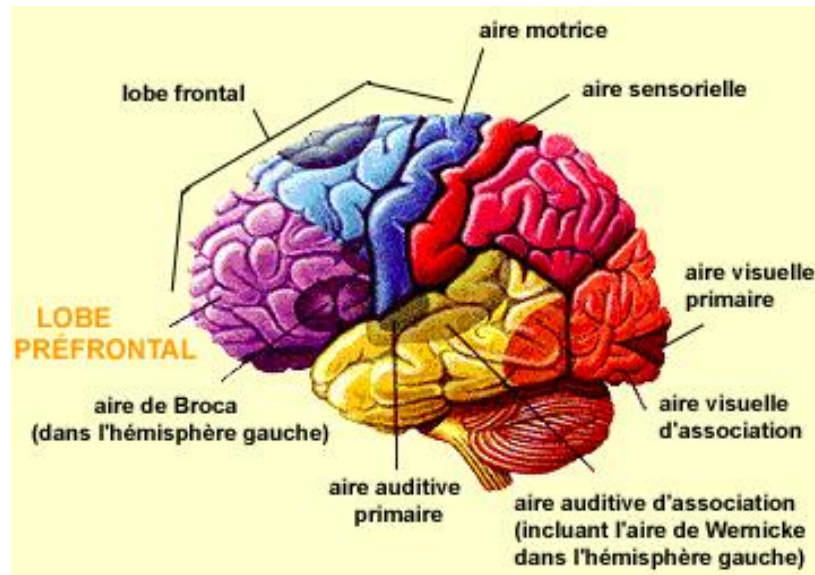
La prosodie, qui dénomme l'intonation et l'accentuation des phonèmes, est dévolue à l'hémisphère droit.

L'hémisphère droit est aussi celui du langage non littéral (ironie, métaphores, poésie fiction)

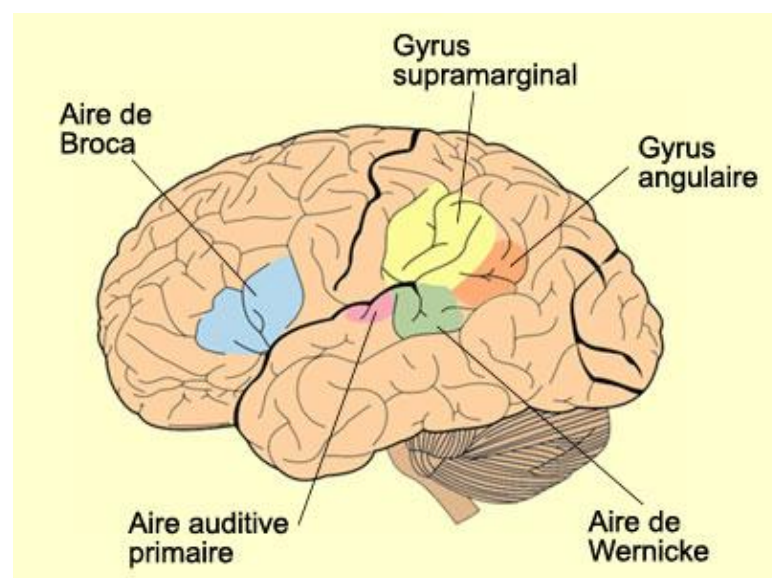
Toutes ces structures cérébrales précédemment décrites sont interconnectées avec celle :

- de l'émotion : la vaste structure corticale et sous corticale concernée est le système limbique. Les réponses neurovégétatives les mieux connues concernent le système orthosympathique avec une élévation de l'activité cardio-respiratoire.
- de l'attention : les précurseurs de la psychologie du XIX^e siècle comme William James y ont porté un intérêt particulier en établissant le lien entre attention et conscience. Le cortex pariétal postérieur joue un rôle d'alerte, le colliculus supérieur est engagé dans la flexibilité/focalisation et le pulvinar celui de relai pour amplifier l'information.

- de la mémoire : étroitement liée à l'attention, on décrit classiquement la mémoire de travail ou mémoire à court terme sous le contrôle principal du cortex préfrontal et la mémoire à long terme sous le contrôle de l'hippocampe.



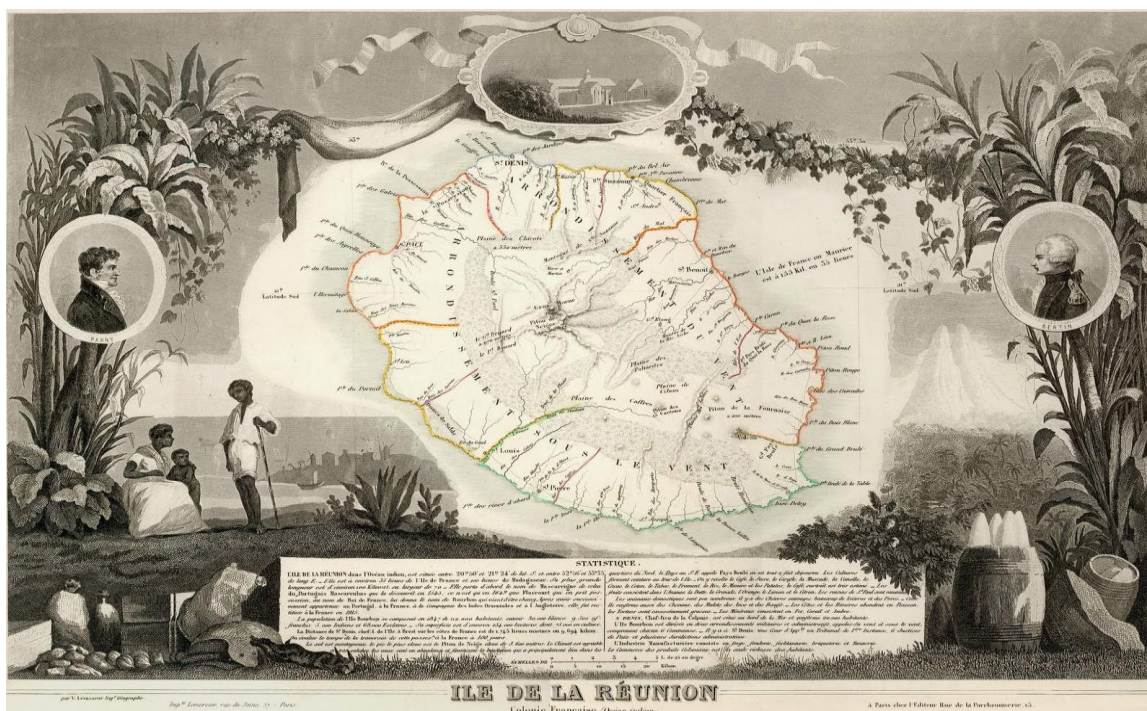
Représentation des aires du langage



Les aires du langage

1.5 Aspects linguistiques de la langue créole Réunionnaise

Déserte jusqu'en 1646, l'Île de la Réunion se peuple initialement de colons français accompagnés d'esclaves malgaches rapidement de plus en plus nombreux. La langue malgache prendra une place importante dans la genèse de la langue créole à La Réunion.



Île de La Réunion au XVIIIème siècle

Au début de XVIIIème siècle, l'Île se dirige vers une société de plantation en s'orientant sur la culture des épices et du café. Dans la première moitié du XIXème siècle, la plantation de la canne à sucre s'impose et appelle une main d'œuvre plus importante. Des travailleurs libres africains et asiatiques, appelés « engagés » viennent pour répondre à cette nouvelle demande.

En 1848, l'abolition de l'esclavage entraîne un nouvel appel aux engagés, d'origine Malgaches, Africains, Indiens, Chinois ou encore Rodriguais. Le métissage ainsi réalisé fait naître une nouvelle langue, le créole de La Réunion. C'est une langue dont la base lexicale serait française à environ 70% mais la phonétique ou la syntaxe en sont souvent assez éloignés.

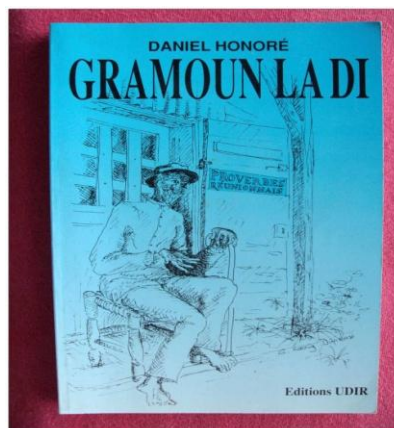
Dans cette société multiculturelle, pour des habitants souvent loin de leurs racines, est né un besoin de raconter des histoires, des contes, répondant à un besoin d'évasion.

Cette place donnée à l'imaginaire par des proverbes métaphoriques, des contes, des poèmes provient sans aucun doute des histoires que les esclaves et les engagés ont emporté dans « leurs malles ». Cette langue, pendant longtemps fut uniquement parlée et non écrite, ce qui explique la place de l'image dans la communication orale.

A partir de la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle se développe la poésie et des traductions de fables. On ne peut manquer de citer le plus illustre : Leconte de Lisle (1818-1894).

Mais c'est à Louis Héry (1808-1856), fabuliste français, que l'on doit les premiers textes de créole réunionnais, se lançant dans la créolisation de fables inspirées de celles de Jean de La Fontaine.

Le « rakontèr » (celui qui raconte) est souvent un « gramoun » (grand-parent) et plus particulièrement la grand-mère qui habite souvent sous le même toit que ses petits enfants.



« Gramoun la di » Daniel Honoré

Ces derniers écoutaient alors religieusement le « rakontaz » (l'histoire). Dans les familles aisées, c'est à la « nènène » (employée de maison) chargée des enfants, que revenait la parole du conte.

Le soir, après le travail, journaliers agricoles, ouvriers d'usine et autres petits planteurs se retrouvaient autour d'un petit « koudsèk » (petit rhum) à écouter celui qui prenait le rôle du « rakontèr zistoir » pendant que d'autres jouaient aux cartes ou aux dominos.

Dans les années 1960, l'arrivée de la télévision puis 30 ans plus tard de l'ordinateur, ont porté un coup à cette tradition de la place des histoires dans la société Réunionnaise.

Comme nous le verrons plus loin, on retrouve encore imprégné dans la langue créole, l'image poétique, la métaphore, au travers de mots, de proverbes ou d'expressions.

Cette prédisposition culturelle est bien sûr à prendre en compte dans le regard sur la relation médecin-patient à La Réunion mais aussi dans la pratique de l'hypnose où le champ symbolique a toute son importance.

« Les mots ont le pouvoir de détruire et de soigner, lorsqu'ils sont justes et généreux, ils peuvent changer le monde »

Bouddha

2. Le mot dans la relation médecin-patient

Aborder la place du mot dans la relation entre le médecin et le patient nous oblige tout d'abord à une petite exploration historique de son évolution.

2.1. Aspects historiques du discours médical

Dans l'Antiquité, la relation du médecin vers le patient était de nature autoritaire. Au temps d'Aristote, « soigner c'est faire le bien » en se limitant à des règles simples de générosité, de compassion et de dévouement, le patient se soumettant à l'autorité du médecin. Dans « La République », Platon reconnaissait la fonction thérapeutique de la parole. Antiphon (480 av-JC – 410 av-JC) était connu pour s'être spécialisé dans la thérapeutique par les mots faisant de lui en quelque sorte le précurseur de la psychanalyse. Hippocrate (460 av-JC – 370 av-JC) considéré comme « le père de la médecine » faisant reposer cet art sur la nature, l'observation et le raisonnement rejetant les superstitions, les croyances et le rôle de la parole dans la thérapie. Pendant de longs siècles se côtoyaient deux médecines : une « profane » tournée vers le traitement physique des malades, l'autre, sacerdotale, par des « prêtres-guérisseurs » (11) qui avait la charge de la médecine de l'âme. Ces deux modes de guérison s'exerçaient sous le signe du monothéisme, ce qu'illustre bien la fameuse formule d'Ambroise Paré, « je le pensai, Dieu le guérit » dévoluant nettement ce rôle de tiers dans la relation, à Dieu.

L'évolution au moyen-âge est marquée par la médicalisation et la professionnalisation du métier. Au XVII^{ème} siècle dominait la croyance diffuse que la guérison du mal était du ressort du destin plutôt que de l'art.

Au XVIII^{ème} siècle émerge le discours médical moderne avec la révolution scientifique, même si Hippocrate reste la référence avec sa théorie des humeurs. Descartes oppose à cette

théorie un « univers indéfini » venant donc contre dire la théorie hippocratique du tout fini et bien ordonné. Pour Descartes seul le corps existe au sein de cet univers infini.

C'est une ouverture à la vision mathématique du monde, un monde de « géométrie réifié » selon Descartes qui donne une explication mécaniste du corps et de la vie.

Les médecins du XVIIIème restent embourbés dans la tradition hippocratique-galénique pour la représentation du corps, avec une théorie des humeurs toujours reprise pour repérer des tempéraments : du bilieux enclin à la colère (bile jaune), de l'atrabilaire triste (bile noire) au flegmatique calme et imperturbable (lymphe) et au sanguin fougueux (sang). A ces références humorales que les malades peuvent s'approprier dans leurs discours car collant au plus près de leur réel s'ajoutent souvent des éléments relatifs à la théorie mécaniste de Descartes, celle du corps-machine. Par exemple, la circulation lymphatique et sanguine prend une compréhension « hydraulique » des humeurs. Ces liquides corporels circulent dans le corps devenu « pompe », « fontaine » ou « horloge » en relation avec les nouvelles machines de cette époque. La saignée ou la purge sont là pour rétablir des équilibres.



Représentation de la théorie des humeurs

Toujours dans cette vision du corps, fait de tuyaux, les maux reposent sur les mots : d'embarras, d'obstruction, de rétention ou d'engorgement. A cette époque du plein développement de l'anatomie, les « fibres » viennent décrire les parties solides du corps humain. Les « tiraillements », « tensions », « tremblements », « lassitude », « faiblesse »,

« fatigue » trouvent une assise organique sur laquelle vont pouvoir s'appliquer des remèdes comme les bains ou les frictions. Tout un vocabulaire physique nouveau vient ainsi se greffer sur celui propre aux humeurs, ce dernier ayant une approche plus individualisée que celui matérialiste issu du discours médical scientifique en pleine évolution. Un type de fibres qui composent le solide du corps, va particulièrement être investi des relations entre le corps et l'esprit : les nerfs. Décrits par Descartes (12) comme des canaux spécifiques semblables aux « tuyaux », ils « s'imposent, en ce sens, comme un médium essentiel à l'unité de l'être humain ». Ces nerfs font l'objet de descriptions parfois très éloignées des théories nerveuses des traités médicaux. Ils peuvent ainsi être « essuyés par la fatigue », « s'irriter sous l'action des passions », « s'ébranler », « sauter », d'une telle mobilité qu'on ne sait plus comment les « conduire ». Ce vocabulaire « nerveux » viendrait donc compléter celui des humeurs avec ses notions de tempéraments, permettant d'apporter un aspect psycho-somatique au discours. Il donne aux malades, l'opportunité d'explicitier avec plus de détails leur condition « psychophysiologique », leur vécu propre, ce qui reste compliqué pour eux par l'approche mécaniste qui tend à s'imposer.

Le discours du patient ressemble à une négociation visant à s'attirer les faveurs du praticien par l'usage de la flatterie ou par des tentatives d'apitoiement. Mais le recours le plus commun est celui d'en appeler à la compassion voire à la pitié de la part du médecin.

On voit donc comment ces modèles, l'un très ancien, l'humoral, l'autre en plein essor, anatomo-localiste se croisent pour faire place à un discours où le patient essaie de se faire comprendre tout en s'adaptant à un langage médical moderne en construction.

Mais au XVIII^{ème} siècle, le médecin a du mal à se faire une place dans la société aux croyances populaires fortes. Il est jugé loin du peuple, corporatiste, absent de la ruralité qui constitue pourtant la majorité de la population. Cette situation laisse grande ouverte la voie au « charlatanisme » qui profite du flou du savoir médical. Ce sont les « guérisseurs », « rebouteux », « renoueurs », « adoubeurs », « panseurs »... Seuls les chirurgiens, accoucheurs et apothicaires ont la reconnaissance du peuple car ils s'occupent du corps ; ils constituent une vraie concurrence pour les médecins. La naissance de l'anatomo-pathologie moderne avec Jean-Baptiste Morgagni (1682-1771), médecin italien et François Magendie, médecin physiologiste français accentuent cette fracture. Magendie relègue les médecins à un rôle de penseurs et de prescripteurs ; pour lui seuls les physiciens et les chimistes sont de vrais scientifiques.

Molière dans « Le malade imaginaire » voit la médecine comme une imposture, faisant une satire de la prétention qu'elle a à combattre la maladie.



« Le médecin et son malade au XVIIIème siècle»

En réaction, la fin du XVIIIème est marquée après la Révolution, par un mouvement de défense des médecins qui s'organisent et s'unissent pour réformer la médecine hospitalière et engager sa laïcisation. L'association avec la Faculté légitimise et officialise l'enseignement clinique. La médecine peut ainsi évoluer vers le statut de profession consultante. Mais à cette époque la singularité du malade importe toujours peu, malgré la tentative de Xavier Bichat (1771-1802) médecin biologiste et physiologiste français, dans son anthropologie physiologique, de donner sa place à l'individu. Malgré cela, le « symptôme » dans la médecine hippocratique tend à n'être plus qu'un signe de la maladie parmi d'autres. Il est même relégué au rang des obstacles de l'examen. Seuls les signes repérés et même créés par le médecin font sens, donnant l'idée d'un discours qui s'orienterait vers un monologue où la parole du patient est réduite. L'instrumentalisation de l'examen médical, qu'il s'agisse du stéthoscope créé par Laënnec (1781-1826), ou de la percussion par Corvisart (1755-1821) tous deux médecins français, symbolisent l'entrée dans l'approche technique avec émergence d'un langage médical sémiologique l'éloignant un peu plus du patient. De plus, l'introduction de la médecine dans le corps social par le développement de la santé publique en réponse notamment aux épidémies efface un peu plus le corps vivant individuel au profit du collectif. On retrouve cette notion de collectif dans la philosophie positiviste d'Auguste Comte (1798-1857) où la biologie rejoint le social fusionnant le sujet avec le citoyen. Cela le distinguait de Kant (1724-1804) qui dans ses « Critiques », tentait de replacer l'humain comme un modèle global de sensibilité dans un concept d'anthropologie empirico-transcendantale.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, Claude Bernard (1813-1878) médecin physiologiste français et Louis Pasteur (1822-1895) chimiste et physicien de formation font naître les bases de la médecine moderne comme une médecine scientifique où la biologie est la base et la vie ne serait qu'un mécanisme (13). Le médecin est alors désigné comme un physio-pathologiste. Cette approche fonctionnelle laisse encore une fois de côté une vision globale de la maladie.

Se trace alors le système biomédical du XX^{ème} siècle dans la chronologie de la maladie : l'agent infectieux par Pasteur, la lésion par Laënnec et la physiopathologie par Bernard. C'est l'avènement du médecin ingénieur, du savoir médical institué en pouvoir où le mot médecin est remplacé par celui de « Docteur », « celui qui sait ». Parallèlement à cette médecine « silencieuse » où la parole du patient trouvait peu de place, se développaient diverses psychothérapies sous l'impulsion de Sigmund Freud (1856 – 1939).

Mais la place du savoir médical dans la relation médecin-patient fut amplifiée et magnifiée par les découvertes fondamentales qui vont suivre notamment celle de la pénicilline en 1928, qui sera commercialisée en 1942. Le médicament devient le point d'ancrage de la rationalité médicale, « sur sa substance neutre et froide, se condensent l'énergie du médecin et la confiance du malade » (14). Le médicament symbolise concrètement le pouvoir médical, pouvoir assis sur la croyance et la confiance, le médecin devenant lui-même un remède, « il s'administre au patient » comme l'écrit Michael Balint (15).

Dans son développement et sa réorganisation, la médecine s'est inspiré du modèle militaire ce qui explique pour partie la présence de la métaphore militaire dans le langage : les bactéries sont des ennemies et l'infection donne lieu à une lutte, un combat.

A ce pouvoir médical très présent et organisé, les patients, après la deuxième guerre mondiale s'organisent en associations, notamment pour des maladies chroniques comme le diabète. En mai 1968, le corporatisme médical est dénoncé. Les mouvements anglo-saxons de « self-help » et « self-care » sont aussi une réponse citoyenne de prise en main de leur autonomie par les patients.

Dans les années 1980, au Canada, prend naissance l'« Evidence-Based-Medicine » ou « médecine basée sur les preuves » qui tend à une rationalité stricte de la pratique médicale. Visualiser, quantifier, prouver et universaliser en sont les quatre piliers. L'avènement de la génétique et de la biomédecine ne font qu'accentuer cette rationalité, le système médical technicien développant un discours mettant les techniques en avant (16). Par ailleurs, les

R.M.O. (références médicales opposables) en 1990, voient l'autonomie du discours médical s'effacer un peu plus, devant un discours techno-économique.

C'est aussi dans ce contexte que les thérapies dites « alternatives » se développent (dans une étude en France en 1985, 49% des interrogés indiquent faire appel à ce type de thérapies) répondant à une demande de prise en charge globale dite « holistique », posant en contre poids de la rationalité médicale, la puissance de l'imaginaire.

La mise en place du dossier médical personnel en 2004, concrétise le « rééquilibrage » dans la relation médecin-patient.

Enfin, la place grandissante de l'information, des forums de patients sur internet, sont une énorme base de données participant à l'extension du territoire de connaissance du patient ; une enquête publiée en janvier 2011, indique que 59% des français utilisent aujourd'hui internet afin d'obtenir des informations sur la santé.

D'une rhétorique soignante en passant par le modèle hippocratique puis une approche anatomo-clinique renforcée par l'apport des sciences pour devenir notre système bio-médical actuel, le discours s'est donc façonné par cette évolution. Pendant longtemps autoritaire, le discours s'est adouci sur un mode paternaliste. Le consentement éclairé a posé encore de nouvelles bases d'équilibre dans la relation médecin-patient. Aujourd'hui d'autres voies s'ouvrent afin de donner toute sa place à une communication professionnelle comme dans l'éducation thérapeutique ou à une approche humaniste comme dans l'hypnose.

2.2. Bases de la communication

Dans leur ouvrage « *La communication professionnelle en santé* », Richard et Lussier (17) nous présentent les six principes généraux de la communication :

- La rétroaction fait partie intégrante de la communication
- La communication comporte une cogestion du dialogue
- Il est impossible de ne pas communiquer
- La communication interpersonnelle est irréversible
- La communication est un processus complexe
- La communication est contextuelle

La relation médecin-patient est comme l'écrit Balint, ce « colloque singulier » entre un professionnel de la santé et un patient où l'inégalité des représentations mutuelles oblige le

médecin à une adaptation à chaque fois individualisée de son discours. Afin d'établir une relation de confiance indispensable, le médecin devra montrer une compétence technique par un langage clair en vérifiant la compréhension du patient. Sa compétence devra aussi être d'ordre interpersonnelle en faisant preuve d'écoute et d'empathie.

Carl Rogers (18) définit cette empathie comme une perception du monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Bien avant, Edmund Husserl (1859-1938), philosophe autrichien, fondateur de la phénoménologie, élaborait la notion d'empathie comme faculté d'inclure dans son propre environnement, celui d'autrui. Alain Berthoz écrit qu'elle est « un remplissement », « elle remplit d'une âme, les gestes d'autrui, qu'ils soient perçus ou imités » (19). Rogers intègre l'empathie dans le concept de la relation d'aide qui réunit deux autres dimensions : la considération positive qui contient la notion de respect et d'humanité dans la relation, ainsi que la congruence ou aussi dénommée authenticité qui met en accord ce que l'on est avec ce que l'on perçoit, ce que l'on ressent. Ces trois dimensions sont les conditions d'une écoute active où le médecin, par la parole, les silences, la communication non verbale, saura accueillir ce qui est présent, pour que le patient se sente entendu et que ses émotions puissent être accueillies.

Cette relation implique la notion d'influence, il est impossible de ne pas influencer, ce qui pose la question de la « manipulation » (20). Dans la communication hypnotique, la manipulation peut exister sous une certaine forme, mais est à intégrer dans un mode communicationnel professionnel avec une intentionnalité de bienveillance.

Ce processus complexe repose sur une fondamentale communication non verbale : une proxémie adaptée (juste distance), les expressions faciales, le regard, les gestes, les postures mais aussi le toucher. La communication verbale que nous allons développer est un mode indissociable du non verbal tant cette relation est un phénomène de résonance de représentations et d'émotions.

2.3. Place des mots dans la relation

Si pour Antoine Bioy, « la parole n'a pas de pouvoir en soi » (21), elle n'est pour autant pas sans effet. Elle fait partie intégrante de la relation d'aide. Les mots ont dans l'acte de parole une variation de vitesse de production avec des micropauses qui représenteraient 50% du temps d'expression et participeraient à un processus de planification et de choix des mots.(22)

Le sens des mots sera soit dénotatif (limité à l'objet que l'on nomme), soit connotatif (il fait alors appel à la mémoire, avec connotation positive ou négative), soit indiciaire (donnant une indice sur celui qui le prononce). L'émission du mot par la dynamique de la voix définira le ton, le timbre, la prononciation, les intonations et les accentuations. Les silences mais aussi les vocalisations non verbales (rire, bâillement, grognement etc...) accompagnent les mots participant à leur mise en relief, à la fluidité de la parole et illustrant la rétroaction permanente de la communication où les phénomènes non verbaux y sont sans arrêt, associés.

Cette communication porte sa fonction d'information et d'explication au patient. Elle veillera à un langage clair, permettant de faciliter la décision dans le cadre d'une relation où la parole du patient participe à son autonomie. Cela permet aussi le consentement « libre et éclairé ». L'entretien donnera lieu à l'usage de questions ouvertes pour faire émerger l'intériorité du patient et complétées par des questions fermées dans un deuxième temps. Les paroles du soignant énoncent aussi des clarifications permettant de préciser la pensée du patient, ainsi que des reformulations. Ces dernières permettent de faire une synthèse, de faire participer le patient et de corriger d'éventuelles perceptions incorrectes.

Les mots symbolisant la relation médecin-patient sont les verbes accueillir, écouter, informer, expliquer, rassurer, proposer, accompagner, décider, traiter, en un mot, soigner.

La naissance officielle de l'éducation thérapeutique en France en 2009, pour la prise en charge nouvelle, de certaines maladies chroniques a permis de réaffirmer l'utilité de réintroduire les bases fondamentales de la communication dans la relation médecin-patient. Ce nouvel apprentissage redonne la parole au patient, une étude montrant que le médecin monopolisait 79% du temps de parole. (23)

Les mots ont d'autant plus d'effet qu'ils résonnent avec l'aide de l'ensemble du processus de communication, dans le monde sensible du patient. C'est ce qu'exprime Paul Watzlawick, comme théoricien de la communication, membre fondateur de l'Ecole de Palo Alto, en insistant sur la place du langage dédié à l'hémisphère droit, langage figuratif condensé par ses images, sa poésie, ses jeux de mots comme vecteur efficace de changement pour le patient (24).

Si les mots peuvent intégrer positivement la communication médecin-patient justifiant même de leur effet placebo, ils peuvent aussi revêtir un aspect négatif, nocebo, permettant de parler de la « iatrogénie verbale » du médecin.

2.4. L'impact négatif des mots

« *Ce dont on ne peut parler, il faut le taire* » L. Wittgenstein

Une communication non satisfaisante influe négativement sur l'information et sur la satisfaction des patients. C'est ce que montre Reynolds : « angoisse et peur sont les conséquences inévitables de la communication inefficace entre le médecin et le patient » (25). Au rang de l'inefficacité se place en premier, l'incompréhension des termes médicaux participant quotidiennement à un sentiment d'être mis « hors du coup » par le patient.

Mais au-delà du mot, de la parole non comprise par le patient, il est un effet peu évoqué dans la littérature de la communication médecin-patient, celui de la « iatrogénie verbale ». Antoine Bioy et Isabelle Nègre en 2004 (26), proposent d'inclure dans la définition de la iatrogénie, l'effet de la parole médicale. Ils engagent à une réflexion sur un sujet aux répercussions néfastes sur la prise en charge du patient. Iatrogénique signifie bien : « Qui est occasionné par l'intervention du praticien ».

Martin Winckler (27) présente des profils de certains médecins maltraitants par leurs discours soit parce qu'ils abusent d'un pouvoir, soit parce qu'ils sont anxieux, phobiques, méprisants et même terroristes dans le sens où leurs discours présente tout sous son pire aspect, transmettant ses propres peurs au patient, et le tyrannisant pour qu'il suive ses prescriptions.

Elvira Lang et ses collaborateurs ont réalisé en 2005, une étude présentée dans un article (28) intitulé : « Les mots peuvent-ils faire mal ? Interactions patient-soignant durant les soins invasifs ». Ils étudiaient ces interactions lors d'actes de radiologie interventionnelle et enregistrées par vidéo. 159 vidéos ont été réalisées. 139 concernait des actes vasculaires et 20 des interventions rénales percutanées. L'acte durait en moyenne 81 minutes. 2 groupes étaient constitués : le premier de 79 patients, bénéficiait d'une prise en charge standard, le second de 80 patients, une prise en charge « avec attention structurée ». Le groupe standard était pris en charge par les infirmières du service. Dans le second groupe, il y avait un soignant supplémentaire pour adopter un comportement d'attention structurée standardisée divisé en huit composants : correspondance avec le modèle verbal du patient, correspondance avec le modèle non verbal du patient, écoute attentive, disposition pour favoriser la perception du contrôle, réponses rapides aux demandes du patient, encouragements, utilisation de mots descripteurs émotionnellement neutres, et le soignant devait éviter toute suggestion chargée négativement. La douleur et l'anxiété ont été évaluées par le patient lui-même avec une

échelle numérique (0-10) avant et après l'acte, toutes les quinze minutes. Une base de données avec les mots et expressions « chargées négativement » a été établie. Trois chercheurs indépendants ont visualisé les vidéos.

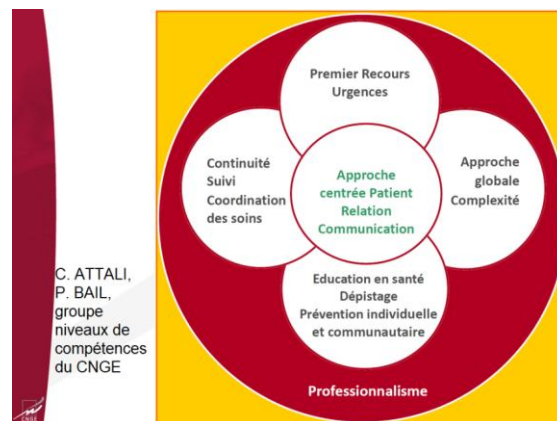
Résultats :

Le fait d'avertir le patient d'une douleur ou de sensations indésirables, a engendré une douleur plus forte et une anxiété plus importante que si on ne l'avait pas fait. Le score de douleur est à 3,9/10 versus 2,8 et de 4,4/10 versus 3,2 pour l'anxiété.

Faire des suggestions chargées négativement correspondrait à une habitude de certains soignants pensant naturellement bien faire. De plus, compatir avec le patient après un acte douloureux, n'a pas eu pour effet d'augmenter la douleur, mais a plutôt entraîné une plus grande anxiété.

2.5. Spécificités de la médecine générale

Le CNGE, Collège National des Généralistes Enseignants, a élaboré dans le cadre du DES (Diplôme d'études spécialisées) un schéma mettant en évidence les pôles de compétences requis et leur articulation, dans l'exercice de la médecine générale.



Les pôles de compétences en médecine générale

Le professionnalisme qui regroupe donc ces différents pôles, place la relation avec le patient comme point central de la prise en charge.

Comme nous l'avons vu, cette relation devra reposer sur une communication professionnelle que nous savons dépendante de la rencontre de deux personnalités.

Pour autant, des composantes particulières à la médecine générale, qui auront un impact évident sur la relation et donc sur la place des mots, sont à retenir.

Le premier facteur est celui du temps accordé au patient. Selon une enquête de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) réalisée en 2002, les consultations et les visites des médecins généralistes durent en moyenne 16 minutes.

Quand on rapproche cette durée et la mission confiée au médecin généraliste, on ne peut que conclure à un vrai challenge pour que le patient puisse trouver sa place avec une écoute de qualité. Cette lutte contre la montre est illustrée par la durée moyenne laissée au patient pour s'exprimer avant que le médecin prenne la parole : 7 secondes !...

D'autres facteurs impactent nettement le discours :

- Le « décryptage » avec le patient des comptes rendus d'examens ou de consultations spécialisées dont les mots sont souvent de nature à inquiéter le patient soit parce qu'ils sont tout simplement incompris ou parce qu'ils ont une connotation négative ce qui est très souvent le cas. Il s'agit aussi très souvent de mots prononcés par d'autres soignants qui sont la source de malentendus ou de retentissements psycho-somatiques.
- Le caractère « personne à tout faire » du médecin généraliste, a pour conséquences des consultations très fréquemment multifacettes, allant de la sphère biomédicale à celle du psycho-social. Cela nécessite des ajustements permanents du discours, à ce que le patient nous apporte et cela toujours dans un temps compté.
- D'autres perturbateurs peuvent entrer en jeu : le téléphone mobile (celui du patient ou du médecin), les renseignements par téléphone, la place d'internet dans l'information du patient, les demandes « au vol » entre deux patients, les problèmes de gestion (carte vitale, mutuelles des patients)
- Enfin le stress est évidemment un élément à prendre en compte, comme impact sur les paroles du médecin, même si il n'est bien sûr pas spécifique aux généralistes. L'évolution de la profession a fait relever par de nombreuses études, une nette augmentation du burn-out chez les omnipraticiens.

Tous ces éléments imposent un vrai travail de réflexion sur la problématique de la communication en médecine générale.

Deux synthèses d'études sur la communication (29) ont montré que plus un médecin est soucieux d'établir une relation de collaboration plutôt qu'une relation d'autorité, meilleure sera la compréhension des patients, leur observance et donc leur satisfaction.

2.6. Spécificités de la langue créole réunionnaise

La construction de la représentation de la maladie dans la société Réunionnaise, comme l'écrit Philippe Jeu dans son mémoire d'anthropologie médicale (30), peut se décrire dans deux dimensions : une historique, l'autre symbolique. Les différentes composantes ethno-culturelles de l'île ont par leurs aspects linguistiques, leurs traditions, participé au développement d'un modèle syncrétique. Ce modèle s'est conjugué à l'influence des principes de la médecine hippocratique où domine l'observation et la théorie des humeurs. Les concepts d'opposition y sont très présents : pour « l'anflamazion » (inflammation), il faut « rafraîchir ». La maladie est attribuée à la rupture d'harmonie des tempéraments.

La place du corps dans la représentation de la maladie est très importante ; Daniel Baggioni (31) parle de trinôme symbolique : « le kor » (corps), « le ker » (cœur) support de la vie affective (« na le ker » : avoir du courage), « la moral » (support des fonctions intellectuelles et de la mémoire) à ne pas confondre avec le moral. Si l'intérieur du corps est peu nommé, le dehors (l'enveloppe) bénéficie d'un vocabulaire riche. La symbolique du corps comporte une analogie très présente avec les autres êtres de la nature. Martine Nonne-Barrault (32) évoque ce lien entre le corps et le monde végétal ou animal. On retrouve dans le petit glossaire de Jean Albany (33) ces mots et expressions créoles en lien avec le corps. Par exemple : le tektek, nom d'oiseau, fait allusion au sexe masculin, le koko (noix de coco) la tête, lé grén (les graines) les testicules, le taba est le sexe féminin. Le monde végétal a étonnamment bénéficié du corps : on parle de « pyé d'boi » pour un arbre (pyé : pied). Ce fort lien entre la nature et l'humain se montre donc très présent dans cette représentation du corps à La Réunion, comme en témoigne aussi les nombreux proverbes rapportés par Daniel Honoré (34).

On dira par exemple : « goni vide tien pi d'bou », le goni étant un sac de riz en toile de jute, est la métaphore de l'estomac. Quand on a pas mangé, on risque de tomber.



« Le goni »

On entendra aussi en consultation : « Doctèr, mon kor lé en jak ! » Le jacque est ce gros fruit qui , quand on l'ouvre, présente des graines et un liquide visqueux et collant. Ce patient veut alors nous dire qu'il se sent lourd, fatigué, en sueur (état grippal par exemple).



Le jacque, fruit du jacquier

On entendra aussi : « moin lé dans la kol jak », ce qui signifie, « je suis empêtré, je n'arrive pas à m'en sortir »

Un autre bel exemple : « mon têt' lé parey un noyau mangue sicé » (ma tête est comme un noyau de mangue sucé), ce qui signifie « avoir mauvaise mine ».



La mangue et son noyau

Au-delà de cette forte coloration symbolique du discours en lien avec le corps, on doit ajouter la forte influence dans l'évolution de la société réunionnaise, de la part de l'imaginaire, dévolue aux origines surnaturelles de la maladie. L'esprit ancestral, le démon, le mauvais œil « mové zeï », mauvaise bouche, mauvaises planètes et autres sorcelleries sont les symboles les plus courants . Leur place est présente dans la médecine ayurvédique mais aussi chez les malgaches et les mahorais.

Certains malades ayant été les victimes de possessions sont dits « arrangés », ils trouvent dans les « devineurs » ceux qui les diagnostiquent.

Cette forte présence du figuratif est bien illustrée par l'abord « théâtralisé » de Tobie Nathan (35) qui métaphorise la compréhension et la solution de la maladie.

Les tisanes délivrées par les « tisaneurs » répondent, dans l'esprit de la théorie des humeurs, aux besoins de « rafraîchir », « échauffer », « dessécher » ou « humecter ».

Ce modèle ethnoculturel syncrétique a dû faire face à la rencontre d'une autre influence de poids : celle du biomédical.

Cela a pour conséquence une évidente perte de l'influence symbolique dans les représentations de la maladie au sein des dernières générations de la société réunionnaise. La volonté de Daniel Honoré à défendre la place du conte, des « zistoir » et autres métaphores traditionnelles à La Réunion, témoigne de cette évolution.

3. Le mot et l'hypnose

Avant d'aborder le mot et sa place dans le langage hypnotique, arrêtons-nous sur le mot « hypnose » en abordant son histoire, sa définition, on peut même dire « ses » définitions, tant elles ont évolué en même temps qu'elle.

3.1. Histoire et définitions de l'hypnose

Si le mot « hypnose » est finalement assez récent puisque créé au XIX^{ème} siècle, on peut retrouver ses racines jusque dans l'Antiquité, la parole ou les chants étant utilisés à des fins thérapeutiques. Franz Anton Mesmer (1734-1815), fondateur de la théorie du magnétisme animal, est sans doute le premier théoricien de l'hypnose moderne, invoquant le rôle de fluide magnétique et de ses perturbations à l'origine des maladies. Mais si « hypnose » vient étymologiquement du grec « hypnos », Dieu du sommeil et aussi père de Morphée, c'est à James Braid, chirurgien de Manchester, que l'on doit, en 1842, l'introduction du mot « hypnose » pour définir alors selon lui, un processus par lequel on introduit par suggestion, un profond sommeil. A partir de 1878, Jean Martin Charcot, neurologue, devenu alors chef de file de l'Ecole de la Salpêtrière, porte l'hypnose comme sujet d'étude scientifique en la présentant comme un fait somatique propre à l'hystérie. En s'opposant à Charcot, Hippolyte Bernheim (1840-1919), neurologue français, crée avec Liébeault (1823-1904), médecin français, l'Ecole de Nancy. Il définit alors l'hypnose, comme un simple sommeil produit par la suggestion et susceptible d'applications thérapeutiques. Au début du XX^{ème} siècle, il s'éloigne de l'hypnose et place la suggestion au centre de sa méthode, qu'il désigne du nom de « psychothérapie ».

Sigmund Freud (1856-1939), médecin neurologue autrichien, est, à la fin du XIX^{ème} siècle, aussi sous l'influence de Charcot, mais son abord de l'hypnose se veut plus thérapeutique qu'expérimental, et en fait un outil d'exploration de l'inconscient. Freud se trouvant aussi dans la tourmente des critiques issues de l'opposition des Ecoles de La Salpêtrière et de Nancy, s'écarte de l'hypnose pour définir son propre concept thérapeutique de « cure par la parole », il donnait alors naissance à la psychanalyse comme thérapie de l'inconscient.

Le XX^{ème} siècle, par plusieurs psychanalystes comme Léon Chertok, François Roustang, Michel Henry et bien d'autres, permet la résurgence de l'hypnose. Mais c'est à Milton Erickson (1901-1980), psychiatre américain, que l'on doit le développement de la forme moderne de l'hypnose. Il marquera par une pratique non dirigiste et un langage hypnotique où

il donne une grande place aux suggestions indirectes et aux métaphores. Cette hypnose dite alors « Ericksonienne » est un tournant dans la pratique de l'hypnose. Une citation, lors d'une conférence que tient Erickson à Seattle en 1965, illustre sa vision de l'hypnose comme une empathie où règne la bienveillance et une totale présence à l'autre :

« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à la connaître, vous aidez les patients en les utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils rencontrent leurs besoins ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être »

On peut retenir la définition suivante de l'hypnose pour Erickson : « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées, à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages »

Mais dans la pratique, Erickson pouvait être dominant et directif ; il décidait et menait la séance.

L'hypnose, tout en conservant les outils hypnotiques d'Erickson, évoluera pour développer une « nouvelle hypnose » qui se veut plus ouverte sur l'intégralité de la personne et sa qualité de vie. Léon Chertok puis Jean Godin ont fait vivre ce nouveau courant de l'hypnose telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui. Jean Godin en 1991, la définit comme :

« un 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 »

Beaucoup plus récemment elle pourrait se définir comme l'écrit Antoine Bioy (36) par :

« un état de fonctionnement psychologique, par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi »

Nous terminerons ce florilège historique autour de la définition de l'hypnose par sa représentation du côté du patient. En pratique, il est fréquent de poser la question avant de proposer une séance d'hypnose : « l'hypnose, c'est quoi pour vous ? ». Dans sa thèse, Adeline Bosc (37) présente un travail sur les représentations de l'hypnose chez les patients en médecine générale. Il est étonnant de voir à quel point ce seul mot est porteur de

représentations diverses chez les patients. Certains y voient une sorte de sommeil ou une perte de contrôle, une manipulation, d'autres encore du charlatanisme ou certains une thérapie psychique ne relevant pas de la médecine générale. L'amalgame avec l'hypnose de spectacle vient souvent entretenir ces idées sur l'hypnose. La confiance en son médecin est vu comme un élément important si la séance est proposé par ce dernier, ce qui légitimise en quelque sorte cette thérapie.

Cette représentation de l'hypnose par le patient a donc toute son importance comme ingrédient psychologique de la relation hypnotique, elle porte de la même manière les caractéristiques de l'effet placebo, nécessaire à l'optimisation des effets recherchés.

Ainsi comme l'écrit Didier Michaux : « La représentation de l'hypnose joue ainsi un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et de l'hypnothérapeute par rapport à l'hypnose »(38).

Comme nous l'avons donc vu, le regard sur ce mot évolue, il évolue encore, le faisant même glisser vers de nouveaux concepts comme celui d'hypnopraxie, proposé par Guy Chedea, où la dimension phénoménologique et le regard sur les affects en est sa marque. (39)

3.2. Le langage hypnotique

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le langage repose sur le verbal et le non verbal. Dans la relation à autrui, le langage naît de l'interaction. Le langage hypnotique ne déroge pas à ces principes. Dans le cadre de ce travail, nous porterons notre observation sur la part verbale de la communication hypnotique tout en rappelant le caractère indissociable de la dimension paraverbale, cet ensemble étant imprégné par le « bain phénoménologique » de la relation interindividuelle.

3.2.1. Généralités

Le processus hypnotique repose en bonne part sur la suggestion, mais on ne peut pas restreindre l'hypnose à la suggestion, ce que pensait Bernheim avec sa formule « tout est dans la suggestion ». Il la définissait par « l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui ». Il pose avec la suggestion la « loi de l'idéodynamisme : toute idée suggérée et acceptée tend à se faire acte, car toute cellule cérébrale actionnée par une idée, actionne les fibres nerveuses qui doivent réaliser cette idée » (40).

Comme nous l'avons vu, l'histoire de l'hypnose, permet d'observer une transformation de l'usage de la suggestion d'un mode direct vers un mode indirect. Ce mode indirect a pris son élan avec Milton Erickson, qui donne toute sa place au patient et développe une communication particulière qui lui vaudra cette appellation de « thérapeute hors du commun ». Les techniques de communication d'Erickson sont disséquées, analysées voire modélisées. Didier Michaux nous livre avec Jane Turner le Milton-modèle. Ces techniques restent aujourd'hui dans le socle de la formation en hypnose médicale. La place nouvelle donnée à la suggestion indirecte est à rapprocher historiquement de l'évolution de la relation médecin-patient abordée précédemment, celle-ci perdant progressivement de son aspect autoritaire dans le courant du XXème siècle.

Parallèlement à cette ouverture au patient du discours médical, la communication hypnotique se crée un nouveau langage, où la place de l'imaginaire devient majeure, « l'hypnose, comme mobilisateur de l'imaginaire » (41). Le langage hypnotique Ericksonien est très enrichi de métaphores.

Mais Erickson n'est pas le seul à porter son intérêt et sa réflexion sur la place du langage en thérapeutique. En 1970, aux Etats-unis, Grindler et Bandler donnent naissance à la PNL, « programmation neuro-linguistique ». Comme Watzlawick avec l'Ecole Palo Alto ou Gregory Bateson (1904-1980), anthropologue et psychologue américain, la PNL, fut largement influencée par l'hypnose Ericksonienne mais aussi par des théoriciens de la grammaire transformationnelle comme Noam Chomsky, linguiste américain. Michaux (42) nous rappelle le cadre de référence de la PNL : « le cadre n'est pas le territoire, le mot n'est pas la chose nommée » ou comme le dit Watzlawick « faire la différence entre ce qui est donné à percevoir et ce que nous nous représentons de ce que nous avons perçu ». La PNL puisera aussi dans le langage figuratif, pour apporter dans son outil thérapeutique, les transformations de l'expérience en de nouvelles représentations du monde.

Cette nouvelle approche communicationnelle qu'il s'agisse de l'hypnose avec Erickson ou de la PNL, cherche à redonner au patient, sa capacité de cartographe, afin d'établir à partir de son « réservoir de ressources » comme disait Erickson, un nouveau chemin, voie de la résolution de son problème.

3.2.2 Philosophie et langage hypnotique

La théorie du « magnétisme animal » de Mesmer, dans sa thèse de 1766, a suscité enthousiasme ou scandale. François Roustang affirme que pour Hegel (43), « magnétisme animal » signifie « magnétisme relevant de l'âme », notion hégélienne de l'articulation de l'âme et du corps mais cette dimension n'évoque pas la place du discours.

Dans un autre ouvrage, François Roustang (44) nous présente Socrate comme « Socrate sorcier », capable de produire par la parole chez ses interlocuteurs, un état de transe, développant cet « art de la maïeutique » celui « d'accoucher les esprits » nous dit-il.

Nous pourrions y voir là un lien entre la rhétorique antique et l'hypnose.

De même, dans *Poétique et Rhétorique*, Aristote aborde la métaphore en la subordonnant à la persuasion pour la rhétorique, alors qu'elle participe à la « katharsis » et à la « mimésis » en procurant un plaisir d'apprentissage et favorisant l'élévation du sujet.

La philosophie de l'hypnose est souvent présentée en parenté avec les spiritualités orientales comme l'hindouisme, le bouddhisme zen ou le taoïsme. Les philosophies orientales veulent libérer l'esprit humain des mots dans leur dimension rationnelle, Lao-Tseu nous propose de « peu parler et n'agir que sans effort », tout comme Krishnamurti (45) « seul celui qui ne cherche pas, ne lutte pas, ne s'efforce pas d'atteindre un résultat, connaîtra la vérité », sorte de « lâcher-prise » souvent évoqué en hypnose.

Dans un même ordre de pensée philosophique, Bergson (46) souligne l'extériorité de la connaissance intellectuelle que l'on peut rapprocher de l'opposition à l'expérience immédiate, intuitive de la communication hypnotique ou de celle du bouddhisme zen. Le présent, l'immédiateté du zen peut se confondre avec le concept de durée Bergsonienne, vrai renoncement à la pensée réfléchie pour vivre seulement la durée. « L'ici et maintenant » du zen n'est pas un instant mathématique, il est une certaine synthèse de la durée intégrant le langage comme vecteur de mouvement et de changement.

Lapassade (47) pose la différence entre le rapport hypnotique et la notion de transfert psychanalytique. Avec Mesmer, le rapport magnétique est celui d'une relation de dépendance entre magnétiseur et magnétisé. Le rapport hypnotique repose lui, de Janet à Erickson sur la théorie de la dissociation. Freud comme nous l'avons vu, par sa focalisation sur l'inconscient s'est écarté de la transe pour développer ses théories de transfert en psychanalyse.

3.2.3 La rhétorique hypnotique

Aussi souvent appelées « subtilités de langage », les techniques de communication hypnotique largement développées par Erickson, sont subtiles par leurs caractères implicites, leur orientation vers le patient, en faisant usage d'une sémantique douce, positive et des liens cachés dans les tournures de phrases, faisant du langage hypnotique un instrument à plusieurs cordes, dont la musicalité cherche une partition en harmonie, en accordage avec le patient pour que se joue le changement.

a. Les fondamentaux :

Le choix des mots doit reprendre le registre lexical du patient. Typiquement pour l'enfant, on peut facilement imaginer que le langage devra être adapté à celui de ses représentations, de son monde. Il pourra être plus directif que pour l'adulte et se rapprochera plus volontiers du langage des histoires ou des contes avec une part laissée à une forme de magie ou de mystère. (« tu seras surpris... », « tu découvriras... ») Le langage dans tous les cas devra être simple. En effet, les mots sophistiqués s'adressent au registre de l'analytique alors que le langage Ericksonien s'adresse à l'inconscient en se nourrissant du patient lui-même. Ce mouvement recherché par le thérapeute est sous tendu par l'intentionnalité et par la phénoménologie de « l'ici et maintenant », la parole devient intuitive, en permanence en dynamique, comme une danse où l'harmonie ne peut vivre que dans une présence sensible à l'autre. Cette technicité du langage hypnotique doit donc être intégrée mais non pensée, ni préméditée, sinon c'est se condamner au retour vers le rationnel et s'éloigner de ce qui fonde l'hypnose.

b. Les subtilités de langage :

La syntaxe hypnotique est importante : dans l'esprit du positif et du mouvement, les « mais » et les « si » sont évités au profit des « lorsque », « tandis que » et « quand » . L'usage des verbes d'action sont en hypnose par le mouvement, par leur dynamique, vecteur de changement. Alain Berthoz (48) en étudiant les liens entre mouvement imaginé et mouvement exécuté, montre l'activation des mêmes zones corticales avec un système complexe d'inhibition neuronale, permettant de ne pas bouger quand on imagine !

Le thérapeute évitera les négations, qui, si littéralement, ont bien sûr du sens, auront une « lecture cérébrale » impossible. (le classique « ne pensez pas à un éléphant rose »).

La grammaire hypnotique : l'usage du « nous » englobe le patient et symbolise l'alliance thérapeutique. Le « il » peut favoriser l'aspect dissociatif bien sûr fondamental en hypnose. Le « on » peut s'appliquer à certaines phrases générales mais est souvent évité. En terme de conjugaison, sur le négatif peut garder l'emploi du passé, les expériences positives du passé pourront être conjuguées au présent comme une réactualisation des potentialités du patient. Quelquefois, l'usage d'agrammaticalismes par une syntaxe incorrecte, permet une dérationnalisation du discours.

Les suggestions font partie du registre communicationnel essentiel en hypnose mais dans toute communication : communiquer c'est influencer, suggérer c'est influencer. Les suggestions peuvent se heurter aux résistances du patient et pour cette raison, le fin dosage de directif et d'indirectif est très important. L'usage de suggestions négatives peut être utile pour un patient ressenti résistant, « il n'est pas nécessaire de fermer les yeux... ». Dans un autre genre, la suggestion peut être négative et paradoxale : « vous n'êtes pas obligée de m'écouter... ».

Les suggestions directes : peuvent être de l'ordre du défi, elles exposent à une résistance mais elles peuvent être adoucies par un certain degré de permissivité. Exemple : « vous pouvez, si vous le voulez, laisser vos paupières se fermer ». Cela évite le caractère autoritaire de la suggestion directe au profit d'une bienveillance. L'aspect autoritaire aura sa place dans la prise en charge hypnotique des douleurs aiguës.

Les suggestions indirectes : permettent une réorganisation dans la personne par de nouvelles associations, elles évitent « l'épreuve de force ». Elles sont décrites par Isabelle Célestin-Lhopiteau comme des « stratagèmes, sortes de chevaux de Troie, cachés dans le discours du thérapeute » (49). Citons quelques exemples de suggestions indirectes courantes : la suggestion enrobée, « je me demande si vos paupières ont déjà envie de se fermer », la suggestion composée, « vous respirez et un sentiment de confort s'installe en vous », la suggestion ouverte, qui favorise l'accès aux ressources du patient, « votre esprit inconscient se met en recherche d'une solution », la directive

impliquée est aussi mobilisatrice de changement, « votre esprit inconscient peut faire des choses pour vous sans que votre esprit conscient soit au courant ».

D'autres techniques de langage en hypnose cherchent à obtenir l'adhésion du patient : il s'agit notamment des truismes qui sont des évidences, que le patient ne peut donc refuser, ce qui participe à une certaine monotonie favorisant la transe hypnotique, « le repos apporte le calme, la détente ». La séquence d'acceptation est une série de propositions dont les premières sont évidentes, la dernière l'est moins ce qui permet son acceptation, « vous êtes là devant moi, vous entendez ma voix et vous vous détendez progressivement ». L'usage de l'incertitude, par les « peut-être », « probablement », « il se peut », « il est possible » participe à cette adhésion en diminuant d'éventuelles résistances, tout comme la pratique des questions, « je me demande si vous sentez la détente s'installer doucement ».

Le langage dérationnalisant et le langage dissociatif sont les deux incontournables du langage hypnotique car ils définissent presque à eux seuls le processus hypnotique : Le premier use d'un langage monotone, de successions de truismes, de la confusion, de double ou triple négation, voire de phrases complexes, dans le seul but de brouiller les cartes du cerveau gauche analytique et potentialiser les suggestions (50). Le deuxième est cette recherche de dissociation, par l'usage de messages dans lesquels des parties du corps, des émotions, des sensations, sont mises en position de sujet. Par exemple : « vos paupières se ferment et une sensation de confort s'installe », le patient devient observateur d'un phénomène fluide et dans lequel il n'a pas d'effort à fournir.

Le but commun à tous ces procédés de suggestion est un retour à une simplicité essentielle dont les focalisations, les pensées négatives nous ont éloignées. Le langage figuratif prend toute sa place en hypnose pour amplifier cette défocalisation.

3.2.4. Le langage figuratif

Ce type de langage occupe une place essentielle en hypnose : il représente la dimension poétique du discours hypnotique, sa dimension créatrice, une création élaborée avec la

participation entière du patient. C'est un langage qui évoque, évoquer venant du latin « evocare » qui signifie « faire venir », « faire apparaître par magie ». La figure de proue de ce langage est la métaphore. Le terme « métaphore » contient l'idée de changement par un mouvement. « Meta » signifie en grec « au-delà de » et « phore », « porter », « pousser ». Le Petit Larousse (2003) la définit comme « un procédé par lequel on transporte la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une analogie, d'une comparaison sous entendue ».

a. Aspects philosophiques de la métaphore :

Les philosophes ont donnés à la métaphore tantôt une figure de rhétorique, tantôt une figure poétique. D'autres y ont vu plutôt une fonction heuristique. Pour Aristote, elle est « le transport à une chose d'un nom qui en désigne une autre ». Etudier la métaphore, c'est étudier le mouvement, « phora », de la pensée, à partir d'une unité de base qui est le mot. Elle permet, toujours selon Aristote, d'instruire « un rapprochement soudain entre des choses qui paraissent éloignées ». Pour Paul Ricoeur, elle est innovatrice de sens car elle est « vive au moyen d'une métaphysique de la ressemblance autant que de l'imagination » (51).

b. La métaphore en hypnose :

Les métaphores et les contes sont vecteurs de messages vers le conscient et l'inconscient. La métaphore crée le terrain où le patient peut y élaborer sa propre représentation. La portée symbolique des contes a depuis longtemps fait l'objet d'intérêt de la part des psychanalystes comme l'illustre le bien connu, « Psychanalyse des contes de fées » de Bruno Bettelheim (1903-1990), paru en 1976. David Gordon (52) exprime la co-crédation de la métaphore avec le patient : « chacun de nous développe un modèle du monde particulier et unique. En comprenant que toute communication est métaphorique et fondée sur notre vécu, nous prenons donc conscience qu'elle est incomplète et que c'est la personne qui écoute, qui « remplit les trous »... », cela fait écho à la formule de Jean Godin : « le thérapeute fixe le cadre, le patient le remplit ».

L'usage des métaphores est essentiel car elles font partie de notre manière de penser le monde. L'expression des plaintes douloureuses des patients, comme « les décharges

électriques » et bien d'autres encore, illustre la place permanente et universelle du langage figuratif dans la communication médicale. La métaphore répondant à un réel processus d'analogie, sera donc un mode de communication hypnotique de choix pour porter le changement au-delà des frontières de la conscience. C'est un langage qui infiltre le corps pour François Roustang, parlant « du jeu métaphorique qui use des mots comme d'un onguent », « d'un langage qui prend corps comme on le dit d'un projet, celui-là est capable de construire » (53). Joyce Mills, en abordant les métaphores thérapeutiques chez l'enfant, relève la subtilité de leur action, en présentant la métaphore du *Vilain petit canard* ; le conte permet de s'extraire de ses propres sentiments d'isolement pour ressentir un nouveau sentiment, celui d'une expérience partagée puis d'identification, ce qui permet d'intégrer le changement, la transformation portée par l'histoire.(54)

La métaphore permet donc de créer un processus par lequel le patient fait une découverte à partir de l'intérieur, mais comme tous les autres aspects du langage hypnotique, elle doit se fondre dans un tout de la relation au patient, pour être une sorte d'expression créatrice du sensible.

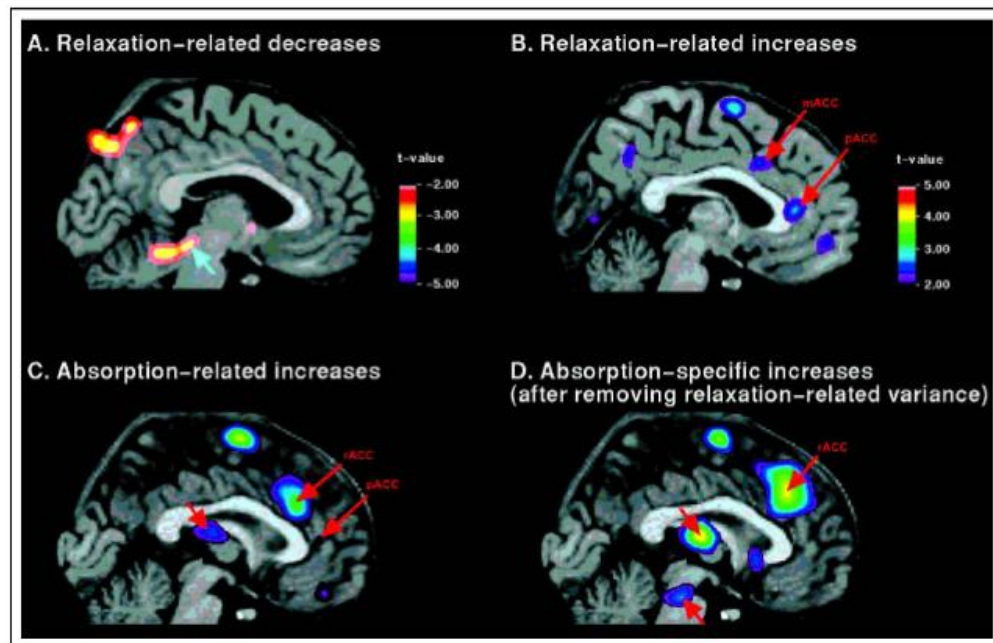
3.2.5. Imagination, hypnose et neuro-sciences

Dans sa conférence en 2000, Mark Turner (55), nous montre que ce qu'il appelle « l'intégration conceptuelle » d'une histoire, d'une poésie, par ses rapports de projection dans le cerveau, se fait à un niveau qui se situe « au dessous de l'horizon de la conscience ». Il souligne que « le monde est incomparablement plus riche que les formes linguistiques ». Il recommande donc l'usage d'une syntaxe permettant « d'intégrer le sens abstrait de mots communs ainsi que le sens des constructions grammaticales avec la richesse de sens du monde ».

Les travaux sur l'hypnose et la place de l'imaginaire ont fait comparer leurs liens avec le mécanisme de l'effet placebo (56). S'il y a un effet placebo de l'hypnose, on ne peut assimiler l'hypnose à un placebo, les aires corticales activées n'étant pas superposables, comme le montrent les travaux de Kupers et Faymonville en 2005 (57), sur le contrôle de la douleur.

Pierre Rainville et Marie-Elisabeth Faymonville ont publié en 1997, une étude dans la revue Science sur le mode d'action des suggestions hypnotiques sur le cerveau dans le contrôle de la douleur. Des phrases comme « Vous pouvez tourner un bouton imaginaire pour diminuer la

force de la sensation » diminuent l'activité du cortex somato-sensoriel (gyrus post-central et opercule pariétal). D'autres suggestions visant à atténuer le désagrément, diminuent l'activité du cortex cingulaire antérieur, région liée au système limbique et aux émotions.



Modulation de la perception de la douleur pendant l'hypnose

P. Rainville et coll. Science 1997 ; 277 : 968

D'autres études en IRM fonctionnelle et en tomographie par émission de positons, ont montré l'activation des régions temporales bilatérales avec une nette prévalence droite et cela lors de l'usage de mots abstraits. A droite, l'amygdale et le gyrus cingulaire sont activés, ce qui indiquerait l'impact émotionnel des mots abstraits.

L'hypnose est-elle différente ou identique à l'imagination ? Les études d'imagerie de Szechtman et al. en 1998, ont permis d'y répondre de manière claire. Ils ont comparé l'activité du cortex cingulaire antérieur dans trois conditions expérimentales différentes. En présentant un stimulus auditif à un sujet, on voit que cette région s'active. Lorsque l'on demande à ce même sujet d'imaginer ce stimulus auditif, on observe une réduction de l'activité de cette zone. Si l'on place ce sujet en état d'hypnose et que la suggestion hypnotique est d'entendre le même stimulus auditif, on observe la même activité que lorsque le sujet l'entendait vraiment. L'activité du cortex cingulaire est corrélée avec la clarté de la

perception du son et la perception de sa provenance comme extérieure au sujet. Par conséquent, l'hypnose semble être plus proche de la « réalité » que ne l'est l'imagination.

Nous avons déjà évoqué en citant Paul Watzlawick, cette différence entre le cerveau gauche, celui du rationnel et de l'analytique et le cerveau droit qui serait celui de l'intuitif, de l'holistique et sensible au langage métaphorique. Comme l'écrit Thierry Melchior (58), le cerveau gauche pourrait s'assimiler à une civilisation occidentale avec son hypertrophie du rationnel, du mode explicatif, le cerveau droit plus global serait plus proche de la culture orientale. Mais comme il nous le dit aussi, tout ceci ne serait pas sérieux au regard de la complexité des connexions cérébrales impliquant interactionnellement les deux hémisphères cérébraux. Il rajoute que cela pourrait participer à une certaine « mythologie thérapeutique personnelle », permettant de donner du « sens à sa praxis ».

Enfin, nous pouvons conclure métaphoriquement ce chapitre par Roland Jouvent (59), qui illustre par une métaphore animale, notre neuropsychologie fonctionnant comme un « curseur entre le réel et l'imaginaire ». Le cheval fougueux qui est en nous, au centre de notre cerveau, le cerveau reptilien, sait déstabiliser le cavalier, ce néocortex placé au dessus et qui semble par la raison et l'analyse pouvoir tout contrôler. Ce regard non plus horizontal entre cerveau gauche et droit, mais vertical dans l'axe tronc cérébral-cortex nous fait observer autrement notre harmonie intérieure, celle du cavalier sur son cheval. L'hypnose médicale se poserait alors comme vecteur thérapeutique de la restitution d'une harmonie.

4. Particularités de l'hypnose médicale en médecine générale

La pratique de l'hypnose en médecine générale est relativement récente. Le premier Diplôme universitaire d'hypnose médicale a été créé en 2001, par le Docteur Jean-Marc Benhaïem, praticien hospitalier, au CHU de La Pitié Salpêtrière. A La Réunion, la première formation en hypnose médicale, a vu le jour en 2002, avec l'enseignement du Docteur Guy Chedeau. Plus récemment en 2012, le Diplôme universitaire en hypnose clinique et thérapeutique a été organisé sous la direction du Pr Antoine Bioy, psychologue clinicien, de l'Université de Bourgogne. Ces formations sont proposées à tous les soignants et la proportion des médecins généralistes ayant acquis ce diplôme, n'est pas précisément connue mais est à ce jour certainement encore réduite. Ce caractère récent participe à un aspect un peu « pionnier » de l'introduction de l'hypnose médicale dans la pratique de l'hypnose par le médecin généraliste.

Le travail de thèse de Marie Brel en 2013 (60) portant sur des questionnaires remplis par 22 médecins généralistes et 43 de leurs patients, apporte des éléments particulièrement intéressants :

- Les domaines d'application de l'hypnose sont concordants avec les motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés en médecine générale
- 90% des médecins ont adaptés des plages horaires pour répondre à la pratique de l'hypnose
- Les motivations relevées par les médecins à cet exercice sont : un outil enrichissant leur pratique, répondre aux limites des traitements médicamenteux, pouvoir apporter une aide sur des problématiques courantes de la médecine générale telles que les addictions, l'anxiété, la douleur, les phobies. Elle est aussi motivée par un désir de mieux gérer le relationnel et répond à un développement personnel de la pratique médicale.
- Tous les médecins la pratiquant ont indiqué être satisfaits des résultats. Ils sont 95% à constater une modification de leur approche des patients (approche plus globale, augmentation du temps d'écoute, une modification du discours et donc une meilleure communication avec le patient). 90% ressentent une modification positive de leur image de médecin et 82% y voient un épanouissement professionnel. Enfin ils notent une meilleure gestion du stress et donc moins de fatigue.

- Des limites à son utilisation sont relevées : le manque de temps vient largement en premier avec 91% des médecins. Est évoqué en deuxième, la problématique financière donc de la rentabilité. Ces deux limites sont aussi retrouvées dans le travail de thèse d'Etienne Gallet (61).
- Au final, dans ces études, les médecins expriment un enthousiasme à cette pratique qui a modifié leur exercice au quotidien. L'hypnose leur permet de répondre à des problématiques diverses et courantes de médecine générale. Ils constatent aussi la satisfaction des patients, qui pour 77% voient une amélioration de leurs symptômes.

L'analyse de la pratique de l'hypnose en médecine générale reste délicate car encore bien récente. Cette pratique semble se heurter à une problématique principalement organisationnelle. Cette problématique paraît nettement plus prégnante lors de la pratique de séances d'hypnose formelle. Elle serait plus compatible en hypnose conversationnelle ou lorsque le médecin fait état d'un usage de l'hypnose sur des ressorts principalement de communication hypnotique, lui permettant alors d'en faire un usage plus étendu puisqu'intégré à ses consultations courantes.

L'hypnose est par ces travaux en médecine générale, très bien perçue par les médecins qui la pratiquent ainsi que par les patients, elle est considérée positivement dans sa faisabilité et son application mais nécessite probablement une réflexion et d'autres études pour l'optimisation de son adaptabilité.

Une dernière problématique est abordée dans la thèse d'Adeline Bosc sur les représentations de l'hypnose en médecine générale. Elle est encore de manière assez répandue, perçue comme une discipline paranormale, souvent confondue avec l'hypnose de spectacle. Pour d'autres, elle est suspectée d'être une forme de soumission, avec perte de contrôle. Elle est aussi souvent vue comme une thérapie du domaine de la « psy » et donc n'étant pas du ressort du médecin généraliste.

Le mot « hypnose » est souvent rapporté comme une certaine difficulté compte tenu des représentations sociales évoquées. Il est sans aucun doute à distinguer, l'exercice de l'hypnose dans des séances programmées hors courant de la médecine générale où son appellation et l'information à son sujet sont nécessaires et une hypnose conversationnelle voire une communication hypnotique qui fait de cette pratique, plus qu'un outil, une nouvelle posture pour une relation au patient, repensée.

Après cette exploration de travaux, sur la place du mot dans le langage, le discours médical puis enfin dans l'hypnose, rappelons la problématique soulevée avant d'exposer la méthodologie et les cas cliniques.

Si le mot est l'unité de base du langage verbal, nous avons bien mis en évidence qu'il n'est pas le seul porteur de la communication loin de là. Le non verbal et la nature phénoménologique de l'interaction entre deux personnes emporte certainement l'essentiel du processus communicationnel. Pour autant, nous sommes des êtres parlants, des êtres nous servant des mots depuis si longtemps. Un usage pour échanger, partager, aimer, expliquer, enseigner et bien entendu soigner. Si le mot en soi n'est qu'un signe identifié par des associations de lettres, il porte en lui un potentiel. Ce potentiel activé par le parlant, par un ton, une voix, de l'émotion, produit son effet dans un contexte, dans une ambiance avec pour cible le sujet récepteur, ce dernier incarnant l'effet du mot. Ce « voyage » du mot participe à la relation interindividuelle ou sociale. Alors certes, on peut parler tout seul, mais cette pratique a souvent été observée et interprétée comme une possible folie, sauf pour celui qui chante et celui qui parle aujourd'hui avec un « kit mains libres » !

Ce travail nous tourne vers une observation de ce « voyage du mot » dans le monde médical. Son « transporteur » peut porter le nom de « rhétorique », de « discours hippocratique », de « discours scientifique » ou encore de « discours psychologique ».

Qu'en est-il pour l'hypnose médicale ?

Le mot s'intégrerait-il dans une rhétorique psychologique ? Le « voyage du mot » en hypnose médicale semble sans frontière, il pourrait quitter le monde du rationnel, de l'analyse, de la iatrogénie verbale pour celui si mystérieux mais porteur de changement, le monde du patient.

METHODOLOGIE

Dans sa thèse, Marie Brel rapporte par ses questionnaires aux médecins généralistes, que le délai pour la pratique de l'hypnose thérapeutique à la suite d'une formation, est variable et semble plus long dans l'exercice libéral.

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : des difficultés d'adaptation organisationnelles comme nous l'avons indiqué au précédent chapitre, mais aussi bien sûr une probable et compréhensible peur de se lancer.

En médecine générale, de par la problématique de manque de temps déjà évoquée, un « curseur » sera positionné par chacun en fonction de divers critères, la pratique pouvant aller d'une communication hypnotique ou aussi dénommée « hypnose conversationnelle » à l'hypnose formelle.

A la suite de ma formation en hypnose médicale en 2002-2003, j'ai pu passer par plusieurs stades dans l'intégration de l'outil hypnose à ma pratique de médecin généraliste.

On ne vient certainement pas à l'hypnose par hasard. L'apprentissage m'indiquait que cette « nouvelle philosophie de la relation » correspondait à une maturation préexistante.

Pour autant, il me semble que c'est un processus progressif de transformation personnelle afin que la technique apprise permette une pratique professionnelle sans que cette technique soit pensée, elle vient juste enrichir l'intuition.

L'hypnose formelle ne s'est pas imposée à ma pratique et comme bien d'autres confrères omnipraticiens, elle n'est pas toujours compatible avec le quotidien de la médecine générale.

La communication hypnotique peut, elle, permettre de développer une aptitude à une thérapie brève, comme une posture que l'on est toujours prêt à prendre dès que l'indication est perçue.

Le mot étant comme dans toute communication humaine, un des maillons de la relation, j'ai choisi ce thème de travail pour faire lien avec ma pratique quotidienne.

Pour illustrer ce quotidien, j'ai entamé une réflexion préalable sur mes critères de sélection de cas cliniques. L'imprévu fait partie de ce quotidien et j'ai donc pris le parti de présenter un échantillon de situations variées de la médecine générale, avec un abord s'échelonnant de consultations courtes à un peu plus longues jusqu'à une séance d'hypnose formelle donnant lieu à la rédaction d'un script.

L'objectif recherché, est de montrer qu'une certaine forme d'hypnose, est non seulement adaptée à la médecine générale mais permet d'y voir un mode de pratique qui lui serait propre, répondant aux freins de son utilisation.

Ma pratique de l'hypnose se réalise donc la plupart du temps au sein de mes consultations courantes de médecine générale, et l'espace de pratique est celui de mon cabinet. Dans certains cas, un entretien est réalisé préalablement, pour obtenir des éléments nécessaires à une séance formelle qui dans ce cas est programmée par un rendez-vous. Dans cette situation uniquement, l'hypnose est proposée, présentée et préparée. (positivée et utilisation du mystère qu'elle suscite par une suggestion pré-hypnotique). Ce type de séance se déroule aussi dans mon cabinet. Seule la séance formelle donne lieu à une modification de l'agencement mobilier : mon fauteuil (plus confortable) est laissé au patient, je viens alors m'installer à côté du patient. Hormis ce cas de séance formelle, la communication hypnotique donne simplement lieu, physiquement, à une modification de posture. Cette posture est intentionnellement présentée pour marquer un changement dans la présence : rapprochement, le stylo est posé, l'écran d'ordinateur est symboliquement éteint. Ce qui est alors proposé est souvent une « forme d'exercice pour se détendre ». Ensuite tout est possible : cela va du simple discours apaisant qui reste sur le corps, à l'usage d'un langage figuratif. Il est arrivé que l'hypnose soit présentée au sein d'une induction, donnant lieu alors à l'installation d'une transe hypnotique.

C'est dans cette improvisation liée à la perception de l'ici et maintenant que peut se créer ce moment thérapeutique singulier qu'on appelle « hypnose ».

Les cas cliniques qui vont suivre, sont le plus souvent issus de cette improvisation et sont alors retranscrits à l'écrit après la consultation ou bien à la fin des consultations de la journée.

Le dernier cas a fait l'objet d'une séance formelle suivie quelques jours après d'une consultation où le patient a souhaité s'exprimer sur son ressenti. Il a accepté d'être enregistré.

DONNEES CLINIQUES

Nous exposons ici dix cas cliniques dont le dernier donne lieu à une séance d'hypnose formelle.

1. Cas clinique n°1 :

Monsieur S., 42 ans, présente des lombalgies mécaniques depuis quelques mois. Il a une activité de manutentionnaire. Les examens radiologiques ne mettent en évidence aucune anomalie. Il utilise du paracétamol épisodiquement qui le soulage partiellement. Il ne présente aucun signe d'anxiété ni de dépression. L'entretien révèle une utilisation de l'antalgique, une fois la douleur installée, quand il a porté par exemple des charges lourdes.

Ce jour, il vient me voir car ses douleurs se sont majorées après la tonte de sa pelouse la veille.

- Un peu comme cette pelouse ? lui dis-je en montrant la pelouse du jardin du cabinet médical.
- Oui, mais chez moi l'herbe était plus haute avec des mauvaises herbes
- Que ressentiez-vous en tondant cette herbe ?
- Ça tirait un peu dans le dos
- Vous savez, la douleur c'est un peu comme une mauvaise herbe, si on la laisse se développer, elle est plus dure à enlever. Regardez cette pelouse sur votre droite et imaginez vous en train de la tondre. Concentrez vous, imaginez vous bien en train de passer votre tondeuse. Que ressentez-vous ?
- C'est facile !
- Alors que c'est facile, vous pouvez avoir le plaisir de faire cela tranquillement. Vous pourrez prendre du paracétamol matin, midi et soir systématiquement tant que vous en aurez besoin, il empêchera les mauvaises herbes de prendre de la hauteur.

Revu une semaine plus tard, Monsieur S. a fait état d'un soulagement depuis qu'il prend le traitement régulièrement, il est mieux lorsqu'il travaille et fait sa rééducation chez le kinésithérapeute plus facilement.

(durée de la « séance » : moins de 5 minutes)

2. Cas clinique n°2 :

Laurie, 6 ans, vient au cabinet pour une vaccination.

Préalablement, elle me demande de lui poser un patch anesthésique. En lui collant le patch, percevant son anxiété, je lui dis que j'aurai une belle histoire, une histoire un peu magique, qui pourra commencer quand on retirera le patch. Elle est d'accord.

Quand elle revient une heure et demi plus tard, je lui propose de s'asseoir tranquillement. Je lui demande alors ce qu'elle aime le plus comme histoire. Préparant le vaccin, elle me répond : « des histoires de fées ». Je lui réponds alors : « génial, moi aussi j'adore les histoires de fées, et j'en ai une exprès pour toi ! »... « Tu sais quand l'histoire peut commencer ».

Elle enlève son patch...

« C'est l'histoire d'une fée, que tu connais peut-être, peut-être peux tu voir sa robe ? oui ? elle est comment ? »

« avec des feuilles vertes qui brillent »

« eh bien cette belle fée avec sa belle robe couverte de feuilles vertes qui brillent, a choisi d'aller faire une surprise à une très gentille petite fille. Alors que la petite fille est installée sur un lit et qu'elle est un peu dans ses rêves, la fée vient tout près d'elle, la survoler. La fée se rapproche encore d'elle (je me rapproche) et avec sa baguette magique envoie de magnifiques rayons multicolores qui faisait sur la petite fille plein de petits picotements sur le corps (je vaccine). La petite fille sent que la fée a fait quelque chose de bon pour elle, quelque chose comme une sorte de pouvoir, pouvoir faire des choses plus facilement »

Alors que je vais me rasseoir, je lui demande si c'était bien avec le patch. Elle me dit : « moi c'est que je préfère c'est l'histoire... »

(durée de la « séance » : 5 minutes)

3. Cas clinique n°3 :

Madame C., 30 ans, ne sent pas bien depuis le décès de sa mère, elle développe un sentiment de culpabilité. A cela se rajoute une grande difficulté conjugale. Une psychothérapie a été engagée d'autant qu'existe une souffrance liée à une enfance sans affection.

Elle m'indique qu'elle a débuté le travail avec le psychologue et qu'elle est satisfaite. Elle trouve que tout cela est lourd, qu'elle voit cela comme une montagne. Elle montre des signes de tension et de lassitude.

Je laisse du silence, et tout en faisant un geste lent des mains, comme pour lui faire signe qu'elle peut s'apaiser, elle me dit : « mais c'est bon de se poser »

Et je reprends : « oui ! (ratification)...d'être là, de sentir vos bras posés, peut-être un peu plus relâchés, et alors que vous entendez ma voix mais aussi le ventilateur dont vous pouvez maintenant percevoir l'effet sur vous, tout en laissant tout cela se faire, vous profitez encore de ce moment...(silence)...vous savez le chemin parcouru, , celui que vous parcourez pour changer, cela peut-être un petit chemin devant une montagne. Vous faites ce qui est possible pour vous, c'est vous qui savez et nous découvrons qu'il y a un chemin plus facile, qui contourne la montagne...(silence)...(elle est encore plus relâchée)... oui, c'est bien...et il est étonnant de se retourner un peu plus loin, un peu plus tard (suggestion post-hypnotique du chemin parcouru) et de voir cette montagne de l'autre côté avec la satisfaction du chemin parcouru... (silence)...profitez encore de ce moment où vous êtes là posée et reposée, détendue »

Je « quitte » la séance en reprenant mon stylo, rallumant mon écran d'ordinateur et la laissant reprendre la parole quand elle veut. Elle me dit : « ça fait du bien »

(durée de la « séance » : 10 minutes)

4. Cas clinique n°4 :

Madame B., 40 ans, se plaint de cervicalgies et de lombalgies dans les suites d'une chute d'un escalier il y a un an, entraînant une fracture vertébrale lombaire. Elle n'a pas de handicap. Elle se plaint de tensions musculaires fréquentes.

Je lui demande : « qu'avez-vous fait récemment qui vous a détendu, fait plaisir ? ». Elle me répond : « je suis allée à la rivière Langevin et le flux de l'eau m'a soulagé, m'a relaxé »

Je lui propose un petit exercice pour retrouver ce soulagement.

Je change de ton de voix et de posture (éteint écran, pousse la souris d'ordinateur, harmonie), je lui propose de retrouver ce moment où elle était à la rivière et de ressentir à nouveau dans le corps cette sensation agréable de relâchement. Cette sensation très agréable sur la peau, dans les muscles, et dans tous les endroits du corps avec cette eau qui relâche, « vous savez comme l'eau peut aller partout et avoir son effet bénéfique partout où c'est nécessaire ». Vous pourrez revivre cela dès que vous en aurez besoin, cela peut être chez la kiné où le massage sera aussi relaxant que cette eau fraîche et apaisante, cela peut-être aussi chez vous ou ailleurs ».

Je la laisse « revenir » en laissant un temps de silence.

Je lui demande : « ça va ? ». Elle me réponds : « oui, bien » et rajoute « c'est un peu comme de la sophrologie ou de l'hypnose ? ». Je lui réponds : « oui c'est ça, vous connaissiez ? ». « Non pas vraiment mais c'est bien » me dit-elle.

Je lui propose de retrouver cet état quand qu'elle fait revenir à elle le nom de cette rivière, comme un moment important et soulageant. Je lui indique qu'ainsi elle pourra agir par elle-même quand elle en aura besoin. Cela s'appelle de « l'autohypnose » lui dis-je.

(durée de la « séance » : 10 minutes)

5. Cas clinique n°5 :

Madame R. 47 ans, employée de mairie, vit des moments difficiles à son poste de travail lors de la période électorale. Elle dit subir des intimidations et des pressions en lien avec les futurs résultats. Elle présente des signes d'anxiété et exprime avoir une boule au ventre. Elle pleure et me dit ressentir un sentiment d'injustice alors qu'elle a toujours vu son travail apprécié.

Je lui dis : « je ne sais pas comment vous pourriez faire pour accorder moins d'importance à ces remarques et vous connaissez sans doute cette expression créole : « mi fé pa un cont' ek sa » (veut dire : je n'attache pas d'importance à cela, ou en le traduisant : je ne fais pas une histoire avec ça) .

« oui je connais cette expression mais je connais aussi : son causemen la coule su moin comme l'eau sur feuille songe ». (ses mots ne m'atteignent pas) –



Feuilles de songe



« la coul su moin com l'eau sur feuille songe »

«oh, magnifique expression...(silence)... je vous propose là maintenant de prendre la place qui vous convient et alors que vous êtes là devant moi, prenez un moment pour laisser venir de la détente. Plus cette détente s'installe plus vous pourrez laisser venir à vous des images d'un endroit que vous connaissez, paisible, où se trouvent des belles feuilles de songes, peut-être est-ce au bord d'une ravine, au bord d'une rivière ou ailleurs...(silence)...profitez de ce moment, de cet endroit, regardez bien ces feuilles, leurs couleurs, leurs formes, peut-être bougent-elles un peu...(elle ferme les yeux)...c'est bien, vous pouvez vous concentrer sur une de ces feuilles, celle qui retient votre attention et imaginez que sur elle, quelques gouttes d'eau glissent ; certaines gouttes peuvent freiner un peu, mais le mouvement que fait le vent sur la feuille peut aider leur glissade et l'eau retombe au pied de la plante. Cette eau qui se dépose, renforce la plante son énergie. Il est bon de voir que les choses qui glissent tranquillement, sans effort permettent de trouver de l'énergie. Vous pourrez ressentir cette

énergie dès que vous retrouverez cet endroit paisible mais source de vigueur, de confiance dans ce qui se fait sans effort, ce qui se fait naturellement »...(silence)...Je la laisse revenir et prendre son temps.

Sa réaction : « j'étais bien dans cet endroit, merci »

(durée de la « séance » : 10 minutes)

6. Cas clinique n°6 :

Madame J., 68 ans, vient régulièrement pour le suivi de son hypertension. Elle présente des somatisations chroniques avec des déplacements de symptômes à chaque consultation. Elle résistait dans le passé à toute exploration « psychologique » comme si elle préférait garder cela comme « béquille » à une souffrance du passé, inscrite dans le corps. Alors que, comme d'habitude, elle vient s'installer sur le lit d'examen pour le contrôle de sa tension, elle m'indique une douleur « qui marche » (en créole, « qui se déplace ») au niveau du ventre. Cette « nouvelle douleur », une fois évaluée sans support organique (avait déjà eu bilan biologique, échographie abdominale, coloscopie...) fait dans son ventre comme quelque chose de « tendu » me dit-elle.

Je lui demande alors dans quel endroit elle se trouve le mieux et où elle ressent qu'elle est bien.

Elle me réponds : « dan mon jardin moin lé bien »

Je lui réponds avec « mon créole »... : « dan out jardin ?...bien, et ou lé d'accord pou faire un tit' exercice pour détendre tout' out kor, parce que mi sen que tou' out muscl, peut se « détendre » pendant que ou respire calmement, tranquillement »

« oui dakor dokter, ou lé gentil »

« parfait, alors pendant que ou continue de respirer doucement, que ou laisse tout' out muscl se relâcher, ou peut, peut-être, imaginer là maintenant out'jardin...pour bien etre dans out jardin ou peut si ou veut, fermer out zieu, mais lé pas obligé...(elle ferme les yeux)...bien, la ou lé bien dan out jardin, ou peut peut etre voir certaines fleurs, certaines plantes, sentir de bonnes odeurs, voir toutes ces belles couleurs. Ou connait comment prendre soin de toutes ces belles plantes, et ce que ou na pas besoin, un peu comme des mové zerb', ou peu lé retirer de

leurs racines, ou connai faire ça quand ou nettoie le jardin. Quand ou retire mové zerb', ces zerb là i fan, i fan comme la douleur, c'est pour ça que ou lé bien dan out jardin » Elle ouvre les yeux et me dit : « merci dokter, c'était bien, maintenant si ou veu, pren mon tension »... « la douleur la fané » est une expression signifiant que la douleur est partie.

(durée de la « séance » : 5 minutes)

7. Cas clinique n°7 :

Madame N., 40 ans, est suivie habituellement pour un diabète et une hypertension. Elle m'indique qu'elle a pris beaucoup de poids, sans doute lié aux conséquences de problèmes familiaux. Elle rajoute que ses difficultés familiales sont en bonne voie de s'arranger. Elle apporte ses analyses biologiques qui montrent que son diabète n'est pas bien équilibré. Elle me dit être désireuse de perdre du poids et elle sait qu'elle doit faire de l'exercice et reprendre un régime alimentaire adapté.

Elle dit : « je sais qu'il faut que je l' fasse, mais je n'arrive pas à me lancer, je n'arrive pas à démarrer »

« C'est donc un problème de démarrage ? » lui dis-je

« oui, il y a une part de moi qui voudrait le faire, et une autre je sais pas pourquoi, m'en empêche »

« je vous propose une petite expérience d'imagination, vous pourrez découvrir ce que cette expérience peut faire pour vous... (changement de ton, modification de posture)...alors que vous êtes là devant moi et que vous entendez ma voix, vous pouvez, tout en laissant tout votre corps se relâcher, se détendre, profiter de ce moment, vous n'êtes pas obligée de fermer les yeux...Vous pouvez imaginez un endroit du cerveau où se trouverait cette partie du cerveau qui veut et l'autre qui ne veut pas encore. Oui (ratification, elle ferme les yeux) Prenez votre temps pour bien localiser cet endroit. C'est comme un démarreur, vous savez, un démarreur de voiture. Cet endroit que vous avez peut-être déjà trouvé en vous serait comme un démarreur. Quand vous l'avez, vous pouvez me faire un signe avec un doigt...(silence)...bien (son index droit se soulève)...c'est comme un démarreur, vous savez cette pièce dans la voiture qui permet de lancer le moteur...peut-être n'avez-vous pas la clé, sans doute l'avez-vous quelque part et vous ne le savez pas encore. Une partie de vous le sait qu'on appelle

l'inconscient, l'autre partie, votre conscient ne le sait pas encore. On peut trouver d'autres façons de faire que l'on n'aurait pas imaginé, et je vous propose, pour ce démarreur de le lancer en rapprochant les deux fils, un fil vient de la partie qui veut, l'autre de celle à qui il manque de l'énergie. Imaginez ces deux fils qui sont proches et qui pourront, quand vous le souhaitez, se rapprocher (ton particulier marquant le moment d'une imminence de changement), vous pouvez voir la distance qui reste pour qu'ils se touchent, c'est vous qui savez...(je laisse du temps)...ainsi lorsque le démarrage se fera facilement, vous retrouverez cette énergie, cette vitalité qui est bonne pour vous, prenez votre temps ». Je reprends ma posture courante. Je rallume l'écran, je fais quelques clicks avec la souris.

Elle sort très vite de la transe, fait un très large sourire et à mon grand étonnement se lève comme si elle était pressée et me dit : « merci, je suis prête à démarrer ! »

(durée de la « séance » : 10-15 minutes)

8. Cas clinique n°8 :

Madame L., 38 ans, ancienne sportive de haut niveau, vient pour fatigue, stress, dans un contexte de formation et de futurs examens avec une peur d'échouer. Elle dit avoir des difficultés pour se concentrer, des maux de tête et des douleurs du cou. Lors de l'entretien, je la vois passer sa main sur son front et sur son cou comme pour chercher à se détendre .

Je lui propose, pendant qu'elle fait cela pour se détendre, de trouver là dans le fauteuil, la position qui lui permet d'être encore plus détendue, de profiter de ce moment tranquille pour vivre une expérience nouvelle. Je lui demande de retrouver l'état qu'elle connaît et qui l'empêche de se concentrer. « Vous connaissez cet état »...elle ferme les yeux (je ratifie), « c'est super ». Je lui dis que notre cerveau peut connaître de la surchauffe, comme un moteur qui tourne à haut régime et longtemps. « Il est bon pour éviter cela, de s'arrêter un peu sur le côté, de tourner la clé pour stopper et faire silence...(silence)...imaginez et ressentez ce calme, source d'un peu plus de détente et profitez de ce moment pour vous laisser aller ailleurs, peut-être pouvez-vous retrouver un endroit que vous aimez, qui vous apaise...(elle bouge les bras)...oui c'est cela, des images, des odeurs ou autre chose. C'est tellement bon de faire une pause et votre cerveau vous remercie de ce cadeau que vous lui faites, il se détend comme un muscle (intention d'action sur les céphalées de tension), comme tous les autres petits muscles de la tête et du reste du corps qui se relâchent tranquillement. Vous savez ce

qu'est une compétition...(silence)...vous savez comme il est bon d'être dé-tendu (ralentissement et accentuation sur la syllabe « dé »), de se dé-connecter, de se dé-connecter (répétition) avant l'effort pour être prête le moment venu. Parmi ces images, ces sensations nouvelles, je vous propose d'en retenir une que vous pourrez réutiliser quand vous en aurez besoin. Prenez le temps qu'il vous faut pour cela, cette image vous appartient, elle vous permettra de renouveler cette expérience, et il suffira de se réinstaller dans cet état de détente en rappelant cette image et de déconnecter le reste. Maintenant vous savez ce qui est bon à faire quand vous en aurez besoin. Votre cerveau sera alors prêt, prêt pour réussir, prêt pour accomplir sa mission. Ressentez votre respiration, vous pouvez doucement l'amplifier, pour revenir là comme quand on se prépare à nouveau à l'effort... »

Elle ouvre les yeux se détend et me fait part du bien-être qu'elle ressent.

Je lui dis : « j'ai l'impression que vous avez déjà fait ce genre d'exercice »

« Oui » me dit-elle, « c'est de l'hypnose ? »,

« Oui c'est cela »

« Oui j'en ai fais quelquefois lors de mes compétitions, ça aide beaucoup »

(durée de la « séance » : 15 minutes)

9. Cas clinique n°9 :

Damien, 10 ans, une histoire de douleur aigüe...

Alors que je suis en consultation, je suis prévenu par ma secrétaire d'une urgence. Un jeune garçon de 10 ans est porté dans les bras de sa mère car il vient de se faire piquer par plusieurs guêpes. L'enfant est alors installé dans le cabinet d'un de mes associés, sur le lit d'examen. J'interromps ma consultation en cours, pour évaluer immédiatement la situation. La maman est en pleurs, totalement paniquée. L'enfant pleure et crie de douleurs. Il présente de nombreuses marques de piqûres sur les cuisses et sur un bras. Il est très agité et me dit ne plus pouvoir bouger ses jambes. J'en dénombre plus de dix.

Après une évaluation médicale rassurante et des consignes données à ma secrétaire pour me porter certains médicaments, j'observe que la priorité est au soulagement.

Je propose à la maman de s'asseoir sur le fauteuil à côté de moi, qu'elle peut commencer à se détendre, tout en m'écouter. Je me rapproche de Damien.

« J'ai mal, j'ai mal » dit-il ; il se crispe avec ses mains sur ses cuisses proches de ses piqûres.

« Je vais t'aider à te soulager, tu n'as juste qu'à m'écouter »

Sur un ton plus autoritaire et d'une demande ultra importante (pour le défocaliser de sa douleur et capter son attention), je lui dis :

« Damien, dis-moi, c'est très important, qu'est ce que tu faisais avant que cela arrive, juste avant... »

« Je jouais à la Play station avec un copain » (phrase prononcée dans les pleurs, je fais comme si je n'avais pas compris...)

« A quoi tu jouais !!?... »

« A la Play Station ! »

« Pour quoi faire ? » (je veux lui donner un rôle de sachant pour le défocaliser, quitte à me faire passer pour un vieux docteur qui ne sait même pas ce que c'est qu'une Play station !...)

« Pour jouer !! »

« Oui mais jouer à quoi ? » (il ne pleurait plus et ses mains relâchait ses cuisses)

« A une course de voitures ! »

« Une course de voiture ? Super, j'adore ! Ta voiture était de quelle couleur ? »

« Verte »

« Et celle de ton copain ? »

« Rouge »

Je ralentis le rythme des mots et je baisse le ton , observant la poursuite de son relâchement et de sa décrispation très nette du visage.

« Elle est où ta « Play » en ce moment ?

« Chez moi »

« Tu serais d'accord pour que je fasse une course avec toi maintenant comme pour de vrai »

« Ok » (il a un petit sourire !...)

« Allez, je prends la rouge, t'es prêt je vais compter de 5 à 0... »

« Ok »

« 5, 4, 3, 2, 1, 0 ! Partez !!...ouah t'es parti vite, mais je suis pas loin derrière, oh tu reprends de l'avance, ton pied appui sur l'accélérateur (le pied droit bouge, la maman sourit comme peut être rassuré qu'il bouge les jambes...), je me rapproche à nouveau mais tu accélères encore...(la course dure un peu, virages, lignes droites, le public etc...), la ligne droite finale approche, j'essaie de te dépasser, mais tu restes concentré sur ta course, tu sais ce qu'il faut faire pour gagner...tu passes la ligne d'arrivée en tête !! Bravo ! t'es un champion ! »

Il sourit, je lui donne ses médicaments qu'il prend sans difficulté, offerts au « champion » lui dis-je.

Je lui demande de se préparer pour une autre course, le temps de finir ma consultation interrompue.

Quand je reviens, Damien est en train de faire un jeu sur le téléphone de sa mère !

Je recommande de le garder en surveillance encore une heure. Après ce temps, je reviens le voir, il est toujours souriant, les plaques ont dégonflé, il se lève doucement, boitille un peu.

Je félicite encore le coureur automobile pour sa victoire.

Après quelques consignes de surveillance données à la maman, ils rentrent chez eux.

Le lendemain la maman laisse un message au cabinet pour dire que Damien va bien et qu'il a très bien dormi.

(durée de la « séance » : 20 minutes)

10. Cas clinique n°10 :

Monsieur S., 35 ans, présente des douleurs neuropathiques chroniques du poignet gauche, en relation avec de multiples opérations (5 au total !) pour une instabilité du carpe post-traumatique (accident de travail survenu en 2010, il travaille dans un service d'entretien dans un collège). Ses interventions ont eu lieu entre 2010 et 2011. Après une période de nette amélioration où il a pu reprendre son activité, il a présenté et cela depuis 1 an environ, des douleurs de type neuropathiques tout à fait typiques, de plus en plus invalidantes (hypoesthésie de la zone opérée, allodynie sur la zone de cicatrices, fourmillements dans la main gauche et décharges électriques). Il porte régulièrement un « bracelet de force » qui le soulage un peu. Il reçoit aussi des médicaments d'efficacité actuellement modérée ; il a reçu aussi de la morphine qui a permis un net apaisement mais qui a été diminué puis stoppé en raison de somnolence importante impactant sa vie quotidienne. Il reçoit par ailleurs de la prégabaline dont le dosage est régulièrement réévalué. Par ailleurs, il applique un baume du tigre qui l'apaise.

Il vient me voir un soir avec son amie, il est un peu désoeuvré, supporte de moins en moins son état douloureux. Il ne comprend pas cette douleur, tellement bizarre et insupportable, qu'il ne peut partager de peur d'être pris pour un fou.

Je décide alors de partir simplement sur un dessin pour lui montrer ce qui se passe, de représenter simplement quelques nerfs qui ne sont plus connectés dans son poignet et qui se trouve à une certaine distance. Je lui indique que la cicatrisation peut-être un peu longue et que les médicaments sont là pour aider. J'essaie d'expliquer le rôle de la prégabaline sur le dessin. Je lui demande s'il connaît l'hypnose. Il me dit qu'il en a entendu parler. Je lui demande s'il connaît l'hypnose médicale. Il me dit que non mais est prêt à le faire si cela peut l'aider. Je lui propose un rendez-vous très proche car je le sens vraiment en détresse.

Lors de son entrée en consultation, trois jours plus tard, je lui propose de s'installer dans le fauteuil en visualisant simplement le dessin effectué la fois précédente. Je le laisse seul 2 minutes le temps de prévenir ma secrétaire de ne pas me déranger. La porte est fermée à clé, mon ordinateur éteint et mon téléphone sur « muet ». Je viens m'installer près de lui et nous commençons la séance.

(Séance enregistrée, les pointillés représentent des pauses)

« Alors nous pouvons peut-être profiter de ce moment là, où vous êtes venu me voir, pour améliorer les choses, pour soulager quelque chose, pour soulager un endroit du corps, un endroit où vous ressentez des choses pas très agréables...

Je vous propose, alors que vous êtes assis dans ce fauteuil, de trouver la position qui vous convient et peut-être...autour de vous... de fixer un point précis dans cette pièce.(induction) (il s'arrête sur un point).

Alors que vous fixez ce point et que petit à petit vous pourrez ressentir peut-être comme une sorte de fatigue dans les yeux, vous pouvez vous laisser aller à des pensées, des images ou à un endroit où vous aimeriez bien aller, un endroit où vous pouvez vous sentir en sécurité. Pour ressentir encore plus profondément cela, vos yeux pourront quand ils en auront envi, se fermer... dans un instant... ou après, cela n'a pas d'importance. Ainsi vous pouvez aller un peu plus à l'intérieur de vous-même...(les yeux se ferment)...c'est bien...

C'est le moment que l'intérieur de vous-même (dissociation) a choisit pour être encore plus détendu, plus apaisé. Laisser venir encore tout ce qui vient (truisme), des pensées, des sensations, des images, des odeurs ou bien d'autres choses...

Tandis que toutes ces choses en vous sont là, vous pouvez imaginez que le corps est commandé par un circuit...comme un circuit électrique, un circuit qui nous fait bouger, nous fait penser, ou pas, nous fait nous détendre, ou pas...et ce circuit quelquefois peut nous jouer des tours...vous avez déjà ressenti les tours qu'il vous joue, c'est souvent imprévisible (décharges électriques), c'est bizarre ce que ce circuit peut faire...tout en imaginant ce circuit qui commande tout un tas de choses à l'intérieur de nous, vous pouvez vous concentrer sur une partie qui serait peut-être bien à améliorer, pour que cela ne vous joue plus des tours, ou moins. Vous savez peut-être ce que c'est que réparer un circuit électrique ; je ne sais pas quel endroit précis doit être réparé, vous seul savez. A cet endroit, vous pourriez installer une sorte de filtre, pour empêcher les sauts d'humeur du circuit (décharges), pour qu'il soit tranquille comme les autres parties du corps, tranquillement partout, c'est bon de savoir qu'on peut remettre de l'ordre, corriger certaines choses...

Alors que nous laissons ce circuit se remettre, se modifier, on peut repenser à l'action du médicament qui protège ce circuit, qui l'aide à mieux fonctionner. (intention d'effet placebo suite aux modifications récentes de traitement), ce circuit en a sans doute besoin pour le moment, plus tard peut-être pas (le patient m'avait questionné en entretien sur le temps où il aurait besoin de prendre des médicaments).

Tandis que tout cela agit pour vous, certaines cellules peuvent se réparer... doucement...,refonctionner comme avant...se reconnecter...pour retrouver de bonnes sensations, de bons mouvements, retrouver certains endroits que vous aimez...peut-être des... sentiers (il est adepte du trail et des courses en montagne) par exemple ou ailleurs, vous sentant...libre, libre de retrouver vos capacités...liberté de mouvement...de déplacement. Laissez vous remplir de ces bonnes sensations, prenez le temps de ressentir ce qui circule... ce qui se rebranche...

Alors que vous vivez tout cela, que vous entendez ma voix, vous pouvez prendre conscience de l'endroit...ici, dans ce cabinet, en laissant la réparation se faire à son rythme (toujours en transe hypnotique)..... je vais compter de 5 à 0, et ainsi vous pourrez revenir ici tranquillement...5, 4, 3, 2, 1, 0, ... (il ouvre les yeux et se détend)...oui, c'est bien, détendez-vous, pour revenir ici bien présent, bien détendu, prenez le temps »

Le feed-back immédiat :

« ça va ? »

« ça va...c'est bizarre...j'ai senti comme si mon corps était coupé en deux (dissociation), une partie qui était normale, une autre partie comme si il y a des fluides qui se replacent. On sent les parties qui ont pas besoin d'être réparées mais là où je sentais pas (zone douloureuse hypoesthésiée) on sent comme si un morceau recherchait un autre morceau, on sent qu'on cherche à les réajuster. Le truc est puissant parce qu'on le sent et mentalement on a l'impression qu'on va remettre les deux morceaux ensemble, comme si là je prends deux morceaux de tuyau et je mets ensemble, mentalement on le sent comme ça. »

Je lui propose de laisser faire cette réparation naturelle qui se fait à l'intérieur de lui mais il ajoute :

« on sent un truc qui va et vient entre en haut (il montre la tête) et en bas (montre son poignet) »

Il rigole, semblant rester un peu stupéfait parce qu'il vient de vivre en lui, il rigole encore et me dit : « y a un trucage ? »

« un trucage ? lui dis-je, « non, c'est naturel, on active des choses naturelles que vous avez en vous. C'est vrai cela peut paraître curieux, étonnant, parce que c'est une expérience nouvelle pour vous. Ne cherchons pas plus que cela à décortiquer et observez naturellement les changements qui se font, ce changement continue au-delà de cette porte, laissez toutes les réparations se faire à leur rythme.

Nous nous levons et je lui dis : « je vous propose donc que l'on se revoit dans une semaine pour faire le point »

Il rigole encore et me dit :

« C'est étonnant que mon médecin fasse ça ! »

« c'est de l'hypnose médicale »

« faire quelque chose d'autre que le médicament, c'est bien »

« eh oui vous voyez j'ai laissé quelques minutes de côté ce que vous connaissez de la pratique de médecin, pour faire autre chose, vous faire profiter d'une pratique médicale de l'hypnose, qui se fait maintenant un peu partout »

« oui, c'était un moment privilégié »

« oui laissez le travail se faire comme celui des médicaments »

« je ressens que je pourrai méditer sur ce moment pour le réutiliser quand j'en aurai besoin »

« c'est excellent, faites le quand vous en avez besoin » (auto hypnose)

« si vous avez encore besoin de mon aide pour mieux y arriver, je reste à votre disposition »

Le feed-back à J7 :

Comme convenu, Monsieur S. revient me voir.

Alors que je lui demandais comment c'était passée sa semaine, il revient spontanément sur la séance d'hypnose de la semaine passée (propos enregistrés avec son accord)

« Par rapport au médicament, au niveau de l'esprit, cela m'a permis de me soustraire, car la douleur vous enferme, une sorte de bulle dont on peut pas s'en sortir comme ça ; je savais pas que la douleur peut vous emmener à la honte, vous avez même du mal à en parler, surtout que quand vous faites une radio, une IRM, y a rien, en la montrant je me dis que je vais passer pour un fou. La douleur m'a enfermé dans une carapace. Arrivé à 1 an, être enfermé comme ça et d'arriver à s'en sortir, si on m'avait dit que l'hypnose fonctionnait pour ça, c'est un accroche que j'avais besoin pour m'agripper . Pour moi la douleur c'est comme si j'étais mort. Même après en quittant la séance, j'ai ressenti qu'il y avait une action qui se perpétuait, je savais pas que la douleur pouvait apporter un poids énorme et là c'est comme si un petit trou permettait à la douleur de s'échapper, ouh !...je ne dirais pas une guérison mais que la douleur qui est néfaste pour le corps et l'esprit part, ce qui va rester c'est un problème mieux ciblé pour agir dessus avec les médicaments. Si j'avais pas connu ça je serais encore en train de tourner dans une spirale infernale ; ça a permis que dans mon esprit, c'est pas mort à l'intérieur de moi, quelque chose d'endormi, il fallait réappuyer sur le bouton, relancer la machine ; je n'avais pas connaissance d'une douleur d'un tel degré au point de vouloir couper mon bras, j'en pouvais plus. L'hypnose m'a remis en selle, m'a repositionné, on sent que les choses se remettent en marche, que les extrémités veulent se rejoindre »

Et je lui dis :

« et ça continue à se rejoindre » (je profitais de son feed-back pour suggérer à nouveau la réparation)

Il reprend :

« je dirais qu'aucun médicament peut faire ça, évacuer cette difficulté ; les médicaments ont leur rôle mais l'hypnose vous emmène sur les zones qui sont noires et amène un éclairage dans la zone d'ombre et au fur et à mesure cette zone noire se rétrécit. Vous sentez que ça change, que vous vous rebranchez, qu'on revit. Les médicaments s'occupent de la surface, pas du fond, l'hypnose est complémentaire ; le médicament gomme mais au niveau de l'esprit, le médicament n'atteindra pas ça. L'hypnose m'a permis d'expulser ma souffrance. L'esprit soulagé permet que la zone douloureuse est accessible ; cela m'a permis comme si des bouts

de mon cerveau était éparpillés, de remettre tout ensemble. Je conseillerais l'hypnose à ceux qui auraient des opérations ; j'imagine que ça peut être efficace en vue d'une opération »

J'arrête l'enregistrement et nous abordons la réévaluation de sa douleur et son traitement médicamenteux.

Cette séance recherchait à agir sur sa douleur neuropathique en métaphorisant par une réparation électrique, la reconnexion des nerfs présentés sur le dessin. Je savais par son activité professionnelle d'entretien dans un collège, qu'il avait eu à effectuer des interventions sur des systèmes électriques.

Par ailleurs, la séance voulait aussi réintégrer le traitement médicamenteux pour lequel il tendait de par sa souffrance actuelle, à perdre confiance.

La séance d'hypnose a duré un peu moins de 30 minutes, la transe hypnotique a été profonde, tant la sortie a été assez longue avec une nécessité de provoquer un retour par un compte à rebours, ce que je ne fais habituellement pas.

Après un moment laissé de détente, il s'est mis rapidement après un simple « ça va ? » à exprimer ce feed-back instantané très surprenant. Il faisait part d'étonnement, et usant d'un discours très riche et incroyablement sensible sur ce qu'il venait de vivre. Il parle de « truc puissant », « parce qu'on le sent et mentalement on a l'impression qu'on va remettre les deux morceaux ensemble ».

Alors qu'il est sur le point de s'en aller, il rigole, ce qui m'interpelle et je ressens le besoin, la curiosité sans doute, de savoir ce qui le fait rire. Et là il semble avoir été interpellé par le fait que cette séance fût réalisée par son médecin traitant, exprimant là un ressenti de relation inhabituelle. Je me sens alors sans doute obligé de « légitimiser » ce qui a été fait, en rappelant qu'il s'agit bien d'une démarche médicale et qui se fait « un peu partout ».

Lorsqu'il est revu sept jours plus tard, pour une consultation d'évaluation, il reformule un peu différemment ce qu'il a vécu et sent à nouveau possible de s'occuper du traitement médical comme si l'hypnose lui avait permis d'accepter à nouveau son poignet et sa main, alors qu'auparavant il aurait voulu la couper !

DISCUSSION

1. Discussion théorico-clinique

Dans le langage au quotidien, dans notre métier de professionnel de santé et aussi bien sûr dans la pratique de l'hypnose médicale, le mot est partout. Il est tellement présent, tellement habituel, tellement incrusté dans la vie de tous les jours, que la plupart du temps nous ne portons aucune attention sur lui, il fait partie de nous.

Imaginez-vous une gare de voyageurs, mais notre voyageur est ici, le mot. Dans le voyage que nous allons lui faire prendre, il pourra s'installer dans le wagon de l'automatisme (la politesse par exemple), dans celui de la conversation, ou dans celui de l'analytique, de l'explicatif ou encore dans celui du figuratif, de l'imaginaire. Mais ce train n'est rien sans une locomotive qui emporte avec elle, l'émotion, le non verbal. Ce train qui emmène les mots vers autrui s'engage dans un parcours complexe, mystérieux, tiré par une locomotive qui puise son énergie dans notre intention vers l'autre.

Mais ce train, où va-t-il ? « Les mots sont des aventuriers » écrit René Garrus.

De l'accueil du patient, en passant par l'entretien, l'examen clinique, les explications diverses, le traitement, voire jusque dans la communication hypnotique, les mots choisissent leur wagon. Dans la consultation courante de médecine générale, le wagon du langage figuratif est souvent bien vide car cette place serait dévolue plus volontiers à l'hypnose, dévolue à une consultation longue, programmée, comme l'ont souligné les médecins généralistes dans les études présentées. Les cas cliniques présentés précédemment, ont pour objet d'illustrer, comment la consultation en médecine générale, peut intégrer la communication hypnotique, comme une prédisposition, une posture, permettant d'enrichir, de catalyser des transformations, en lien avec le problème que le patient nous apporte.

Mais le mot n'est rien sans :

- Les silences : parsemant largement le discours hypnotique des séances présentées et de la pratique de l'hypnose en général, leur usage donnent du relief au mot, comme en musique, il prépare un mot important comme un grand coup de cymbale après le silence. Ces silences marquent aussi la différence avec la communication médicale courante où le silence occupe une place bien réduite, sauf quand le médecin ausculte !... Le médecin parle, parle beaucoup... Nous sommes « Docteur » qui vient

du latin « docere », enseigner. L'intention est louable, certes, mais la plupart du temps nous ne mesurons pas ce qui est retenu, compris et donc efficace et satisfaisant en terme de communication.

« il y a des gens qui vous envahissent avec leur logorrhée, on a la pénible impression d'être prisonniers de leurs mots », Amélie Nothomb.

L'hypnose permet cette pause, cette respiration, par ses silences. Le train est comme ralenti pour un voyage plus confortable.

Dans le cas clinique n°9, cas d'une pratique de l'hypnose en situation aigüe, la place n'est volontairement pas laissée au silence, l'enfant nécessitant d'être capté, fixé, sidéré par un discours, oserons-nous dire, presque autoritaire, pour être défocalisé de sa douleur aigüe. Lors de l'amélioration, des courts silences peuvent doucement reprendre place, portant le signe rassurant d'une résolution en cours, d'une situation sous contrôle.

- Le ton, la voix, font bien entendu partie aussi du « jeu », avec usage de la prosodie en insistant sur certaines parties d'un mot comme dans « li-bre » ou « dé-tendu, dé-connecté ».
- Le geste accompagne aussi le mot, comme dans le cas clinique n°8 où les mains par un mouvement signant l'apaisement, le ralentissement, intègrent une induction hypnotique.

Le bon mot, la bonne communication... une technique ?

De la rhétorique de l'Antiquité aux subtilités de langage en hypnose, les mots intègrent une technique mais une technique qui se doit d'être « oubliée » et plutôt livrée intuitivement dans la sensibilité de la relation. Cela ne peut certainement pas être une technique préméditée, le terme de « subtilité » ne serait alors pas adéquat ! Mais ne confondons pas technique de langage et langage technique. Le médecin est probablement plus performant dans ce dernier... « docere »...

Le challenge sera certainement de mettre au service du langage technique, un apprentissage d'une technique de langage. La communication hypnotique répond à cela mais sa dimension est bien entendue largement au-delà d'une technique. Dans le cas clinique n°1, dans une communication médicale courante, on aurait dit au patient : « prenez le Paracétamol régulièrement, matin, midi et soir ». Donner une « accroche » au Paracétamol avec une

tondeuse, voilà qui pourrait paraître incongru, mais la surprise, l'étonnement en hypnose, est son atout, celui que n'a pas le discours scientifique. Le propos n'est pas de s'interdire une explication, une information scientifique, mais bien de voir dans la communication, une nécessité de clarté, de simplicité qui peut être bénéfiquement portée par la voix du langage figuratif.

L'impact des mots

Nous l'avons dit, inscrits dans la relation au quotidien, nous en faisons usage pour accueillir, informer, expliquer, encourager, rassurer et j'en passe, en un mot, pour soigner. Il y a souvent, sans aucun doute, une volonté sous jacente de faire du bien. L'hypnose nous apprend à cultiver la douceur de l'euphémisme de notre langage, en usant de mots positifs, en évitant l'utilisation des négations. Cela fait écho aux études présentées précédemment sur « les mots qui font du mal », montrant l'impact bénéfique d'un discours positif, rassurant, sur le vécu d'une situation stressante. Cette attention portée à ce type de langage fait partie de la bienveillance décrite par Carl Rogers. Elle n'est bien évidemment pas la propriété de l'hypnose. Tous les jours des soignants, en dehors de toute pratique de l'hypnose, marquent par leur sensibilité, leur professionnalisme dans la relation, une acuité à faire acte de grande bienveillance pour le patient. Mais relevons quand même, l'inévitable tendance à s'en écarter, dès que la technique, dès qu'un langage adressé au patient comme si c'était sans lui (comme si le médecin s'expliquait à lui-même), prend la place, comme s'interposant dans la présence à l'autre. Ce langage, alors que pensé comme utile, par le médecin, coure un risque élevé de se « perdre en chemin ». Il reste très « étonnant » de constater une iatrogénie verbale quotidienne, faisant l'objet de si peu de travaux dans le domaine de la communication en santé. Victor Hugo, dans son poème « Jeunes gens, prenez garde aux choses que vous dites », métaphorise magnifiquement le potentiel du mot (voir le poème en annexe).

Nous pouvons regarder la grande différence de style entre la communication médicale courante et la communication hypnotique. Un style faisant écho à la première en reprenant les mots de la plainte, de la maladie, des comptes rendus aux termes inquiétants, pensant naturellement bien faire par cette nécessité d'informer, de nommer le mal. Ce style participe à la focalisation, à cet enfermement du patient dans sa difficulté. L'hypnose dans son style, cherche à défocaliser, elle évoque le soulagement plutôt que la douleur, elle cherche à offrir au patient la possibilité de se repositionner vers une ouverture. Là où la médecine parle de piqûre, l'hypnose parle de fées (cas n°2), là où la médecine parle de décharges électriques,

l'hypnose parle de sauts d'humeur (cas n°10), là où la médecine liste les problèmes, l'hypnose offre un chemin pour les contourner (cas n°3). Très fréquemment, notre patient, surtout quand il est angoissé, anxieux, est aux aguets de nos mots, de toute parole prononcée et si nous n'y prenons pas garde, soyons en sûr, dès que le mot est lâché, trop tard : il est parti, il fait son chemin, il va faire son œuvre.

Citons Céline dans « Voyage au bout de la nuit » : « Avec les mots on ne se méfie jamais suffisamment, ils ont l'air de rien les mots, pas l'air de dangers bien sûr, plutôt de petits vents, de petits sons de bouche, ni chauds ni froids, et facilement repris dès qu'ils arrivent dans l'énorme ennui gris mou du cerveau. On ne se méfie pas d'eux et le malheur arrive »

Le mot et le temps

La pratique de l'hypnose est chronophage ? Elle peut l'être sans doute, c'est ce qui a d'ailleurs été relevé comme frein principal dans sa pratique en médecine générale. Le mot, la parole en hypnose se veut être intégré dans un temps, dans une durée dirait Bergson, où il est proposé au patient, de quitter pour un moment, sa « surchauffe » (cas clinique n°8), « c'est bon de se poser » dit-elle, pour faire un break, un pas de côté. Cette sorte de rupture inattendue dans la posture du thérapeute, apporte une surprise dont le bénéfice immédiat, prend pour le patient, une valeur de prise de conscience de ses ressources hors du champ du médicament.

Les séances présentées, sont, pour la plupart, courtes ; elles intègrent une consultation courante montrant qu'une certaine pratique de l'hypnose est adaptée en médecine générale. Nous pourrions dire qu'il s'agirait d'une médecine générale qui va chercher dans l'hypnose ce qui la sert et donc prête à servir le patient dans le courant de l'exercice quotidien, plutôt qu'une médecine générale qui dédierait un temps pour de l'hypnothérapie (ce qui n'exclut pas cette possibilité bien entendu). La distorsion du temps largement constatée en hypnose, donne l'impression au patient, d'un temps ralenti, qui rompt avec le stress du quotidien, où le patient ressent que tout va très vite et a donc besoin de se poser. Christophe André, psychiatre, parle de cette dimension stressante du temps par un barbarisme, « l'accélérite ». Par une « pause » de cinq minutes de ralentissement, d'évasion, le patient les vit comme deux fois plus longues et apaisantes que dix minutes de discours rationnel. Ce moment d'apaisement profite sans aucun doute au thérapeute. Un effet anti burn-out ? Peut-être.

Le mot et la pensée

Etre dans sa pensée, dans sa technique, nous éloigne du patient. Si la communication hypnotique n'échappe pas à la pensée, elle cherche par son accordage au patient, à percevoir le monde sensible de l'autre. Les mots apportés par le patient, la perception des affects, dans « l'ici et maintenant » sont la voie d'une communication sensible. De la fée (cas n°2) à la rivière Langevin (cas n°4), en passant par une console de jeu (cas n°9), voilà les clés que l'hypnose nous donne pour ouvrir « les portes du patient ».

Les mots intègrent aussi la culture de l'autre

Une culture géographique comme le nom d'une rivière ou d'une ravine, une culture linguistique par l'apport des expressions créoles (« la coul' su moïn... ») ou de mots imagés (« la douleur la fané »). L'hypnose par son ouverture sur l'imaginaire, offre à l'acte thérapeutique un terrain approprié puisque c'est celui du patient. Nous avons pu voir à quel point les spécificités culturelles créoles ouvraient un album d'images et tout particulièrement celles de la nature. J'ai eu sur ce point de vue, la chance de pouvoir m'entretenir avec Axel Gauvin, professeur de sciences naturelles, écrivain et ardent défenseur de la langue et de la culture créole réunionnaise. Echangeant nos regards sur l'évolution de la société réunionnaise, il ressort une évidente perte de la place de l'image dans les représentations de la vie courante à La Réunion. Les nombreuses expressions imagées semblent ne pas pouvoir résister à la forte influence d'une francisation de la langue créole réunionnaise et à l'impact d'une distance prise avec la ruralité. La réactualisation de devinettes traditionnelles appelées « sirandanes » dans l'ouvrage de Florans Féliks, « Mon ballon néna 7 trou », fait renaître ce monde des images en lien avec le corps. Deux beaux exemples y sont présentés en annexe.

Le mot, à l'origine d'une dynamique

De l'idéodynamisme de Bernheim aux travaux de Berthoz sur le mouvement imaginé, le mot peut être effecteur de mouvement. La suggestion, dans son intention thérapeutique, peut porter en elle une dynamique. L'emploi de verbes d'action comme « démarrer », « lancer le moteur » (cas n°7) « reprise de mouvement après reconnexion » (cas n°10) sont là pour provoquer un mouvement intérieur chez un patient souvent figé dans sa problématique. Ils sont vecteurs de changement, d'un nouveau chemin que le patient se crée. On peut intégrer cette recherche d'implication dans le mouvement, par un discours mobilisateur, à l'énergie de

notre locomotive. Comme l'écrit Jean-Marc Benhaïem (62) : « finalement ce que l'on soigne à chaque fois, c'est l'immobilisation, la sidération, la focalisation ». L'hypnose cherche à faire bouger les lignes du patient, pour qu'il trouve un autre chemin, pour être libre et autonome.

Le mot n'est pas la chose

Le mot est cet initiateur de quelque chose qui intègre un phénomène, un tout. Pour cela il n'est pas la chose, il la devient. Quand le mot est lâché, il n'est plus le mot, il est la chose. Comme l'écrit l'abbé de l'Attaignant (1697-1779) dans son poème galant (voir annexe) :

De là je conclus que le mot

Doit être mis avant la chose

Qu'il ne faut ajouter au mot

Qu'autant que l'on peut quelque chose

Ce qui nous amène à la métaphore

Elle représente cette tournure de langage mixant l'imaginaire avec le monde du patient, portée par l'intentionnalité thérapeutique, la métaphore a bien cette vocation d'être thérapeutique. La métaphore du circuit électrique dans le cas clinique n°10, illustre le mixage de la problématique (le circuit défaillant) avec le monde du patient (son travail comme agent d'entretien, ses loisirs par l'évocation de la reprise de course sur les sentiers). Il rapporte dans son feed-back, sa perte d'unité par la douleur insupportable, la métaphore ouvrant une voie de reconnexion donc de reprise du mouvement, lui permettant d'évacuer une partie de sa souffrance, pas forcément sa douleur physique. Dans notre cas, la métaphore « technique » est adoucie par des mots plus légers : « jouer des tours », « mettre de l'ordre », « sauts d'humeur », « imprévisibles » (pour les décharges). La métaphore porte en elle une graine que le patient fait germer dans son monde. Elle fait ce que le médicament ne peut faire (c'est ce que dit le patient dans le feed-back). Un médicament est le même pour tout le monde, la métaphore, elle, est celle du patient, à ce moment là. On pourrait sur un plan, la comparer à certains médicaments portant la mention « Lp » - libération prolongée-. La graine de la

métaphore a sans aucun doute cet attribut d'une « pharmacocinétique » prolongée, avec la singularité de s'installer dans les profondeurs de la mémoire et de pouvoir de surcroît être réactivée en autohypnose. Difficile de réactiver un médicament que l'on ne prend plus !

Le mot et la douleur

Dans sa fonction défocalisante, l'hypnose trouve une place de choix dans la prise en charge du patient douloureux. Nous l'avons vu dans le cas du vaccin, des piqûres de guêpe, ou des douleurs neuropathiques. Le discours médical courant a tellement cette habitude, ce format, de rester sur la plainte, d'en reparler, de la décrire de l'explorer sous toutes ces coutures (ce qui bien sûr fait partie du métier) que la communication hypnotique se pose comme une autre façon de dire, de partager, de regarder. Elle ouvre d'autres perspectives au patient, lui qui nous dit qu'il était « comme enfermé par la douleur », elle ne prétend pas guérir, elle laisse le patient créer un repositionnement, vecteur de soulagement.

Au travers de toutes ces façons d'aborder le mot, nous voyons à quel point sa place est essentielle, non par ce qu'il est mais par ce qu'il devient. Le voyageur n'est pas le train...

L'existence que nous lui donnons tous les jours dans nos consultations oblige à une véritable réflexion afin de repenser notre communication.

La médecine générale, si riche et si diverse, a probablement tout à gagner dans cette réflexion sur notre façon de faire voyager les mots. C'est une occasion rêvée, essentielle pour faire progresser la communication dans un métier où le patient demande avant tout deux choses : être entendu et comprendre ce que le soignant dit.

L'hypnose permet sans doute d'aller vers « un langage qui est au-delà des mots » comme nous le dit Paul Coehlo.

2. Discussion éthique

Il est apparu dans les résultats d'études présentées précédemment, sur les représentations sociales de l'hypnose en médecine générale, une forme de questionnement sur la légitimité à exercer l'hypnose en médecine générale, y voyant peut-être une sorte de mélange des genres.

L'hypnose ayant ses racines dans les rangs de la psychiatrie ou de la psychologie, on peut comprendre cette remarque, ceux qui la font, regardant alors le médecin généraliste comme un thérapeute qui, en plus de son habit de somaticien, aurait voulu se rajouter celui de « psy ».

Il a été aussi montré que les champs d'application de l'hypnose par le médecin généraliste correspondaient à des champs dont il avait déjà la charge et que cette compétence en hypnose était un vrai plus, une vraie complémentarité dans la pratique de la médecine générale. Cette dernière ne prétend à aucun moment vouloir transformer son exercice, sa mission d'origine, dans une pratique de psychothérapeute qui n'est, disons le clairement, pas le champ de compétence de l'omnipraticien. Il est d'ailleurs du rôle et même du devoir du médecin généraliste, comme coordinateur des soins, de juger de l'opportunité, d'adresser le patient à un spécialiste de la psyché.

Un autre aspect est à soulever à l'observation des cas cliniques présentés, il s'agit du choix fait, de dire ou de taire ce que l'on fait. En dehors du cas où une séance formelle est envisagée comme dans la situation clinique présentée en dernier, il n'apparaît pas évident de porter cette « annonce d'hypnose » à un moment où une forme d'improvisation justifie une fluidité entre la phase de langage courant et une prise de posture hypnotique. L'interposition d'une phase, où la représentation du mot « hypnose » viendrait jouer le trouble fête, ne paraît pas être un atout, bien au contraire. Dans cette recherche de transition douce, il a été préféré d'opérer ce passage par la « proposition d'un exercice » ou « la réalisation d'une expérience », ce qui permet de marquer le moment dans un langage dont la représentation ne fait a priori pas problème. Il arrive aussi qu'aucune phrase particulière n'annonce cette phase, l'analogie, la métaphore, le ton et le rythme de la voix pouvant « parler » d'eux-mêmes.

Enfin, le dernier point qu'il me paraissait important de soulever est celui du maintien absolu d'une rigueur professionnelle, qui dans le cas particulier de la médecine générale, justifie une attention de tous les instants. La pratique d'une communication hypnotique venant au service de notre exercice, afin de l'enrichir, de l'humaniser, ne doit à aucun moment nous mettre à distance de notre mission médicale première, celle de l'observation, de l'examen, du diagnostic et du traitement. Une fois ce pré-requis intégré, seule une expérience sur la durée permet d'ouvrir son champ de compétence afin de faire de ce nouveau mode de communication, un atout, une satisfaction pour le professionnel de santé et bien entendu pour le patient.

Conclusion

J'ai tenté à partir de ce maillon du langage qu'est le mot, d'ouvrir ce travail, dans une perspective historique, philosophique et médicale, vers les dimensions qu'il prend dans la relation avec le patient et dans la pratique de l'hypnose en médecine générale.

L'hypnose a considérablement évolué grâce à Milton Erickson en se tournant nettement vers le patient et en s'ouvrant sur un langage hypnotique qui reste une fondation indéniable de l'hypnose actuelle.

Je crois, avoir pu montrer, à partir de cette exploration du langage médical et hypnotique, que notre relation au patient, se jouant au travers de mécanismes complexes, ne peut faire l'économie d'une prise de conscience essentielle, sur les déterminants profonds de la relation soignant-soigné. L'hypnose se révèle comme un apport majeur dans l'humanisation de cette relation. Il ne s'agit pour autant pas de rejeter la technicité de notre métier, elle est là cet évident et elle vient se poser comme un incontournable au sein de la relation.

La médecine générale a probablement ce rôle de fer de lance à jouer, afin de montrer que la question n'est pas d'opposer le langage médical courant à un langage hypnotique dont le style serait réservé à la réalisation d'une séance formelle. Nous avons en effet tenté d'apporter par ce voyage avec le mot, une ouverture sur une communication en médecine générale, qui se voudrait renouvelée dans une forme permettant au rationnel de se trouver enrichi, imprégné par une posture nouvelle ayant pris sa source dans l'hypnose.

Nous pouvons imaginer la nécessité d'un juste équilibre à trouver dans ce savant mixage. Cela semble en tout cas une voie à défendre, pour résister au risque toujours présent de la déshumanisation de notre médecine, l'hypertechnicité médicale étant loin d'avoir dit son dernier mot!...

Si l'hypnose vue sous un certain angle, a encore aujourd'hui besoin d'être nommée ainsi, peut-on se demander si une ouverture vers une relation au patient intégrant la philosophie de l'hypnose » n'aura pas raison de cette dénomination d'ici quelques dizaines d'années.

Au moment de clore ce voyage avec le mot, je fais le vœu d'une telle évolution, qui serait sans aucun doute le signe d'un humanisme moderne, où le monde scientifique et le monde du sensible sauront s'unir sur une même voie, celle du patient.

Bibliographie

1. RICOEUR, P., La métaphore vive, Le Seuil, Paris, 1975 , p.15
2. NIETZSCHE, F., Humain, trop humain, Tome 1, Paris, Gallimard, 1968, p.35
3. ROUSSEAU, J-J., Essai sur l'origine des langues, cité dans FARAGO F., Le Langage, Paris, Armand COLIN, 1999, p.82
4. CHOMSKY, N., La linguistique cartésienne, Paris, Le Seuil, 1969
5. BERGSON, H., Essai sur les données immédiates de la conscience (1888) Paris, P.U.F. 1970, p.87
6. WITTGENSTEIN, L., Tractatus logico-philosophicus (1922), trad. P.Klossowski, Paris, Gallimard, 1986
7. MERLEAU-PONTY, M., Phénoménologie de la perception, Paris, Gallimard, 1945, p.211-212
8. MERLEAU-PONTY, M., Signes, Paris, Gallimard, 1960, p.54
9. BONIN, P., Le choix des mots, Cerveau & psycho, 2008 déc. n°30, p.30-33
10. BROCA, WERNICKE et les autres aires du langage, Le cerveau à tous les niveaux, [consulté le 21/03/2014], disponibilité sur internet : [http// : www.mcgill.ca](http://www.mcgill.ca)
11. ELLENBERGER, H.F., Médecins de l'âme, Histoire de la folie et des guérisons psychiques, Ed.Fayard, 1995
12. DESCARTES, R., 1664, Traité de l'Homme, Descartes, R., 1953, p.823
13. BERNARD, C., 1947, Principes de Médecine expérimentale, Paris, PUF, p.12
14. DAGOGNET, F., 1964, La raison et les remèdes, Paris, PUF, 1983, p.16
15. BALINT, M., 1957, Le médecin, son malade et la maladie, 1988, Paris, Payot, p.242
16. ELLUL, J., 1977, Le système technicien, Paris, Calmann-Lévy
17. RICHARD, C., LUSSIER, M.T., La communication professionnelle en santé, ERPI, Ed.St Laurent, Québec, 2005, p.18
18. ROGERS, C., Le développement de la personne, Paris, Dunod, 1991, Rééd.Interéditions, 2005
19. BERTHOZ, A., JORLAND, G., L'empathie, Paris, O.Jacob, 2004, p.40
20. BIOY, A., BOURGEOIS, F., NEGRE, I., Communication soignant-soigné, Bréal, Paris, 2013, p.26
21. *Ibid*, p.24
22. IANDOLO, C., Guide pratique de la communication avec le patient, Paris, MMI Editions, 2001, p.11
23. LACROIX, A., ASSAL, J-P., L'éducation thérapeutique des patients, Paris, Editions Maloine, 2003, p.115
24. WATZLAWICK, P., Le langage du changement, Paris, Points, 1986
25. REYNOLDS, M., No news is bad news : Patients views about communication in hospital, B.M.Journal, 1978, 1, 1973

26. BIOY, A., NEGRE, I., Iatrogénie et mémoire : « Des mots et des diagnostics qui marquent », *Revue Douleurs*, nov .2004, vol.5, suppl.1, p.45
27. WINCKLER, M., Winckler's webzine, « Les médecins, les patients et tout ce qui s'en suit... » [consulté le 15/04/2014]. Disponibilité sur internet : <<http://www.martinwinckler.com>
28. LANG, E.V., « Les mots peuvent-ils faire mal ? Interactions patients-soignants durant les soins invasifs » [consulté le 05/04/2014]. Disponibilité sur internet : <<http://www.cnrd.fr/les-mots-peuvent-ils-blessier.html>
29. HALL, J.A., ROTER, D.L., KATZ, N.R., « Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters », *Medical care*, 1988, vol.26, n°7, p.657-675
30. JEU, P., Le symptôme et la maladie à La Réunion, une tentative de modélisation. Mémoire DEA de Sciences Humaines, option anthropologie, Université de La Réunion, 1999
31. BAGGIONI, D., « Le corps, son lexique, son langage et sa symbolique en créole réunionnais » Baggioni, D. et Mathieu, M. *Culture(s) empirique(s) et identité(s) culturelle(s) à La Réunion*, Baggioni, D. et Mathieu, M. Editeurs, 1985, p.19-37
32. NONNE-BARRAULT, M., La représentation de l'intérieur du corps. Mémoire DEA Anthropologie, Université de La Réunion, 1995
33. ALBANY, J., Supplément au p'tit recueil de vocabulaire, Paris, 1983
34. HONORE, D., Proverbes Réunionnais, St Denis, UDIR, 1992
35. NATHAN, T., L'influence qui guérit, Paris, O. Jacob, 1994
36. BIOY, A., WOOD, C., CELESTIN-LHOPITEAU, I., L'aide-mémoire d'Hypnose, Paris, Dunod, 2010, p.7
37. BOSCH, A., Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose, Thèse Méd., Université Paris XI, 2013
38. MICHAUX, D., La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspect.Psychiatr.* 2005 ;4(5) : 341-345
39. CHEDEAU, G., De l'Hypnose à l'Hypnopraxie, Entre âme et conscience, Hypsos, Genève, 2011
40. BERNHEIM, H., Hypnotisme, suggestion, psychothérapie (1891, 1903), Paris, Fayard, 1995, p.45
41. BIOY, A., WOOD, C., CELESTIN-LHOPITEAU, I., opcit, p.11
42. MICHAUX. D., TURNER, J., Hypnose, Langage et Communication, Imago, Paris, 1998, p.84
43. HEGEL, G.W.F., Trad.ROUSTANG, F., Le magnétisme animal, puf, Paris, 2005
44. ROUSTANG, F., Le secret de Socrate pour changer la vie, Jacob, Paris, 2009
45. KRISHNAMURTI, J., De la vérité, Stock, Paris, 2001, p.42
46. BERGSON, H., Essai sur les données immédiates de la conscience, puf, 78^{ème} édition, Paris, 1948, chap.2, p.76
47. MICHAUX. D., LAPASSADE, G., Hypnose, Langage et Communication, Imago, Paris, 1998, p.58
48. BERTHOZ, A., Le sens du mouvement, Jacob, Paris, 1997, p.229
49. CELESTIN-LHOPITEAU, I., L'Hypnose pour les enfants, J.Lyon, Paris, 2013, p.134
50. BERNARD, F., MUSELLEC, H., La communication dans le soin, Arnette, Rueil-Malmaison, 2013, p.81

51. RICOEUR, P., opcit, p.50
52. GORDON, D., Contes et métaphores thérapeutiques, InterEditions, Paris, 2002, p.21
53. ROUSTANG, F., Il suffit d'un geste, Jacob, Paris, 2003, p.46-47
54. MILLS, J.C., CROWLEY, R.J., Métaphores thérapeutiques pour les enfants et l'enfant intérieur, Sats, Bruxelles, 2013, p.110-112
55. TURNER, M., L'imagination et le cerveau, [consulté le 10/04/2014], disponibilité sur internet : <http// : www.markturner.org/cdf/cdf1/html
56. ROUSTANG, F., La fin de la plainte, Jacob, Paris, 2000
57. KUPERS, R., FAYMONVILLE, M.E., LAUREYS, S., The cognitive modulation of pain : hypnosis-and-placebo-induced analgesia. Prog. Brain Res. 2005 ; 150 : 251-269
58. MELCHIOR, T., Créer le réel, Du Seuil, Paris, 1998, p.56-57
59. JOUVENT, R., Le cerveau magicien, Jacob, Paris, 2009, p.11
60. BREL, M., Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés, Thèse Méd., Université Bordeaux 2, 2013
61. GALLET, E., Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale, Thèse Méd. : Université d'Orléans-Tours, 2011
62. BENHAÏEM, J.M., Qu'est-ce que l'hypnose ? Processus et induction, Revue Douleurs, fév.2014, vol.15, n°1, p.3

ANNEXES

Annexe I :

« Le mot et la chose », de l'Abbé de l'Attaignant (1697-1779)

Madame quel est votre mot Et sur le mot et sur la chose On vous a dit souvent le mot On vous a fait souvent la chose	De là je conclus que le mot Doit être mis avant la chose Qu'il ne faut ajouter au mot Qu'autant que l'on peut quelque chose
Ainsi de la chose et du mot Vous pouvez dire quelque chose Et je gagerais que le mot Vous plaît beaucoup moins que la chose	Et que pour le jour où le mot Viendra seul hélas sans la chose Il faut se réserver le mot Pour se consoler de la chose
Pour moi voici quel est mon mot Et sur le mot et sur la chose J'avouerai que j'aime le mot J'avouerai que j'aime la chose	Pour vous je crois qu'avec le mot Vous voyez toujours autre chose Vous dites si gaiement le mot Vous méritez si bien la chose
Mais c'est la chose avec le mot Mais c'est le mot avec la chose Autrement la chose et le mot A mes yeux seraient peu de chose	Que pour vous la chose et le mot Doivent être la même chose Et vous n'avez pas dit le mot Qu'on est déjà prêt à la chose
Je crois même en faveur du mot Pouvoir ajouter quelque chose Une chose qui donne au mot Tout l'avantage sur la chose	Mais quand je vous dis que le mot Doit être mis avant la chose Vous devez me croire à ce mot Bien peu connaisseur en la chose
C'est qu'on peut dire encore le mot Alors qu'on ne fait plus la chose Et pour peu que vaille le mot Mon Dieu c'est toujours quelque chose	Et bien voici mon dernier mot Et sur le mot et sur la chose Madame passez-moi le mot Et je vous passerai la chose

Annexe II :

« Jeunes gens, prenez garde aux choses que vous dites » Victor Hugo (1802-1885)

Jeunes gens, prenez garde aux choses que vous dites.
Tout peut sortir d'un mot qu'en passant vous perdîtes.
Tout, la haine et le deuil ! - Et ne m'objectez pas
Que vos amis sont sûrs et que vous parlez bas... -
Ecoutez bien ceci :

Tête-à-tête, en pantoufle,
Portes closes, chez vous, sans un témoin qui souffle,
Vous dites à l'oreille au plus mystérieux
De vos amis de coeur, ou, si vous l'aimez mieux,
Vous murmurez tout seul, croyant presque vous taire,
Dans le fond d'une cave à trente pieds sous terre,
Un mot désagréable à quelque individu ;
Ce mot que vous croyez que l'on n'a pas entendu,
Que vous disiez si bas dans un lieu sourd et sombre,
Court à peine lâché, part, bondit, sort de l'ombre !
Tenez, il est dehors ! Il connaît son chemin.
Il marche, il a deux pieds, un bâton à la main,
De bons souliers ferrés, un passeport en règle ;
- Au besoin, il prendrait des ailes, comme l'aigle ! -
Il vous échappe, il fuit, rien ne l'arrêtera.
Il suit le quai, franchit la place, et caetera,
Passe l'eau sans bateau dans la saison des crues,
Et va, tout à travers un dédale de rues,
Droit chez l'individu dont vous avez parlé.
Il sait le numéro, l'étage ; il a la clé,
Il monte l'escalier, ouvre la porte, passe,
Entre, arrive, et, railleur, regardant l'homme en face,
Dit : - Me voilà ! je sors de la bouche d'un tel. -

Et c'est fait. Vous avez un ennemi mortel.

Annexe III : Devinette n°1 sur le corps (Florans Félix)



Kosa in shoz ?

**Mon motèr i mète
pa jamé lésans,
li kontinié tourné.**

Mon motèr i mète pa jamé lésans, li kontinié tourné. ¹

Mon motèr i mèt pa zamé lésans, li kontinié tourné. ²

Mon motèr i mèt pa zamé lésans, li kontinyé tourné. ³

Mon motèr i mète pa jamé lésanse, li kontinié tourné. ⁴

Devine-devinaille...

On ne met jamais d'essence dans mon moteur
mais il tourne toujours.

Réponse page suivante



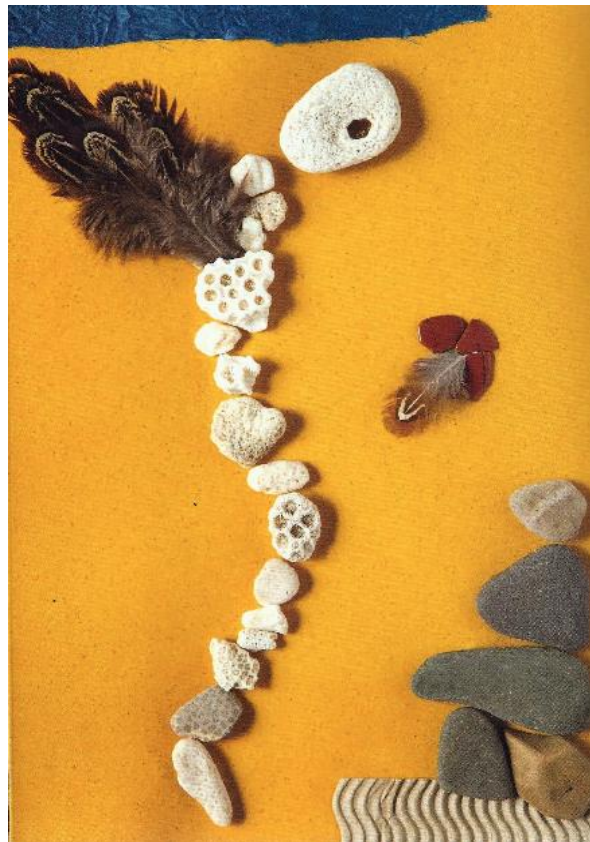
Le kër

Le kër 177
Lo kër 178

Le cœur

The heart 178
Das Herz 179
El corazón 180

Annexe IV: Devinette n°2 sur le corps (Florans Féliks)



Kosa in shoz?

**Rosh dessu rosh,
la poin siman
po tienbo.**

Rosh dessu rosh, la poin siman po tienbo.¹

Ros desi ros, la poin siman po tienbo.²

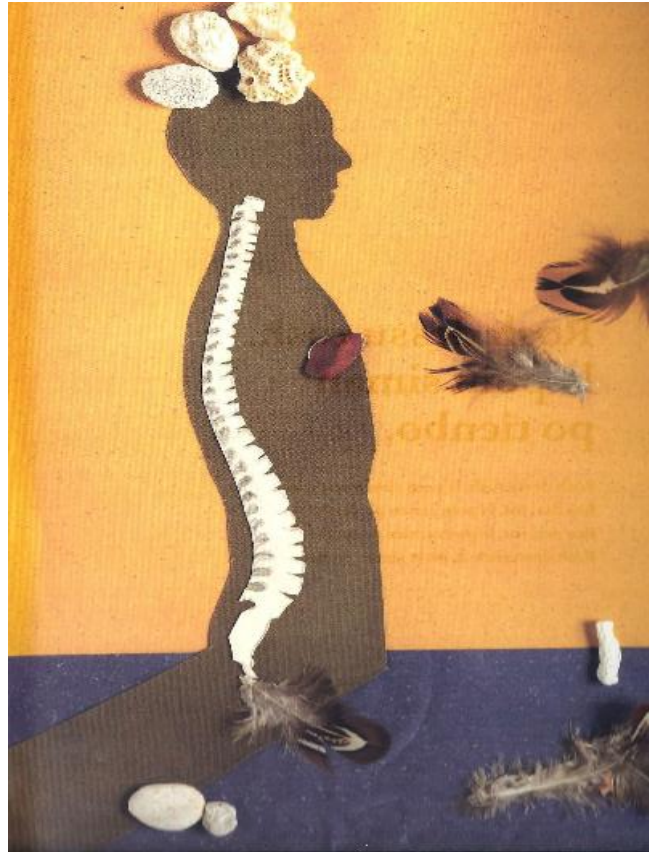
Ros desi ros, la pwin siman po rwinbo.³

Rosh dessu rosh, la pwin siman po tienbo.⁴

Devine-Devinaille...

Pierres sur pierres tiennent sans ciment.

Réponse page suivante



Le boidkor

Le boidkor 3-5

Lo bwadkor 2

Le boidkor 9

La colonne vertébrale

The spinal column (backbone) 4-10-01

Die Wirbelsäule 4-10-01

La espina dorsal 4-10-01

