UNIVERSITÉ DE LORRAINE | BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Ecole Doctorale Sociétés, Langages, Temps, Connaissances (ED78)
Laboratoire INTERPSY (EA 4432)

THÈSE

Préparée en vue de l'obtention du

DOCTORAT de l'UNIVERSITE DE LORRAINE

Mention Psychologie

Présentée par Samuel CAUSSIE

Sous la direction de Thomas RABEYRON

Approche psychologique du soin énergétique : Modélisation psychanalytique d'un dispositif de thérapie alternative

Soutenue publiquement le 14 juin 2022

Membres du Jury

Thomas RABEYRON	Professeur de Psychologie clinique et psychopathologie, Université de Lorraine	Directeur
Antoine BIOY	Professeur de Psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris 8	Rapporteur
Bruno FALISSARD	Professeur de Biostatistique, Praticien Hospitalier, Université Paris-Saclay	Rapporteur
Marie-Frédérique BACQUÉ	Professeur de Psychologie clinique et psychopathologie, Université de Strasbourg	Examinatrice
Renaud ÉVRARD	Maître de conférences en Psychologie clinique et psychopathologie, Université de Lorraine	Examinateur
Bertrand MÉHEUST	Docteur en Sociologie	Invité

A ma mère.

Remerciements

J’adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m’ont soutenu durant ces années de travail. Je remercie particulièrement ma compagne, ma famille, mes proches ainsi que mes collègues du CHU de Nantes, pour leurs encouragements continus et pour la confiance qu’ils m’ont porté.

Je remercie Thomas Rabeyron pour la continuité et la qualité de son encadrement. Ses réflexions, ses conseils et sa pensée ont vu naître et fait grandir ma vocation de psychologue et chercheur.

Je remercie Marie-Frédérique Bacqué et Renaud Evrard pour leurs précieux conseils tout au long de ce travail et leur présence à son terme.

Je remercie Antoine Bioy, Bruno Falissard, et Bertrand Méheust pour l’intérêt qu’ils témoignent à mon travail en acceptant d’intégrer mon jury.

Je remercie tous les thérapeutes qui ont participé à ce travail.

Merci enfin à Olivier Charlet et Hélène Lansley pour tous les échanges autour de ce travail, pour leurs précieuses contributions et surtout, pour l’amitié forgée au gré des séminaires.

Résumé

Recourir aux thérapies complémentaires ou alternatives pour traiter des problèmes somatiques ou psychologiques est devenu commun en France (Fjær et al., 2020 ; Fønnebø et al., 2012). Cependant, le rôle de ces modalités de soins fait l'objet de nombreux débats dans la presse (Charasse, 2019), comme dans la communauté scientifique (Kessler-Bilthauer & Evrard, 2018). Nous proposons dans ce travail de nous intéresser au soin énergétique, une pratique encore peu étudiée en France, malgré sa forte influence sur une grande variété de dispositifs thérapeutiques alternatifs. L'objectif de cette thèse est de mieux comprendre le succès de ces soins dits *« énergétiques »* et de tenter d'en expliquer les logiques à partir d'un référentiel psychodynamique, dans les perspectives ouvertes par René Roussillon sur le Magnétisme Animal (1992).

Pour cela, nous retraçons tout d'abord l'histoire des soins énergétiques, puis nous décrivons le contexte sociologique dans lequel ces méthodes s'inscrivent, avant d'examiner leur efficacité thérapeutique à partir des données expérimentales de la littérature. Ensuite, nous utilisons le matériel clinique issu d'entretiens de recherche menés auprès d'une vingtaine de thérapeutes français pour illustrer la théorie et la pratique de ces soins, puis nous en construisons un modèle psychodynamique qui s'appuie sur les notions de setting, de transfert, de figurabilité et de médiation thérapeutique. L'énergétique apparait alors comme résurgence du magnétisme animal et souligne un défaut d'intégration de la subjectivité dans les dispositifs thérapeutiques contemporains. En conclusion, nous discutons des propriétés thérapeutiques des soins énergétiques entre processus psychiques, suggestion et culture.

Abstract

Using complementary or alternative therapies to treat somatic or psychological problems has become common in France (Fjær et al., 2020; Fønnebø et al., 2012). However, the role of these healthcare modalities is subject to much debate in the press (Charasse, 2019), as well as in the scientific community (Kessler-Bilthauer & Evrard, 2018). In this work, we propose to focus on energy healing, a practice that is still poorly studied in France, despite its influence on a wide variety of alternative therapeutic methods. The aim of this thesis is to better understand the success of these so-called 'energetic' healing practices and to try to explain their logic from a psychodynamic point of view, in the perspectives opened by René Roussillon on Animal Magnetism (1992).

To do this, we first retrace the history of energy healing, then we describe the sociological context in which these methods are used, before examining their therapeutic effectiveness on the basis of experimental data from the literature. We then use clinical material from research interviews with twenty French therapists to illustrate the theory and practice of these treatments, and then construct a psychodynamic model based on the notions of setting, transference, figurability and therapeutic mediation. Energy therapies then appears as a resurgence of animal magnetism and points to a lack of integration of subjectivity in contemporary therapeutic devices. In conclusion, we discuss the therapeutic properties of energy care between psychic processes, suggestion and culture.

Table des matières

Résumé *2*

Abstract *3*

Table des matières *4*

Introduction *1*

Première Partie : Cadre et connaissances *3*

Chapitre 1. Construction de l'objet de recherche **4**

1.1. Les guérisseurs, une tradition française ? 4

1.2. Définition de l'objet d'étude 8

Chapitre 2 : Naissance, déclins et résurrections du magnétisme animal **15**

2.1. Mesmer et le magnétisme 15

2.2. L'après-Mesmer, entre esprits, hypnose et transferts 29

2.3. Destins fluidiques en psychothérapie 50

2.4. Le magnétisme ressuscité 66

Chapitre 3. La place du soin énergétique dans l'offre de soins contemporaine **84**

3.1. Le soin énergétique, une thérapie alternative 84

3.2. Fréquentation, motifs et raisons du recours aux soins énergétiques 108

3.3. Les soins énergétiques, approches expérimentales et effets thérapeutiques 121

Chapitre 4. Le soin énergétique, effets culturels, psychologiques ? **144**

4.1. Perspectives anthropologiques 144

4.2. Perspectives psychanalytiques 154

Deuxième Partie : Méthodologie et cas cliniques *177*

Chapitre 5. Problématique, hypothèses et méthodologie **178**

5.1. Problématiques et hypothèses 178

5.2. Cadre épistémologique et méthodologie 179

5.3. Dispositif de recherche 199

Chapitre 6. Cas cliniques **206**

Troisième Partie : Analyse théorico-clinique *207*

Chapitre 7. Sociologie et phénoménologie de la pratique **208**

7.1. Le soin énergétique, contexte et modalités du soin 208
7.2. Phénoménologie du soin énergétique 224
7.3. Le modèle étiologico-thérapeutique du soin énergétique 280

Chapitre 8. Modélisation psychanalytique du soin énergétique 293

8.1. Les soins énergétiques, un cadre paradoxal 294
8.2. La trame intersubjective de l'énergie 339
8.3. La logique énergétique et ses effets 395

Conclusion.....432

Bibliographie.....445

Annexes 474

Annexe 1. Cas cliniques 475

Annexe 2. Glossaire 476

Index 476
Chakras 477
Communication animale 477
Cristaux et lithothérapie 478
Digitopuncture ou Acupression 479
Enfants indigos, crystal, arc-en-ciel 479
Géobiologie 480
Echelle de Bovis 480
LaHoChi 481
Orgonite 482
Pranathérapie 482
Reiki 482

Annexe 3. Annonce passée sur le site du CIRCEE 484

Annexe 4. Note sur l'efficacité symbolique et la formule canonique des mythes 485

Introduction

Ce travail de thèse s'inscrit dans un questionnement au long cours qui porte sur la nature de l'activité thérapeutique, sur ses différentes formes et modes d'actions. Cette envie de découvrir et de comprendre la variété des courants théoriques et des techniques de psychothérapie a guidé mes choix de formation universitaire et mon parcours professionnel. Il est rapidement devenu évident pour moi que la psyché ne pouvait s'envisager que dans ses liens avec le corps et la biologie d'une part, la société et la culture d'autre part. Ma perspective théorique en psychologie a depuis cherché à envisager la vie psychique aux frontières de ces différents champs.

Le choix de mon objet de recherche a émergé d'une série d'observations dans ma pratique clinique. D'un côté, depuis 2014, je fais partie du CIRCEE, le Centre d'Information, de Recherche et de Consultation sur les expériences exceptionnelles. Dans ce cadre, j'ai été amené à écouter de nombreuses personnes vivant *« des expériences vécues avec une qualité subjective si particulière et qui s'écartent si distinctement des modèles explicatifs de ceux qui les vivent, qu'elles ne sont pas intégrées dans les schémas cognitifs et émotionnels disponibles. »* (Evrard, 2013, p. 157). J'ai pu entendre de nombreux récits de guérisons hors de la médecine conventionnelle, de personnes qui s'inscrivent parfois dans une contre-culture du paranormal, du New Age ou de l'ésotérisme.

Parmi ces récits, ceux des thérapeutes alternatifs eux-mêmes m'interrogeaient le plus. J'ai réalisé que ces thérapeutes, souvent idéalisés ou rejetés en raison de leur appartenance au monde du paranormal, témoignaient souvent d'un parcours de vie marqué par des expériences traumatiques et des expériences exceptionnelles. Il apparaissait également que l'exercice du soin était pour eux une forme de salut, même si il était marqué de doutes, d'hésitations et de difficultés. J'ai rapidement compris que pour pouvoir aider ces sujets, je devais m'intéresser aux formes de thérapies qu'ils pratiquaient et qui étaient tant intriquées à leur vie psychique.

D'un autre côté, ma pratique clinique dans le milieu hospitalier et en EHPAD m'a également mené aux réflexions développées dans cette thèse[1]. Au cours de mes entretiens, j'ai

[1] Mes activités professionnelles ont varié durant ces six années de doctorat. D'abord psychologue en EHPAD pendant 3 ans, j'ai intégré en parallèle une unité universitaire de pédopsychiatrie dans laquelle j'étais en charge des évaluations cliniques pour des protocoles de recherche pharmacologique. Après plusieurs années sur ce poste,

pu entendre différents récits, dans des contextes variés, de patients qui avaient consulté des guérisseurs, des sorciers, des voyants, des rebouteux et toutes sortes de thérapeutes alternatifs. Par exemple, la mère d'un jeune patient en crise suicidaire me confia un jour qu'elle amenait son fils depuis plusieurs années chez des magnétiseurs et qu'elle avait *« tout essayé, des sorciers, des hypnotiseurs et même des bains de sels »* afin de le guérir. D'autres récits provenaient de pairs. Une collègue évoqua un processus d'endoctrinement dans une clinique dans laquelle elle travaillait : des malades en rééducation trouvaient un grand secours dans des théories magiques conseillées par des thérapeutes alternatifs qui leur garantissaient — contre tout avis médical — qu'ils pourraient un jour retrouver leur vie d'avant le handicap. J'ai également pu constater des soins plus ou moins coordonnées entre thérapeutes alternatifs et thérapeutes conventionnels, comme dans un centre anti-douleur dans lequel le psychologue faisait une séance d'hypnose à des patients criblés d'aiguilles d'acupuncture, ou encore dans un EHPAD ou l'animateur d'un atelier de médiation animale pratiquait la *« communication animale »*, une méthode de télépathie entre humain et animaux.

Dans ces mêmes contextes, j'ai également observé à quel point la pratique des professionnels du soin devenait de plus en plus normée, à quel point le public et les institutions devenaient plus exigeants envers eux, leur formation, leur conformité à des référentiels de pratiques, leur responsabilité et la traçabilité de leurs actes. De plus, les patients se saisissent de plus en plus d'un pouvoir politique sur le soin et se réunissent en associations de malades pour faire valoir leurs droits et leur savoir sur la maladie. En contrepartie, il est étonnant de voir que les offices des magnétiseurs, des guérisseurs, des rebouteux ou des coachs ne désemplissent pas, eux qui sont pourtant moins soumis à toutes ces exigences. Au fil de ces observations, l'écart entre les choix thérapeutiques des malades et les propositions de la médecine ou de la psychothérapie fondées sur les preuves m'est devenu de plus en plus évident, si bien que ce travail de thèse est devenu nécessaire. En effet, pourquoi les patients se dirigent-ils vers ces soins *« autres »*, en marge de la médecine conventionnelle, et qu'en retirent-t-ils ?

---

j'ai rejoint une unité experte dans le diagnostic de l'autisme. Tout au long de mon évolution professionnelle, j'ai entretenu et conservé un travail clinique au sein du CIRCEE.

Première Partie : Cadre et connaissances

Chapitre 1. Construction de l'objet de recherche

1.1. Les guérisseurs, une tradition française ?

Notre travail porte sur les guérisseurs, ces figures d'une France rurale et mystérieuse qui surgissent régulièrement dans les parcours de soins de nos patients. Les guérisseurs peuplent un imaginaire populaire largement entretenu par les médias[2]. Dans les reportages, le guérisseur est généralement âgé et appartient à un milieu paysan d'un autre temps. Il est mis en scène dans sa maison où il vit reclus aux frontières des villages. Pendules austères, animaux empaillés, chaises en osier ou en bois, tapisserie jaunissante, verrerie ancienne et quelques épis de blé séchés permettent de suspendre le temps et d'éveiller en chacun le souvenir de ses propres aïeuls. Souvent, la caméra capture longuement un crucifix ou une peinture du Christ accrochée à un mur pendant que le guérisseur parle de ses dons : rémission des entorses, résorption des verrues, cicatrisation des brulures, soins aux bêtes…

Dans les médias, les dons du guérisseur sont systématiquement opposés à la médecine conventionnelle et ses progrès. L'efficacité du soin apparait difficilement contestable : le parcours médical du patient est tu, sauf lorsqu'il s'agit de préciser l'impuissance des traitements conventionnels et le succès du guérisseur. Ce dernier est donc souvent présenté comme un individu dont les connaissances échappent à la médecine et qui réussit là où celle-ci échoue. Les journalistes rapportent le pouvoir invisible des guérisseurs à cette question de croyances : *faut-il croire au guérisseur et à ses pouvoirs pour que ça marche ?* Les exemples apportés dans les émissions permettent aux journalistes de conclure de la manière suivante : pour les malades qui croient en la force du guérisseur, c'est cela qui les a soignés, pour les autres, ils se sont soignés eux-mêmes, le guérisseur n'aura été qu'un véhicule pour l'effet placebo.

Cependant, ce raisonnement induit qu'un guérisseur est toujours efficace, car ceux qui sont allés le voir, croyants ou non, s'en sont trouvés guéris. De ce fait, nous expliquons mieux la popularité des journalistes auprès de certains guérisseurs, sans quoi il reste assez paradoxal que des caméras puissent filmer si régulièrement des pratiques réputées secrètes[3]. Il semble que les guérisseurs occupent ainsi une position médiatique singulière parmi les autres sujets

[2] Les guérisseurs sont un sujet récurrent des reportages télévisés, voir par exemple quelques émissions comme « Coupeurs de feu, guérisseurs et autres rebouteux », Reportages (2005) ; « Guérisseurs : la Main au feu » 13h15, le samedi, 2015 ; un reportage suisse « Voyage au pays des guérisseurs romands », Temps présent (2018) ; ou le film « Les nouveaux guérisseurs, au delà du secret » (2010).

[3] Une recherche avec le mot-clé « guérisseur » sur le site de l'INA renvoie par exemple à 80 résultats d'émissions vidéo ou audio sorties entre 1957 et 2013. Environ un reportage par an est donc produit sur le sujet.

paranormaux. En effet, si les voyants, les médiums, les astrologues, les cryptozoologues, les chasseurs de fantômes peuvent souvent être abordés ensemble, nous remarquons que les guérisseurs bénéficient d'un traitement spécifique de leur image. Tout se passe comme si leur ruralité, leur simplicité et leur utilité sociale leur évitaient ainsi l'habituel portrait sensationnaliste dressé aux autres protagonistes de ce que les journalistes aiment à nommer « l'étrange ». Il n'y aurait donc rien à dire de ces guérisseurs, rien à comprendre sur leurs aptitudes, en dehors d'une simple question de croyance légitimée par la ruralité, la religion ou pire, la crédulité ?

Cette image d'Épinal du guérisseur rural et quasi-christique repose sur l'opposition entre un « eux », ces guérisseurs et ceux qui y croient, puis un « nous », les sujets occidentaux empreints de la pensée scientifique. Selon Jeanne Favret-Saada (1977), cette opposition discursive préserve l'intégrité des acteurs de ce milieu tout autant que celle des journalistes ou des scientifiques qui s'y intéressent. En effet, étudier les guérisseurs, c'est aussi risquer d'être exclu de la communauté scientifique, en raison des effets de rejet suscités par les expériences exceptionnelles (Rabeyron, 2020). De ce fait, l'anthropologie propose une voie d'immersion tolérable dans le monde des guérisseurs et représente une première porte d'entrée vers l'étude scientifique de ces sujets. Jeanne Favret-Saada, comme Dominique Camus (1995) et d'autres chercheurs (Friedmann, 1981 ; Raineau, 2001) ont rencontré des guérisseurs dans le but de mieux définir leurs pratiques et ce qu'elles révèlent de nos sociétés. Les guérisseurs, loin d'être les immanents personnages mis en scène dans les reportages, renouent ainsi des liens avec le monde contemporain et ses enjeux, car ils s'inscrivent toujours dans un contexte culturel et obéissent à des règles sociales spécifiques.

1.1.1. Qu'est-ce qu'un guérisseur ?

Le guérisseur français se caractérise par trois éléments : le don, la force et le secret (Camus, 1995 ; Favret-Saada, 1977 ; Kessler-Bilthauer, 2013). Le don permet au guérisseur de soigner. Il est souvent attribué à une origine divine et se transmet par l'intermédiaire d'un aïeul ou d'un autre guérisseur plus âgé. De ce fait, il constitue autant un cadeau qu'une dette, et le guérisseur, avec son comportement altruiste, se rend digne de le porter. La force vitale est souvent assimilée au contenu du don, elle connecte le guérisseur à la nature, aux autres êtres vivants et lui permet donc de soigner. Il manipule la force vitale par ses mains et la projette sur les malades pour les guérir. En France, la représentation la plus populaire de la force vitale est

celle d'un magnétisme, comme l'indiquent les expressions *« avoir du magnétisme »* ou *« avoir du fluide »*, qui font référence au magnétisme animal, la doctrine de Franz Anton Mesmer[4].

Les *rebouteux*, nommés parfois *conjureurs*, ou *signeurs*, en fonction des régions (Camus, 1995), forment une catégorie de guérisseurs chez qui la notion de force est parfois moins présente, mais qui tirent leur efficacité d'un secret qu'ils détiennent. Celui-ci est un rituel qui consiste la plupart du temps à formuler quelques mots ou des prières destinées à des saints auxquels on attribue un pouvoir sur les problèmes en question. Le secret prescrit parfois des techniques manuelles ou des rituels religieux, comme le signe de croix. Les rebouteux sont souvent spécialisés dans le traitement de certaines affections comme les verrues, les vers, les entorses, ou dans le cas des *barreurs de feu,* les brulures.

Le reboutement s'inscrit dans une économie du don et de la transmission du secret. Celui-ci doit être connu du seul guérisseur, car sa diffusion entraine également le transfert irréversible du pouvoir qu'il contient. C'est pour cette raison, et aussi pour éviter les accusations de charlatanisme ou de sorcellerie, que le guérisseur exerce habituellement à l'abri des regards. Il prend soin de ne révéler sa formule qu'à celui qui prendra sa succession, car le secret doit être transmis sans quoi il disparait avec son porteur. Pour cela, la transmission verbale ou livresque de la formule ne suffit pas et doit s'accompagner de rituels qui visent à faire transiter la force vitale du guérisseur vers son apprenti (Kessler-Bilthauer, 2013). À l'opposé de la marginalité qui lui est souvent attribuée, le guérisseur doit donc nécessairement s'impliquer dans la société et il est donc un membre à part entière de la communauté dans laquelle il officie. Avec son activité professionnelle diurne (souvent ouvrier, commerçant ou agriculteur), il tisse des liens de proximité qui lui attribuent toute la légitimité nécessaire pour exercer ses pouvoirs dans une forme de clandestinité.

1.1.2. Le soin énergétique entre tradition et modernité

Ces éléments structurels qui définissent les guérisseurs sont abondamment décrits par les anthropologues et les sociologues depuis le milieu du vingtième siècle. Le contexte dans lequel ces descriptions ont été formulées est aujourd'hui bien différent du nôtre, ce qui n'est pas sans implication pour les figures traditionnelles que sont les guérisseurs (Charrasse, 2018). Leurs descriptions doivent elles aussi être actualisées, car ces pratiques se caractérisent par leur remarquable plasticité (Favret-Saada, 2009). Ainsi, l'exode rural, le déploiement des

[4] Le magnétisme animal est présenté en détail dans le chapitre 1.

technologies de l'information et de la communication imposent des changements à ces guérisseurs forgés par la communauté et le secret.

Une nouvelle catégorie de thérapeutes nait dans cet interstice entre la médecine de ville et les traditionnels guérisseurs. Le domaine du *« bien-être »* voit progressivement le jour dans le dernier quart du vingtième siècle et puise dans les cultures orientales comme dans la culture américaine des pratiques destinées à apaiser les souffrances des individus de plus en plus soumis aux épreuves de la modernité (Laplantine & Rabeyron, 1987). C'est ainsi que se démocratisent par exemple le yoga, le qi qong, la sophrologie ou encore le coaching. Ces pratiques visent à entretenir le corps, l'esprit et à prévenir les maux, selon une perspective inspirée par la philosophie orientale. Ces pratiques se donnent souvent comme *complémentaires* aux soins médicaux conventionnels, car elles cherchent à proposer une amélioration substantielle et continue de la qualité de vie des malades. Rapidement, d'autres pratiques se donnent une visée curative, comme le reiki, la naturopathie, la gemmothérapie, le LaHoChi, la kinésiologie[5]… L'ensemble des thérapeutes qui s'inscrivent dans ces mouvances constitue de ce fait un réseau parfois dit *parallèle* ou encore *alternatif* à la médecine conventionnelle (Laplantine & Rabeyron, 1987). Comme ces thérapies répondent à des problèmes construits dans et par la modernité, les nouveaux thérapeutes s'installent majoritairement dans les métropoles. Ils fonctionnent sur le mode des pratiques libérales et s'adressent aux classes moyennes où aisées en quête de vitalité. Conjointement, les descendants des guérisseurs ruraux déménagent parfois dans les villes et côtoient — ou deviennent, par le biais de formations — les nouveaux thérapeutes alternatifs. Enfin, vers 1990, le mouvement d'extension des zones périurbaines et le retour des populations citadines dans les campagnes conduisent les thérapeutes alternatifs à cohabiter avec les anciens guérisseurs, ce qui participe encore plus à une forme de métissage culturel entre les pratiques rurales populaires et les modalités thérapeutiques que nous avons décrites.

Dès lors, la conception traditionnelle de la force magique des guérisseurs n'est plus hégémonique dans le paysage français. Les pratiques de bien-être importées des pays orientaux s'accompagnent de représentations inédites de l'énergie. Le Ki japonais, le Chi chinois ou le Prâna indien deviennent de nouvelles manières de nommer cette force vitale au potentiel thérapeutique (Jolliot, 2003). La géobiologie, une discipline qui se propose d'étudier l'impact d'hypothétiques forces telluriques sur la santé, revisite aussi le concept d'énergie (Schmitz,

[5] Voir le glossaire (p.648)

2006b). Ces différentes théories sur l'énergie vitale se rencontrent au carrefour de la croyance New-Age, qui associe parasciences, traditions occidentales et orientales pour formuler des prédictions sur l'avènement d'un être humain supérieur (Champion, 1993a). Ce mouvement donne naissance à des pratiques thérapeutiques éclectiques qui s'inscrivent dans une approche psychocorporelle de la maladie. Le magnétisme européen traditionnel se trouve alors remis en question, d'une part à cause de la présence de ces nouvelles conceptions des énergies et d'autre part à cause de la conversion de guérisseurs traditionnels à ces pratiques thérapeutiques. Si plusieurs pratiques thérapeutiques prétendent soigner grâce à une énergie subtile, alors il est possible de postuler que la nature profonde de cette énergie est la même. Voilà en substance le raisonnement qui conduit aujourd'hui de nombreux thérapeutes à revendiquer, dans un mouvement de décrire-construire (Méheust, 1999), l'exercice d'un magnétisme renouvelé : le soin énergétique.

1.2. Définition de l'objet d'étude

1.2.1 Transformations des pratiques

Ces pratiques émergent autour du concept d'énergie et se revendiquent tantôt indépendantes, tantôt identiques[6]. En effet, pour un Maitre Reiki traditionnel, le Ki n'est pas forcément de la même nature que le fluide magnétique. Par contre, pour un *« thérapeute holistique »*, toutes les énergies n'ont de différence que leur nom. De même, certains magnétiseurs traditionnels fondent dorénavant leur pratique sur les Chakras, ces centres névralgiques de l'énergie vitale représentés dans la médecine hindo-tibétaine. Généralement, le soin énergétique fait fi des origines culturelles des méthodes qu'il applique et se caractérise par l'usage syncrétique de techniques thérapeutiques et de rites religieux. Les théories de l'énergie vitale continuent ainsi à se métisser et prennent une forme pseudoscientifique dans laquelle l'énergie fait fonction, nous le verrons par la suite, de boîte noire (Jolliot, 2013) qui associe des modalités techniques et des conceptions philosophiques a priori hétérogènes.

[6] Notons que l'apparition du terme de « soins énergétiques » date du dernier quart du XXè siècle. De ce fait, des définitions existent dans les ouvrages ésotériques ou dans ceux des praticiens (voir par exemple le Dr Luc Bodin, dont le *Manuel de soins énergétiques* est fréquemment cité par nos participants) mais les définitions suffisamment générales du phénomène sont rares dans le secteur académique. En effet, les pratiques qui appartiennent aujourd'hui au registre de l'énergétique ont le plus souvent été étudiées séparément, comme le Reiki (Miles & True, 2003) ou le magnétisme (Méheust, 1999a). Le chapitre 2 revient plus en détail sur ce problème.

Par exemple, selon le Dr Luc Bodin[7], un chef de file du soin énergétique francophone, l'homme est doté d'un ou plusieurs corps énergétiques qui le connectent à des mondes parallèles, parfois peuplés d'esprits ou d'entités (Bodin, 2013). Cet univers d'esprits est nommé le *« monde astral »* et il est possible pour un sujet de s'y mouvoir avec son *« corps astral »*. Il est attendu que les entités ou les esprits puissent également influer sur les corps énergétiques, les nourrir ou bien les parasiter comme des *« sangsues »*. Il est supposé que l'énergie se manifeste sous la forme de *« vibrations »* plus ou moins hautes et que ces vibrations soient susceptibles d'influer sur le monde et sur les autres êtres vivants (Bodin, 2013). Il existe de nombreux appareils et instruments de mesure de l'énergie[8] qui reposent sur cette conception vibratoire souvent rapportée à la physique quantique[9]. Ces vibrations sont assimilées à la fréquence d'un signal radio et sont susceptibles de véhiculer ou de recevoir des messages, formulés par l'exercice de la volonté et de l'intention[10]. Une vibration haute sera associée à une énergie puissante et positive, tandis qu'une énergie basse sera négative et souvent néfaste. La pathologie provient des *« blocages »* de cette énergie dans certaines zones du corps, de son fonctionnement dysharmonique. Au moyen de diverses techniques et outils, qui vont de l'imposition des mains, à l'usage de pierres ou d'appareils électroniques, le thérapeute cherche à rétablir la circulation du flux énergétique du patient.

Ces ajustements théoriques et techniques rendent la pratique plus transmissible. De nombreuses formations, comme celles que propose le Dr Bodin, voient ainsi le jour pour apprendre à chacun à ressentir, manier et guérir avec sa propre énergie. Il n'est donc plus question d'avoir de don de guérison, puisque n'importe qui devient capable, avec l'enseignement approprié, de devenir guérisseur. Sous l'influence de l'idéologie du néo-libéralisme, le modèle traditionnel de la transmission du secret semble désormais dépassé par la commercialisation des techniques de guérison énergétique sous la forme de stages, de salons

---

[7] Le Dr Bodin se présente sur son site internet comme « Docteur en médecine, diplômé en cancérologie clinique, spécialiste en médecine naturelle. Auteur, conférencier, conseiller & formateur » (https://drlucbodin.bebooda.fr/a-propos-du-dr-luc-bodin/). Son nom figure toutefois au rapport 2011-2012 de la MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires), qui précise : « M. Luc Bodin est un ancien médecin inscrit à l'Ordre des médecins du Pacifique-Sud en qualité de médecin non exerçant. Bien qu'ayant pris la décision de ne plus exercer la médecine, il propose des stages et des publications en prenant soin de faire référence à sa qualité de docteur en médecine. ». Le rapport alerte sur son mercantilisme, ses allégations pseudo-scientifiques et les risques d'endoctrinement que peuvent entraîner l'adhésion à ses méthodes.

[8] L'échelle de Bovis est un des dispositifs les plus employés (voir glossaire). L'énergie se mesure à l'aide du pendule de radiesthésie, dont l'oscillation d'un côté ou de l'autre de l'échelle renseigne sur la fréquence énergétique (Schmitz, 2006b).

[9] Le soin énergétique se dénomme parfois « médecine quantique ».

[10] Cet exercice de l'intention rappelle la médecine d'autosuggestion d'Emile Coué (voir chapitre 1).

et de congrès. Ces derniers, comme le domaine plus global du bien-être dans lequel ils s'inscrivent, connaissent un succès grandissant qui attire de plus en plus de sujets en quête de soins (Tovey et al., 2004). Ces dispositifs incarnent également un mode de vie alternatif qui se revendique proche de la nature et de la spiritualité tout en s'écartant des doctrines politiques ou religieuses les plus répandus dans nos sociétés occidentales et perçues comme des dogmes.

La croissance importante du nombre de ces dispositifs thérapeutiques depuis plusieurs années et l'augmentation du nombre de leurs consultations (Eisenberg et al., 1998) ne manque pas d'interroger les acteurs conventionnels du soin (Falissard, 2019). Si les soins des guérisseurs se cantonnaient autrefois à la seule guérison des affections courantes de la vie rurale, les énergéticiens proposent aujourd'hui de traiter aussi les problématiques chroniques liées à la modernité, comme le stress, la dépression, les douleurs ou les cancers. La place prise par ces nouveaux thérapeutes, de même que l'efficacité de leurs méthodes, commencent à être débattues dans les revues scientifiques (Charrasse, 2019; Ernst, 2011; Falissard, 2019), et les universités (Baqué-Juston, 2015; Kessler-Bilthauer & Evrard, 2018), ce qui témoigne de réelles interrogations à propos de ce phénomène. De notre point de vue de psychologue et de thérapeute, l'enjeu de notre travail est donc de connaître et de préciser les effets psychiques des soins énergétiques pour tenter de mieux comprendre le recours à cette thérapie. En outre, dans les perspectives ouvertes par Devereux (1967), l'étude de ces pratiques thérapeutiques alternatives offre une possibilité d'éclairer, par un effet de contraste, les fondements des dispositifs de soins conventionnels et notamment, nous le verrons, de la psychothérapie.

1.2.2. *Le soin énergétique*

Nous proposons de définir le soin énergétique de la manière suivante :

> Le soin énergétique vise, par le recours syncrétique à des techniques du corps, mais aussi à des rites de guérison ou des principes thérapeutiques inspirés du magnétisme animal et des cultures orientales, à influer sur la santé d'un individu par l'intermédiaire d'une action directe ou indirecte sur une hypothétique énergie vitale.

Cette définition mérite d'être discutée à plus d'un titre. Tout d'abord, il faut noter que notre objet d'étude est un fait social. Ainsi, par l'action de nommer et d'étudier sous le même titre une diversité d'approches et de techniques, nous participons au moins autant que les praticiens à le créer, à l'instituer comme une pratique singulière. Il faut toutefois garder à l'esprit que le soin énergétique infiltre également une grande partie des médecines alternatives. L'appellation de « *soins énergétiques* » recouvre donc un faisceau de pratiques encore peu

systématisées mais qui tendent à se structurer en un ensemble de théories et de techniques. C'est pourquoi nous insistons donc, dans cette définition, sur l'aspect syncrétique du soin énergétique. Celui-ci est un amalgame de pratiques diverses qui coexistent et dont la cohésion repose sur une thématique centrale, celle de l'existence d'une force invisible, dénommée *« énergie »*, qui gouverne les processus vitaux et sur laquelle il est possible d'agir par l'action direct des mains, mais aussi par l'usage de divers objets, rites et incantations.

Ensuite, le terme d'énergie est particulièrement polysémique, malgré son étymologie pourtant explicite. Le mot provient ainsi du latin enérgeia (*« force en action »*) et désigne donc une capacité à produire des effets. Dans un livre qui se penche sur les représentations des notions de force vitale et d'énergie dans les différentes traditions humaines, Jolliot (2003) insiste sur l'omniprésence du concept d'énergie dans la pensée des sociétés premières comme dans la pensée scientifique. Elle observe que l'usage qui est fait du terme énergie n'est jamais univoque, au contraire, il dépend du contexte d'énonciation, des locuteurs, de leur vécu personnel. C'est un terme malléable, intuitif et qui évoque une multitude de significations et évolue en fonction des contraintes de la situation. Il s'inscrit dans une chaîne sémantique large qui va de l'inanimé au vivant, de l'infiniment petit à l'infiniment grand : l'énergie des atomes, l'énergie d'un sportif, l'énergie électrique, une boisson énergisante… Ce terme d'énergie *« contient sa propre définition et une extension sémantique considérable »* (Jolliot, 2003, p.255). Ainsi, dans le champ social, ce concept est une *« boite noire », « un système cybernétique ou informatique dont le mode de fonctionnement n'est pas connu et que l'on interprète en fonction de ses réponses aux sollicitations qui lui sont fournies. »* (Jolliot, p.253).

De ce fait, nous serons particulièrement vigilants, dans le cadre de cette thèse, à préciser à quelle signification nous faisons référence lorsque nous parlerons d'énergie. Aborder ce sujet scientifiquement nécessite donc de rester précis sur sa définition, puisque les propriétés même de l'objet de recherche changent en fonction de leur contexte d'énonciation. Par exemple, le terme d'énergie, en psychanalyse, renvoie au concept de *libido*, que nous définirons dans la première partie. Au cours de ce travail, nous conviendrons d'utiliser ce concept sous son acception freudienne, mais il sera précisé s'il en est autrement. Dans le cas où des imprécisions demeureraient dans le texte, car la nature polysémique de l'énergie fait qu'on ne peut épuiser son sens avec quelques définitions, nous avons proposé un glossaire (voir annexe p.475) dans lequel figurent des informations qui permettraient de le préciser. Ce sera notamment le cas avec le ki, ou les chakras, qui renvoient à des conceptions philosophiques orientales dont un exposé plus long n'entre pas dans le cadre de ce travail.

Dans cette perspective, nous préférons donc identifier a priori le soin énergétique comme une pratique à part entière, afin de bien le différencier de conceptions culturelles de l'énergie vitale antérieures ou voisines. Les termes *« magnétisme, magnétiseur, fluide magnétique »* renvoient ainsi aux conceptions du magnétisme animal, que nous décrivons plus longuement dans la première partie de cette thèse. Nous utiliserons les adjectifs modernes, ou contemporains, pour désigner les thérapeutes qui revendiquent d'exercer leur magnétisme, et nous réserverons le terme de *« thérapeute énergétique »* ou *« d'énergéticien »* aux sujets qui pratiquent le soin énergétique tel que nous l'avons défini. Cette différenciation permettra justement d'identifier les éventuels liens entre le soin énergétique et d'autres pratiques thérapeutiques alternatives.

Par ailleurs, la santé se rapporte ici à la définition de l'OMS : *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*.[11] Ajoutons que la santé, dans l'énergétique, comprend la bonne circulation de l'énergie vitale, mais aussi un accomplissement spirituel, ce qui l'inscrit dans l'évolution actuelle des représentations de la santé. Depuis 2005, quelques experts de l'OMS ont proposé par exemple d'ajouter la spiritualité aux critères de santé : *« La promotion de la santé […] offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel »*[12]. Dans le soin énergétique, la spiritualité peut se traduire par l'adhésion à une religion monothéiste, ou bien se rapporter à l'adoption de croyances qui sont des dérivés de ces religions, comme la réincarnation, l'existence d'anges et d'un paradis… Ces croyances forment alors un ensemble éclectique que la pensée New-Age permet d'articuler voire d'organiser dans de nouveaux modes de religiosité (Champion, 1993).

Enfin, cette thèse porte sur les moyens d'actions des soins énergétiques et sur leurs effets. L'existence de l'énergie vitale, au sens d'une force intangible et invisible mais pourtant susceptible d'être manipulée par l'homme à des fins thérapeutiques ou néfastes, reste infondée. De plus, nous le verrons dans la revue de littérature, les effets thérapeutiques des soins énergétiques sont controversés, alors que les effets physiologiques de différentes formes

---

[11] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

[12] La Charte de Bangkok pour la promotion de la sante à l'heure de la mondialisation, tel qu'adopté par la 5ème conférence internationale sur la promotion de la Santé, Bangkok, 7-11 aout 2005.

d'énergies physiques, comme ceux du rayonnement électromagnétique, sont déjà bien connus. C'est pourquoi nous préférons employer le terme *« d'hypothétique »* pour caractériser l'action éventuelle des soins énergétiques sur la santé. Nous soutenons que les questions portant sur les effets physiologiques du soin énergétique peuvent trouver réponse par la voie expérimentale et nous laissons donc les disciplines compétentes en biologie traiter ces problématiques[13]. En attendant, le débat sur l'existence de l'énergie et sur l'efficacité du soin énergétique ne doit pas occulter l'étude des processus qui s'y déroulent. Avec les outils de la psychologie à notre disposition, nous pouvons tout de même avoir une approche structurée des composantes psychologiques du soin énergétique, c'est-à-dire sur les processus psychiques qu'il suscite, les représentations qu'il induit, et les modalités relationnelles par lesquelles il existe[14].

Les chapitres suivants visent à explorer le soin énergétique sous trois angles complémentaires. La première partie de cette revue de littérature est consacrée à une approche historique du soin énergétique. L'objectif de cette approche est de contextualiser le soin énergétique, de tenter d'en retracer l'histoire et l'évolution, de situer ses fondations. Aujourd'hui, de nombreux guérisseurs francophones se rattachent encore au magnétisme et le soin énergétique semble s'inscrire dans la droite lignée du courant philosophique vitaliste qui marque les débats scientifiques et médicaux entre le milieu du XVIIIe et le milieu du XIXe siècle (Rey, 2000). Les tenants du Vitalisme défendaient l'existence de principes essentiels au vivant et refusaient qu'on réduise l'Homme à ses organes. Le magnétisme animal de Franz Anton Mesmer, une méthode thérapeutique résolument ancrée dans le vitalisme, partage avec le soin énergétique la place hégémonique que tient le maniement de l'énergie vitale dans la technique. Lors de la relecture des travaux des Mesmer et de ses successeurs, la question de la nature de l'énergie vitale se détache comme énigme au fondement de l'évolution des dispositifs psychothérapiques depuis la fin du XVIIIè siècle. Tout l'intérêt de cette partie est alors de suivre les évolutions de ces techniques thérapeutiques fondées sur l'énergie vitale jusqu'au soin énergétique, afin de mieux en comprendre les manifestations actuelles.

La deuxième partie de cette revue de littérature décrit le soin énergétique sous un angle sociologique, afin de préciser le contexte social contemporain dans lequel le soin énergétique

---

[13] Les études sur les rats ou sur les organismes monocellulaires sont de bonnes illustrations du cadre nécessaire dans lequel les effets physiques du soin énergétiques peuvent être testés (voir par exemple Branton & Snehasis, 2017; Trivedi, Patil, Shettigar, Gangwar, et al., 2015; Trivedi, Patil, Shettigar, Mondal, et al., 2015).

[14] Cela n'exclut pas, en revanche de réfléchir aux implications que peuvent avoir ces effets psychologiques et à leur articulation avec les données quantitatives et expérimentales de la littérature. Cela permettrait certainement d'ouvrir des perspectives de recherches fécondes.

se pratique. Cette perspective vise à déterminer les modalités de diffusion de cette pratique, connaitre ses lieux d'exercice, savoir quels sont ses moyens de transmission et son statut vis-à-vis des autres thérapies. Pour cela, les travaux sociologiques quantitatifs et qualitatifs sont exposés. D'un côté, les études quantitatives permettent d'appréhender la répartition géographique du soin énergétique et la pénétration de cette pratique dans le paysage thérapeutique actuel (Pinsault et al., 2014). D'un autre côté, les recherches qualitatives (Charrasse, 2019 ; Kessler-Bilthauer, 2013 ; Schmitz, 2006a, 2006b), montrent la manière dont les thérapeutes énergétiques s'inscrivent dans le maillage des pratiques soignantes, elles saisissent les motivations de ces praticiens et de leurs patients. Le caractère paradoxal de l'opposition entre l'évolution de la médecine et le recours grandissant à des modalités thérapeutiques autres trouve une explication lorsque l'on se détache de la dichotomie abstraite entre science et pseudoscience pour mieux s'intéresser au régime de rationalité propre à notre contexte culturel.

La troisième partie de cette revue de littérature porte sur l'examen des données expérimentales sur l'efficacité du soin énergétique et sur différents modélisation théoriques de ces effets. D'abord, l'enjeu est de déterminer si le soin énergétique possède une efficacité thérapeutique et si oui, les moyens par lesquels elle opère. Une revue de littérature des données quantitatives et qualitatives vise à répondre à ces questions. Ensuite, la question de l'existence d'une énergie vitale est abordée à partir des théories scientifiques actuelles. Cette question complexe est abordée d'une part par des recherches sur le champ électromagnétique dégagé par les êtres vivants, et d'autre part au moyen de paradigmes expérimentaux qui mettent en jeu un facteur « psi », mode d'interaction non-ordinaire entre l'homme et l'environnement. Face à l'impossibilité, au regard des travaux scientifiques actuels, de conclure sur la nature de cette énergie, la réflexion se porte alors sur d'autres pistes théoriques ancrées dans la psychologie, la psychanalyse et l'anthropologie.

Chapitre 2 : Naissance, déclins et résurrections du magnétisme animal

2.1. Mesmer et le magnétisme

L'intérêt d'une approche historique du soin énergétique consiste à préciser le développement de cette méthode thérapeutique et de définir les éléments essentiels du processus d'évolution dans lequel elle s'inscrit. Car paradoxalement, le soin énergétique revendique aujourd'hui sa légitimité en s'appropriant les avancées scientifiques et technologiques modernes[15], alors qu'il s'appuie toujours sur le principe archaïque de la *natura médicatrix*, qui propose que la nature contient tous les remèdes nécessaires à l'homme. Les médecines alternatives se construisent donc dans une dialectique entre la tradition et la modernité (Charrasse, 2018), mais également dans une articulation — bien plus qu'une opposition — avec les médecines conventionnelles (Sandoz, 2009). Ce que nous proposons ici, c'est justement de nous servir de cette double opposition pour observer la fabrique du soin énergétique à partir de son histoire, d'en dégager les lignes fondatrices, ses principes de base et ses invariants (Pinsault et al., 2014).

Pour mener à bien un tel travail et en garantir la rigueur, nous entendons respecter les principes méthodologiques proposés par Ellenberger (1995). Tout d'abord, il s'agit d'établir des faits historiques, c'est-à-dire de fonder cette approche historique sur les données biographiques des différents acteurs et sur leurs publications. Ensuite, nous devons tenir compte du contexte des faits, l'exposer et rendre explicite ses implications sur les propos ou les actes rapportés, afin de souligner et d'argumenter nos interprétations. Enfin, nous veillerons à présenter les systèmes thérapeutiques dans leurs termes propres et dans une perspective chronologique, dans le but de distinguer les apports des nombreux protagonistes et les relations d'influences complexes entre chacun.

Construire un historique impose de choisir un point de départ, une référence temporelle pertinente pour notre étude. Précisons donc qu'il existe des conceptions énergétiques du soin depuis l'antiquité, comme la médecine hippocratique (Ellenberger, 1995). Dans ce système pré-scientifique, le rôle que tient aujourd'hui le concept central d'énergie est éclaté dans plusieurs autres concepts. La dimension dynamique de l'énergie, qui se comporte comme un fluide, se

[15] Dans les années 1970 par exemple, le soin énergétique s'approprie la physique quantique et devient « médecine quantique » avec les travaux sur les biophotons de Fritz Albert Popp.

retrouve notamment dans les quatre humeurs (le phlegme, le sang, la bile et la bile noire). Le rôle symbolique de l'énergie se dessine dans la correspondance des humeurs avec quatre qualités physiques primaires (humide, sec, chaud, froid) ainsi qu'avec les quatre éléments (eau, air, feu, terre). Le rôle d'un principe essentiel du vivant semblable à l'énergie contemporaine se retrouve aussi dans la médecine hippocratique sous la notion de souffle (pneuma) qui anime les corps. Pendant l'histoire occidentale, cette première conception énergétique a évolué et s'est modifiée, notamment avec les théories de Galien ou de Paracelse.

Par ailleurs, des systèmes thérapeutiques qui se fondent sur des principes énergétiques existent aussi hors d'Europe, notamment en Asie et dans d'anciennes traditions culturelles, chez les peuples primitifs d'Indonésie, d'Afrique ou d'Equateur. Une description de ces systèmes serait instructive mais dépasserait le cadre de cette thèse, aussi nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Chantal Jolliot (2014), *Les notions de force vitale et d'énergie*, qui rassemble et met en parallèle ces différentes conceptions énergétiques. Comme nous entendons exposer dans la partie suivante une approche historique des méthodes thérapeutiques centrées sur l'énergie vitale en occident, nous n'exposerons pas en détail les conceptions énergétiques des traditions évoquées. En revanche, comme le soin énergétique s'est construit par des emprunts à ces doctrines, nous les aborderons parfois au cours de cette thèse, et nous avons décrit d'une manière brève certains de leurs éléments centraux dans le glossaire[16].

Nous avons choisi de construire cet historique en prenant comme référence temporelle le magnétisme animal. Ce dernier nous semble être, dans l'Histoire occidentale, le système thérapeutique le plus proche théoriquement et techniquement du soin énergétique actuel. L'usage courant du terme de *« magnétisme »* et des *« passes magnétiques »* par les énergéticiens traduit justement la survivance de ces théories au cœur des thérapies alternatives modernes. Précisons également que ces termes sont certainement plus usités en France qu'à l'étranger, ce qui évoque une filiation plus proche des énergéticiens français au magnétisme animal.

De nombreux chercheurs en sciences humaines ont retracé et analysé l'héritage remarquable du Magnétisme Animal (Armando & Belhoste, 2018). Sur un versant historique et sociologique, Robert Darnton (1968) souligne par exemple l'influence majeure du Mesmerisme sur la pensée révolutionnaire. Dans une perspective plus épistémologique, Bertrand Méheust (1999a, 1999b) s'intéresse aux différents débats au sein même du

[16] Voir annexe p.649

magnétisme et met en évidence la manière avec laquelle ces débats préfigurent certaines lignes d'opposition dans les sciences modernes. Dans l'*Histoire de la découverte de l'inconscient,* Henri Ellenberger (2001) fait du magnétisme animal le creuset de la psychiatrie dynamique. En psychanalyse, Jean Laplanche (1987b), puis René Roussillon (1992), proposent de réfléchir au cadre psychanalytique à partir du Magnétisme animal.

Notre perspective, sans proposer une historiographie complète sur le sujet, consiste à prendre le magnétisme animal comme point de départ d'un modèle thérapeutique fondé sur une force vitale, puis d'en observer les évolutions successives jusqu'au soin énergétique. Pour dresser ce cadre général, nous reprendrons quelques éléments de la vie de Franz Anton Mesmer, fondateur du magnétisme animal, afin de les mettre en lien avec ses découvertes. Nous présenterons ensuite les différentes idées principales de sa théorie et leurs applications techniques. Cet historique nous permettra d'ouvrir des pistes de réflexions encore actuelles sur le rôle de l'inconscient, la ligne de démarcation entre science et non-science, le rapport soignant-soigné et enfin la relation de l'Homme avec un monde *« autre »*. Nous entendons montrer que ces enjeux scientifiques et sociaux relevées dans le magnétisme ont continué à s'exprimer dans les débats savants du XIXè puis du XXè siècle et se retrouvent aujourd'hui dans le soin énergétique.

Nous fonderons notre approche sur les écrits de Mesmer lui-même, mais aussi sur les biographies écrites par Jean Vinchon (1999), puis Jean Thuiller (2004) qui sont des ouvrages de référence en langue française sur la vie du père du magnétisme animal. Par ailleurs, il est possible de découper schématiquement l'évolution de la pensée de Mesmer en trois grandes périodes. D'abord entre 1766 et 1778, Mesmer se concentre sur son travail de thèse sur le magnétisme animal. Ensuite, de 1778 à 1785, il développe les notions de fluide et d'harmonie. Enfin, après 1785, il étend ses théories cliniques au domaine politique (Belhoste, 2018). Notre intérêt, dans le cadre de cette thèse, se portera surtout sur les deux premières périodes de son œuvre, car celles-ci se rapportent au magnétisme en tant que système thérapeutique.

2.1.1. Naissance du magnétisme animal

Franz Anton Mesmer naît dans un canton Viennois en 1734. Après avoir passé son adolescence dans un séminaire jésuite, il entame en 1759 son cursus de médecine et développe un intérêt pour la médecine astrologique, qui met en relation les maladies avec les corps célestes. En 1766, il termine sa thèse de médecine sur l'étude des astres et l'influence de leurs mouvements sur le corps humain et la santé. Il s'inscrit dans la continuité de la pensée de

Paracelse et la philosophie vitaliste qui se développe abondamment dans la seconde moitié du XVIIIème siècle. Ce courant philosophique, portée à cette époque par plusieurs médecins issus de la faculté de Montpellier, se caractérise par son opposition au dualisme cartésien. Ainsi, à l'idée cartésienne d'une âme qui dirige un homme-machine fait de tuyaux dans lesquels circulent différents fluides, le vitalisme se propose d'ajouter *« un principe vital »* qui différencie les êtres vivants de la nature inanimée (Barthez, 1770) : *« Les affections du Principe Vital qui produisent et renouvellent, dans un ordre constant, les fonctions nécessaires à la vie, sont absolument différentes des causes productives des mouvements qui ont lieu dans la Nature morte, comme sont ceux que déterminent les opérations de la Chimie. »* (ibid., p.37.)

Mesmer défendra ainsi une idée proche, selon laquelle il existe un *« agent général »* qui anime et lie les êtres vivants (Mesmer, 1779). La thèse de Mesmer, innovante à son époque, est selon les relectures actuelles une reprise, voire un plagiat des travaux du physicien anglais Richard Mead (Schaffer, 2010). Mead reprend les découvertes en physique sur les effets de la lune et du soleil sur les marées, et formule l'hypothèse d'effets du magnétisme sur l'air. Or, à cette période, une variété de maladies était imputée à l'air, à cause de son lien direct avec le pneuma, le souffle vital. Mesmer relit et épure les travaux de Mead des références astrologiques superflues sur les effets pathogènes de la conjoncture des astres. S'il souscrit d'abord au fait que les mouvements des astres puissent influer sur la santé des hommes, il oriente davantage sa pensée sur l'existence d'une force invisible, d'un magnétisme, qui existerait entre les objets de la nature. Il l'énonce de la manière suivante dans son *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* :

> *« J'avançais d'après les principes connus de l'attraction universelle, constatée par les observations qui nous apprennent que les planètes s'affectent mutuellement dans leurs orbites, et que la lune et le soleil causent et dirigent sur notre globe le flux et reflux dans la mer, ainsi que dans l'atmosphère ; j'avançais, dis-je, que ces sphères exercent aussi une action directe sur toutes les parties constitutives des corps animés, particulièrement sur le système nerveux, moyennant un fluide qui pénètre tout […] Je nommais la propriété du corps animal qui le rend susceptible de l'action des corps célestes et de la terre, MAGNETISME ANIMAL […] » (Mesmer, 1779, p.12-13)*

Précisons que *« l'agent général »*, médiateur de l'influence entre corps célestes et corps animés, est d'abord nommé *« gravité animale »* dans la thèse de Médecine de Mesmer en 1766, puis se transforme en *« Magnétisme animal »* dans le Mémoire de 1779. Comme le remarque

Azouvi (1991), ce changement de terminologie traduit également une modification de la pratique. En 1766, Mesmer pense que les effets de la gravité sur les phénomènes de la nature, comme les marées, se produisent par flux et reflux. Il extrapole ces effets aux phénomènes humains, comme le sommeil ou les douleurs et propose ainsi une conception similaire de la maladie qui est animée par des flux et reflux cycliques. Comme les maladies nerveuses se manifestent par des *« accès »*, des crises intempestives de douleurs ou de convulsions, le but thérapeutique est de soumettre les symptômes intempestifs des affections au mouvement cosmique plus général. Pour traiter les malades, Mesmer place des aimants à différents endroits de leur corps et cherche par ce biais à provoquer artificiellement les cycles naturels de la maladie. La maladie se résout alors comme elle est venue, absorbée dans l'ordre naturel.

La théorie de Mesmer, contrairement à celle de Mead qui est vivement critiquée du fait de ses racines dans l'astrologie, reçoit une attention croissante, d'autant que Mesmer fera rapidement preuve de cas de guérisons parmi la classe populaire mais surtout parmi les membres plus influents de l'aristocratie viennoise. Entre 1773 et 1774, il soigne Francesca Oesterline, une jeune femme souffrant d'accès de douleurs à la tête, au moyen d'une méthode de magnétisation avec des aimants qui lui est suggérée par le père jésuite Maximilien Hell (Thuillier, 2004). Il abandonne ensuite cette méthode lorsqu'il se rend compte qu'il est capable de produire des effets similaires à ceux qu'il obtient avec l'aimant, c'est-à-dire des crises convulsives suivies d'un apaisement immédiat des malades, par le seul recours à ses mains, sa voix ou son regard.

« L'agent général » devient alors un fluide susceptible de médiatiser les influences réciproques entre les hommes et leur environnement. Mesmer liste ses caractéristiques en 1775. Ce fluide *« pénètre tout »*, il peut être *« accumulé et concentré »* à l'instar de l'électricité[17]. Il se communique par contact d'un être vivant à un autre, mais peut également transiter par les objets inanimés, comme une tasse en porcelaine. Il peut aussi *« agir dans l'éloignement »* à une distance de plusieurs pas. Selon Azouvi (1991), *« Le fluide magnétique est précisément ce qui unit le macrocosme et le microcosme ; il est l'opérateur de cette unité dont la santé est le signe […] »* (p.109). C'est donc que le trouble nerveux vient d'une dysharmonie entre l'homme et la Nature, que le magnétisme animal, *« principe universellement agissant »* selon Mesmer, vient

[17] Mesmer avait été fortement impressionné en 1768 par les démonstrations du médecin et physicien Anton de Haen (Thuillier, 2004). Celui-ci traitait des paralysies au moyen de bouteilles de Leyde, des contenants en verre pleins de ferraille et chargées d'électricité. La médecine électrique supposait que le fluide nerveux était homologue au fluide électrique, et que l'application du second pouvait pallier à un défaut du premier.

rétablir à son juste équilibre. Le magnétiseur reformule plus clairement les lois d'une *Natura médicatrix,* une Nature bienfaisante qui a *« parfaitement pourvu à tout pour l'existence de l'individu […] »*. (1779, p.14). L'idée d'harmonie universelle, qui donnera le nom des sociétés de transmission du magnétisme animal moins d'une dizaine d'années plus tard, voit ici sa première formulation.

Mesmer atteint le point d'orgue de sa réputation viennoise en 1775 dans sa confrontation avec Gassner, un prêtre qui se fait remarquer par les guérisons impressionnantes qu'il obtient au moyen d'un procédé d'exorcisme (Belhoste, 2018). Mesmer est entendu à l'Académie des sciences de Munich, soutenu par des notables proches de sa famille, où il explique que les phénomènes produits par Gassner ne sont pas l'œuvre de Dieu ou du malin, mais peuvent s'expliquer simplement et rationnellement par la théorie du magnétisme animal. Ce discours, qui arrive dans les oreilles de notables éclairés par la philosophie des lumières et prédisposés à écarter toute interprétation religieuse, ne manque pas de séduire. De plus, à cette même période, Mesmer multiplie les guérisons chez les aristocrates viennois, ce qui renforce son exposition publique. Toutefois, il n'obtient toujours pas la reconnaissance des institutions officielles qu'il convoite depuis sa thèse.

Le succès de Mesmer tourne court dans l'année 1776, car d'autres membres de l'aristocratie Viennoise ne voient pas ses travaux d'un bon œil, notamment le docteur Jan Ingenhousz, médecin personnel de Marie-Thérèse d'Autriche. Mesmer, pour se faire apprécier de l'impératrice, prend en charge sa protégée, Maria Theresa Paradis, une jeune musicienne prodige et aveugle depuis ses quatre ans. Malgré ses efforts, Mesmer ne parvient pas à guérir définitivement Maria Theresa. Cette dernière ne recouvre la vue que lorsque Mesmer est présent. Cette relation qui se noue avec la jeune femme trouble le magnétiseur, et des rapidement, des rumeurs grivoises au sujet des liaisons amoureuses du docteur minent sa réputation et son traitement. Ses opposants se saisissent de cette opportunité pour le discréditer et il est contraint de devoir cesser le traitement de madame Paradis. Cet échec donne du grain à moudre à ses détracteurs, ce qui le fait sortir des bonnes grâces de la population viennoise et du gouvernement. Il entreprend plusieurs séjours dans des villes d'Europe pour faire connaitre sa découverte puis s'installe à Paris pour poursuivre ses travaux.

2.2.2. Fluide, baquets et technique magnétique

A son arrivée en France, en 1778, Mesmer connaît un grand succès, à la fois parce que sa réputation de guérisseur le précède, mais aussi parce que son magnétisme devient un

phénomène social qui pique la curiosité de ses contemporains. Il développe alors une pratique de groupe qu'il avait commencé à expérimenter durant ses derniers mois à Vienne. En effet, Mesmer avait magnétisé l'étang de son jardin dans le but de diffuser le magnétisme à un grand nombre de personnes simultanément et sans effort. Dans un hôtel particulier de Paris, Mesmer applique le même principe et crée ses baquets, qu'il réserve initialement aux malades du peuple. Il leur propose gracieusement son dispositif tandis qu'il dispense des soins individuels bien plus onéreux aux membres de la noblesse parisienne. De ce fait, sa popularité à Paris s'accroît très vite mais, faute de temps, il se retrouve à proposer également des groupes pour les aristocrates dans son château à Créteil.

Le magnétiseur Louis Alphonse Cahagnet décrit ainsi le baquet dans son Guide du magnétiseur (1849) : *« Ces baquets sont des boîtes ordinaires de toutes grandeurs qu'on remplit de sable, de limaille de fer, de mâche-fer, de verre pilé et de bouteilles d'eau magnétisée. On place au milieu une tige de fer que le couvercle de la boîte maintient droite et solidement; on attache à sa partie supérieure plusieurs cordons en laine »* (p.17) Le mélange hétérogène qui compose le baquet est supposé pouvoir stocker[18] et faire circuler le précieux fluide magnétique, par l'intermédiaire de plusieurs matériaux conducteurs, comme le métal ou la laine. Lors du traitement, les malades doivent se saisir d'une des barres en fer dépassant du baquet afin de la placer à l'endroit de leur mal. Le fluide circule alors à travers le métal vers le corps ou il provoque les mêmes crises que le toucher du magnétiseur.

Le rôle des objets métalliques est cependant discuté parmi les magnétiseurs. Certains, comme Doppet, voient dans la possibilité de substituer le baquet par un arbre une preuve pour affirmer que la transmission du fluide ne requiert aucun matériau conducteur de l'électricité. Ce magnétiseur donne alors une description relativement différente du baquet :

> *« On place dans une salle une cuve, ou baquet rond, ou elliptique de 4 ou 5 pieds de diamètre, élevé à quelques pouces de terre sur des pieds droits ; ce baquet est fermé d'un couvercle […] percé de plusieurs trous a 4 ou 5 pouces du bord ; on*

[18] Cahagnet détaille le procédé qui permet de charger magnétiquement un baquet *: « Le magnétiseur apprête ainsi son baquet : il magnétise par poignée les substances qu'il dépose dedans ; il passe des fils de fer dans les bouclions des bouteilles d'eau, dont il fait converger le gouleau vers la tige du milieu qui sert de conducteur, à laquelle il attache les fils de fer des bouteilles. Dans une demi-heure de magnétisation, on peut préparer tout l'intérieur d'un baquet. On magnétise une bouteille en posant son pouce dans le goulot, et la tenant par le fond de l'autre main; on l'agite de haut en bas, et de bas en haut, puis on la tient entre les deux mains en faisant des passes au dehors avec l'idée d'introduire dedans le fluide qui s'échappe des mains : cinq minutes de cette manipulation suffisent pour qu'une bouteille d'un litre soit assez saturée. »* (ibid. p.18)

plongera dans ces trous des verges de fer rondes qui seront recourbées à quelque distance de la sortie du baquet de façon qu'elles s'échappent dans la chambre en saillie pour être appliquées suivant le besoin soit à l'estomac, soit aux autres parties des malades. Les personnes qu'on voudra magnétiser, seront assises autour du baquet, et communiqueront entre elles par le moyen d'une grande corde de simple chanvre dont chaque malade pourra prendre une portion pour se passer autour du ventre, ou d'une autre partie ; cette corde sera fixée au baquet par les deux bouts. On place dans l'intérieur du baquet une certaine quantité de verre pilé, le reste se remplit d'eau de façon cependant qu'elle ne déborde pas : je suis assuré que le sable fait à peu près le même effet que le verre ; on met aussi dans le baquet des bouteilles d'eau magnétisée, et on prétend qu'il faut les arranger magnétiquement. Quelques-uns croyent que le baquet a plus de vertus en y ajoutant du souffre, de la limaille de fer, ou quelques autres substances ; je ne suis pas de cet avis, encore moins Mr. Mesmer ; car ce n'est pas du baquet que sort la vertu magnétique, ce sont les personnes assises à l'entour qui le magnétisent par leurs influences, et c'est dans ce réservoir que le magnétisant par ses procédés prend l'agent magnétique qu'il dirige suivant le besoin sur les individus. » (Doppet, 1784, p. 53-54)

Pour l'assister autour de ses baquets, Mesmer recrute des *« valets toucheurs »*, des jeunes hommes dont le rôle est de circuler parmi les malades pour leur prodiguer le fluide à l'aide des verges de fer. Le fluide se communique à l'aide d'outils ou des mains, par la technique des passes magnétiques. Voici comment Cahagnet (1849) l'expose : *« Je suppose qu'une personne ait un fort mal de tête. Je pose mes deux mains, une de chaque côté de la tête, un peu au-dessous du mal; je les laisse ainsi environ cinq minutes, puis je les descends très-lentement, présentant le bout des doigts au corps, jusqu'au bas des pieds. Je secoue mes mains comme si quelque chose s'y était attaché, et je recommence cette opération à plusieurs reprises pendant vingt ou trente minutes. La personne doit se trouver la tête soulagée, si elle n'est pas guérie. Ce sont ces gestes qu'on nomme passes à grands courants. »* (p.10) Il existe aussi des passes à petit courant, centrées sur une zone précise, ou encore des passes longitudinales qui ne nécessitent aucun mouvement, le fluide traversant le malade à distance.

L'apposition des mains sur la zone malade est couramment utilisée, de même que les mouvements des doigts, souvent placés selon une logique d'opposition qui correspond à la polarité des organes du corps humain et que Mesmer partage dans ses *Aphorismes (n°293)*.

Doppet (1784) en détaille également les principes : *« […] le corps humain a ses pôles divers, et opposés, analogues à ceux de l'aimant, leur connaissance est, comme je viens de le dire, indispensable pour magnétiser. L'homme est un corps magnétique composé de petits aimants […] »* (p. 42). Ainsi, *« chacune de nos parties offre des jeux magnétiques, dont résulte l'ordre de l'économie animale, par exemple, la tête, les bras, les mains ont chacun leur équateur, leurs axes, et leurs pôles. »* (p.43)

Par ailleurs, les magnétiseurs empruntent l'usage du souffle aux guérisseurs et aux remèdes traditionnels : *« Dans nos campagnes, certains hommes réputés sorciers l'emploient très souvent dans les brûlures, sur lesquelles ils soufflent à trois reprises, et en forme de croix, en prononçant les paroles suivantes à chaque fois : « Feu, feu, feu, perds ta chaleur comme Judas perdit sa couleur en trahissant Notre-Seigneur.» »* (Cahagnet, 1849, p.22). La technique est dépouillée de la prière et trouve son explication par le magnétisme animal. La bouche du magnétiseur, de manière plus générale, doit être entretenue car elle est un véhicule du fluide, non seulement par le souffle, mais aussi par la salive, qui peut être appliquée sur le front en cas de maux de têtes, ou sur les plaies, les verrues et toutes les affections de la peau (ibid.).

Dans une séance autour du baquet, le groupe catalyse donc les effets du fluide, si bien qu'inévitablement, un de ses membres se retrouve pris d'une crise, il halète, pousse des cris et souvent convulse. Les crises traduisent l'action du magnétisme sur le corps, le reflux de la maladie et le retour vers la santé. Elles se propagent ensuite à d'autres membres du groupe avant que chacun ait pu bénéficier des effets du fluide. Lorsqu'un malade manifeste ainsi sa réceptivité au magnétisme, il est escorté avec le plus grand soin par un valet dans des *« chambres aux crises »* capitonnées (Doppet, 1979), afin que la guérison puisse suivre son cours sans risque pour le malade ou gêne pour les autres. Parfois, Mesmer lui-même accompagne les malades, il reste converser avec eux pendant et après la crise afin de s'assurer de leur état. L'ambiance générale autour du baquet est calme et ponctuée périodiquement par ces moments paroxysmiques de crises (Girardin, 1784). Par ailleurs, la musique joue un rôle très important pour Mesmer, qui joue parfois de son harmonica de verre pour accompagner les séances. Lorsque lui-même ne peut jouer, un orchestre est souvent présent autour du baquet.

Après quelque mois, Mesmer essuie plusieurs déconvenues. Son ambition de faire reconnaître le magnétisme animal par les institutions scientifiques se conjugue mal avec son caractère inflexible, et il est rejeté par l'Académie des sciences, puis l'académie de médecine. Lui et son magnétisme deviennent alors des objets publics, tantôt portés aux nues, tantôt traînés dans la boue. Lassé, Mesmer envisage de quitter Paris en 1781, mais il se sent contraint de rester

pour ses malades, notamment celles des proches de la cour royale et des confréries auxquelles il appartient. Pour plusieurs personnalités féminines influentes auprès de Marie-Antoinette, le magnétisme et surtout les baquets sont devenus un loisir excentrique qu'elle regretteraient de voir disparaître (Thuillier, 2004). Mesmer accepte de continuer à exercer à Paris, ce qui ne fait que renforcer les polémiques autour de lui, d'autant qu'un de ses disciples les plus fidèles, le docteur Deslon, commence à prendre part au débat scientifique sur le magnétisme. Le disciple nourrit le projet d'ouvrir une école de magnétisme, ce qui n'est pas bien vu par le maître.

En réaction au projet de Deslon, Mesmer s'associe avec un avocat et un banquier fortunés, ainsi qu'avec quelques malades fascinés par le magnétisme, afin de fonder en 1783 la société de l'harmonie, destinée à contrôler la transmission des procédés du magnétisme. Une fois cette société montée le magnétisme se répand également en province et à l'étranger, ce qui contribue à enflammer les débats portant sur la doctrine. Malgré le désaveu de Mesmer, le docteur Deslon entretient tout de même l'idée de gagner son crédit en tant que magnétiseur et de faire valoir l'importance du magnétisme animal. Il demande alors qu'une commission scientifique soit établie pour évaluer la doctrine magnétiste, ce qui va paradoxalement précipiter la chute du mesmérisme.

Une commission de cinq membres de l'Académie des sciences et quatre membres de la faculté de médecine se réunit pour étudier le magnétisme pratiqué par Deslon, au grand désarroi de Mesmer. Le rapport de la commission donne un avis explicite sur la nature du fluide :

> *« Attouchement, imagination, imitation, telles sont donc les vraies causes des effets attribués à cet agent nouveau, connu sous le nom de Magnétisme animal, à ce fluide que l'on dit circuler dans le corps et se communiquer d'individu à individu ; tel est le résultat des expériences des commissaires, et des observations qu'ils ont faites sur les moyens employés, et sur les effets produits. Cet agent, ce fluide n'existe pas, mais tout chimérique qu'il est, l'idée n'est pas nouvelle. […] Le Magnétisme n'est donc qu'une vieille erreur. »* (Majault et al., 1784, p.58).

Le rapport souligne l'inutilité du magnétisme et questionne même son innocuité, car ses effets ne proviennent nullement d'un fluide mais d'actes de suggestion et d'autorité des magnétiseurs qui influencent l'imagination débridée des malades. Ce point fait l'objet d'un rapport secret rédigé par la grande commission et destiné au roi de France, dans le but de l'alerter sur les atteintes aux mœurs que constitue le magnétisme. Le document porte sur les relations établies entre les magnétiseurs — des hommes — et la population presque

exclusivement féminine qui fréquente les baquets. Les commissaires observent que le magnétisme exacerbe les sens, rapproche les corps et génère chez les dames d'intenses convulsions qui précèdent un apaisement inégalé. Les commissaires s'inquiètent de la présence possible du désir et du plaisir féminin pendant la cure magnétique, car les femmes *« ne peuvent se rendre compte de ce qu'elles éprouvent, elles ignorent l'état où elles sont. »* (Thuillier, 2004, p.270). Dès lors, le magnétisme fait courir à la société un péril moral.

La doctrine est alors définitivement rejetée par les institutions médicales et scientifiques. Si Mesmer réussit à se défendre habilement sur le plan juridique pour ne pas tout perdre suite à cette enquête, il n'échappe pas à un deuxième scandale qui concerne cette fois les sommes qu'il a perçues pour le compte de la société de l'harmonie. Il perd l'appui du public parisien et se replie vers la province, la Suisse puis l'Allemagne. Ces voyages lui laissent certainement une impression mitigée : le magnétisme animal rencontre toujours un succès populaire, mais les groupes de magnétiseurs membres de sociétés de l'harmonie développent leurs propres doctrines et se tournent vers l'occultisme. De plus, les principes théoriques du magnétisme sont maintenant évoqués pour justifier des points de vue politiques, ce que Mesmer s'était toujours gardé de faire. Ce dernier, déçu de ses échecs avec le magnétisme animal, quitte la France et retourne à Vienne vers 1790. Environ quatre ans plus tard, il retourne près de son lieu de naissance, les abords du lac de Constance, jusqu'à son décès en 1815.

2.2.3. Du mesmérisme au somnambulisme

Après le retrait de Mesmer au début de la révolution française, les sociétés de l'harmonie poursuivent néanmoins leurs réflexions et expérimentations sur les phénomènes magnétiques. Sur le plan géographique, le Mesmérisme se déploie en Europe, avec l'Allemagne et l'Autriche, dans de grandes villes de France, mais aussi dans les colonies, avec Saint-Domingue et jusqu'aux États-Unis, où le magnétisme est apporté par Lafayette (Gainot, 2018). A Strasbourg, le marquis Armand Jacques de Chastenet de Puységur (1751 – 1825), officier d'artillerie connu pour ses faits d'armes à Gibraltar, s'est empreint de curiosité pour le magnétisme animal après l'avoir découvert par son frère cadet Antoine Hyacinthe, l'officier de marine qui a exporté le magnétisme à Saint-Domingue.

Au début des années 1780, dans son château de Buzancy, le marquis mène des expériences sur l'électricité, la physique et le magnétisme. Il développe ses cures magnétiques et soigne Victor Race, un jeune paysan de vingt-trois ans à son service. Lors de la séance, le

valet entre dans un état magnétique particulier, il ne produit aucune crise ni convulsions, mais tombe dans une forme de sommeil dans lequel il se montre capable de s'exprimer normalement. De plus, il ne conserve aucun souvenir de cet état lorsqu'il se réveille. Plus surprenant encore, Victor, pourtant endormi, indique avec lucidité le mal dont il souffre, mais également le remède nécessaire et l'issue de sa maladie. Puységur magnétise un arbre pour en faire un baquet et rassemble des malades pour tester sa découverte. Lorsque les malades tombent en crise, le marquis leur donne la parole et ceux-ci deviennent les médecins du groupe, ils formulent des prescriptions pour guérir les autres malades. La société de l'harmonie de Strasbourg recueille alors systématiquement les récits de cas traités avec cette méthode. En 1785, le marquis amène Victor à Paris afin de faire démonstration à Mesmer de l'état somnambulique. Ce dernier reconnaît la qualité du travail de Puységur, mais ne se montre *« pas favorable à cette sorte de somnambulisme où l'on ne recherche pas la crise salutaire »*, et se méfie du récit des somnambules, qui lui rappellent les boniments du Comte de Cagliostro, un soi-disant sorcier qui utilise l'état somnambulique pour mystifier les notables afin de s'attirer leurs grâces ou les escroquer (Thuillier p.280).

La réaction de Mesmer atteint Puységur. Il délaisse la théorie du fluide pour se concentrer sur sa découverte de la *« crise parfaite »* (Puységur, 1820), mais la révolution française signe l'arrêt brutal de l'engouement pour le somnambulisme. En Europe, les membres des sociétés de l'harmonie sont pourchassés, exécutés ou emprisonnés par les révolutionnaires. Comme la théorie n'a jamais séduit les institutions médicales, elle se perd, hormis dans quelques lieux épars d'Europe ou la pratique survit. Au début des années 1815, le magnétisme animal va connaître un nouveau succès (Ellenberger, 2001), mais l'intérêt initial des magnétiseurs pour la thérapie va quelque peu s'estomper chez ses successeurs, au profit de la spiritualité, de métaphysique et de premières formes de la psychologie.

En Allemagne, les institutions sont favorables au magnétisme et deux chaires universitaires de magnétisme animal voient le jour à Berlin et à Bonn en 1816. En France, l'abbé Faria replace le magnétisme sur le devant de la scène avec ses démonstrations publiques et son cours de 1813, dans lequel il met en scène un somnambulisme autoritaire : l'abbé se place devant les malades, les invite à se recueillir puis leur commande : *« Dormez ! »*. Ceux-ci tombent alors rapidement en somnambulisme. L'abbé est cependant discrédité, victime d'un canular organisé par un acteur. Il tombe dans l'oubli, malgré la qualité de ses théories avant-gardistes sur le somnambulisme dont le contenu sera redécouvert plus tard par Braid, Liebault et Bernheim (Perry, 1978). C'est surtout avec le naturaliste Deleuze que le magnétisme

redevient un objet d'étude. Il souhaite étudier de manière clinique le magnétisme et ses effets, et il publie plusieurs ouvrages dans lesquels il détaille les procédés du magnétisme et les phénomènes produits par celui-ci (Deleuze, 1813, 1825).

Après 1815, la situation du magnétisme en Europe est bien différente de celle de la fin du siècle précédent, comme le dépeint le philosophe Ernest Bersot en 1853 :

> *« Ainsi le magnétisme se transformait. A la place du baquet de Mesmer, de simples attouchements ou des volontés ; à la place des crises violentes, un sommeil réparateur; à la place des traitements publics et des excitations de la foule, en général, des traitements particuliers, sous l'impression des merveilles racontées. Puis, dans les sujets magnétisés, des vertus nouvelles : l'obéissance absolue, pendant tout le sommeil, au magnétiseur, qui dirige à son gré leurs pensées et leurs sentiments; la faculté de deviner, sans aucune communication extérieure, les pensées du magnétiseur la connaissance des maux des personnes qui leur sont présentées, et même le sentiment de ces maux dans leur propre corps; quelquefois l'indication des remèdes utiles. Enfin, outre les prévisions des crises à venir, une vertu qu'on désirerait bien avoir, mais qui n'est pas encore suffisamment constatée, le don de voir et d'entendre sans yeux et sans oreilles. » (p.37-38)*

Avec le somnambulisme, toute la phénoménologie magnétique se modifie peu à peu, comme le remarque Bertrand Méheust (1999a). Les passes magnétiques font entrer les magnétisés dans un état paradoxal *« d'hyperveille »*, qui s'accompagne de faits singuliers. Les manifestations les plus communes de l'état magnétique sont alors des *« picotements et fourmillement dans les membres »*, une *« sensation de chaleur intense sur la surface de la peau exposée aux passes »*, modification de la température du corps, du rythme cardiaque et de la fréquence respiratoire, *« tressautements musculaires »*. Chez certains sujets, d'autres phénomènes succèdent aux précédents, à commencer par une somnolence, puis *« la tête devient très pesante et tombe sur la poitrine, l'œil tourne dans l'orbite et reste bloqué vers le haut, révulsé, dans une position de strabisme convergent. Les membres deviennent froid, et le patient s'endort, d'un sommeil profond ou léger »* (ibid., p.139). Le sujet magnétisé, apparemment inerte, conserve cependant un *« rapport magnétique »* fort avec son magnétiseur : sur ordre de ce dernier, le somnambule reste capable de s'éveiller, de converser ou de se prêter à toutes sortes de tâches. Fait troublant : ce rapport *« semble subsister même en dehors de tout signe verbal ou gestuel, et à distance »*…

Voici donc que les magnétisés sont mis à l'épreuve par leurs magnétiseurs et vont se rendre capable de nombreuses prouesses. Parmi celles-ci, le *« sens interne »* joue un rôle central (Méheust, 1999a). Cette idée, dans le magnétisme, se traduit par l'hypothèse qu'il existe une forme primitive de sensorialité en deçà des cinq sens mais masquée par ceux-ci, comme le soleil nous empêche de voir les étoiles. Cette sensorialité permet à l'homme de saisir les informations passées et présentes de l'environnement, des autres comme de sa propre physiologie et de les mémoriser ; seulement, ces informations ne peuvent être liées, représentées que grâce au support de l'état magnétique, qui associe *« conscience du moi »* et perception primitive. Soulignons ici, pour mieux revenir à ce sujet plus tard, la proximité entre le magnétisme et la psychanalyse, qui fait de l'inconscient le réservoir à la fois des traces mnésiques, mais également le lieu de travail de la pulsion et du transfert. Comme l'état somnambulique révèle le sens interne du somnambule, la cure analytique et l'association libre dévoile, démasque l'inconscient de l'analysant.

L'état somnambulique produit tous les phénomènes aujourd'hui typiques de l'hypnose, comme l'altération de la mémoire ou les suggestions post-hypnotiques, mais ce que nous souhaitons mettre en évidence, comme Méheust, c'est qu'en sus de ces manifestations, le somnambulisme en génère d'autres, plus étranges. Ainsi, le sens interne fait le lit de plusieurs manifestations somnambuliques : la *« lucidité somnambulique »*, les *« hyperesthésies »*, la *« faculté de prévision »* comme la *« prévision des accès »*, l'endoscopie et l'exoscopie, la *« sympathie des douleurs »*, la *« transposition des sens »* ou encore *« la vision à travers les corps opaques ou sans le secours des yeux »* et le *« voyage mental »* (Méheust, 1999a). Les somnambules se montrent ainsi aptes, dans des conditions contrôlées par les médecins et magnétiseurs qui les testent, de réciter le contenu d'enveloppes fermées à distance, ou de les lire les yeux bandés et dans le noir, simplement en posant leurs doigts, leurs pieds ou même leur ventre sur elles. En outre, ils expriment avec précision la localisation des maux dont eux ou d'autres peuvent souffrir, ainsi que le remède approprié, et prévoient à l'avance l'issue des maladies et leur guérison. Ils peuvent parfois ressentir dans leur propre corps une douleur infligée à autrui. Ils réagissent à des consignes sans qu'un seul mot leur ait été prononcé[19]. Tout porte à croire, pour les magnétiseurs, que l'état somnambulique ouvre la porte à une réalité qui obéit à d'autres lois, comme le rapporte Méheust : *« Les déplacement des sens montrent […]*

[19] Lister précisément toutes les situations dans lesquelles ces faits ont été observés n'entre pas dans le cadre de cette thèse, aussi nous renvoyons le lecteur au premier tome de *Somnambulisme et médiumnité* (Méheust, 1999a) qui expose et analyse avec précision ces cas.

que c'est par pure convention que l'on peut comparer les perceptions des somnambules aux nôtres, en nous servant, faute de mieux, des mots par lesquels nous désignons ces dernières. Les somnambules paraissent voir, entendre, etc., mais c'est en fait d'autre chose qu'il s'agit, d'un rapport au réel qui échappe par définition à la conscience vigile habituelle. » (ibid., p. 196)

Ces phénomènes vont largement occuper les débats sur le magnétisme tout au long du XIXè siècle, et quatre positions idéologiques se distinguent (Méheust, 1999a). Les mesmériens, magnétiseurs de la première heure, sont convaincus de l'ontologie naturelle du magnétisme animal et partagent les conceptions mécanistes de Mesmer sur le rôle essentiel du fluide. Ceux-ci se font moins nombreux et laissent leur place aux psychofluidistes, qui émergent sur les bases du somnambulisme posées par Puységur. Ils admettent l'hypothèse fluidique, mais considèrent que l'âme humaine détermine les effets du magnétisme. A l'extrémité la plus psychologique de cette pensée se trouvent les imaginationnistes, comme l'Abbé Faria, qui excluent toute possibilité de l'existence du fluide, et expliquent les procédés magnétiques par les voies de l'imagination. Le dernier courant théorique et le plus marginal d'entre eux est celui des spiritualistes. Ces derniers sont issus de la franc-maçonnerie et s'intéressent à la théosophie. Ils s'inscrivent dans une nouvelle pensée chrétienne et attribuent une dimension spirituelle au fluide, qui devient alors un révélateur du lien entre les hommes, les esprits, les anges et Dieu.

2.2. L'après-Mesmer, entre esprits, hypnose et transferts

Tandis que le courant des Mesmériens se tarit assez rapidement pendant le XIXè siècle, les trois autres idéologies ont gagné en influence. Le magnétisme animal, après sa première mort autour de 1790, renaît sous les apparats du somnabulisme autour de 1815 et ouvre la porte à des questions métaphysiques fondamentales. En effet, un aspect singulier de l'étude du somnambulisme émerge à partir des réflexions sur le sens interne : *« Etant donné que le sens interne nous met en rapport, de façon sourde mais abyssale, avec le monde et avec les autres consciences, il a aussi une portée métaphysique ; ce n'est plus seulement un modèle psychologique, c'est un modèle psycho-cosmologique […] »* (Méheust, 1999, p.142). Les ramifications du magnétisme en tant que modèle psychologique ont été largement clarifiées par les historiens de la psychiatrie, comme Chertok et de Saussure (1998), Ellenberger (2001), ou Roussillon (1992), le magnétisme a entraîné avec lui des modifications sensibles dans la culture qui se traduit notamment par l'émergence du spiritisme dans les lieux ou le magnétisme était pratiqué :

« En effet, le magnétisme animal crée un espace de discours (chez Mme de Vallière, puis chez Fréderike Hauffe, Mme de Ratzenried, etc.) portant sur un ordre de réalité qui n'intéressait pas - ou guère - Mesmer, à savoir une sorte de "mundus imaginalis" peuplé d'entités tant non humaines (anges, démons) qu'humaines. Nous avons pris le parti d'appeler « éloquence magique » ce type de discours des magnétisé [e] s. La transe magnétique est un état mental chargé de révélations et elle paraît témoigner de ce qu'on a pu appeler une « fonction mytho-poétique de l'inconscient ». » (Faivre, 2001, p.407).

Ainsi, l'histoire de la psychiatrie, comme nous allons le voir, met en évidence une filiation de la psychothérapie moderne au magnétisme par décantation, ou pour reprendre l'expression freudienne, *« per via di levare »*, en épurant le magnétisme de tous les aspects cosmologiques superflus, pour n'en garder que l'essence relationnelle (Roussillon, 1992). Cependant, comme les modèles thérapeutiques ainsi que ceux de la maladie sont immanquablement liés à la culture dans laquelle ils s'inscrivent (Devereux & Bastide, 1977; Laplantine, 1986; Lévi-Strauss, 1949), il nous faut également postuler que le magnétisme a eu une autre influence sur la psychothérapie, *« per via di porre »* cette fois-ci, c'est-à-dire en transformant le cadre culturel et en ajoutant de la matière à ce qui était déjà-là. En ce sens, le spiritisme, comme espace de constitution de mythes à partir du magnétisme, mérite notre intérêt car il nous permettra de décrire ce second type d'influence.

2.2.1. Naissance du spiritisme

Tout d'abord, remarquons que dans toute l'histoire du magnétisme, les idées se cristallisent autour d'un débat qui oppose la science des académies à l'empirisme des médecins et des magnétiseurs (Méheust, 1999). Cependant, cette opposition incarne aussi un conflit culturel entre les classes populaires et les classes bourgeoises :

« A la fin du XVIIè siècle, les populations européennes étaient réparties en classes sociales rigides, les deux principales restant la noblesse et le peuple. Cette situation explique les différences entre Mesmer et Puységur, dans leur façon de concevoir et pratiquer le magnétisme animal. Appelé à traiter les dames distinguées de sa clientèle aristocratique, Mesmer déclenchait ses célèbres crises qui n'étaient en fait que des abréactions de la névrose à la mode dans ce milieu, les « vapeurs ». Puységur, en traitant ses Paysans, aboutissait au sommeil magnétique, expression d'une relation d'autorité et de subordination entre le

maître aristocrate et son serviteur-paysan […]. La chute de l'aristocratie et la montée de la bourgeoisie qui s'en suivit aboutirent à une forme de psychothérapie individuelle et collective plus autoritaire, la suggestion hypnotique. » (Ellenberger, 2001, p279)

Aux Etats-Unis, cette opposition apparaît plus clairement encore. Nous savons que le magnétisme est connu aux Etats-Unis dès la fin du XVIIIè siècle, car quelques notables français, comme Lafayette, faisaient partie de la société de l'Harmonie et ont certainement contribué à la diffusion du Mesmerisme aux Etats-Unis[20] (Armando & Belhoste, 2018). Le commerce triangulaire et le développement des colonies dans les caraïbes a constitué une passerelle culturelle entre la France et les Etats-Unis, ce qui a permis à des magnétiseurs de faire connaitre leur doctrine hors de France (Gainot, 2018). L'essor du Mesmerisme aux États-Unis est habituellement attribué au travail d'un français, Charles Poyen (Schmit, 2005). Ce professeur d'art et de français a lui-même été soigné par une somnambule, et a appris les voies du magnétisme animal lors d'un voyage en Guadeloupe (Carlson, 1960). Il donne ensuite une conférence sur le magnétisme animal en 1836 à Boston, qu'il ponctue de démonstrations somnambuliques spectaculaires. Entre cette date et 1850, grâce à l'industrialisation et aux progrès de l'imprimerie d'une part, puis à un fort intérêt de la population pour les spectacles et le divertissement, le magnétisme va se diffuser aux Etats-Unis par des livres et des conférences (Schmit, 2005).

Dans ces années, le mesmerisme est très vite mis à profit sur le versant thérapeutique, mais aussi sur le plan intellectuel. Il va porter de nombreux débats sur la nature des états mentaux et des niveaux de conscience, s'allier avec d'autres méthodes thérapeutiques, comme la phrénologie, la médecine électrique ou même le travail respiratoire (Schmit, 2005). Cependant, le déclin de la doctrine arrive rapidement à cause de guerres intestines, de soupçons sur la moralité de la pratique — réminiscences du *Rapport* de 1784 — et peut-être aussi à cause d'une trop grande popularisation de la pratique :

« Le public a été amené à croire que le magnétisme animal était une aubaine pour la santé. En retour, des manuels didactiques accessibles à tous permettaient

[20] Benjamin Franklin faisait partie de la commission d'enquête sur le Mesmérisme, il avait donc un avis bien plus défavorable que celui de Lafayette. Ainsi, aux Etats-Unis autour du début du XIXè siècle, le Mesmerisme était plutôt envisagé avec scepticisme (E. Ogden, 2018).

à chacun d'apprendre à être un "mesmériste professionnel" et de commencer à pratiquer, quelles que soient ses compétences. […]

Le signe le plus troublant de la détérioration du mesmérisme était l'incursion des charlatans et des profiteurs dans la pratique. En l'absence d'institutions défendant une étude rigoureuse de cette nouvelle "science mentale", le mesmérisme a été attiré dans la seule arène de la culture américaine suffisamment développée pour tirer profit de ses offres : le marché » (Schmit, 2005, p.417)

A cette période, le recul du catholicisme et de ses valeurs laissent les hommes désemparés face à la nature, c'est le désenchantement du monde. Ainsi, la solution des philosophes romantiques est d'espérer qu'il existe une force transcendante, puisse-t-elle être celle de la nature, avec laquelle l'homme pourrait communier et se fondre, redonnant ainsi de la valeur à son âme. Ainsi, entre 1836 et 1850, le mesmérisme est accueilli comme un moyen de maitriser et d'influencer la vie interne par le biais des croyances, il compense la sécularisation de la population américaine (Ogden, 2018). En quelque sorte, *« […] les pratiques spirites ont pour fonction de démontrer scientifiquement, « expérimentalement », contre le matérialisme désespérant, la validité du dogme de l'immortalité de l'âme […] »* (Parot, 1994, p.423). Aussi il n'est pas étonnant de retrouver le mesmérisme dans les racines de mouvements religieux qui vont émerger quelques années plus tard, comme nous allons le voir.

Autour de 1840, Andrew Jackson Davis, un jeune adolescent issu d'une famille de travailleurs modestes américains, se prête aux expériences d'un médecin magnétiseur. Il remarque ainsi d'étonnantes capacités de clairvoyance et se retrouve capable *« de voir sans le secours des yeux, en particulier des choses qu'aucun n'œil humain ne pourrait voir de toute façon. »* (Conan Doyle, 2013, p.28). Davis, avec l'aide d'un tailleur de son comté passionné de somnambulisme, va présenter de plus en plus de phénomènes de transe ou de communication avec les esprits. Il cultive le sillon laissé par les magnétiseurs, si bien qu'après ses vingt ans, il devient un personnage mystique qui donne des conférences sur la spiritualité et la théosophie. Il est reconnu aujourd'hui comme l'un des premiers spiritualistes, et ses ouvrages mélangent les traditions de Mesmer et de Swedenborg (Schmit, 2005).

C'est à partir de manifestations spectaculaires autour de quelques figures emblématiques que le spiritualisme va se développer aux États-Unis à partir de la seconde moitié du XIXème siècle (Conan Doyle, 1927). Le cas de Hydesville, dans l'État de New York, constitue un autre

des événements princeps du spiritualisme (Ellenberger, 2001). En 1848, la famille Fox, composée du couple et de leurs deux filles, emménagent dans une maison et entendent de curieux bruits de coups dans les murs. Les filles tentent d'interagir avec ces sons mystérieux, tandis que la mère constitue un code proche du morse — inventé en 1845 — qui permet de rendre intelligible ces bruits (Parot, 1994). Des séances de communication avec les esprits vont se constituer ainsi autour de Mme Fox et de ses filles, ce qui va attirer d'abord le voisinage, puis de plus en plus de curieux. La famille en tire alors une certaine notoriété mais surtout une manne financière. Par une curieuse contagion, des phénomènes similaires se déclarent dans tous les États-Unis. Les manifestations, imputés à des esprits, se dramatisent : les tables volent et tournent, les corps des médiums sécrètent des substances étranges, on observe des apparitions… (Conan Doyle, 1927; Ellenberger, 2001).

Le spiritualisme éclot des graines du mesmerisme, il met en scène ce *« mundus imaginalis »* (Faivre, 2001), et va trouver un nouvel écho dans le spiritisme européen, notamment avec Allan Kardec, pseudonyme de l'instituteur Hippolyte Rivail. Si la paternité du spiritisme lui est habituellement attribuée, il faut reconnaitre que le début du XIXè siècle met déjà en scène son lot de médiums et de voyantes, car les femmes se saisissent particulièrement du somnambulisme qui renouvelle la divination et la voyance (Edelman, 1995, 2009). Ainsi, les somnambules particulièrement douées forment des duos avec des magnétiseurs, elles se servent de leur sens interne pour faire office de médecin, dans la tradition ouverte par les baquets somnambuliques de Puységur. Certaines somnambules deviennent ainsi les muses de médecins ou d'artistes, tandis que d'autres sont des *« visionnaires, et témoignent de conversation avec Dieu ou avec les anges »* (Edelman, 2009). Alors, en 1850, quand arrivent les récits de tables tournantes, les Français se passionnent pour les séances, qui remplacent le divertissement apporté autour du baquet (Cuchet, 2007).

A l'apogée du mouvement, plusieurs communautés spirites voient le jour à travers l'Europe et Kardec devient un chef de file du spiritisme grâce à ses publications et à une revue et une société spirite qu'il fonde en 1858. Kardec récuse le spiritualisme américain, trop versé dans le sensationnalisme et centré sur les manifestations extraordinaires des esprits. Avec Kardec, Le fluide est une nouvelle fois mis en scène sous les traits du *« périsprit »* (*péri-spiritus*, Kardec, 1861), médium entre l'âme et le corps :

> *« La nouvelle religion de Kardec repose sur trois idées : I) il existe deux mondes, spirituel et matériel, qui peuvent —« doivent », dans la patrie du dualisme — communiquer ; 2) ils communiquent grâce à un intermédiaire, le «périsprit »,*

enveloppe matérielle, donc accessible aux sens et à l'expérience, dans laquelle demeure l'esprit après la mort du corps, et à l'aide duquel l'esprit agit sur le corps avant la mort et continue d'agir sur la matière — tables et autres objets qu'il meut ou frappe. […] ; 3) selon la formule gravée sur la tombe de Kardec, « naitre, mourir, renaitre encore et progresser sans cesse, telle est la loi » : l'esprit se réincarne successivement dans le progrès ; de vie en vie, les esprits progressent en savoir et en morale. » (Parot, 1994, p.424)

En France, le spiritisme renouvelle un intérêt philosophique voire scientifique à propos des manifestations somnambuliques (Parot, 1994). L'éloquence magique est maintenant mise à profit de communications avec les esprits et les phénomènes d'ectoplasmie et autres manifestations fantomatiques dans les séances spirites viennent attester de ces communications (Cuchet, 2007). Ainsi, les somnambules ne s'expriment plus à propos de maladies ou de procédés thérapeutiques, elles livrent des clés pour décoder les mystères du monde et renouer le lien avec Dieu :

« Ce qui change dans le courant du XIXè siècle, c'est d'abord qu'apparemment le rationalisme a triomphé, y compris des démons romantiques, que la totalité cosmique de la création s'est brisée, fractionnée, ordonnée, que l'unité de l'esprit et de la matière a été déconstruite par le dualisme, qu'entre le corps et l'esprit une frontière infranchissable a été élevée, C'est aussi que des individus qu'aucune vocation religieuse n'a élus vont décider de franchir cette frontière, de prendre l'initiative d'un contact avec le monde des esprits […]. Ils vont s'instituer mediums, opérer leur commerce avec les esprits (quelquefois fort lucratif) avec, dans certains cas, la conviction d'apporter ce faisant la preuve de l'existence de Dieu. » (Parot, 1994, p.2)

Toutefois, la propagation prodigieuse du spiritisme en France connait un arrêt relativement brutal suite à plusieurs affaires d'escroqueries, comme le retentissant procès spirite de 1875 (*Procès des Spirites, Police correctionnelle de la Seine, 7e Chambre, le Ministère public contre MM. Buguet, Leymarie et Firman. Audiences des 16 et 17 juin 1875*). Le spiritisme connaît deux survivances différentes sur le nouveau et sur le vieux continent. Aux Etats-Unis, des sectes[21] de *« guérisons métaphysiques »* (Schmit, 2005) se forment à

[21] Le mot secte est ici employé sans connotation négative, comme groupement d'individus autour d'une même doctrine religieuse ou philosophique. Notons à cet égard qu'en anglais, le terme « cult » renvoie bien à cette

l'intermédiaire entre foi chrétienne, principes thérapeutiques mesmériens et spiritisme, comme la Nouvelle Pensée (New Thought) de Phinéas Quimby ou la science chrétienne (Christian science) de Mary Baker Eddy. Dans la Nouvelle pensée par exemple, le spiritualisme se retrouve dans l'idée d'un déterminisme premier de l'esprit sur la matière (Parot, 1994). La théorie de Quimby, aujourd'hui réinventée sous le nom de *"Loi de l'attraction"*, propose ainsi un point de vue psychosomatique radical :

> *« La théorie de l'esprit de Quimby, une variante de la théorie de Mesmer sur le fluide magnétique, était que l'esprit est une forme éthérée de la matière, qui existe à différents stades de développement. L'esprit est lié au corps, mais n'en dépend pas complètement, et les croyances erronées peuvent condenser la substance éthérée en tissus malades, comme les tumeurs. La guérison était une question de correction des croyances erronées.*
>
> *Quimby s'asseyait près de ses patients et prenait leurs mains dans les siennes. Il entrait alors dans un état de clairvoyance dans lequel il conservait la conscience de son propre corps et de son propre esprit, mais pouvait également entrer dans la conscience du patient. Il déterminait les croyances erronées à l'origine des symptômes du patient et les décrivait à haute voix. Il corrigeait l'erreur en transmettant au patient la sagesse sur son véritable état de santé. » (Hickey, 2019, p. 34)*

Ces théories, aux Etats-Unis, s'inscrivent dans l'utilitarisme et s'appliquent avant tout pour favoriser la santé et la prospérité de ceux qui se fient à ces sectes. Cent ans plus tard, dans la droite lignée de ces groupes, nous retrouverons l'institut Esalen. Nous discuterons de son importance dans l'essor du soin énergétique, mais pour l'heure, revenons en Europe dans la deuxième moitié du XIXè siècle où la situation est tout autre : le spiritisme tombe en désuétude, mais l'intérêt scientifique subsiste pour cet espace intermédiaire entre l'âme et le corps, ce *« monde englouti »* découvert par Puységur (Méheust, 1999). La question va intéresser les savants, et ce domaine va être ainsi investi sous l'angle de l'hypnotisme, dans le prolongement des interrogations sur les crises somnambuliques, mais aussi sous l'angle de la métapsychique.

---

connotation douteuse et occulte, mais qu'il existe un autre mot, celui de « sect », qui renvoie à une définition neutre du terme.

2.2.2. Plongée dans le « monde englouti »

Faisons rapidement un saut vers la fin du XIXème siècle. Comme le développement de l'hypnose et de la psychiatrie dynamique a été admirablement bien décrit et documenté dans la littérature (Ellenberger, 2001), nous préférons nous concentrer sur des aspects moins explorés de cette période. Pour situer notre propos, revenons rapidement sur l'évolution de l'approche académique du somnambulisme. Le chirurgien James Braid (1795 – 1860) se sert, autour de 1940, des procédés somnambuliques de l'abbé Faria pour endormir ses patients avant ses opérations, l'anesthésie à l'éther n'ayant été utilisée qu'à partir de 1847. Il comprend alors qu'il existe certains procédés par lesquels il peut induire un *« sommeil nerveux »* par suggestion. Il propose de nommer sa méthode *« neurohypnotisme »*, pour la distinguer du somnambulisme des magnétiseurs :

> *« La Neurypnologie est dérivée des mots grecs νεύρο, nerfs ; ύπνος, sommeil ; λόγος, un discours ; et signifie l'art, ou doctrine du sommeil nerveux que je définis être « une condition particulière du système nerveux dans laquelle celui-ci peut être placé de manière artificielle : » ou alors « une condition particulière du système nerveux induite par une attention fixe et abstraite de l'œil mental et visuel sur un objet n'étant pas d'une nature excitante » » (Braid, 1843, p. 12)*

Son œuvre connait un accueil mitigé, car la venue du spiritisme en Europe à partir de 1850 alimente une confusion générale entre l'hypnotisme, l'occultisme, la magie et le charlatanisme. De ce fait, une fois *« l'épidémie psychique »* (Ellenberger, 2001) des tables tournantes passées, l'hypnose est complètement discréditée. Trente ans plus tard, en 1880, l'hypnose revient dans les débats des sociétés savantes françaises avec l'opposition entre l'école de médecine Nancy, mené par Bernheim (1840-1919) et celle de la Salpêtrière, dont le chef de file est à ce moment Charcot (1825-1893).

La première psychiatrie dynamique de Charcot et Bernheim s'oppose alors aux reliquats du Mesmerisme ainsi qu'au spiritisme, poursuivant cette double ligne d'opposition entre science et para-science, médecine académique et remèdes populaires. Dans l'hypnotisme, les médecins universitaires modélisent et expérimentent leurs théories sur les patientes hystériques qui nécessitent leurs soins et se font objets de démonstration. Le spiritisme au contraire, se répand dans les classes moyennes urbaines, anime l'opinion publique et génère des médiums qui vont devenir très populaires (Cuchet, 2007). De plus, le magnétisme reste encore pratiqué en marge des sociétés savantes, car il répond aux demandes de soins de la population. Il existe

cependant des influences réciproques entre les cultures populaires et académiques, notamment par l'intermédiaire de personnages comme Liébault, un médecin magnétiseur de campagne reconnu par Bernheim comme fondateur de l'école de Nancy (Ellenberger, 2001).

Un autre exemple de ces influences réciproques est le développement de la recherche psychique. A la fin du XIXè siècle, le spiritisme intéresse les scientifiques, qui voient des moyens d'explorer les facultés de l'esprit humain à travers les procédés de communication avec les esprits comme l'écriture automatique ou les transes des médiums spirites. C'est par ce biais que va se développer, surtout au Royaume-Uni, la recherche *psychique,* terme qui désigne originairement ce que l'on qualifierait plutôt aujourd'hui de psychologie que de parapsychologie, et qui contient en germe une nouvelle démarcation entre l'étude de la pensée (*Mind*) et celle de l'esprit (*Spirit*) (Parot, 1994).

La recherche s'organise avec la création de la *Society for Psychical Research.* Son but est d'étudier les *« phénomènes psychiques », « sans préjugés ni prévention d'aucune espèce »* comme cela est exposé dans *Phantasms of the Living*, premier recueil de récits spirites publié en 1886 (Gurney et al., 1892). Ces nouveaux objets d'études sont constitués par *« toutes les classes de phénomènes qui peuvent nous offrir quelque raison de supposer que l'esprit d'un homme ait agi sur l'esprit d'un autre, sans que l'on ait prononcé une parole, ou écrit un mot, ou fait un signe. »* (ibid., p.1). Durant les congrès qui vont suivre la naissance de la SPR, les témoignages spiritualistes vont renouveler le débat sur l'hypnotisme et ce sont parfois les scientifiques qui ont travaillé sur l'hypnose, comme Pierre Janet ou Charles Richet, qui vont s'interroger sur les sujets spirites. Le spiritisme pose donc des *« questions connexes »* à la psychologie dans les premiers congrès de psychologie entre 1882 et 1905, mais cela suscite des tensions (Piéron, 1954). En 1900, la cohabitation ne tient plus, l'Institut Métapsychique International est fondé par Myers, James, Janet, Richet, Théodule Ribot, Flournoy et plusieurs autres membres afin de pouvoir poursuivre leurs travaux en marge des congrès de psychologie dans lesquels ils sont de moins en moins acceptés (Parot, 1994).

Cette séparation des espaces marque concrètement une ligne de démarcation plus profonde entre science et non-science : *« l'interprétation des phénomènes supposés paranormaux au moyen d'hypothèses prosaïques a permis de renforcer la réputation scientifique de la psychologie et sa professionnalisation. La parapsychologie, considérée comme indésirable et compromettante, se trouva mise à l'écart […] »* (Evrard, 2016, p. 37). Cette même ligne amène également Freud — de la même manière que Braid s'est séparé du magnétisme — à d'abord abandonner l'hypnose, et ensuite à s'inscrire contre l'étude de la

télépathie (Evrard & Rabeyron, 2012). La psychologie, comme la psychanalyse, pour survivre en tant que disciplines académiques, doivent se séparer de la recherche psychique, et rejeter d'elle non seulement les théories qu'elle ne pourrait soutenir, mais aussi les faits. La psychologie moderne, et plus particulièrement la psychothérapie, marquée à ce stade par la psychanalyse, s'institue donc sur une sorte de mécanisme de refoulement historique. De la découverte Mesmérienne originale, la théorie est dépouillé de ses éléments fluidiques au profit de deux autres aspects : tout d'abord l'état particulier du *« sommeil magnétique »*, du *« somnambulisme »* ou de *« l'hypnose »*, puis le *« rapport magnétique »* ou somnambulique, cette relation intense entre le magnétiseur et son malade. Nous allons souligner ce double refoulement dans les premiers temps du développement de la psychanalyse.

2.2.3. Flux, reflux, et sédimentation

Revenons pour cela sur le cas psychanalytique inaugural d'Anna O., traitée par Breuer entre 1880 et 1881 (Ellenberger, 2001). Les symptômes de cette malade sont variés, comme la perte de la parole ou d'une partie de la vue, et ils évoluent en fonction des évènements de sa vie. Breuer entame d'abord un traitement hypnotique. Il vient l'hypnotiser tous les soirs, et alors certains symptômes comme les hallucinations ou la somnolence s'apaisent la nuit. La maladie ne se manifeste plus qu'en journée, dans des accès cycliques. Ensuite, après plusieurs discussions avec Anna O., Breuer découvre que l'expression des causes du trouble entraîne sa disparition. Il se met donc à la traiter en lui faisant évoquer systématiquement les souvenirs associés à ses troubles. La patiente, dont un des symptômes marquants était de ne plus pouvoir parler sa langue natale l'allemand, dénommera ce procédé la *« Talking Cure »* (cure par la parole). L'explication du succès de cette méthode « cathartique » est rapportée ultérieurement par Freud à partir d'un modèle d'homéostasie psychique. Son but est de « […] *ramener dans les chemins normaux, afin qu'elle puisse s'y écouler (être abréagie), la charge affective engagée dans des voies fausses et qui y était pour ainsi dire demeurée coincée. »* (Freud, 1925, p. 17).

Pour passer de la conception Mesmérienne d'une congestion du fluide magnétique dans le corps, à la représentation Freudienne de l'abréaction et de la catharsis, une première transformation est opérée. Roussillon (1992) explique qu'en faisant obéir — par l'hypnose et la suggestion — les crises d'Anna O à une rythmicité, un processus psychique qui était auparavant impensé devient matérialisé en acte, dans le cadre. Si le fluide magnétique est une première représentation de ce même processus psychique, entre le fluide mesmerien et la catharsis, il y aurait pour ainsi dire un saut, de la matérialité projetée du fluide à la matérialité conjoncturelle du cadre. Ce saut résulte en une condensation des symptômes *« de la périphérie*

vers le centre » (Roussillon, 1992), les manifestations pathologiques se circonscrivent temporellement autour de crises qui accompagnent l'évocation de certains souvenirs, à l'instar des crises thérapeutiques de Mesmer. Selon Roussillon, Breuer contient ce processus critique dans le cadre thérapeutique, et celui-ci se greffe alors à un nouveau médium, le langage. Ajoutons, pour décrire plus précisément ce premier refoulement du fluide au profit de l'hypnose et du psychisme, que cette transition n'implique pas encore de changement du principe thérapeutique : les affects se bloquent sur des *« voies fausses »* du psychisme, comme le fluide se charge en excès dans le corps malade, et le langage se manie comme des passes magnétiques, pour restituer les voies d'écoulement de ces nœuds, il est apposé, comme les mains, sur l'endroit-source du mal.

Freud, encore étudiant lors du traitement d'Anna O, est fortement impressionné par le processus cathartique. Il remarque surtout que l'emploi de la méthode cathartique se solde par un déplacement de l'affectivité abréagie sur la relation thérapeutique. En effet, Breuer est devenu passionné par Anna O, au détriment de sa femme qui en est devenue jalouse. Par ailleurs, la cure d'Anna O fut un échec et lors d'une rechute, Breuer décida de l'hospitaliser et de mettre fin à leur relation thérapeutique, avant de partir en deuxième voyage de noces avec sa femme pour concevoir leur deuxième enfant (Ellenberger, 2001). Quelques années plus tard, en 1900, Freud traite Dora avec la méthode cathartique, et son intuition à propos de ce déplacement affectif se vérifie :

> *«[…] les plus beaux résultats eux-mêmes s'évanouissaient soudain, dès que la relation personnelle au patient était troublée. Ils reparaissaient, certes, lorsqu'on avait trouvé le chemin de la réconciliation, mais on avait appris que la relation affective personnelle était plus puissante que tout travail cathartique et justement ce facteur se soustrayait à notre maîtrise. Puis je fis un jour une expérience qui me montra sous un jour des plus crus ce que je soupçonnais depuis longtemps. Comme ce jour-là je venais de délivrer de ses maux l'une de mes plus dociles patientes, chez qui l'hypnose avait permis les tours de forces les plus réussis, en rapportant ses crises douloureuses à leurs causes passées, ma patiente en se réveillant me jeta les bras autour du cou. L'entrée inattendue d'une personne de service nous évita une pénible explication, mais nous renonçâmes de ce jour et d'un commun accord à la continuation du traitement hypnotique. J'avais l'esprit assez froid pour ne pas mettre cet événement au compte de mon irrésistibilité personnelle et je pensai maintenant avoir saisi la nature de l'élément mystique*

agissant derrière l'hypnose. Afin de l'écarter ou du moins de l'isoler, je devais abandonner l'hypnose. » (Freud, 1925, p. 20).

Cet événement pousse Freud à renoncer à l'hypnose et marque l'inflexion de son travail vers l'étude de *« l'amour de transfert »* (Freud, 1925) comme révélateur de ce processus par lequel les affects du patient viennent se lier par association au médecin, par l'effet de la *« compulsion associative »* du psychisme. C'est donc simplement par une sorte de contingence entre l'éveil de l'affect et la présence du médecin que le sentiment d'amour trouve son expression, aussi, à ce stade, la présence du transfert n'est pas un ingrédient fondamental de la relation thérapeutique, mais au mieux une coïncidence hasardeuse (Laplanche & Pontalis, 2004). Le transfert fait alors simplement partie de ces voies erronées d'écoulement des affects qu'il convient de rectifier. Mais Freud va ensuite s'intéresser à la névrose de transfert, comme *« névrose artificielle dans laquelle tendent à s'organiser les manifestations du transfert »* (Natanson, 2001), et l'instituer comme un principe essentiel de la psychanalyse, refoulant encore plus profondément la représentation fluidique :

« Dans tout traitement analytique s'établit, sans que le médecin fasse rien pour cela, une intense relation affective du patient à la personne de l'analyste, relation qu'on ne peut expliquer en rien par les rapports réels. Elle est de nature positive ou négative, elle peut être de toutes les nuances, depuis un état amoureux passionné, franchement sensuel, jusqu'à la plus extrême expression de révolte, d'animosité et de haine. Ce « transfert », comme nous sommes convenus d'appeler ce phénomène, prend bientôt chez le patient la place du désir de guérir et devient, tant qu'il reste modéré et tendre, l'agent de l'influence du médecin et à proprement parler le moteur du travail analytique commun. Plus tard, quand il est devenu passionné ou quand il a tourné à l'hostile, il devient l'instrument principal de la résistance. C'est alors aussi qu'il paralyse l'activité associative du patient et met en péril le succès du traitement. Mais ce serait insensé d'y vouloir échapper: une analyse sans transfert est une impossibilité. Il ne faut pas croire que l'analyse crée le transfert et que celui-ci ne se produise que dans l'analyse. L'analyse ne fait que découvrir et isoler le transfert. Le transfert est un phénomène humain général, il décide du succès dans tout traitement où agit l' « ascendant » médical ; bien plus, il domine toutes les relations d'une personne donnée avec son entourage humain. Il n'est pas difficile de reconnaître en lui le même facteur dynamique que les hypnotiseurs ont dénommé suggestibilité, qui

est l'agent du rapport hypnotique et du caprice duquel la méthode cathartique trouva à se plaindre. […] L'analyste rend au malade le transfert conscient, et le transfert se résout par ceci qu'on peut convaincre le malade que toute sa manière d'agir dans le transfert n'est que la reproduction de relations affectives émanant de ses plus précoces investissements de l'objet, de la période refoulée de son enfance. Ainsi, par ce rappel, le transfert devient, de l'arme la plus forte de la résistance qu'il était, le meilleur instrument de la cure analytique. Toutefois son maniement reste la partie la plus difficile comme la plus importante de la technique analytique. » (Freud, 1925, p. 31).

Avec cette évolution, le fluide se découpe en deux parties. D'un côté, le langage et l'interprétation viennent se substituer aux passes, selon la règle fondamentale de l'interdit du toucher. D'un autre côté, le transfert remplace le fluide magnétique en tant qu'agent de la cure. Si, comme ce dernier, il est *« un phénomène humain général »*, l'objectif de la thérapie diffère. Le magnétiseur cherche à reformer l'harmonie homme-cosmos par le fluide, tandis que pour l'analyste, le transfert doit être *« isolé dans l'analyse »* puis *« liquidé »* : *« Les symptômes qui, pour emprunter une comparaison à la chimie, sont les précipités d'anciennes expériences d'amour (au sens le plus large du mot), ne peuvent se dissoudre et se transformer en d'autres produits psychiques qu'à la température plus élevée de l'événement du transfert. Dans cette réaction, le médecin joue, selon l'excellente expression de Ferenczi, le rôle d'un "ferment catalytique" qui attire temporairement à lui les affects qui viennent d'être libérés" » (Freud, 1909, p. 61).* Au cours de la cure, le transfert-fluide se dissout dans la relation avec l'analyste, ce qui introduit en même temps une modification technique de taille. Dès lors, l'épuration et la stérilisation totale du cadre, à la manière du laboratoire du chimiste, constitue le prérequis pour pouvoir observer et catalyser le transfert :

« De ce fait, le transfert permet donc à Freud de substituer à la maladie ordinaire, qui implique certes l'analyste, mais au même titre que tout autre personnage de la vie réelle du patient, une maladie de laboratoire, ne se référant plus qu'au cadre pur de la scène analytique. […] La scène analytique est ainsi devenue le laboratoire très singulier où doit se produire la substitution de la névrose ordinaire, incontrôlable, par la névrose de transfert, analysable. » (Stengers, 2006b).

Voici le second refoulement, qui consiste à se focaliser sur le rapport entre le patient et le thérapeute plutôt que sur le maniement du fluide, ou encore sur les fantasmes nourris par le

patient à l'égard du thérapeute comme production imaginaire *« in vitro »*, par rapport aux rapports imaginaires débridés qui se produisent dans le somnambulisme ou dans l'hypnose. En même temps, les restrictions qui portent sur l'état particulier du malade, qui doit être mis en sommeil magnétique ou somnambulique, peuvent s'alléger pour l'association libre. Cela introduit également une nouvelle séparation et nous en verrons les conséquences un peu plus tardivement, entre l'affect vécu, ou abréagi dans la séance, c'est-à-dire l'éprouvé de l'affect comme solution thérapeutique, et l'activité de représentation de ces affects.

Nous voyons apparaitre clairement, à ce stade, que l'évolution de la psychothérapie est traversée par deux dynamiques. D'un côté, un mouvement de décrire-construire qui se produit depuis l'origine du magnétisme animal *: « […] Pendant un siècle et demi, les phénomènes produits-observés se sont jusqu'à un certain point pliés aux théories qui prétendaient les décrire, aussi bien dans les différents courants du magnétisme que dans les écoles de l'hypnologie positiviste, mais avec cette nuance qu'ils finissaient toujours par se déphaser, par se modifier, et par surprendre les théoriciens. Il s'agit là d'un fait massif et récurrent, qui affecte tous les courants de pensée situés en aval de Puységur, et auquel n'échappe pas la psychanalyse naissante. » (Méheust, 1999a, pp 94-95).*

D'un autre côté, René Roussillon, dans son analyse de l'émergence de la psychanalyse à partir du magnétisme animal, propose de considérer ce mouvement comme une succession d'épurations des pratiques thérapeutiques selon trois processus articulés. La déconstruction est le mouvement par lequel des processus thérapeutiques fixés dans un ensemble théorico-pratique se délient. Un processus d'auto-représentation organise la construction d'un nouveau cadre théorico-pratique à partir des éléments précedemment déliés : *« Au fur et à mesure que se déconstruit le cadre théorico-pratique, au fur et à mesure que certains fonctionnement psychiques immobilisés dans le cadre commencent à se reprocessualiser, ils s'autoreprésentent et ainsi se définissent comme principes fondateurs. » (Roussillon, 1992, p.30). Seulement, cette succession de déconstructions-reconstructions produit toujours une « Aufhebung »*[22]*, c'est-à-*

[22] Ce terme allemand, employé par Hegel et Marx, est difficilement traduisible en français du fait de sa polysémie qui implique à la fois la disjonction et la conjonction de différents éléments. Freud emploie également ce terme sous le sens d'une annulation (Green, 2017). Chez Roussillon (voir 2005, p. 98), ce terme prend une valeur plus complexe. Il s'agit d'un processus psychique qui contient deux éléments liés, les transforme en une forme d'un niveau d'organisation supérieur, et en même temps produit un reste indépassable, une trace de la première organisation des deux éléments.

dire la production d'un reste, de « vestiges et traces » susceptibles de donner lieu à de nouvelles constructions.

Ainsi, il subsiste de même de ces opérations de refoulement un élément impensé, un reste (Roussillon, 1992), qui vient travailler par le négatif et ressurgir dans les redécouvertes cycliques des procédés du magnétisme animal. Ce sont ces *« phénomènes psychiques »*, expériences singulières des magnétisés, des somnambules, des médiums spirites, qui ne manquent pas de réapparaitre sous des formes nouvelles. Deux positions existent alors. La première est la position tenue jusqu'ici par les académies Européennes, qui consiste à tenter de *« désocculter l'occulte »* (Richet, 1905, cité par Evrard, 2016), de placer en laboratoire ces faits — à l'instar de Freud et du transfert — afin de vérifier leur réalité et leurs lois. Cette position marque ainsi progressivement le passage de la para-science vers la science ou la non-science. La seconde est la position populaire, dont le mouvement spirite des Etats-Unis est un bon exemple et qui invite à considérer ces faits comme apparitions d'un ordre de réalité différent et à les utiliser de manière tout à fait pragmatique dans la thérapie, la religion, le commerce, et tous les usages sociaux dans lesquels il peuvent l'être. Cette position traduit alors une forme de clivage entre d'un côté l'usage populaire, l'appropriation par une catégorie sociale de certains faits, et leur rejet par les institutions savantes de l'autre. Cependant, ces clivages ne tiennent pas longtemps, car ces éléments refoulés hors de la science se décantent plus lentement dans la culture et finissent par faire retour dans le champ des thérapies. Le magnétisme animal, par exemple, continue à être pratiqué au XXème siècle en marge du développement de la psychiatrie dynamique centré sur la suggestion et l'hypnotisme (Alvarado, 2009). Ce refoulement entraine ainsi une redécouverte cyclique des principes du magnétisme, comme le décrit bien Emile Boirac en 1908 :

> *« Le magnétisme animal est une Amérique qu'on perd et qu'on retrouve alternativement tous les vingt ou trente ans et il en sera ainsi tant que la science ne se sera pas décidée à s'y installer et à l'exploiter définitivement. Aussi son histoire est celle d'un recommencement perpétuel. Tout nouveau chercheur qui aborde sur cette terre inconnue y refait les découvertes de ses devanciers et s'imagine de bonne foi être le premier à les faire. Réussit-il à exciter la curiosité publique, on s'en émeut, on s'y intéresse quelques jours, quelques mois peut-être, puis l'oubli se fait, et on n'en parle plus, sauf dans un petit cercle d'illuminés vulgairement traités de fous ou de charlatans, où le magnétisme est l'objet d'une foi aussi constante que superstitieuse. » (Boirac, 1908, p. 236)*

Ainsi, avec l'exemple de la métapsychique, nous observons qu'une dynamique supplémentaire vient s'ajouter aux logiques du décrire-construire et d'Aufhebung. Cette dynamique s'appuie sur un clivage apparent entre groupes sociaux, et laisse entendre qu'il existe une progression des principes théorico-pratiques dans des voies disjointes et parallèles, au sein d'aires culturelles mythiquement opposées : science et para-science, peuple et institutions académiques. Précisons cela avec un nouvel exemple, dans lequel nous allons voir que lorsque le rôle thérapeutique actif de l'imagination, sous les traits de la suggestion, est évacué hors du registre de la science, celui-ci fait retour dans des pratiques plus populaires.

2.2.4. Hypnotisme, hypnose, coaching

A partir de 1880, environ dix ans après la fin de la grande vague spirite, Bernheim et Charcot relancent les débats sur l'hypnose. Ce sujet va animer les débats des premiers congrès de psychologie, mais en l'espace d'une dizaine d'années, tombe à nouveau en désuétude. Comme la méthode hypnotique ne permet pas à ses pratiquants de produire des *« témoins fiables »*, c'est-à-dire des *« réactifs susceptibles d'entrer de manière contrôlée dans des réactions dès lors intelligibles »* (Stengers, 2006b, p. 51), l'imagination fait l'objet de toutes les méfiances. En outre, l'hypnose accumule les tares : employée pour révéler la vérité dans des procès, elle suscite des controverses houleuses sur les phénomènes métapsychiques (Turbiaux, 2007) ; mais surtout, de nombreux faits établis à son sujet sont réfutés par Bernheim et attribués aux effets de la suggestion, comme l'amnésie post-hypnotique (Borch-Jacobsen, 2013). Enfin, le dernier clou sur le cercueil de la technique est son association au spiritisme qui la place dès lors en dehors de la science et de la rationalité. Au début du XXè siècle, on reconnaît seulement à l'hypnose quelques vertus dans le traitement des traumatismes de guerre[23], mais les méthodes de psychothérapie par la parole et plus particulièrement la psychanalyse lui sont préférées partout (Ellenberger, 2001).

Cependant, la suggestion fait son retour dans la médecine populaire, par l'intermédiaire de personnages comme Emile Coué. En 1885, ce pharmacien de Troyes se rend à Nancy pour y rencontrer Liebault et apprendre l'hypnose (Cuvelier, 1987). Cette rencontre fondatrice initie pour Coué un long travail d'élaboration d'une méthode empirique, certainement influencée par l'école de Nancy et le rôle de la suggestion (Guillemain, 2013b). Il s'inscrit dans le mouvement fécond d'exploration de l'inconscient qui mobilise hypnotiseurs, spirites, psychistes et

[23] Le récit du procès de Wagner-Jaurreg précise que *« [La psychanalyse est utilisable] même pour des traitements de masse, mais abrégée par l'hypnose. »* (Ellenberger, 2001, p.861)

psychologues entre 1880 et 1910, puisque sa méthode porte sur l'éducation de l'inconscient. Entre sa rencontre avec Liebault et le développement de sa propre méthode, Coué abandonne progressivement les suggestions très directives de l'hypnotisme pour les remplacer par des principes d'autosuggestion qu'il systématise après 1910.

La Méthode de Coué repose sur un travail actif et conscient sur la pensée, supposée produire des effets sur le corps : *« On peut dire qu'il s'efforce de manier la matière psychique comme une vraie pâte à modeler ; et il voit surtout dans la pensée une force capable de pétrir et de transformer le corps humain. Sa ligne est rigoureusement simple: sa psychologie est une idéoplastie ; c'est ce qui en fait la puissante originalité. » (Baudouin & Abauzit, 1928, p. 12).* Elle repose sur un nombre réduit de principes, comme la répétition mentale, c'est-à-dire se formuler des dizaines de fois la même auto-suggestion, *« l'effort converti »*, selon lequel l'imagination l'emporte toujours sur la volonté — le cycliste qui imagine buter sur le caillou finit par le faire malgré tous ses efforts pour l'éviter — et son corollaire, la *« loi de la finalité inconsciente »* qui prescrit que la formulation d'un but organise les actes. Cela le conduit à développer sa célèbre formule d'auto-suggestion, employée alors comme un procédé de renforcement positif au long cours : *« Tous les jours, à tous points de vue, je vais de mieux en mieux »* (Westphal & Laxenaire, 2012). Cette formule doit être énoncée de manière ritualisée, comme l'évoquent une pratiquante dans sa correspondance à une disciple de Coué en 1922 : *« Je fais l'autosuggestion du matin et du soir très régulièrement et avec confiance. J'attends le soir d'être un peu somnolente et je dis 20 fois en m'aidant de grains d'un chapelet la phrase rituelle : "à tous les points de vue, etc." Je le dis d'un ton monotone, comme je dirais : "seigneur, ayez pitié de nous". […] J'empêche ma pensée de penser et la concentre sur les mots : "à tous les points de vue". […] Pour le reste je dis souvent : "ça passe" très vite dans un bourdonnement en passant ma main sur ma poitrine et dans le dos »* (Guillemain, 2013a). On retrouve également dans sa pratique des conditions similaires aux pratiques de Mesmer, puisque Coué emploie des passes magnétiques et pratique en groupe, de manière à catalyser l'effet des suggestions via par des effets de résonnance entre les membres du groupe (Notter, 1999).

Coué et sa méthode bénéficient d'un engouement populaire important, à en juger par les nombreux titres de presse qui évoquent *« les miracles de Nancy »* (Guillemain, 2013a; Lefebvre, 2012). Cependant, sa méthode ne rencontre pas le même succès chez les savants français, qui le trouvent simpliste et naïf. Ses procédés entrent ainsi en totale contradiction avec le

raffinement complexe que connaît la psychanalyse à la même époque[24]. Par ailleurs, la culture thérapeutique académique préfère les configurations intimistes, dans lesquels l'affectif cède le pas à l'analyse rationnelle, plutôt que les dispositifs de groupe et leurs leaders charismatiques qui rappellent les baquets magnétiques et le spiritisme de mauvais goût. Enfin, la méthode effraie car elle est supposée favoriser l'endoctrinement[25] (Westphal & Laxenaire, 2012). En effet, comme le souligne Baudoin, fondateur avec Coué de la Nouvelle école de Nancy, la distance est mince entre pouvoir thérapeutique d'auto persuasion et mysticisme :

> *« […] la formule de Coué, véritable « Mana » renouvelée, prenait précisément pour l'inconscient une valeur magique du fait même, soit du prestige du maître qui l'a édictée, soit de la régression que sous-entend ou opère sa doctrine. Celle-ci, on le voit, acquiert une portée imprévue qui dépasse celle d'une simple doctrine médicale. Elle s'assure ainsi une efficience quasi surnaturelle qui lui confère un pouvoir dynamique considérable sur l'âme et le corps. » (Baudouin & Abauzit, 1928, p.127)*

Cette distance va justement être franchie après la mort d'Emile Coué en 1926, lorsqu'un de ses disciples, Philippe Rémy, transforme la méthode en une doctrine théosophique et entraîne la scission du mouvement puis sa dissolution en 1940 (Cuvelier, 1987). La méthode s'essouffle également en France car finalement, le succès de la méthode dépendait de Coué lui-même : *« Pour qui l'a vu se dépenser sans compter au service des autres, il est impossible de ne pas s'incliner avec respect devant un tel don de soi. Il était lui-même le plus bel exemple et la preuve la meilleure de la valeur de sa doctrine. »* (Baudouin & Abauzit, 1928, p. 19) En effet, les personnes qui appliquaient la Méthode ne pouvaient jamais atteindre seules l'idéal auto-suggestif, elles avaient toujours besoin de la relation avec le praticien pour entretenir le processus (Guillemain, 2013a). Comme pour Mesmer et Madame Paradis, impossible donc d'obtenir suggestion sans relation.

Le chemin de Coué, pourtant prometteur, avait donc conduit à une nouvelle impasse, comme le rapporte Baudoin :

---

[24] Les psychanalystes ont ardemment critiqué la méthode et la considéraient comme un reliquat de la pensée magique : *« Des survivances magiques plus pures subsistent jusque parmi nous. Il suffit de rappeler ici Coué et ses formules conjuratoires »* (Bonaparte, 1934, p. 17).

[25] Ces inquiétudes étaient fondées puisque la méthode a été intégrée dans diverses sectes au cours du XXème siècle (Notter, 1999).

« A la suite de la théorie de Bernheim, qui voyait dans la suggestion « la clef des problèmes de l'hypnose », […] bientôt suivis par le généreux enseignement de Coué, un nouveau mouvement se dessine. On parle dès lors d'autosuggestion. De nouveau on produit des « miracles » analogues à ceux que provoquaient jadis magnétisme et suggestion hypnotique, mais on les explique cette fois par le jeu d'une force beaucoup plus simple et plus naturelle, l'action de l'imagination sur le système nerveux et les fonctions. […] C'est dire que l'autosuggestion ne me paraissait pas tout expliquer : mais à coup sûr elle expliquait la plupart des phénomènes les plus sensationnels et des «guérisons miraculeuses», attribués jadis au magnétisme et à l'hypnotisme. [...] L'autosuggestion me semblait une chose trop naturelle et trop claire pour pouvoir être déformée d'abord, discréditée ensuite comme l'avaient été le magnétisme et l'hypnotisme. » Malgré les espoirs de Baudoin, « L'après-guerre » fournit le terrain propice à ce mysticisme populaire de l'autosuggestion que le psychologue H. Piéron a pu caractériser comme un « renouveau de la thaumaturgie ». Le mouvement qui arbora si injustement le nom de « couéisme » naquit exactement en 1920-21 dans les pays anglo-saxons où d'ailleurs il eut tôt fait de succomber sous le ridicule, du moins dans les classes cultivées. » (Baudouin & Abauzit, 1928, p. 44-47)

En effet, le destin de la Méthode est bien différent outre-atlantique, et cela va justement nous permettre d'illustrer l'articulation entre psychothérapie et culture populaire. Quand Coué se rend aux Etats-Unis en 1923, trois ans avant sa mort, il rencontre un accueil très favorable (Guillemain, 2013b). Les principes positivistes de sa Méthode se rapprochent largement de ceux de la Christian Science ou du mouvement du Mind Cure, qui reposent aussi sur des formes d'éducations de la pensée, dans la droite lignée la doctrine de Phinéas Quimby. Comme le magnétisme en 1850, la Méthode se diffuse alors par tous les canaux disponibles, conférence, livres, journaux, émissions de radio et films. La notion d'autodétermination de la Méthode pénètre largement la culture anglo-saxonne, d'autant plus que l'idéologie du développement personnel est déjà durablement ancrée dans les fondations de l'État américain[26]. Cette doctrine prône des idées proches du protestantisme. L'enfant est considéré comme une page vierge, il faut l'éduquer selon des principes de sobriété, de persévérance, lui inculquer les vertus et

[26] Des ouvrages comme *La science du Bonhomme Richard et conseils pour faire fortune* par Benjamin Franklin (1706-1790), ou encore son *Autobiographie* publiée en français en 1797, marquent durablement les valeurs américaines du mythe d'autodétermination.

développer son raisonnement dans le but qu'il puisse plus tard parvenir à l'illumination qui attend tout homme vivant selon ces principes. L'objectif d'amélioration continue de soi par la volonté personnelle constitue le point central de cette pensée qui se renouvelle à chaque siècle, avec par exemple Samuel Smiles et son ouvrage *Self-Help* en 1859 (Travers, 1977).

En Europe, l'après-guerre et la grande dépression s'accompagnent d'une profonde désillusion à l'égard de la société et du progrès, de sorte qu'il commence à émerger un véritable besoin de créer de nouveaux paradigmes, fonder de nouvelles bases pour la société. Dans ce contexte, Emile Coué, qui était déjà membre de groupes théosophiques et participait à des séminaires mesméristes en avant 1914, renouvelle les alliances entre magnétisme, théosophie et occultisme (Guillemain, 2013b). Ainsi, après 1920, la méthode s'inscrit dans les *« médecines hérétiques »* (Rémy, 1945) qui prospèrent dans sillon fertile du *« creux de la médecine »* (Guillemain, 2013a). Des échanges d'idées, des rencontres vont ainsi avoir lieux entre Coué et les chefs de files de différentes méthodes, comme l'homéopathie, crée une centaine d'années plus tôt, et représentée par Léon Vannier ; la médecine naturiste[27] de Paul Carton ; l'osthéopathie du médecin italien Lavezzari ou encore l'acupuncture (Faure, 2020). Ces thérapies se répandent par l'intermédiaire de groupes de pratiquants prosélytes, particulièrement animés par des femmes, comme le montre l'étude de leur correspondance écrite[28] (Guillemain, 2013a). Les méthodes évoquées se rassemblent alors autour d'un point. Au-delà de leurs seuls buts thérapeutiques, elles visent à instaurer un rapport spirituel au monde. Demarquette l'expose de manière particulièrement évocatrice lorsqu'il donne, en 1936, une nouvelle direction au Trait-d'union, une association Naturiste :

---

[27] En voici le programme : *« Le retour à la tradition naturiste assainira la médecine et grandira l'autorité médicale. — Il est à prévoir que, mieux avertie des vraies conditions de santé et des véritables causes des maladies, sachant qu'avant tout la préservation et l'accroissement des résistances organiques doivent être recherchés, la médecine se délivrera peu à peu des fausses conceptions étiologiques et des fâcheuses pratiques thérapeutiques qui l'entachent à l'heure actuelle. La culture du terrain à l'aide des agents physiques naturels (nourriture pure et simple, grand air, soleil, hydrothérapie, exercice physique) laissera de moins en moins de place aux médications chimiques et aux malsaines pratiques vaccinales et sérothérapiques- La médecine s'occupera davantage de la préservation et du renforcement des immunités naturelles. Elle rendra ainsi de plus en plus rare la recherche des immunités artificielles et se transformera en un art préventif qui, au lieu de traiter exclusivement des malades, jouera surtout le rôle de gardien bienfaisant de la santé des hommes. »* (Carton, 1924, p. 12).
Ces discours se retrouvent encore dans l'actualité de la pandémie de coronavirus, et ce que certains appellent *« l'infodémie »* de fake news (Monnier, 2020). Les slogans des nouveaux thérapeutes naturistes, tels que *le « Régénère »* de Thierry Casasnovas ressemblent ainsi à s'y méprendre à ceux de cette période de grande dépression : en 1929, Jacques Demarquette, une autre figure du naturisme, tenait une revue intitulée *« Régénération »* et prônait déjà le retour à la nature par l'alimentation (Baubérot, 2015).

[28] A cette période, les consultations médicales écrites étaient assez fréquentes dans la société urbaine et lettrée.

> *« Arrivant à une nouvelle étape de son développement, [le Trait-d'union] va créer des foyers de vie spirituelle sans étiquettes et sans dogmes, dans lesquels tous les hommes de bonne foi et les âmes ouvertes aux pures lumières de l'esprit pourront venir communier et surtout s'offrir pour servir de canaux à la diffusion des Forces Spirituelles sur les plans matériels où elles vont féconder et sublimer tous les efforts humains vers le mieux, efforts que leur manque de levain spirituel condamne à piétiner dans les fondrières du monde obscur et cristallisé de la matière. » (Demarquette, 1936, dans Baubérot, 2015, p.241)*

Le New-Âge, sur lequel nous reviendrons plus en détail ensuite, s'inscrira une trentaine d'années plus tard dans cette mouvance, et va brouiller encore davantage les frontières entre religion, spiritualité et méthodes thérapeutiques. Avant d'entrer plus en détail sur l'émergence du soin énergétique dans ce contexte, revenons sur quelques aspects évoqués. Si nous prenons la méthode Coué comme exemple d'émergence d'une méthode de thérapie que l'on qualifierait aujourd'hui *« d'alternative »*, voici que nous observons. Tout d'abord, elle s'inscrit dans la redécouverte, dans les marges médicales, des principes du magnétisme animal, puis dans le refoulement logique de son aspect fluidique, au profit du principe de suggestion si souligné dans la littérature savante de cette époque. Cependant, l'idée fluidique semble persister comme survivance culturelle, elle sous-tend finalement un certain rapport au monde médiatisé par un *« agent général »*, comme l'énonçait Mesmer. Cet agent général, ici l'autosuggestion plutôt que le fluide magnétique, agit ici comme le *« mana »* — principe magique qui traduit les influences entre du groupe sur les sujets qui le compose (Mauss & Hubert, 1904) — et mène ensuite ces groupes à former une culture articulée autour de ce principe. Cette culture vient cristalliser certaines préoccupations sociales, comme l'entre-deux guerre et le projet de *« régénération »* de la société, autour d'un principe efficace, un *« mana »*. En ce sens, la Méthode est certes aux marges des pratiques médicales conventionnelles et académiques, mais au cœur des interrogations populaires, comme l'explique Faure : *« Ainsi les marges médicales ne furent-elles pas de simples sectes un peu folkloriques repliées dans un univers clos immuable et hors des questions du temps mais bien des mouvements jugés parfois capables de fournir des réponses intéressantes aux interrogations des médecins les plus scientifiques et aux inquiétudes des franges cultivées de la population. »* (2020, p. 129).

Cette parenthèse sur la méthode Coué nous permet de constater que les processus de décrire-construire et d'*Aufhebung* (Roussillon, 1992) s'étayent sur des échanges entre groupes sociaux. Mais ajoutons maintenant qu'elle nous permet aussi de voir que la progression

parallèle de l'évolution des dispositifs thérapeutiques obéit à deux dynamiques contraires. Dans l'aire académique ou scientifique, cette progression suit à un mouvement qui va *« de la périphérie vers le centre »*, pour reprendre l'expression de Roussillon. Cela signifie que comme les phénomènes psychiques groupaux sont rapportés à leur essence singulière, le baquet mesmérien serait selon ce mouvement ramené à sa dimension la plus essentielle dans la psychanalyse. A l'inverse, dans l'aire populaire, il se produit un mouvement inverse, *du centre vers la périphérie*, qui amène des phénomènes psychiques singuliers à s'étendre au groupe, comme le spiritisme, ou encore l'autosuggestion. *Nous entendons maintenant souligner comment ces trois processus de décrire-construire, d'Aufhebung et de progression parallèle s'articulent singulièrement dans la seconde moitié du XXème siècle pour donner naissance au soin énergétique à partir des vestiges du magnétisme animal.*

2.3. Destins fluidiques en psychothérapie

De la source originelle du magnétisme animal jaillissent différents courants théorico-pratiques qui donnent lieu à des terrains d'expérimentation fertiles, comme le somnambulisme et l'hypnotisme. Cependant, ces courants provoquent parfois des vagues idéologiques qui engloutissent ces terrains. Des *« continents engloutis » (Méheust, 1999a)* sont redécouverts de manière cyclique, au gré des courants, qui laissent entrevoir des richesses autrefois submergées mais font aussi tomber dans l'oubli des fondations bien établies. Cette histoire de flux et reflux cycliques, elle-même ancrée dans la théorie de Mesmer et de son fluide, illustre bien la succession de différentes *« vagues*[29] *»* de magnétisme : première vague Mesmerienne, seconde vague somnambulique, troisième vague hypnotique, quatrième vague psychanalytique… Nous entendons dans cette partie décrire l'arrivée d'une nouvelle vague sous les traits du soin énergétique. Pour cela, notre propos consiste à retracer comment la notion d'énergie vitale, qui semblait devenir marginale à la fin du XIX[ème] siècle[30], est redevenue le support de pratiques thérapeutiques dès 1960.

A la fin du XIXème siècle, face aux progrès de la physique et de la biologie, les conceptions théoriques vitalistes se portent sur les parties invisibles des êtres vivants. La cellule, unité du vivant dont le fonctionnement reste irréductible à ses purs composants matériels,

[29] Certains auteurs parlent également de ces vagues comme celles d'une épidémie : *« l'épidémie psychique »* du spiritisme chez Ellenberger, la vague épidémique du couéisme chez Baudoin.
[30] Plus tard, le mathématicien John von Neumann attaque le dernier bastion cellulaire du vitalisme avec sa machine auto-répliquante et démontre que la génération spontanée des cellules obéit à des principes mathématiques (Von Neumann & Burks, 1967).

devient le dernier bastion du principe vital. Selon Claude Bernard, les replis successifs des théories vitalistes de la globalité des corps des êtres vivants vers leurs dimensions les moins objectivables traduisent la vacuité de cette doctrine philosophique[31]. Le médecin annonce la fin du vitalisme en 1875 :

> *« Les conceptions vitalistes ne peuvent plus aujourd'hui planer sur l'ensemble de la physiologie. La force évolutive de l'œuf et des cellules est donc le dernier rempart du vitalisme; mais en s'y réfugiant, il est aisé de voir que le vitalisme se transforme en une conception métaphysique et brise le dernier lien qui le rattache au monde physique, à la science physiologique […] En un mot, la force métaphysique évolutive par laquelle nous pouvons caractériser la vie est inutile à la science, parce qu'étant en dehors des forces physiques elle ne peut exercer aucune influence sur elles » (p. 349).*

Dans ce même mouvement, le concept d'énergie vitale se rabat sur le domaine du fonctionnement psychique. Par exemple, le développement de la cure cathartique traduit le déplacement des processus thérapeutiques du cadre vers l'intérieur du sujet (Roussillon, 1992). Le concept d'énergie se transforme alors également : de l'énergie-fluide de Mesmer basée sur le magnétisme minéral va donc émerger une énergie psychique fondée sur la réponse électrique nerveuse.

2.3.1. L'esquisse énergétique

A partir de 1895, entre ses premiers traitements sur les hystériques et l'élaboration des fondements de la psychanalyse, Freud théorise le fonctionnement psychique à partir des travaux de plusieurs physiologistes allemands : Gustav Fechner (1801-1887), Ernst Wilhelm von Brücke et Hermann von Helmholtz (1821-1894) (Ellenberger, 2001; Marks, 2013). Helmholtz travaille sur le principe de conservation de l'énergie, et développe avec Brücke l'idée d'une psychodynamique semblable à la thermodynamique (Ellenberger, 2001). Fechner étudie les réactions psychologiques face aux stimuli physiques. Son modèle associe la topographie nerveuse à la configuration physiologique du cerveau et à l'état psychique. Il permet d'établir que l'intensité externe d'un stimulus est mathématiquement proportionnelle à sa perception, ce que Fechner appelle *« la loi psychophysique »* (Ellenberger, 2001). Le physiologiste identifie

[31] Ce mouvement de la périphérie vers le centre traduit bien la démarche scientifique telle que nous l'avons précédemment illustrée. Nous verrons avec Reich comment le renouveau du vitalisme opère par une pensée totalement inverse, du centre vers la périphérie, du Bion, particule infime, vers l'individu, l'environnement, la société et la cosmologie.

également le principe de plaisir et *« le principe de la tendance à la stabilité »*, que Freud reprendra dans *Au-delà du principe de plaisir* en 1920 :

> *« [Fechner] a formulé sa conception de la manière suivante : « Étant donné que les impulsions conscientes sont toujours accompagnées de plaisir ou de déplaisir, nous pouvons fort bien admettre qu'il existe également des rapports psycho-physiques entre le plaisir et le déplaisir, d'une part, et des états de stabilité et d'instabilité, d'autre part, et nous prévaloir de ces rapports en faveur de l'hypothèse que nous développerons ailleurs, à savoir que tout mouvement psychophysique dépassant le seuil de la conscience est accompagné de plaisir pour autant qu'il se rapproche de la stabilité complète, au-delà d'une certaine limite, et est accompagné de déplaisir pour autant qu'il se rapproche de l'instabilité complète, toujours au-delà d'une certaine limite, une certaine zone d'indifférence esthésique existant entre les deux limites, qui peuvent être considérées comme les seuls qualificatifs du plaisir et du déplaisir... ». (Freud, 1920, p.8)*

Freud formule le premier modèle de l'appareil psychique à partir des travaux sur la neurologie et la physiologie de ces prédécesseurs. Il construit sa théorie de l'appareil psychique autour de 1895, à la même période où il synthétise ses observations sur les hystériques. Sa théorie sera découverte en 1948 dans le contenu de ses lettres à Fliess et publiée sous le nom *d'Esquisse pour une psychologie scientifique*. Freud conçoit un système psychophysique dans lequel les perceptions afférentes des organes sensoriels entrent dans un réseau de neurones et poursuivent leur trajet vers l'appareil moteur. Les excitations ainsi perçues par les organes sensoriels entraînent, à l'intérieur du système, le déplacement d'une quantité d'énergie *« Q »* proportionnelle à l'intensité de l'excitation, ce qui rappelle la loi psychophysique de Fechner. Selon le principe d'inertie, dérivé de la thermodynamique, l'appareil psychique tend à réduire la quantité d'excitation interne à une valeur proche de zéro, le plus souvent au moyen de décharges par l'appareil moteur. Selon le principe de constance, proche du *principe de la tendance à la stabilité* de Fechner, le psychisme tente de conserver une quantité énergétique interne constante. Freud associe dans un premier temps le déplaisir à l'augmentation du niveau de quantités d'énergie et le plaisir à leur décharge. Le premier prototype d'appareil psychique est donc une sorte de machine neuronale qui s'anime grâce à la circulation interne de quantités d'énergies issues des rapports avec l'environnement. La perlaboration et le traitement cathartique des névroses fonctionnent en aidant l'appareil psychique à évacuer ces excitations,

ou à réparer les canaux qui le permettent. En ce sens, il est fidèle à la tradition Mesmeriste : *« Dans la thérapeutique hypnotique, construire un cadre, c'est organiser un dispositif qui canalise le fluide et le traite par évacuation grâce à cette canalisation préalable. »* (Roussillon, 1992, p151).

Par ailleurs, dans le modèle freudien, les neurones possèdent des barrières de contact qui préservent leurs formes et leurs fonctions au cours des échanges avec leur milieu. La différence structurelle de perméabilité de la barrière de contact induit une distinction fonctionnelle entre les neurones destinés à la mémoire, ceux réservés à la perception et ceux de la conscience. Dès lors, lorsque la décharge est périodiquement envoyée vers les neurones de la perception (ce que Freud nomme système *« ω »*), l'expérience de la circulation des quantités devient perception du plaisir ou du déplaisir, expérience de la qualité psychique. De plus, la circulation des quantités d'énergie facilite les *« frayages »* dans les circuits neuronaux, c'est-à-dire la constitution de voies de transmissions d'excitations d'un neurone à un autre. Ces frayages tracent ainsi des canaux permettant à l'énergie psychique, sous forme de quantités d'excitation, d'investir les différentes régions du psychisme. Freud propose que cette énergie puisse s'accumuler localement dans l'appareil neuronal. Il établit ensuite que le corps génère lui-même des excitations liées à la faim, à la sexualité, et à la respiration. Celles-ci permettent au psychisme de dépasser son inertie par l'accumulation de quantités internes. Le psychisme doit alors mobiliser l'appareil moteur pour décharger les excitations. Ce modèle constitue la première représentation du concept de pulsion qui *« travaille »* ainsi le psychisme de l'intérieur. De surcroit, Freud propose qu'il existe un ensemble de neurones dont la quantité d'excitation reste constante, ce qui le rend capable d'inhiber les excitations internes pour garantir l'afférence des excitations externes ainsi de différencier mémoire et perception. Ce mécanisme constitue le principe de réalité, et cet ensemble de neurones est le substrat neurologique hypothétique du Moi. Freud distingue ensuite le processus primaire, dans lequel Q investit les neurones de la mémoire, circule librement dans l'appareil psychique et crée l'hallucination ; du processus secondaire, où le Moi dirige Q vers les objets extérieurs en inhibant les frayages des neurones mémoriels.

De ce point de vue, la machine énergétique Freudienne se distingue celle de Mesmer en ce que la frontière intérieur-extérieur est maintenant reconnue comme déterminante pour l'activité du système. En effet, chez Mesmer, le fonctionnement sain se caractérise par une circulation harmonieuse du fluide, et cette harmonie universelle signe les bons rapports de l'homme à l'environnement. La pathologie provient d'aberrations de cette harmonie. Si le

modèle mesmerien de l'énergie se moule sur le principe de l'influence générale du magnétisme terrestre du XVIIIè siècle, le premier modèle de Freud est enraciné dans les lois neurophysiologiques dérivées de la physique classique qui avaient été découvertes au XIXè siècle. L'esquisse implique le déplacement d'une énergie dans des canaux conducteurs, description qui correspond à celle d'un circuit électrique avec ses condensateurs et ses résistances (Swanson, 1977). Notons également qu'au début du XXè siècle, Freud n'est pas le seul à travailler à partir du concept d'énergie psychique[32] (Ellenberger, 2001; Jolliot, 2003). Cela signe toute l'importance du contexte scientifique dans lequel se déroulent les recherches psychiques.

Environ dix ans plus tard, quand Freud élabore sa théorie sexuelle dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, le concept de libido donne une toute autre dimension au fonctionnement énergétique de l'appareil psychique. Avec la libido, Freud tient compte des quantités d'excitation motivés par les besoins sexuels au cours du développement du sujet. Il distingue alors deux sortes de *« sources d'énergie psychiques »* endogènes, l'une trouvant sa source dans les besoins du corps liés à l'autoconservation, l'autre tirée de la vie sexuelle : *« Nous avons nommé « libido » les investissements d'énergie que le moi adresse aux objets de ses tendances sexuelles, «intérêt » tous les autres investissements qui sont envoyés par les pulsions d'autoconservation […]»* (Freud, 1917b, p. 429). La névrose trouve alors sa source dans le conflit formé entre deux types d'énergies dont les fonctions diffèrent : *« les pulsions sexuelles entrent en discorde avec les pulsions de conservation ou, en une formulation biologique – même si elle est plus imprécise –, l'une des positions du moi, en tant qu'être individuel autonome, entre en dissension avec l'autre, en tant que membre d'une série générative. » (ibid. p.429)* Les besoins d'autoconservation, individuels, entrent en contradiction avec les besoins sexuels qui impliquent la collectivité.

Avec cette théorie, Freud abandonne le modèle thermodynamique de l'Esquisse. La conception neurophysiologique de l'énergie glisse peu à peu vers une énergie représentée dans ses liens avec le corps, un passage d'une mécanique brute des quantités d'excitation à un *« montage »* entre la quantité d'excitation, l'objet qui en est le générateur et la représentation

[32] Janet, par exemple, conçoit l'existence d'une force psychologique qui prédispose aux actions d'un sujet. Cette force peut être latente ou être mobilisée au moyen d'une « mise en tension », et se manifeste par des actes déterminés en fonction des tendances données pour un sujet à les exprimer (Janet, 1920).

de cette quantité. L'évolution de la théorie des pulsions révèle cette inflexion. Celle-ci se définit alors en 1915 comme *« un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence de travail qui est imposé au psychique en conséquence de sa liaison au corporel »* (Freud, 1915, p.12). Il distingue, au cours de l'évolution de sa théorie des pulsions, différents dualismes pulsionnels en fonction de leurs objets et de leur source : d'abord le couple pulsion sexuelle/pulsion du Moi, prégnant dans la clinique hystérique, ensuite l'articulation entre libido du Moi et libido des objets chez les pervers et névrosés obsessionnels, enfin la dialectique entre pulsion de vie et pulsion de mort dans la psychose et les états-limites (Smadja, 1991). Progressivement, Freud laisse ainsi libre cours à la mécanique qu'il avait développée dans l'Esquisse, mais l'excitation devient *« une aporie métapsychologique »* (Ksensée, 2008), puisque Freud ne précise ni la nature de ces excitations, ni le procédé par lequel elles se propagent entre corps et psyché. Cette théorie reste donc ancrée dans le vitalisme (Birman, 2007; Kapsambelis, 2020), et en ce sens, elle fait toujours courir à la psychanalyse le risque du mysticisme, celui de réifier le principe vital comme force vitale. Cette impasse sera surmontée par un saut définitif du biologique vers la dynamique de la représentation, comme le propose Laplanche aujourd'hui :

> *« La pulsion n'est donc ni un être mythique, ni une force biologique, ni un concept-limite. Elle est l'impact sur l'individu et sur le moi de la stimulation constante exercée, de l'intérieur, par les représentations-choses refoulées, qu'on peut désigner comme objets-sources de la pulsion. Quant à la relation de la pulsion au corps et aux zones érogènes, loin d'être à concevoir à partir du corps, elle est action des objets-sources refoulés sur le corps ; cela à travers le moi qui est d'abord moi-corps, et dans lequel, tout naturellement, les zones érogènes deviennent des lieux de précipitation et d'organisation des fantasmes. » (Laplanche, 2014).*

2.3.2. Dissensions et énergie(s) psychique (s)

Au cours du XXè siècle, plusieurs débats et dissensions vont avoir lieu en psychanalyse à propos de l'énergétique psychique. Par exemple, Jung n'accepte le terme de libido qu'au sens d'une dynamique élargie du désir *: « Dans la définition de Freud, le terme "libido" apparaît comme étant exclusivement un désir sexuel. La "libido" en tant que terme médical est certes utilisée pour le désir sexuel, et surtout pour la luxure. Mais la définition classique de ce mot, telle qu'on la trouve chez Cicéron, Salluste et d'autres, n'était pas aussi exclusive. Le mot y est*

utilisé dans un sens plus général pour tout désir passionnel. » (Jung, 1915, p. 27). La libido, pour Jung, désigne en réalité le moteur pulsionnel de la vie psychique qui s'exprime tout autant dans l'autoconservation que dans la sexualité : *« Nous appelons libido cette énergie qui se manifeste par les processus vitaux, qui est perçue subjectivement comme un souhait, un désir et une aspiration. Nous voyons dans la diversité des phénomènes naturels le désir, la libido, dans les applications et les formes les plus diverses. »* (ibid., 40).

Jung renoue donc, en se séparant de la théorie freudienne de la libido, avec l'idée d'une énergie psychique générale. Celle-ci prend alors valeur de principe dynamique global dont les différentes spécifications ne sont que des épiphénomènes. L'inconscient représente ainsi un réservoir d'énergie potentielle, lieu de son origine et de son retour. Toutefois, Jung est bien conscient de la proximité entre la théorie de la libido et le vitalisme. La libido est susceptible d'être assimilée à une force physique au même titre que le magnétisme animal s'était autrefois incarné en un fluide. Il reconnait ainsi que de la libido freudienne, comme principe aux frontières du somatique et du psychique revêt un caractère *« mystique »*. Il prend alors toutes les précautions nécessaires pour se prémunir de cette critique :

> *« Je maintiens que la conception de la libido avec laquelle nous sommes en train de travailler n'est non seulement pas concrète ou connue, mais qu'elle est un X inconnu, une image conceptuelle, un symbole, et pas plus réelle que l'énergie dans le monde conceptuel du physicien. » (ibid., p.40)*

Cela modifie en retour le traitement psychanalytique : *« De ce point de vue, la psychanalyse est cette méthode qui découvre ces lieux ou fonctions où il y a trop ou trop peu de libido, et restaure les justes proportions. »* (ibid., p.29). Jung détermine la psychopathologie en fonction de la topographie énergétique du psychisme et de la répartition de la libido attachée à des *« complexes »*, réseaux inconscients de représentations. Dans les constructions ultérieures de sa théorie, en 1928, il apporte à l'énergie des différences qualitatives de cette énergie qui s'organisent selon des niveaux. Les niveaux inférieurs correspondent aux contenus inconscients et à la stagnation de l'énergie autour de conflits psychiques anciens, tandis que les niveaux supérieurs correspondent à des processus d'adaptation à la réalité externe. Les changements de niveau d'énergie se produisent par l'utilisation des symboles puisés dans la culture, qui agissent comme agents de transformation psychique (Jung, 1947).

Jung, comme Freud, emploient l'énergie psychique comme pour proposer des rapports dynamiques entre les différentes tendances de la psyché, supportant l'ambiguïté de la relation

entre énergie et force. L'énergie psychique représente alors un mal nécessaire qui participe à la construction de l'édifice de la métapsychologie et de la pratique psychanalytique. Il apparait ainsi que l'énergie possède une grande efficience comme métaphore explicative et comme procédé d'influence, puisque les méthodes thérapeutiques de Freud et Jung découlent très directement de leurs différentes conceptions de l'énergie psychique. Toute l'enjeu réside ainsi dans la portée à accorder à cette métaphore, notamment lorsqu'elle donne lieu à des applications cliniques. Nous allons voir que le modèle énergétique peut participer à décrire-construire par lui-même l'énergie qu'il met en jeu. De ce point de vue, si la psychanalyse découle du magnétisme animal par une série de refoulements, et en premier lieu celui de la nature du fluide magnétique, elle contient également en germe la possibilité du retour du refoulé, celui de ressusciter les procédés à son origine…

2.3.3. La découverte de l'Orgone

Aux alentours des années 1930, la pratique psychanalytique s'est structurée autour d'un cadre relationnel plus restrictif : l'interdit du toucher prononcé par Freud se généralise à l'ensemble de la situation relationnelle et la frustration de l'analysant est employée pour lutter contre ses résistances à l'abandon de ses symptômes (Etchegoyen, 2001). Paradoxalement, la théorie sexuelle de Freud prépare le terrain à un retour vers le corps. Un mouvement thérapeutique centré sur l'utilisation du corps émerge alors en Allemagne. Plusieurs psychothérapeutes et psychanalystes, parmi lesquels Wilhelm Reich (1897-1957), Laura (1905 – 1990) et Fritz Perls (1893-1970) trouvent une nouvelle source d'inspiration dans l'étude des processus corporels, comme la sexualité, le mouvement ou la respiration (Geuter et al., 2010).

Reich est un psychiatre et sexologue profondément investi dans la psychanalyse. Avec l'appui de Freud, il dirige un séminaire de technique psychanalytique à Vienne entre 1924 et 1930 (Heller, 2008a), période durant laquelle il établit les fondements de la caractérologie. Celle-ci repose sur l'hypothèse de la circulation en vase clos de l'énergie libidinale, séparée par le refoulement névrotique de la sexualité, conformément à la dialectique entre principe d'autoconservation et principe de plaisir. Une première partie de la libido, qui provient de l'organisme, cherche à accomplir un but, une seconde partie lutte pour l'empêcher de le faire, tandis qu'une troisième créée un comportement qui adapte ce conflit aux exigences du milieu (Heller, 2008).

A partir de 1930, Reich transpose la caractérologie psychique sur le plan somatique. Il s'intéresse aux tensions musculaires, aux zones douloureuses chroniques, à la respiration, et

plus généralement au vécu corporel de ses patients. Il expérimente avec eux, les touche, ajuste leur posture et leur fait exécuter des mouvements. Il observe ainsi que certaines zones du corps semblent s'organiser pour former une cuirasse qui semble partager les mêmes finalités que les névroses caractérielles (Heller, 2008a). Il approfondit sa théorie et fait du travail corporel le vecteur principal de la guérison. Reich développe à son paroxysme la liaison corps-esprit envisagée par Freud dans l'Esquisse, et conçoit finalement le corps comme lieu d'organisation primaire de l'énergie pulsionnelle, tandis que les modalités psychiques n'en sont qu'un corollaire. Plus Reich se concentre sur sa méthode, plus il devient radical dans ses positions politiques et ses relations avec le milieu psychanalytique. Cela le conduit à s'exiler à Oslo en 1934 (Reich, 2011).

En Norvège, Reich s'intéresse plus particulièrement aux fonctions des organes végétatifs et au rôle de la cuirasse organismique. Le réflexe orgastique devient pour lui le modèle de la bonne circulation de l'énergie dans le corps, ce qui entraine une modification de sa technique : désormais, pour traiter les résistances de ses patients il provoque les composants physiques du mouvement d'ondulation caractéristique de l'orgasme. Cela fonde l'origine d'une nouvelle psychothérapie, la Végétothérapie, qui fait des adeptes dans l'entourage de Reich. Cette méthode s'appuie sur les résultats d'expériences qu'il mène sur le rôle de l'énergie électrique dans la sexualité. Dans un laboratoire de l'université d'Oslo, il mesure les différences de potentiels électriques cutanés qu'entraine l'orgasme et remarque que la nature de l'énergie orgastique est électrique. Il retrouve ainsi un soubassement physique à la théorie freudienne de la libido.

Par ailleurs, Reich est particulièrement influencé par la pensée de Bergson et notamment par l'idée de l'élan vital. Bergson postule l'existence un principe organisateur qui sous-tend l'évolution de la vie et l'accroissement de la complexité des êtres vivants. Selon lui, cet *« élan originel »* se transmet d'une génération d'êtres vivants à une autre par l'intermédiaire des micro-organismes (les *« germes »)*, et il *« est la cause profonde des variations, du moins de celles qui se transmettent régulièrement, qui s'additionnent, qui créent des espèces nouvelles »* (Bergson, 1907, p. 88). La source de cet élan vital, propose Bergson, peut s'observer à partir des mouvements dans le microcosme, théâtre des formes intermédiaires entre le vivant et l'inanimé : *« Des phénomènes observés dans les formes les plus élémentaires de la vie on ne peut dire s'ils sont encore physiques et chimique ou s'ils sont déjà vitaux. Il fallait que la vie entrât ainsi dans les habitudes de la matière brute, pour entraîner sur une autre voie cette matière magnétisée » (ibid. p.100)*

C’est précisément la piste que va suivre Reich. Il a l’intuition que cette énergie orgastique doit avoir un contenant physique, ce qu’il tente de vérifier par l’expérimentation sur des micro-organismes (Strick, 2015). Le psychanalyste accède à un microscope à la pointe de la technologie de l’époque et l’utilise pour observer le développement d’organismes monocellulaires à partir de plantes, d’aliments puis de substrats inertes et stérilisés. Il est fasciné par les mouvements des particules qui commencent à apparaître dans ses boites de pétri. Il nomme *« Bions »* ces particules et pense alors avoir découvert les véhicules de l’énergie vitale : *"Les bions sont des stades préliminaires de la vie ; ce sont des formes transitionnelles de l'état inorganique et non mobile à l'état organique, mobile et cultivable."* (Reich, 1979, p. 58). Il expliquera plus tard par eux la biogenèse comme la pathogenèse[33]. Reich repère qu’il existe plusieurs sortes de Bion, les *« bions PA »*, paquets de vésicules bleutés, et les *« bacilles T »*, à la forme longiligne. Il identifie également les bions-SAPA, créés accidentellement à partir de sable (SAnd-PAckets Bions) et remarque leur couleur bleutée et leur effet d’inhibition sur les bacilles T (Fajnwaks, 2003). Les bions PA, comme les bions SAPA, sont capables *« d’immobiliser et de tuer »* les bacilles T par contact (Reich, 1973)

Par ailleurs, il couple ces observations à des expériences électriques, ce qui lui permet de retrouver dans les micro-organismes la *« formule de l’orgasme »*, qu’il avait précédemment décrite dans ses travaux sur la sexualité : *« […] la combinaison spécifique de l'alternance rythmique de tension, charge, décharge, relaxation, tension renouvelée, charge, etc., est la caractéristique distinctive fondamentale de la vie. »* (Reich, 1979, p. 124). La vésicule, qui se conforme parfaitement à ces lois, devient la forme primaire de la vie. Reich se rapproche alors de sa grande découverte : l’orgone, force bio-électrique qui gouverne les processus vitaux. Cependant, il est contraint à quitter la Norvège à cause de pressions politiques de tous bords. Des rumeurs scabreuses se propagent sur lui : ses expériences sexuelles, serviraient de couverture à la débauche de patients psychiatriques (Sharaf, 1994). De plus, la société psychanalytique norvégienne est menacée d’exclusion de la société européenne de psychanalyse à cause de la présence de Reich. Par ailleurs, les idées politiques de Reich sur le communisme et le national-socialisme lui attirent des ennemis des deux bords. Tandis que la seconde guerre mondiale débute, Reich migre alors aux Etats-Unis.

[33] Reich s’inscrit à cette époque contre la théorie scientifique dominante, qui propose que les maladies proviennent de germes transportés par voie aérienne. Il soutient que le cancer résulte d’un dérèglement endogène de l’organisme, la destruction interne des tissus entrainant la prolifération de Bions et la croissance de la tumeur.

La découverte de l'orgone se déroule donc entre la fin des expériences de Reich sur les bions à Oslo, et ses premiers temps aux Etats-Unis à partir de 1940. Plusieurs faits étonnants l'amènent à considérer les bions comme véhicules de l'orgone (Reich, 1973). Tout d'abord, il remarque que les bions SAPA exercent leur influence sur les Bacilles-T même à une distance de 10 microns. Ensuite, après plusieurs semaines d'observations de ces bions au microscope, il est atteint de douleurs oculaires et de conjonctivite, ce qui le laisse supposer que ces particules émettent une sorte de radiation. Malgré la rémission de ces douleurs après avoir suivi l'interdiction d'utiliser le microscope durant une semaine, Reich reste persuadé d'avoir été atteint par une radiation inconnue et impossible à détecter par des moyens conventionnels. Il procède alors à des tests cutanés, et place une petite quantité de bion-SAPA sur une lamelle de quartz qu'il laisse une dizaine de minutes dans sa main. Un point rouge apparait dans la paume de sa main sur le site de l'expérience[34]. Au bout de plusieurs semaines à répéter l'expérience, sa main devient douloureuse. Il fait tester par un physicien de l'hôpital d'Oslo la présence de radiations au radium, mais ne trouve rien.

Pourtant, Reich se met à constater que le laboratoire est envahi d'une étrange brume, ou plutôt, que les objets sont eux-mêmes embrumés, ce qui provoque chez les usagers du laboratoire des maux de tête. Comme ce phénomène est omniprésent, Reich constate qu'il ne peut plus le contrôler, et décide de transférer son laboratoire dans un sous-sol afin de bénéficier d'un environnement vierge de cette *« énergie qui circule partout »* (Reich, 1973). Un jour, après plusieurs heures de travail dans l'obscurité, il se rend compte qu'une aura bleutée se dégage de lui et de tous les instruments du laboratoire. Dans la semaine suivante, il convoque différents témoins, qui après habituations observent cette curieuse coloration, dont la contemplation prolongée provoque douleurs oculaires et conjonctivites. Reich identifie alors, sur la base des propos d'un observateur, que ces radiations ont des effets similaires à celles du soleil. Il l'interprète ainsi : *« Les bions SAPA étaient issus du sable de l'océan. Mais le sable océanique n'est rien d'autre que de l'énergie solaire solidifiée. L'incandescence et le gonflement du sable ont libéré à nouveau cette énergie de son état matériel. »* (Reich, 1973, p. 102).

---

[34] Reich reproduit également cette expérience sur certains de ses élèves dont il connait parfaitement la *« vie végétative »*. Il remarque que ces élèves les plus *« émotionnellement vivants »* produisent un résultat similaire au sien, tandis que ceux à la vie émotionnelle moins développée ne produisent aucun résultat (Reich, 1973). Serait-ce ici l'œuvre d'un processus de suggestion de Reich sur ses disciples les plus sensibles à son influence ? En tout cas, ceci donne à Reich l'idée que les radiations émises par les bions ont quelque chose à voir avec la vie émotionnelle. Reich va poursuivre cette théorie tout au long de son travail sur la biopathie du cancer, et cet évènement représente selon nous le point de liaison qui lui permet d'associer de manière directe et expérientielle le bion, le soma et la psyché.

Comprendre ce lien entre les effets des radiations et l'origine des bions rassure et stimule Reich : *« Peu à peu, la crainte des effets dangereux des radiations a disparu et j'ai commencé à travailler avec elles sans aucune inquiétude quant aux mesures de protection. Il n'y avait aucun doute sur l'existence d'une énergie possédant une activité biologique extraordinairement élevée. » (ibid., p.102).* Par ailleurs, il remarque que les instruments en contact ou à proximité des bions SAPA pendant une période prolongée deviennent aimantés, ce qu'il teste avec un électroscope. L'aimantation se dissipe lorsque les objets sont ventilés, humidifiés ou placés au contact de quelqu'un. Il teste le lien entre l'énergie solaire et l'énergie des bions en laissant des gants au soleil. Ceux-ci font également bouger l'électroscope, ce qui confirme l'omniprésence de l'énergie dégagée par le soleil et les bions. Enfin, il reproduit l'expérience en plaçant ses gants plusieurs minutes sur l'abdomen de volontaires *« végétativement vivants »*. L'électroscope indique alors que le caoutchouc des gants est chargé d'énergie. Cette expérience éclaire alors singulièrement les différentes observations de Reich :

> *« L'énergie nouvellement découverte se trouve également dans l'organisme vivant, qui absorbe l'énergie de l'atmosphère et directement du soleil. C'était avec cette même énergie que mes bions bleus, de n'importe quelle source, tuaient les bacilles et les cellules cancéreuses. La seule différence était que dans les bions, était contenue dans les petites vésicules bleues. Cette énergie a été nommée "orgone", en référence à l'histoire de sa découverte par l'étude de l'orgasme et à son effet biologique de charge des substances d'origine organique.*
>
> *Maintenant, j'étais capable de comprendre les vapeurs bleu-gris que j'avais vues dans l'obscurité autour de ma tête, de mes mains, de mes pieds et de mon manteau blanc : la matière organique absorbe l'énergie de l'orgone et la retient. L'électroscope du physicien d'Oslo n'avait pas réagi aux cultures car l'énergie orgonique ne peut influencer un électroscope qu'indirectement, par le biais d'isolants chargés. »* (ibid. p.106).

En arrivant aux Etats-Unis, Reich quitte peu ou prou le milieu universitaire. Il va donc mener ses travaux dans une forme d'extra-territorialité scientifique, même s'il convoite tout de même la reconnaissance académique[35]. Son objectif devient la construction un dispositif

[35] Reich avait par exemple adressé le protocole de ses expériences sur les bions à la faculté de Nice en 1937. Il avait presque été publié, mais Reich s'était rétracté car l'éditeur ne souhaitait pas partager ses conclusions sur la nature des bions (Reich, 1979). Il aura également une rencontre et une altercation avec Einstein à propos de sa boite à orgone (Reich, 1953).

permettant de capter et de retenir l'orgone pour en faciliter l'étude. Il construit une boite composée d'une double paroi : à l'intérieur, du coton, un matériau organique capable de se charger d'orgone ; à l'extérieur, du métal, pour la retenir prisonnière. Avec cette boite à orgone, nouveau baquet magnétique, Reich peut observer les radiations orgoniques dans un milieu contrôlé. Cependant, Reich constate rapidement que même sans culture de bion-sapa, et même sans matériaux organique, la boite s'anime de radiations orgoniques. Il comprendra, lors d'un moment d'épiphanie à contempler les étoiles, que l'atmosphère est chargée d'Orgone. A partir de ce moment, l'Orgone devient une force universelle, et la vision fonctionnaliste de Reich va s'étendre pour devenir une loi cosmologique générale, selon laquelle l'état d'un objet traduit son organisation fonctionnelle. En ressuscitant *« l'agent général »* sous les traits de l'orgone, Reich ramène également à la vie le principe mesmerien d'harmonie, dans une forme de monisme fonctionnaliste :

> *« Peu de choses peuvent être attendues des spéculations philosophiques sur la réalité de nos sensations si elles excluent le principe selon lequel l'ego (sujet) observateur et l'objet observé forment ensemble une unité fonctionnelle. La recherche mécaniste divise cette unité en une dualité. Dans son rejet total de la sensation, l'empirisme mécaniste contemporain est irrécupérable. Toute découverte importante trouve son origine dans la sensation ou l'expérience subjective d'un fait objectif, c'est-à-dire dans l'harmonie orgonotique. » (ibid. p.114).*

Le thérapeute doit chercher à s'identifier à son patient pour décrypter ses manifestations corporelles, car celles-ci révèlent son fonctionnement intérieur. Reich pense que la connaissance, comme la guérison, advient lorsque l'intuition est congruente avec son éprouvé corporel, ce qui reflète l'harmonie orgonotique. Cette idée de congruence entre soma et psyché jouera un rôle central dans les conceptions des thérapies humanistes existentielles, notamment chez Rogers ou Perls, et fait le lit d'une modalité d'être au monde fondé sur l'éprouvé sensoriel immédiat. Sa théorie de la pathologie reste fidèle à ses premières conceptions de la névrose. Il considère que les répressions sociales de tous ordres, mais surtout les interdits moraux et sexuels sont sources de ruptures dans la bonne circulation de l'orgone et des fonctions qu'elle assure. Pour Reich, la névrose, la cuirasse musculaire, comme le cancer, deviennent des manifestations différentes d'un même défaut fonctionnel de l'organisme. Elles sont des ruptures de l'harmonie orgonotique dans ses fonctions psychiques ou somatiques.

Dans cette nouvelle vision du monde, l'être humain, comme tous les organismes vivants, devient un système énergétique (orgonotique) auto-organisé et entouré d'un champ d'énergie orgonique. Celui-ci *« fonctionne à distance, sans nécessité de contact matériel entre les surfaces corporelles des organismes. […] Sa zone de rayonnement varie considérablement d'un individu à l'autre, de quelques centimètres à quatre mètres (selon les observations faites jusqu'à présent). Il varie également en fonction de la présence d'un organisme donné, c'est-à-dire qu'il se dilate et se contracte. Ces fonctions du champ énergétique dépendent de l'état émotionnel de l'organisme. » (ibid., p.329).* Cette énergie s'apparente à l'électromagnétisme, mais Reich défend qu'il s'agisse d'une nouvelle bio-énergie bien distincte. Lorsque deux champs orgoniques entrent en contact, cela produit une excitation et attraction réciproque des organismes, et les organismes irradient alors plus fortement l'orgone. Reich considère l'acte sexuel — et surtout l'orgasme — comme paradigmatique de cette dynamique orgonotique.

Reich est persuadé du bien-fondé de ses découvertes sur la biopathie du cancer et projette de d'en développer des applications thérapeutiques. Il s'installe dans une grande maison dans le Maine pour fonder l'Orgone Clinic. Dans ce centre, il utilise dans un premier temps l'application directe de Bion-SAPA par cataplasmes chez des patients cancéreux. Dans un second temps, il construit un nouveau modèle de boite à orgone supposé agir par résonnance (*« lumination »*) orgonique. Reich suit le modèle des thérapies hyperthermiques et vise à ce que les radiations de la boite à orgone amplifient le fonctionnement orgonique déficient du sujet, elles stimulent l'harmonie orgonique interne. Il construit ainsi des boites à orgone à taille humaine dans lesquels il fait s'assoir les patients environ trente minutes, une à deux fois par jour pendant plusieurs semaines. Dans un troisième temps, il élabore des *« canons à orgone »* à partir de conduits électriques entourés de matière organique, comme du coton, et placés dans des boites à orgones. Celles-ci font fonction d'accumulateurs et l'orgone se condense dans le conduit. Le tube doit ensuite être appliqué sur les zones symptomatiques.

Plus généralement, le traitement par les boites à orgones génère toutes sortes de sensations corporelles : chaleur, perspiration, rougeur de la peau du visage et du cou, picotement et fourmillements, hausse de la température corporelle, disparition des douleurs et tensions musculaires, réduction de la pression sanguine… Les bienfaits à moyen terme de ce traitement sont une réduction de la fatigue et de la faiblesse générale du corps, meilleure tension artérielle, immunité accrue, réduction des douleurs, résorption des plaies et brulures. Mais surtout, d'après Reich, les tumeurs se ramollissent, se liquéfient et les sujets les expulsent dans le sang et les selles. Par ailleurs, Reich couple le traitement purement orgonotique avec la végétothérapie. Il

forme ainsi des parallèles entre le développement psychique, la sexualité et la biogénèse du cancer[36], dans une perspective holistique et sociogénétique de la maladie.

Chez Reich, le cancer devient une nouvelle *« peste »* sociétale, tout comme l'avait été pour lui le fascisme. Il cherche à donner une portée universaliste à sa théorie orgonique, qu'il applique à l'éducation et la politique. De ce fait, à partir de 1947, Reich fait régulièrement l'objet de railleries. Ses collègues ne croient pas à l'Orgone, et la presse se moque de ses boites à orgones, les nommant *« sex-box »* car elles éveillent le désir sexuel de ses patients. Par ailleurs, son travail sur la thérapie du cancer attire l'œil de l'administration de santé publique américaine. La Food and Drug Administration (FDA) mène une enquête à l'Orgone Clinic et trouve des symptômes d'une maladie des radiations chez tous les occupants du lieu. En effet, Reich était particulièrement préoccupé par les interactions entre l'énergie orgonique et l'énergie atomique, il avait donc mené des expériences ORANUR (Orgonotic Anti-Nuclear Radiation) pour juger de l'influence des bions sur des composés radioactifs (Sharaf, 1994). En 1955, il se sert de ces accumulateurs d'orgone chargés de radium dans des canons à orgone pour lutter contre les OVNIS observés tout récemment aux Etats-Unis (Hunt, 2018). L'état interdit à Reich de poursuivre ses expériences sur l'Orgone, et en outrepassant cette interdiction, il est condamné à deux ans d'emprisonnement. Il meurt en prison en 1957.

Le parcours de Reich rappelle celui de Mesmer a de nombreux égards (Méheust, 1999a). L'inventeur de l'orgone comme le fondateur du magnétisme animal ont entrepris de dompter les forces dynamiques du vivant grâce à la philosophie et aux sciences naturelles. Ils ont fondé des systèmes thérapeutiques basés sur une énergie vitale, trait d'union entre les hommes et le cosmos. Même si leurs succès thérapeutiques leur ont attiré des patients et des disciples, les deux hommes attendaient que l'on reconnaisse leur travaux à leur juste valeur, et ont sans cesse recherché l'approbation de leur pairs et des autorités scientifiques (voir par exemple l'affaire Reich-Einstein, Reich, 1953). Cependant, à cause d'erreurs thérapeutiques ou expérimentales, de rumeurs, et surtout de la portée politique de leurs théories, les deux hommes ont été accusés de charlatanisme, voire d'atteintes aux mœurs. Dégoûtés de ces pressions politiques de la part des états et des institutions scientifiques, les deux hommes ont été conduits à l'exil.

[36] Ses observations ressemblent, mais précèdent celles de la psychanalyse psychosomatique de l'école de Paris. Le concept *« d'anorgonie »* de Reich évoque ainsi la pensée opératoire repérée par les psychosomaticiens. Reich relève également qu'il existe une « angoisse biopathique de chute » chez les malades de cancer, là ou Dejours (2008) remarquera une « angoisse de décrocher ». Nous reviendrons sur ces éléments p…

Les idées politiques de Reich comme celles de Mesmer ont toutefois pénétré la culture. Le principe d'harmonie mesmerien était au XVIIIè siècle un des support de la pensée révolutionnaire (Armando & Belhoste, 2018; Darnton, 1968), tandis que les thèses de Reich sur le fascisme, ou sur la libération sexuelle, ont profondément diffusé dans les mouvements sociaux des années 1970. Sur le plan des techniques thérapeutiques, l'empreinte de Mesmer est vite supplantée par les évolutions du fluide en suggestion à partir du milieu du XIXè siècle. le fluide, comme force physique agissante, est délaissé au profit de techniques relationnelles comme la suggestion ou la psychanalyse (Ellenberger, 2001). La thérapie orgonique de Reich représente manifestement une survivance du magnétisme qui refait surface au sein de la psychanalyse, car cette dernière contient en germe tous les principes énergétiques de la doctrine. Cependant, l'impact des conceptions de Reich sur la technique thérapeutique est plus discret que celui de Puységur, certainement du fait de son exclusion des milieux psychanalytiques. Plus Reich généralise ses théories énergétiques de la psyché à l'ensemble du fonctionnement somatique, social et cosmique, plus il subit l'exclusion des institutions. Cela traduit historiquement le refoulement de la pensée savante face aux conceptions thérapeutiques énergétiques. Le parcours de Reich reflète à cet égard le renversement dynamique[37] des méthodes thérapeutiques que nous avions observé précédemment entre sciences et parasciences, médecines académiques et médecines populaires.

Cependant, sa pensée va rencontrer un certain succès populaire posthume, puisque nous retrouvons encore de nos jours des pratiques thérapeutiques basées sur le corps et l'énergie vitale, mais surtout l'application de ces conceptions — comme souvent avec ce type de méthodes — aux sphères psychologiques, éducatives, sociales et spirituelles, dans le champ contemporain du *développement personnel*. Ainsi, l'entrée des principes Reichiens de l'Orgone et de la sexualité dans la culture populaire vont contribuer à l'émergence du mouvement New-Age, une niche sociale prospère à la frontière entre le développement personnel et la religion. Nous allons voir que deux voies de filiation entre Reich et le New Age existent : d'un côté le sillon des thérapies psychocorporelles laissé en friche à la mort de Reich, d'un autre côté par l'intermédiaire de l'institut Esalen en Californie.

[37] Ce processus de renversement des modèles pathologiques et thérapeutiques est également à l'œuvre en médecine, comme le montre François Laplantine dans son *Anthropologie de la maladie* (1986). Il convient également de préciser que les traits de cette dynamique sont ténus, aussi les différents modèles s'articulent, coexistent et s'opposent rarement d'une manière franche.

Peu avant la mort de Reich, entre 1950 et 1960, ses idées sont fortement réprimées et il devient illégal de posséder ses livres aux États-Unis. Ses opinions sur la libération sexuelle heurtent les mœurs américaines, mais c'est surtout la proximité de ses idées avec le communisme qui inquiète le pouvoir américain en cette période de guerre froide. De ce fait, et c'est là certainement un des effets du refoulement de la thérapie orgonique, les thérapeutes intéressés par ces nouvelles perspectives psycho-corporelles peinent à se procurer les écrits de Reich, qui sont pourtant les seules références sérieuses sur le sujet à cette époque (Heller, 2008b). La pratique reichienne, sortie du giron médical et psychanalytique, se dissémine dans un faisceau de pratiques variées, ce qui contribue à un appauvrissement considérable de la thérapie ainsi qu'à de nombreuses déviances. De manière générale, les thérapeutes sont alors assez peu intéressés par la théorie de Reich. Ils privilégient les techniques psychocorporelles pour leur efficacité et certains récupèrent ces théories pour fonder des mouvements idéologiques ou sectaires (Heller, 2008b).

2.4. Le magnétisme ressuscité

2.4.1. L'après-Reich

Reich avait plusieurs disciples aux États-Unis, et ses principaux successeurs sont Alexander Lowen (1910-2008), professeur de gymnastique, et John Pierrakos, psychiatre (1921-2001), tous deux fondateurs de la bioénergie[38] (Heller, 2008b). A partir de 1956, ils poursuivent le travail de Reich en remplaçant l'Orgone, terme trop associé aux expériences ORANUR controversées, par la Bioénergie. Leur travail contribue à populariser à nouveau les thérapies psycho-corporelles dans les années 1960, avant de cesser leur collaboration dix ans plus tard. La Bioenergie fait l'impasse sur l'héritage scientifique de Reich à propos de la nature de l'orgone et des bions, mais s'inscrit dans la tradition thérapeutique holistique initiée par Mesmer, dont les principes se retrouvent la présentation qu'en fait Lowen :

> *« Le but de la bioénergie consiste à aider l'individu à retrouver sa nature première, qui est une condition de liberté, un état de grâce, et possède un caractère de beauté. La liberté, la grâce et la beauté sont les attributs naturels de tout organisme animal. La liberté est l'absence de restrictions intérieures à la circulation des sensations, la grâce est l'expression en mouvement de ces*

[38] Nous ne nous intéresserons pas ici au parcours de William Walling, écrivain et troisième membre fondateur de la méthode.

courants, la beauté est la manifestation de l'harmonie intérieure qu'ils engendrent. Elles dénotent un corps sain et donc un esprit également sain. » (Lowen, 1976, p. 35)

Cependant, la Bioénergie s'appuie sur une métaphore énergétique du fonctionnement humain moins stricte que celle de Reich. Lowen s'appuie ainsi sur différentes illustrations pour étayer son propos sur le rôle de l'énergie dans le corps humain : le corps est composé d'eau et les émotions forment des vagues qui s'y déplacent, le corps est alimenté en énergie puisque la nourriture est le carburant de la vie et les mouvements dépendent de la circulation d'énergie dans les nerfs. Il associe également le yin et le yang des doctrines chinoises à l'orgone de Reich. En définitive, il ne statue pas sur la nature de l'énergie vitale maniée dans sa thérapie :

« Je ne pense pas qu'il soit important, dans le cadre de cet ouvrage, de déterminer ce qu'est en fait l'énergie vitale. Ces différents points de vue ont tous une part de réalité, et je n'ai pas été capable d'en concilier les différences. Mais nous pouvons cependant accepter la proposition fondamentale selon laquelle tous les processus vitaux font intervenir de l'énergie -le mouvement, la sensation, la pensée - et ces processus en viendraient à s'arrêter si l'apport d'énergie à l'organisme était gravement interrompu. » (1976, p. 37-38)

Lowen trouve une grande inspiration dans le Taoïsme, et notamment dans le principe d'acceptation des contradictions. Il cherche à trouver l'équilibre entre les besoins du corps et ceux de l'esprit, ceux de l'individu et ceux de la société. Selon lui, les excès de stimulation dans la société sont nuisibles, le recours aux énergies extérieures à l'humain est une impasse, et il prône un retour à la nature et au travail manuel. Ainsi, il abandonne les idées de politiques de Reich. L'idée que des mesures sociales sont nécessaires pour enrayer les épidémies de troubles psychiques est récusée au profit d'une philosophie taoïste qui préconise que chacun doit se rendre garant du respect de la collectivité.

Enfin, le travail thérapeutique est articulé entre méthodes corporelles et interprétations psychanalytiques. Reich avait déjà outrepassé les interdits Freudiens du toucher et du regard, il avait en outre proposé à ses patients de se dévêtir pour mieux observer les mouvements de leur corps, ce qui lui avait attiré l'opprobre de la communauté savante d'Oslo. Le toucher Reichien, presque chirurgical, qui visait à percer les défenses corporelles, est complété dans la Bioénergie par des incitations à adopter des *« positions de stress »*, différentes positions inconfortables destinées à mettre à jour les tensions physiques. De surcroit, la respiration tient un rôle essentiel

dans les nombreux exercices de la bioénergie, en tant qu'indice des capacités vitales du sujet et levier thérapeutique.

Par ailleurs, les bioenergéticiens développent des techniques corporelles, comme par exemple *« l'enracinement »*[39], aussi appelé ancrage, destiné à une application quotidienne. Ces exercices visent à attirer l'attention du patient sur le contact avec le sol, et Lowen emploie une métaphore électrique pour expliquer son effet :

> *« En termes bioénergétiques, le lien à la terre a la même fonction pour le système énergétique de l'organisme que celle qu'il assure dans un circuit électrique sous haute tension. C'est une soupape de sécurité permettant de décharger l'excitation en excès. Dans un système électrique, une accumulation soudaine de charge pourrait brûler une partie du circuit ou provoquer un incendie. Dans la personnalité humaine l'accumulation d'énergie peut être tout aussi dangereuse si l'on n'est pas bien enraciné. »* (Lowen, 1976, p. 174).

Lowen est certainement influencé par les résonnances de la doctrine Taoiste avec les propositions de Reich. Il est aisé d'interpréter la formule de l'orgasme, basée sur l'alternance de mouvements de contraction-expansion et de charge-décharge, comme incarnation de la dualité du Yin et du Yang. De ce fait, respiration et ancrage prennent des fonctions opposées. La première devient un outil de charge énergétique, et la seconde participe à la décharge. Lowen recommande par exemple de s'exercer régulièrement à l'ancrage, afin de favoriser l'harmonie énergétique du corps et de prévenir les maladies[40].

Les techniques de la bio énergie s'inscrivent alors dans une dynamique déjà initiée avec la méthode Coué, dans laquelle les méthodes psychothérapiques s'exportent hors du strict cadre des séances thérapeutiques pour se transformer en outils de développement personnel. Cette dynamique participe à cette période à une interpénétration entre le psychothérapique et le religieux. Selon Cohen (1998), thérapie comme religion permettent de développer des attentes

---

[39] Selon Heller (2008, p.458), *« Le sentiment d'enracinement se définit en fonction de deux variables de base :Il y a conscience de la façon dont le poids du corps se répartit sur une surface qui porte le corps (plancher, chaise, etc.) ;2. Il y a conscience du degré de stabilité du point d'ancrage.Une personne qui est bien enracinée ne sent pas toujours la stabilité de son ancrage corporel, mais quand elle dirige son attention vers ces parties du corps, elle se sent confiante. »*

[40] Là encore, il s'agit à la fois d'une influence de Reich conjuguée avec la pensée orientale. Reich avait pour objectif d'agir sur les causes sociales des névroses dans le but de les prévenir. Lowen est désabusé de l'inefficience des actions sociales, mais n'abandonne pas pour autant ce principe prophylactique. Il le retrouve notamment dans la pratique du Tai-Chi, ou de l'acupuncture, qui sont deux grandes inspirations pour lui.

positives envers le futur, à ceci près que la première vise la guérison, tandis que la seconde vise le salut. Pour autant, les deux ne sont pas incompatibles, au contraire, puisque des méthodes de psychothérapies sont employées dès le début des années 1970 dans les *« nouveaux mouvements religieux »* catholiques afin de participer au salut (Cohen, 1998). Les exercices de psychothérapies sont alors intégrés dans des formes *« Psyrituelles »*, rites individuels dont la répétition participe à fragmenter les grandes doctrines religieuses en éclats de croyances isolées et susceptibles d'être réagencées ou remaniées (Champion, 2003). Cette intégration des savoirs propres de la psychologie dans la religion est cependant à double sens, puisqu'il existe également entre 1960 et 1970 un retour de la religion, envisagée alors sous l'angle de la spiritualité, dans les procédés psychothérapiques[41]. Le développement personnel, l'accomplissement de son plein potentiel devient alors un objectif distinct de la guérison et du salut. Tout se passe alors comme si une régression des idées et des pratiques vers le spiritisme et le magnétisme originel était en gestation.

2.4.2. Spiritualité, psychothérapie et potentiel humain

Un exemple paradigmatique de ce processus est représenté par l'institut Esalen, un centre communautaire fondé en 1962, à Big Sur, Californie, par Michael Murphy et Richard Price, deux jeunes diplômés en psychologie de l'université de Stanford (Kripal, 2008). Esalen est fondé sur la volonté d'explorer ce que Murphy et Price nomment le *« potentiel humain »*. A partir des années 1960, Esalen devient une sorte d'université des subcultures (Kripal, 2008; Wood, 2008). Elle est un terrain d'expérimentations sociales, philosophiques, thérapeutiques et spirituelles, un creuset fertile dans lequel différentes visions culturelles vont s'intégrer dans un seul mouvement qui vise à permettre aux hommes de se développer jusqu'à achever leur plein potentiel (Wood, 2008). Si Esalen accueille et abrite de nombreux artistes, les bases de son mouvement protéiforme sont toutefois solidement ancrées dans la psychologie : l'endroit se veut tolérant de toutes les approches psychologiques de la vie, ouvert à l'éclectisme thérapeutique, et aux expériences spirituelles. L'institut, pour maintenir son esprit d'ouverture et sa bienveillance, doit filtrer et limiter les entrées. Esalen est ainsi préservée des gourous, car

[41] Le cas plus récent de l'adoption de la méditation de pleine conscience par les thérapies cognitives et comportementales, signe encore la présence de cette dynamique. Cela n'est pas sans susciter des controverses sur le caractère prétendument laïc de la méthode, et sur ses effets thérapeutiques propres. Si certains revendiquent ainsi que la méditation est efficiente dans sa forme la plus laïque, d'autres mettent en avant que le caractère ritualisé, philosophique, et parfois groupal de la méditation ne la distingue pas d'une incursion masquée du religieux dans la psychothérapie.

les membres fondateurs ne souhaitaient qu'aucun individu ne puisse dominer la culture du centre.

Dès lors, Esalen attire des penseurs qui cherchent un lieu pour développer leurs idées (Kripal & Shuck, 2005). C'est notamment le cas de Friedrich Perls, un analyste freudien formé par Reich, qui arrive à Esalen en 1964 dans le but de pouvoir appliquer sa *Gestalt-thérapie*. Ses méthodes thérapeutiques spectaculaires, basées sur la confrontation, l'amplification des émotions et le jeu théâtral remportent rapidement l'adhésion du public d'Esalen. Perls et sa Gestalt exercent une influence durable dans le centre, même après son départ en 1969. En 1962, le philosophe Alan Watts donne également des conférences à Esalen. Il expose sa conception hédoniste et dionysiaque de la religion, mais apporte également sa connaissance du bouddhisme et de la pensée Zen. La même année, Abraham Maslow arrive par hasard à Esalen et trouve là des oreilles attentives à sa théorie du développement humain. Les idées des différents séminaristes s'interpénètrent et laissent entrevoir la possibilité de construire, sur les cendres encore chaudes du protestantisme d'avant-guerre, une nouvelle manière de concevoir l'humain et la spiritualité. Les membres d'Esalen travaillent ainsi à cultiver un *« privilège religieux »*, c'est-à-dire *« une capacité individuelle à consacrer du temps et des ressources pour choisir, combiner et réviser ses propres croyances et pratiques religieuses tout au long de la vie »* (Goldman, 2012, p. 2).

Par ailleurs, l'expérimentation empirique est tout aussi importante à Esalen que le croisement des idées, notamment dans le champ de la religion et de la thérapie. L'intérêt des membres d'Esalen pour les religions orientales s'accompagne de l'importation de leurs pratiques : la méditation, le yoga et le tantra sont librement enseignés et exercés dans le centre. Esalen propose par ailleurs divers ateliers thérapeutiques psychocorporels, des séances de massages, des bains dans des sources chaudes, ce qui vaut à l'institut une réputation sulfureuse (Wood, 2008). La majorité des pratiques à Esalen sont focalisées sur le corps, et la notion d'énergie devient centrale car elle forme un pont vers la spiritualité, notamment dans le bouddhisme, l'hindouisme (Jolliot, 2003), mais surtout dans les nouvelles modalités spirituelles encore en fermentation à cette période.

En effet, le spiritualisme constitue un des nœuds de la pensée de l'institut : *« […] Sa doctrine fondatrice soutient que chacun possède une étincelle de divinité qui pourrait être*

connectée à une force cosmique bienveillante. » (Goldman, 2012, p. 3)[42]. Ce socle théosophique, soutenu par les *mantras* d'Esalen[43], permet une coexistence heureuse et une interpénétration des différentes doctrines qui circulent dans l'institut. On voit ainsi comment se mélangent les différentes conceptions théoriques et pratiques articulées à l'énergie vitale, comme l'avait annoncé Theilard de Chardin, autre référence du mouvement : *« L'énergie, entité flottante universelle, d'où tout émerge, et où tout retombe, comme dans un océan. L'énergie, le nouvel esprit. L'énergie, le nouveau dieu. »* (de Chardin, 1955, p. 286). Les méthodes thérapeutiques psychocorporelles, comme la Gestalt-thérapie, la végétothérapie ou la bioénergie, cotoient les enseignements religieux orientaux, dont l'approche psychologisante définit la direction : il s'agit d'aller chercher en dedans, à l'intérieur du corps et de la psyché, ce qui participe à s'améliorer (Kripal & Shuck, 2005). L'accent est mis sur la notion d'actualisation portée par la psychothérapie humaniste de Rogers et Maslow : l'homme, en relation avec son environnement, peut et doit atteindre son plein potentiel, le rendre actuel. Pour cela, les thérapeutes d'Esalen proposent d'aller observer au contact de l'autre ce qui se produit à l'intérieur du corps, de l'amplifier, et par là de le transformer.

Le premier cycle d'Esalen concernait le développement du potentiel humain. Plus tard, dans les années 70, l'objectif devient *« transpersonnel »*, le but est de viser à transcender le potentiel humain. L'expérimentation d'états modifiés de conscience, comme la méditation, était déjà très pratiquée à Esalen et le centre va maintenant abriter les expériences de Stanislas Grof sur les substances hallucinogènes. De plus, l'accent va être porté sur l'étude des expériences humaines exceptionnelles au sens large (Murphy, 1980). C'est dans ce contexte que certaines capacités humaines – bien connues des somnambules — sont rédecouvertes et cultivées dans cette quête de la transcendence :

> *« A ce stade de notre analyse, j'ai trouvé quelque seize ou dix-sept de ces processus, ou "modalités de transformation", qui peuvent être inhérents au fonctionnement humain. Ces processus essentiels, pour la plupart, semblent fonctionner normalement dans la vie de tous les jours, mais de façon timide, à moitié consciente. Pour l'instant, mon analyse comprend la visualisation, la représentation imaginaire d'un comportement ou d'un état d'esprit désiré ; ce que nous pourrions appeler la "vision intérieure", une perception directe apparente*

[42] « […] Its foundational doctrine held that everyone had sparks of divinity that could be connected to a benevolent, distant cosmic force. »
[43] *"No one captures the flag", "We hold our dogmas lightly", "Fuck History"* (Kripal & Shuck, 2005, p. 6)

de structures ou de processus corporels qui nous sont habituellement invisibles ; le détachement mental, la distance que nous pouvons prendre par rapport à nos propres sentiments, imaginations, idées, perceptions, douleurs ou plaisirs ; "l'audition intérieure" (des rythmes, des mélodies ou des bruits de fond qui transmettent des informations et du plaisir) ; la kinesthésie renforcée ; le rapport avec l'environnement (interne et externe) ; la libération et la catharsis émotionnelles ; la volonté d'accomplissement personnel ; le calme de l'esprit et des émotions ; la concentration ; l'abandon aux émotions et aux idées qui élargissent la personnalité ; l'empathie ; et l'identification avec l'objet de la perception. Ces processus, et peut-être trois ou quatre autres, pourraient constituer un tableau des éléments psychiques à partir duquel nous pourrions construire des méthodes plus efficaces pour développer la conscience et la transformation de soi, en nous basant sur les processus organismiques déjà à l'œuvre en nous. » (Murphy, 1980, p. 103).

Dans cette nouvelle période, Esalen va également proposer un cycle de conférences sur la physique quantique de 1976 à 1988 (Wood, 2008), ou vont se produire de nouveaux mariages conceptuels entre la religion et la science, qui participent à une résurgence déjà bien engagée de l'ésotérisme, c'est-à-dire dans une volonté d'unité de la métaphysique, de la morale, de l'art et de la science (Voisenat & Lagrange, 2013).

2.4.3. La bioénergie dans les sillons du magnétisme

A partir de cette période, les contours du soin énergétique actuel apparaissent de plus en plus distinctement. Entre 1960 et 1970, l'héritage de Reich aux Etats-Unis est alors scindé en deux branches bien distinctes, d'un côté, dans le sillon de Lowen, la troisième génération de thérapeutes psychocorporels, dits *« néo-reichiens »* à la frontière entre Bioénergie et Gestalt-Thérapie, et d'un autre côté, la méthode de Pierrakos, pour qui l'énergie vitale est loin d'être une simple métaphore (Heller, 2008b; Young, 2008). Les néo-reichien diffèrent assez peu des bioénergéticiens et leurs fondements théoriques sont identiques. Par exemple, en 1977, dans leur présentation du courant Néo-Reichien, des thérapeutes expliquent : *« […] l'organisme humain est un peu comme une pile qui se charge et se décharge constamment: une sorte de transformateur d'énergie. L'émotion est essentiellement vibration, mouvement énergétique de l'organisme. Lorsqu'une émotion qui surgit est bloquée dans son expression, tout l'équilibre énergétique normal de l'organisme s'en trouve perturbé. »* (Lebrun, 1977, p. 104). L'émotion s'incarne dans les tremblements corporels (Heller, 2008b) — la notion de vibration se rapporte

ainsi à la sensation corporelle du corps qui vibre et non à une notion de physique des particules — dans la droite lignée des préoccupations de Reich sur le rôle du mouvement. Le thérapeute néo-reichien remplace cependant la perspective analytique stricte de Reich, qui consiste à attaquer la cuirasse musculaire du patient dans un ordre défini à partir des stades psychosexuels freudiens, par une méthode inspirée de la Gestalt-Thérapie et centrée sur l'ici et maintenant, sur les processus somatiques et psychiques en train de se dérouler (Lebrun, 1977). Le thérapeute fait donc la part belle à la connaissance directe et intuitive du processus thérapeutique plutôt qu'à une théorie qui le détermine à priori. Le thérapeute devient guide, accompagne le processus de prise de conscience du patient.

A l'inverse de Lowen et de ses successeurs, Pierrakos reste préoccupé par la nature de l'énergie vitale :

> *« Au cours de mes vingt premières années de travail en psychiatrie, de mon évolution à travers l'approche bioénergétique, je me suis retrouvé de plus en plus préoccupé par la nature et le fonctionnement inné de la force vitale elle-même. Je me suis demandé : Quelle est cette énergie ? Est-elle à la fois substance et attribut, comme le concevaient la théorie yogique et les premiers Grecs ? S'agit-il d'un esprit universel, individualisé en quelque sorte dans la matière, comme l'ont vu Paracelse, le médecin du XVIe siècle et Walt Whitman, le poète du XIXe siècle ? Est-il essentiellement matériel, soit comme un système électrodynamique autonome, tel que le biologiste de Yale Harold Burr et ses collègues l'ont défini dans les années 1930, soit comme une variation de ce que Reich a appelé le principe de fonctionnement général ? Est-il essentiellement spirituel, comme l'ont conçu les penseurs et les guérisseurs religieux, de Bouddha à Pierre Teilhard de Chardin en passant par Jésus ? » (Pierrakos, 1987, p.13)*

Cette question le taraude depuis son travail avec Reich, et il va trouver des réponses auprès d'Eva Wassermann, une médium qui reçoit et partage les enseignements d'un esprit qu'elle nomme *« le guide »*. Leur mariage renoue ainsi littéralement l'alliance entre magnétisme et spiritisme. Avec elle, il travaille sa capacité à lire l'aura, et intègre les enseignements[44] du

[44] Eva Pierrakos était issue de l'intelligentsia autrichienne, et fréquentait les cercles spirites. Autour de 1950, elle a commencé à pratiquer l'écriture automatique, puis a compilé et publié les 258 leçons de son « *guide* » dans un ouvrage en 1965, *« Le chemin de la transformation »*. Le livre s'adresse directement au lecteur, il est constitué d'une série de réflexions philosophiques et de nombreux conseils psychologiques destinés à faciliter l'accès à son soi authentique et à une plus grande ouverture sur le monde.

guide au corpus psycho corporel bioénergétique dans une nouvelle méthode qu'il nomme *« CORE Energetics »* (Miller, 2010; Pierrakos, 1974). Cette méthode est fondée sur l'idée qu'il existe en chaque être un noyau (de l'anglais *« core »*), somme de tous les noyaux cellulaires et source d'énergie vitale connectée à l'amour divin :

> *« Le noyau est la pleine puissance de l'être humain, une masse vitale rayonnante, à la fois source et récepteur de la force vitale. L'unité du noyau est totale. Aucune dualité n'existe à ce premier niveau de la réalité, ni l'un ou l'autre, ni le bon ou le mauvais. Il s'agit d'une fonctionnement vibratoire indivisible, un processus dans lequel chaque personne connaît la vérité instinctivement en sentant le pouls de la vie. Les caractéristiques qualitatives des mouvements du noyau sont les émotions positives premières, ou les mouvements pour contacter et s'unir au monde extérieur. Elles peuvent être résumées par une expression suprême : l'amour. » (Pierrakos, p.25)*

La méthode apporte plusieurs innovations. Tout d'abord, Pierrakos propose, à raison, de la considérer comme une doctrine de développement spirituel plutôt que comme une thérapie. Le traitement de la névrose par sa méthode n'est que la première étape d'un processus d'évolution qui mène à nourrir une spiritualité obtenue par le contact avec les couches les plus profondes du Soi. Ensuite, Pierrakos constitue des groupes et apporte à la thérapie un véritable effet communautaire, dans lequel le développement de l'individu et celui du groupe s'accompagnent vers cet objectif d'ouverture et de circulation de l'énergie. Pierrakos affirme que l'énergie sort du noyau dans un mouvement de spirale, et que le groupe agit alors comme un *« cyclotron »* qui en catalyse les effets. Enfin, Pierrakos fonde sa méthode et ses interventions sur l'observation directe de l'aura :

> *« L'aura, pour récapituler, imprègne le corps solide et attire l'énergie externe dans l'ensemble de l'organisme. La force vitale fondamentale qui compose le corps physique de la personne, l'aura, et l'énergie ingérée sont une seule et même substance. Celles-ci ne diffèrent que par leurs fréquences vibratoires et leurs formes cohésives. Le rythme de pulsation de l'aura étant immensément plus rapide que celui du corps, elle télégraphie précisément ce qui est en train de se passer à l'intérieur de la personne sur tous les plans fonctionnels : le physiologique, l'émotionnel, le mental et le spirituel. » (Pierrakos, p.76).*

Dans ce modèle, l'aura est constituée de trois plans superposés animés d'un mouvement de pulsation homologue à celui des cellules et qui témoigne de la vitalité de l'organisme. Le plan le plus superficiel est coloré en bleu-gris, il rayonne a environ un ou deux mètre du corps. Le plan intermédiaire est identique, hormis la présence d'un halo lumineux blanc au niveau de la tête — certainement, selon Pierrakos, ce qui a inspiré les représentations de l'auréole du Christ ou de Bouddha. Le plan le plus profond est une bande d'environ 5 millimètres d'une couleur *« entre le violet et l'ultraviolet »*. Tous les êtres vivants et mêmes les cristaux émettent une aura. La vibration, couleur et le rythme de la pulsation de l'aura varient en fonction de l'état de santé du sujet, ce qui autorise Pierrakos à fonder une psychopathologie de l'aura dérivée de la caractérologie Reichienne.

Pierrakos s'appuie très largement sur les découvertes scientifiques du début du XXè siècle à propos du bioelectromagnétisme et des propriétés électriques du vivant d'une part, et d'autre part sur plusieurs travaux de cette même période qui visaient à construire des machines à mesurer l'énergie vitale. Il se fonde sur les expériences de Burr et Northrop (1935) sur l'effet des champ electromagnétiques sur la morphogénèse pour soutenir l'idée que l'énergie vitale — pourtant de nature non électrique — possède des effets thérapeutiques. Il s'inscrit par ailleurs dans une histoire entamée depuis la fin du XIXè siècle par les spirites, les magnétiseurs et la parapsychologie qui consiste à tenter d'objectiver les perceptions particulières des médiums.

Depuis que le magnétisme existe, il existe en effet une mise en concurrence de machines technologiques destinées à capter l'énergie vitale, telles le baquet magnétique ou la boite à Orgone, et le potentiel de sujets particulièrement doués pour la repérer et agir sur elle. Au début du XXe siècle, la tendance est au développement de protocoles et d'outils qui démocratisent la lecture des auras[45] (Grimaud, 2018). Dès 1960, la lecture de l'aura devient un enjeu stratégique et géopolitique entre la Russie et l'Amérique car elle s'inscrit dans la guerre froide et une lutte pour la conquête de l'invisible, notamment des ondes, des radiocommunications et de la radioactivité[46]. Détenir un appareil à détecter et influencer l'énergie vitale devient dans ce contexte un levier militaire considérable. Les époux russes Kirlian publient en 1958 leur protocole de photographie de l'aura (Kirlian & Kirlian, 1974). En plaçant la main du sujet sur

[45] Par exemple, en 1911, Wilton Kilner publie un compte-rendu de ses expériences sur *« l'atmosphère humaine »*. Il utilise des lunettes avec un filtre chimique qui permettent à leur porteur d'observer des halos colorés autour des individus, et il établit une nosographie aurique. Pierrakos reprend et complète le système de Kilner.

[46] Cette escalade symétrique entre puissances mondiales a également lieu autour de la conquête spatiale au sens littéral, mais porte également sur le développement de la médiumnité et des voyages astraux dans le cadre notamment du programme américain Stargate (Enns, 2021).

une plaque en métal conductrice recouverte d'une fine couche de papier photo, puis en faisait circuler du courant sur la plaque en métal, une aura colorée s'imprime autour de la main du sujet sur le papier photo. Ce protocole, largement décrié par la communauté scientifique, deviendra pour de nombreuses méthodes de thérapies alternatives ou de développement personnel, un moyen d'observer, de quantifier l'aura et d'apporter des preuves de son existence (Duerden, 2004).

Il existe ainsi au milieu du XXè siècle une véritable *« guerre des fréquences »* dans laquelle s'inscrit l'auramétrie : *« Les recherches de Valeria Hunt, professeur de physiologie à UCLA, qui s'est livrée à des expériences de visualisation d'aura à partir des années 1960, témoignent de l'imbrication dans ce domaine des intérêts thérapeutiques et géopolitiques. Mesurer les fluctuations de l'aura doit permettre une optimisation du comportement afin d'atteindre au plein épanouissement de l'individu. S'inspirant d'un instrument de télémétrie (radiofréquence) conçu par la NASA pour surveiller l'activité physiologique des astronautes, elle met au point l'Aura Meter qui combine télémétrie et électromyographie. »* (Grimaud, 2018, p.158). Pierrakos construit donc sa théorie aurique en prenant comme point de référence tous ces travaux largement controversés, comme les photographies Kirlian, les lunettes de Kilner ou encore ses propres observations sur l'aura humaine, minérale ou végétale.

Cependant, l'utilisation de l'aura change assez peu la technique thérapeutique elle-même. Nous aurions pu nous attendre à ce que Pierrakos cherche à agir directement sur les enveloppes subtiles de ses patients à l'aide de procédés psychocorporels, mais ce n'est pas le cas. Au contraire, Pierrakos poursuit le travail de Reich sur le contrôle de la respiration et le travail de la cuirasse. Il emploie également une forme de *« technique active »* à la Ferenczi (Fourcade, 2010), dans laquelle il n'hésite pas, par exemple, à laisser son patient lui donner des coups pour décharger son agressivité (Pierrakos, 1987). Les premières modifications de la technique thérapeutique apparaissent plutôt chez les successeurs de Pierrakos, comme Barbara Ann Brennan. Le parcours de cette thérapeute est exemplaire de la fusion entre les thérapies psychocorporelles dérivées de Reich et la religion New Age, mélange de mysticisme occidental et oriental, retour du spiritualisme américain à partir de 1970. Le New Age repose ainsi sur l'idée qu'un nouveau monde, meilleur en tous points que le précédent, va advenir grâce aux individus qui aujourd'hui atteignent voire dépassent leur potentiel humain et surtout spirituel. Pierrakos fait explicitement référence à *« la naissance du nouvel âge »* dans son ouvrage, ce qui inscrit bien sa méthode thérapeutique comme préhistorique à celles du mouvement, que Barbara Brennan va largement participer à développer et promouvoir.

2.4.5. L'invention d'une thérapie

Cette dernière est issue d'une famille américaine assez pauvre, ce qui fait de son parcours et de sa réussite financière une *success-story* semblable à celle de nombreux autres guides spirituels aux Etats-Unis (Albanese, 2000). Dans son ouvrage princeps *Hands of light*[47], un best-seller paru en 1989, Brennan relate son parcours. Elle raconte son enfance, ses longues heures passées assise seule dans les bois à observer, à sentir la présence des bêtes et des arbres des bois du Wisconsin où elle a grandi. Son évolution personnelle et personnelle forme une boucle, un retour à ces expériences singulières :

> *« Adolescente, j'ai cessé de vagabonder dans les bois. J'ai commencé à m'intéresser au fonctionnement de la vie et à me demander pourquoi les choses étaient ce qu'elles sont. En quête d'un ordre cohérent pour comprendre le monde, je me posais des questions sur tout. Puis j'ai fréquenté l'Université où j'ai passé une maîtrise de sciences en physique atmosphérique. J'ai travaillé ensuite pour le Département de la Recherche de la NASA pendant plusieurs années. Plus tard, j'ai complété ma formation et suis devenue conseillère. Ce n'est qu'après avoir exercé quelques années dans cette branche que je me suis surprise à voir des couleurs autour de la tête des gens. Je me suis souvenue alors de mon vécu enfantin dans les bois. C'est à ce moment-là que j'ai compris que ces expériences préludaient à la naissance de mon haut sens de perception, disons de ma clairvoyance. En fait, ces délicieux secrets de mon enfance m'ont finalement conduite au diagnostic et à la guérison de maladies graves. » (Brennan, 1993, p. 23-24)*

Après environ six années à la NASA, Brennan s'est réorientée pour devenir thérapeute en bioénergie. Elle a suivi en 1975 le cursus de l'institut Core Energetics dirigé par Pierrakos, ce qui lui a appris les secrets de la lecture de l'aura (Albanese, 2000). Elle fonde ainsi sa méthode thérapeutique sur une caractérologie proche de celle de Pierrakos, et distingue cinq types de personnalité en fonction de leurs caractéristiques psychologiques, somatiques et auriques. Par ailleurs, elle accorde une place prépondérante aux Chakras. Ceux-ci sont, dans la culture hindouiste, des nœuds constitués par la circulation d'énergie dans le corps (voir

[47] Le livre, préfacé par Pierrakos, peut se lire à la fois comme une biographie, comme un ouvrage de self-help et comme un manuel de soins.

glossaire). Brennan en dénombre sept et les associe à des fonctions corporelles et psychologiques.

Le modèle pathogénétique de Brennan pourrait être qualifié de Freudien. Dans une perspective développementale, les personnalités se constituent au cours de l'enfance, dans les rapports avec les figures d'attachement premières, en même temps que l'aura, énergie spirituelle provenant d'un domaine de la réalité spirituelle qui précède à l'enfant, se raccroche sur le corps et le protège en constituant des chakras. La conception de Brennan est ici particulièrement proche des stades psychosexuels freudiens, si l'on attribue à l'aura les fonctions de l'énergie psychique et de la libido. L'aura, en résultante, trouve son pendant psychanalytique dans le Moi-Peau d'Anzieu, car elle possède les mêmes fonctions subjectives d'enveloppe contenante et de barrière de contact[48]. La maladie est un *« déséquilibre »*, un signal d'avertissement d'une rupture du lien à soi-même, de l'équilibre — nous pourrions presque dire de l'harmonie — interne. La psychopathologie provient, selon Brennan, de *« blocages »* dans la constitution de l'aura du fait de situations traumatiques vécues dans l'enfance. L'aura adopte alors des formes défensives ou déficitaires qui se maintiennent à l'âge adulte. Comme l'aura est un trait d'union entre spiritualité, psyché et soma, les problèmes auriques peuvent concerner chacun de ces domaines. La spiritualité prime cependant sur les autres dimensions de l'existence, et le traitement de l'âme, conçue comme entité distincte du corps, doit toujours être recherché.

Brennan prend pour référence la révolution de la physique quantique et la dualité onde-corpuscule pour justifier une conception selon laquelle la matière n'est que la forme la plus dense d'une énergie générale, une vibration universelle, et finalement une lumière divine. Elle propose ainsi qu'il existe plusieurs couches d'auras qui se superposent dans différents niveaux

---

[48] Un extrait laisse entrevoir une conception toute particulière du refoulement et de la conflictualité névrotique, présentée en des termes énergétiques : *« Dans notre enfance, une faible proportion de nos expériences intimes sont perçues par notre entourage, ce qui crée un conflit intérieur entre la préservation du moi et sa confirmation par les autres. Or, les enfants ont besoin de confirmations. Au stade de l'apprentissage, nous nous fondons sur celles qui proviennent du monde extérieur. Il en résulte soit la création de mondes secrets, fantasmatiques, soit un rejet d'une grande partie de la réalité intérieure non confirmée, exigeant la création d'un lieu de stockage en vue d'une vérification ultérieure. En d'autres termes, nous bloquons nos expériences, qu'il s'agisse d'images, de pensées ou de sensations. Plus le blocage est fort, plus nous nous séparons, provisoirement du moins, de portions importantes d'expériences. Nous nous enfermons littéralement hors de nous-mêmes. Dans les chapitres 9 et 10, nous avons parlé des taches et des zones d'ombre dans le champ aurique. Ce sont précisément ces taches, correspondant aux tampons dans les circuits, qui brisent la force du flux d'énergie dans le champ et finissent par provoquer des maladies. On leur donne parfois le nom de « substance stagnante de l'âme ». Ces « pelotes » d'énergie refoulée, comprimée, nous isolent de nous-mêmes, des autres et du monde. »* (Brennan, 1993, p. 220)

de réalité. L'idée, dérivée de la psychologie des profondeurs Jungienne selon laquelle le psychisme se présente en strates d'organisations différentes, se retrouve ainsi transposée à un raisonnement métaphysique. Brennan indique qu'il existe trois *« plans de réalité »* interconnectés : le physique, lui-même composé de quatre dimensions (physique, émotionnel, mental et éthérique), le plan astral, *« pont entre le spirituel et le physique »*, puis le plan spirituel, qui rassemble le *« moule éthérique »*, le *« plan céleste »* et le *« gabarit kétherique »*. Les évènements et expériences du plan physique, dans cette perspective, sont la dernière étape de réalisation d'une *« volonté supérieure »*, d'une *« force créatrice originelle »*. Dès lors, *« la santé se maintient tant que la force créative issue des couches spirituelles se conforme à la loi universelle ou cosmique » (ibid., p.229),* en somme, tant que l'harmonie entre l'homme et le cosmos est préservée. L'organisation pulsionnelle Freudienne est renversée dans une cosmologie, un nouveau *mundus imaginalis* inspiré des révolutions scientifiques et du spiritualisme américain de la fin du XIXème siècle.

Brennan réintroduit justement les esprits dans le travail thérapeutique, et se forge alors un rôle de thérapeute à l'intermédiaire entre le magnétiseur mesmeriste, le médium spirite et le somnambule guérisseur. Dans sa méthode, Brennan utilise à la fois les modalités de soins des magnétiseurs comme les éclairs de lucidité des somnambules et l'éloquence magique spirite. Elle découvre ainsi, pendant des sessions d'entraînement de ses perceptions auditives, qu'elle est accompagnée par un guide, à l'instar d'Eva Pierrakos avec qui elle avait travaillé pendant sa formation de thérapeute. Celui-ci se nomme *« Heyoan »*, ce qui signifie, selon Brennan : *« Le vent qui souffle la vérité à travers les siècles »*. La thérapeute affirme qu'il est dans un plan de réalité ou la question du genre ne se pose pas, même s'il elle utilise le pronom *« Il »* à son propos. Brennan affirme également que tous les êtres ont des guides, et parfois, les guides parlent entre eux lors de la thérapie. Comme tous les guides, Heyoan est bienveillant et aide sa protégée dans tous les actes de sa vie quotidienne, mais plus particulièrement dans les soins. Les patients de Brennan peuvent discuter librement avec lui par son intermédiaire, et Heyoan dispense ses conseils thérapeutiques et ses enseignements métaphysiques[49]. Le guide, à l'instar du Valet de Puységur, se montre capable de formuler les sources de la maladie, leur traitement, et leur issue. Brennan l'illustre dans la cure de David, un patient chez qui elle perçoit un problème énergétique au foie :

[49] Voici un exemple : « Une substance précise, prise au moment voulu, agit comme un agent de transformation. », p.423

« David avait entendu parler d'un sérum fabriqué au Canada, efficace semblait-il, dans le traitement des asthénies. Devait-il le prendre ? « Non, répondit Heyoan. Ce sérum peut aider un peu, à la rigueur, mais j'en conseille un autre plus actif. » Heyoan me dit qu'il s'agissait d'un remède comparable à la quinine, employée dans le traitement de la malaria. Puis il me montra une image représentant une piscine et me dit que la première partie du nom de ce médicament commençait par le mot « chlore », du nom de la substance désinfectante des piscines... quelque chose comme chloro-quinine... De la chloroquine ! Selon Heyoan, si David prenait ce médicament, il purifierait son foie. Je vis alors une image du foie de David redevenu clair et bien rouge après un nettoyage à l'aide d'un liquide argenté. Heyoan ajouta que David pourrait se le procurer en consultant un médecin pratiquant dans le quartier de New York où il habitait. Il ne devait pas observer la posologie standard, mais varier la dose quotidiennement en fonction de ses besoins, contrôlés à l'aide de son HSP et d'un pendule. […] La semaine suivante, j'eus la surprise de le voir arriver chez moi muni de ce produit, dont je n'avais jamais entendu parler auparavant. David était allé voir le médecin en question et lui avait demandé s'il connaissait le remède décrit par Heyoan. Le docteur avait consulté son Vidal, y avait trouvé aussitôt la nomenclature de la chloroquine, prescrite dans les cas d'hépatite chronique.» (Brennan, 1993, p.433).

Pour parvenir à une telle clarté, Brennan s'exerce avec discipline à modifier son état de conscience. Elle propose à ses lecteurs de pratiquer comme elle une série d'exercices, semblables à du yoga, afin de garantir la circulation de l'énergie dans le corps. Elle conseille également d'entretenir son hygiène de vie, car l'aptitude du thérapeute dépend aussi de sa propre santé : *« Pour bien prendre soin de vous, vous devez observer une routine quotidienne, méditer, faire de l'exercice, suivre un bon régime alimentaire, des règles d'hygiène, vous reposer suffisamment lorsque c'est nécessaire, vous distraire, poursuivre un but personnel, avoir des amis tout en préservant votre intimité. »* (ibid., p.437). Mais surtout, elle propose une grande variété de méthodes pour développer son *« Haut Sens de Perception »* (HSP), car c'est de ce dernier qui permet d'observer l'aura, ou *« Champ d'Energie Humaine »* (CEH). Parce qu'il est question, pour Brennan, d'entraîner simultanément le corps et la psyché à se rendre capable de percevoir au-delà des sens habituels, autant que de rendre en contact avec des plans de réalités plus élevés, ces exercices s'apparentent autant à un entrainement sportif qu'à un

parcours mystique. Brennan s'inspire des idées de Bandler et Grinder et découpe le HSP en composantes sensorielles visuelles, kinesthésiques, olfactives, auditives et gustatives, puis propose à chacun de trouver sa modalité privilégiée d'extra-sensorialité. A travers de nombreux exemples issus de sa vie personnelle, Brennan rend compte du développement lent et souvent inattendu de ses capacités perceptives, ce qui illustre exactement le discours du mouvement du potentiel humain et du nouvel âge.

Le HSP constitue le socle pratique du magnétisme de Brennan, à l'instar du *« sens interne »* cher aux somnambules du XIXè siècle. Sur la base du HSP, de la caractérologie et de sa correspondance avec une topographie aurique et spirituelle, Brennan développe un système thérapeutique complexe qui combine plusieurs méthodes d'interventions, ce qui en fait un modèle véritablement holistique. Dans les strates du corps physique, elle utilise les exercices bioénergétiques dans une perspective similaire à Lowen et Pierrakos. Elle adresse les dimensions psychologiques de la souffrance du sujet par un travail psychothérapique semblable à une psychodynamique des relations d'objet. Les innovations thérapeutiques de Brennan se situent surtout sur le traitement des domaines les plus éthérés de la réalité. Pour traiter le *« moule éthérique »*, elle canalise Heyoan et les guides du malade pour des opérations de *« chirurgie spirituelle »*. Dans ces situations, Brennan se retrouve paralysée et observe des mains lumineuses s'ajouter aux siennes et mener des actes chirurgicaux sur le corps et l'aura du malade à l'aide d'outils médico-spirituels comme des scalpels ou des seringues énergétiques. Brennan travaille aussi par la transmission directe d'énergie grâce à l'intention et la concentration. Elle emprunte à Rosalyn Bruyère, une autre pionnière du soin énergétique[50], le procédé de *« chélation »*, qui consiste à *« faire circuler l'énergie dans le corps par étapes, en partant des pieds, de la façon la plus naturelle qui soit, en vue d'équilibrer et d'assainir tout le système […] »* (ibid., p.339).

Ce modèle fort complexe qui associe psychologie, mysticisme européen et hindou, auto-expérimentation et hypothèses métaphysiques, homéopathie, acupuncture et exercices de développement personnel s'organise dans un système cohérent autour des couleurs de l'aura. Elle remarque assez tôt dans ses observations les auras peuvent prendre toutes les couleurs du spectre lumineux, que ces variations de couleurs sont associées aux émotions consciemment ou inconsciemment éprouvées par les sujets, ce qui lui permet d'établir un tableau de

[50] Cette dernière a également travaillé avec le couple Pierrakos. Elle a aussi pris part aux recherches sur l'aura de Valeria Hunt (Albanese, 2000). Elle participe encore régulièrement dans des recherches scientifiques américaines sur les soins énergétiques et la détection de l'aura.

correspondance entre couleurs et émotions. Par exemple, une aura rouge signe des sentiments forts et passionnés, comme la colère ou l'amour, tandis que le jaune est reflète l'intellect, ou que l'or traduit la connexion avec le divin. Pour Brennan, travailler avec une couleur ne signifie pas seulement visualiser ou se concentrer sur une couleur : *« Pour faire du bleu, vous devez « être bleu », quel que soit le sens que vous conférez à cet état d'être. Il s'agit donc d'expérimenter à titre personnel ce que signifie pour vous l'état bleu. »* (ibid., p.390). Les couleurs correspondent également à des *« fréquences vibratoires »*, elle-même directement liées à la nature des émotions ressenties ou des pensées formulées ainsi qu'aux différents niveaux de réalité (physique, astral, spirituel).

En tentant d'articuler ainsi procédés spirites de canalisation, magnétisme et psychothérapie, le système de Brennan vient à proposer une nouvelle synthèse qui cherche à s'affranchir de ses racines. Brennan souhaite ainsi que ce modèle de correspondances remplace la vieille conception fluidique du magnétisme :

> *« Je vous conseille vivement d'apprendre à canaliser les couleurs, même si certains guérisseurs n'utilisent pas ces techniques, ou plutôt prétendent ne pas les utiliser. En fait, ils s'en servent constamment. Mais ils aiment se persuader qu'ils manient au bout des doigts je ne sais quel « fluide », ce qui est parfaitement faux »* (ibid., p.390)

Inspirée par le paradoxe de la dualité onde-corpuscule, elle tente de remplacer la conception fluidique par une conception vibratoire du magnétisme, mais ne maintient pas cet effort pendant tout l'ouvrage, ce qui traduit bien la *« nécessité conceptuelle »* de la représentation de l'énergie vitale (Jolliot, 2003). En ce sens, le modèle de Brennan est donc prototypique de la position du soin énergétique au crépuscule du XXè siècle :

> *« L'aura est véritablement le « chaînon manquant » de la biologie, de la médecine et de la psychothérapie. Les émotions, les pensées, les souvenirs, les modèles de comportement dont nous discutons sans fin en thérapie ne planent pas dans nos imaginations. Ils sont localisés en ce « lieu », situés dans le temps et l'espace, tout comme les pensées et les émotions circulent entre les individus à travers le champ d'énergie humaine. En les étudiant, il est possible de manipuler cette activité. » (Brennan, 1993, p. 155)*

Brennan annonce, dès son premier ouvrage, le succès commercial de la méthode qu'elle va vendre les années suivantes : *« Dans un proche avenir, je suis convaincue qu'il existera des*

programmes officiels de formation à l'usage des guérisseurs pratiquant l'imposition des mains et des magnétiseurs. Si vous briguez le statut de guérisseur professionnel, cherchez-en un dès maintenant et devenez son apprenti. » (ibid, p.33). Son livre, édité au format poche, connait un grand succès dans les dix années qui suivent. Brennan est une communiquante habile, et multiplie les canaux de diffusion (Albanese, 2000). Comme Coué avant elle, elle publie des CDs, cassettes, livres, fait des émissions de radio pour raconter son parcours et parler de sa méthode. Elle représente un modèle de réussite personnelle qui se retrouve dans les fondements de sa méthode. L'un des derniers chapitres de son ouvrage, intitulé *« Profil d'une nouvelle médecine : un patient devenu guérisseur »* relate le cas d'un malade devenu acteur de sa propre guérison, et même de celle de sa nouvelle femme. La méthode de Brennan constitue ainsi un aboutissement de ce long processus de décantation du centre de la psychanalyse vers la périphérie des nouvelles médecines dans lequel le sujet malade devient un sujet auto-thérapeute.

Par ailleurs, le travail de Brennan s'entremêle à d'autres méthodes dans ce renouveau du magnétisme. Par exemple, la vague d'immigration provenant d'Asie des années 1970 aux Etats-Unis apporte avec elle des modifications du paysage social et notamment l'arrivée du Reiki, une méthode de soins énergétiques issue du mysticisme japonais qui va connaitre de nombreux adeptes (Miles & True, 2003). Rosalyn Bruyère fait également paraitre en 1989 son livre sur les chakras *« Wheels of Light ».* Une autre méthode qui émerge après 1970 est le *« Therapeutic Touch »*, née de la rencontre entre Dora Kunz, une médium guérisseuse élevée dans la doctrine théosophique, et Dolorès Krieger, une professeur universitaire de soins infirmiers. Cette dernière a cherché à systématiser et populariser les guérisons qu'elle observait au contact de Dora Kunz. Pour cela, elle aussi a emprunté les concepts de chakra au mysticisme hindou, et a nommé le champ d'énergie humaine *« prana »* terme qui désigne le souffle vital dans les textes indiens. Le Therapeutic Touch est ainsi un protocole systématisé d'imposition des mains (Levin, 2011; Rosa, 1998). Toutes ces méthodes, et bien d'autres encore, forment depuis la fin des années 1980 le corpus de la *« médecine énergétique »* que nous nous proposons d'étudier.

Chapitre 3. La place du soin énergétique dans l'offre de soins contemporaine

3.1. Le soin énergétique, une thérapie alternative

3.1.1. Les thérapies alternatives et complémentaires

Le paysage actuel des pratiques thérapeutiques est scindé en deux catégories. D'un côté se trouvent la médecine fondée sur les preuves, la biomédecine et tous les soins qui sont soutenus, encadrés et conventionnés avec les pouvoirs publics. D'un autre côté restent toutes les pratiques thérapeutiques qui n'entrent pas dans la première catégorie et que l'on qualifie pour cette raison *« d'alternatives »*, de *« complémentaires »*, de *« parallèles »* aux soins de la première catégorie. Par exemple, l'institut de santé publique des Etats-Unis, le National Institutes of Health (NIH) a retenu la dénomination *« Médecines alternatives et complémentaires »* pour classifier ces diverses pratiques hors du giron biomédical. Un comité d'experts précise les contours des thérapies qui entrent dans cette catégorie dans un rapport commandité par le NIH :

> *« Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) constituent un large domaine de ressources qui comprend les systèmes, modalités et pratiques de santé avec leurs théories et croyances, qui sont autres que celles intrinsèques au système de santé dominant d'une société ou culture particulière dans une période historique donnée. Les MAC incluent toutes les ressources perçues par leurs utilisateurs comme associées avec une évolution de santé positive. Les frontières entre les MAC et le système dominant ou au sein des MAC elle mêmes ne sont pas toujours précises ou fixes. » (Committee on the use of complementary and alternative medecine by the american public, 2005, p. 19)*

Cette définition résume les nombreuses difficultés liées à la catégorisation de ces pratiques. Ainsi, les différentes appellations (alternative, complémentaires ou parallèles) renvoient en réalité à plusieurs modèles d'interaction entre les pratiques issues de l'évolution des sciences biomédicales et celles qui se développent à ses frontières (Suissa et al., 2020). Il s'agit toujours de dynamiques d'interactions aux frontières entre des pratiques ou des groupes de pratiques, comme le précise Olivier Faure (2020) :

> *« Sans doute faudrait-il remettre en cause l'idée qu'il existerait dans la médecine deux camps bien séparés par une frontière étanche et des conceptions*

incompatibles : d'un côté une médecine scientifique cohérente et imperméable au doute s'opposant à des médecines irrationnelles constituées contre elle. Ce sont au contraire les emprunts réciproques et les circulations entre les deux qui frappent l'observateur. » (p. 133).

Dans cette perspective, le terme *« alternatif »*, comme le terme *« complémentaire »*, inclut une certaine notion de choix de la part du patient parmi des ressources thérapeutiques disponibles (Suissa et al., 2020). Il y aurait ainsi des dispositifs de soins immédiatement accessibles, et à côté de ceux-ci, des alternatives, ou des compléments thérapeutiques. Le terme alternatif signifierait alors que ce choix serait exclusif, la sélection d'une alternative entrainant l'abandon momentané des autres. L'idée de complémentarité, à l'inverse, traduit plutôt la possibilité de pouvoir choisir plusieurs méthodes simultanément, et de les articuler ensemble pour en obtenir le meilleur bénéfice. Une méthode complèterait alors les défauts d'une autre. Le terme *« parallèle »*, quant à lui envisage plutôt deux parcours de soins clairement délimités par les trajectoires différentes qu'ils proposent en vue d'atteindre un même horizon de résultat. Aucune articulation ne peut s'envisager alors entre ces deux voies parallèles qui ne se rencontrent jamais.

Par ailleurs, d'autres termes sont parfois utilisés en France. Certains parlent de médecines *« douces »* (Bauhofer & Robin, 2019; Schwartz, 1986) ou *« de support »* (Pinsault et al., 2014). L'idée de la douceur des MACs est plus proche d'un argument marketing[51] que de la réalité, puisque ces méthodes sont très diverses et englobent des pratiques parfois éprouvantes, comme le jeûne, certains types de manipulations corporelles ou encore la prise de substance psychotropes. La douceur traduit plutôt une position de contestation face à une médecine fondée sur les preuves qui pourrait alors être qualifié de *« dure »*, en raison de la froideur de ses méthodes ou de son rigorisme. Enfin, la proposition de parler de médecines *« de support »*, en raison de leurs applications complémentaires à des procédés thérapeutiques lourds, comme la chimiothérapie ou les opérations chirurgicales, peut certainement être appropriée pour les modalités thérapeutiques qui interviennent dans ce cadre, comme les massages par exemple, mais pas pour d'autres méthodes dont les objectifs sont largement plus ambitieux que le simple bien-être. Les soins énergétiques, par exemple, peuvent être utilisés

[51] Le terme est justement utilisé par Médoucine, une entreprise qui propose un outil de prise de rendez-vous en ligne similaire au géant Doctolib.

pour apaiser les douleurs, mais également pour atteindre une forme d'éveil spirituel qui dépasse le seul cadre thérapeutique.

Un autre aspect de ce problème réside également dans le choix de parler de *« médecine »*, de *« thérapies »*, de *« pratiques »* ou de *« méthodes »* alternatives, complémentaires ou parallèles. Chacun de ces termes implique également un changement de perspective. L'académie française de médecine définit ainsi son art : *« Discipline dont l'objet est le secours de la vie, le soulagement et la prévention de toutes les souffrances physiques ou mentales de la personne humaine, depuis sa conception jusqu'à sa mort. »* (Dictionnaire médical en ligne de l'académie de médecine). La thérapeutique quant à elle désigne la *« Discipline médicale qui se consacre aux moyens pouvant être utilisés pour supprimer une maladie ou corriger les lésions produites par un traumatisme et prévenir leurs séquelles »* ainsi que le *« traitement proposé à un malade »* (ibid.). La *« pratique »* met l'accent sur les actes effectués par un sujet pour en aider un autre, tandis que la *« méthode »* renvoie à la démarche qui coordonne ces actes. Ces définitions assez larges ne sont pas unanimement partagées, et des auteurs contemporains proposent de réserver le terme de médecine aux seules disciplines scientifiques (Pinsault et al., 2014).

Cependant, l'OMS reconnait que l'on puisse parler de *« médecine »* traditionnelle pour parler de systèmes thérapeutiques élaborés hors de la stricte démarche scientifique : *« la médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. »* (2000, p. 1). Dès lors, dans une perspective plus sociologique, nous serions tentés de rapprocher la catégorisation des thérapies alternatives d'une délimitation de systèmes thérapeutiques culturels en fonction de leurs rapports de domination et d'échange. Les thérapies ou médecines alternatives renvoient alors à l'exercice de choix qui traduisent l'appartenance ou l'identification d'un sujet à une certaine culture. *« L'alternatif »* s'apparente ici à une *« contre-culture »*, une aire sociale régie par des codes différents de ceux qui sont les plus largement répandus dans une société donnée[52]. Ces derniers constituent une zone normée et normative qui définit les contours d'une médecine

[52] L'émergence de nombreuses thérapies alternatives, notamment le soin énergétique, dans le mouvement du New Age dans la contre-culture américaine des années 70 traduit bien cette dynamique. Dès lors, ces thérapies peuvent également être en retour pensées comme des productions culturelles liées aux interactions entre groupes sociaux, comme nous l'avons montré dans la dernière partie de notre historique.

« conventionnelle ». Cette dernière s'appuie notamment en France sur le conventionnement des pratiques et l'encadrement des titres professionnels. Les institutions françaises préfèrent parler de *« pratiques de soins non conventionnelles »*.

Une solution plus acceptable à ce problème de définition se trouve ainsi dans la décomposition des médecines en modèles étiologiques et thérapeutiques, dans la perspective de Laplantine :

> *« Il ne suffira pas […] de distinguer d'une manière sommaire « la médecine officielle » et « les médecines parallèles », car à l'intérieur de la première il y a en fait plusieurs médecines commandées par des modèles parfois résolument antinomiques. Quant aux secondes, elles constituent un champ extrêmement diversifié, plutôt caractérisé par l'antagonisme que par la convergence. » (1986, p. 15).*

L'auteur propose plutôt de considérer qu'il coexiste une pluralité de systèmes médicaux, eux-mêmes composés de modèles de la souffrance et de la guérison qui tantôt s'excluent, tantôt se rapprochent. Cette diversité participe à l'adoption, à l'abandon et au renouvellement des méthodes thérapeutiques selon des logiques de domination. Les systèmes dominants peuvent ainsi absorber ou mettre au rebut les systèmes dominés. La plupart de ces systèmes sont fondés sur des représentations des rapports de causalité entre la santé et la maladie. A ce titre, bon nombre de ces représentations sont inconscientes, ce qui produit un décalage entre les définitions manifestes de ces systèmes et le raisonnement latent qui les anime.

La place du soin énergétique dans les classifications des thérapies alternatives est particulièrement révélatrice de cet écart entre le manifeste et le latent. Par exemple, la taxonomie exposée dans le rapport du comité d'experts du NIH dénombre cinq grandes catégories de thérapies alternatives :

- les systèmes thérapeutiques traditionnels, tels que la médecine chinoise ou l'ayurveda qui sont considérés comme des systèmes théorico-cliniques à part entière, dont l'action passe par plusieurs modalités thérapeutiques. Ces systèmes sont construits à partir d'autres modèles de référence que ceux de la médecine classique.
- les interventions psycho-corporelles (*« Mind-Body interventions »*) sont des méthodes cliniques visant à agir sur l'esprit afin guérir le corps. Le comité classe ici l'hypnose, la méditation ou encore la prière.

- les traitements à base biologique englobent les régimes et tous les traitements à base de vitamines, plantes, minéraux ou d'une quelconque substance biologique.
- les thérapies manuelles (*« Manipulative and body-based methods »*) concernent toutes les pratiques centrées sur la manipulation directe du corps comme l'ostéopathie ou encore la chiropraxie.
- les thérapies énergétiques (*« energy therapies »*) désignent les méthodes qui admettent l'hypothèse de l'existence de champs d'énergie humaine, comme le qi gong, le Reiki ou le Therapeutic touch.

La vaste majorité des travaux scientifiques se fonde aujourd'hui sur cette catégorisation pour évaluer la diffusion des MAC dans la société. Pourtant, le statut particulier attribué aux thérapies énergétiques ne permet absolument pas de tenir compte de la large répartition des conceptions vitalistes dans les MAC. En effet, les principes énergétiques que nous avons décrits dans notre historique sont généralement présents dans de nombreux systèmes thérapeutiques. Le cas de l'acupuncture est particulièrement révélateur de cette ambiguïté, dans la mesure où cette médecine se fonde sur la circulation dans le corps du Qi, une énergie vitale, mais s'intègre en même temps dans une tradition thérapeutique millénaire (Ma, 2000). Cette thérapeutique mérite donc autant d'être classée dans les soins énergétiques que dans les médecines traditionnelles. De la même manière, cette classification résiste mal à la proximité entre les thérapies manuelles, les soins énergétiques et les thérapies psychocorporelles. La méthode de Barbara Brennan, par exemple, combine ainsi les trois aspects, tandis que la méthode de Lowen attribue un statut métaphorique ambigu à l'énergie vitale, qui peut faire osciller la thérapie entre approche psychocorporelle et soin énergétique. Enfin, quel statut attribuer aux méthodes comme celles de Pierrakos qui placent l'élévation spirituelle comme finalité du processus thérapeutique ? Le titre de thérapie peut-il leur être attribué, ou doit-on préférer celui de religion ou de mouvement sectaire ?

Le fait que ces conceptions énergétiques du soin ne puissent entrer dans une catégorie stricte signe, dans les perspectives ouvertes par Laplantine, l'exercice tantôt manifeste, tantôt latent, de différentes représentations d'une dynamique de l'énergie vitale dans le développement des modèles étiologico-thérapeutiques. Précisons également que cette influence profonde du concept d'énergie ne permet pas à elle seule de résumer un système thérapeutique. Ainsi, le concept d'énergie vitale, qu'il soit explicité ou non, s'articule encore avec les différents modèles épistémologiques du soin repérés par Laplantine. L'énergie s'intègre aussi bien dans un modèle biomédical – le modèle de Mesmer en est un — qui consiste à substantialiser la

maladie et à la soumettre aux lois physico-chimiques, que dans un modèle psychomédical, dont la psychanalyse est un des meilleurs exemples. Elle se retrouve également dans le désorcellement, un système représentatif du modèle sociomédical dans lequel la cause de la maladie et son traitement sont à rechercher dans le groupe. Ceci nous amène à considérer que la conception énergétique constitue un modèle transversal à une grande diversité de MAC et même de systèmes thérapeutiques plus conventionnels. Les systèmes thérapeutiques dans lequel la notion d'énergie vitale est la plus manifeste restent cependant les médecines énergétiques.

3.1.2. Médecine énergétique : fondements, enjeux et débats actuels

Les médecines énergétiques sont un ensemble de méthodes qui se fondent sur l'hypothèse que l'humain possède un champ d'énergie susceptible d'être mesuré mais surtout manipulé dans un but thérapeutique. Elles succèdent aux guérisseurs religieux ou traditionnels, dont elles s'approprient et systématisent les pratiques. De ce fait, il existe certainement autant de médecines énergétiques que de traditions religieuses ou culturelles dans le monde, ce qui rend la catégorisation de ces thérapies particulièrement ardue :

> *« Il n'y a probablement aucune limite aux manières de catégoriser les traditions existantes de soins énergétiques : par une origine géographique commune, par des croyances communes sur les origines de la maladie et du dysfonctionnement, par des techniques communes, par la manière dont le processus de guérison est formulé, par la présence ou l'absence d'une dimension spirituelle importante, et plus encore. » (Levin, 2011)*

En Occident, et plus particulièrement aux Etats-Unis, et en Europe, ces médecines s'appuient depuis les années 1970 sur les découvertes du bio-électromagnétisme du XXè siècle pour étayer des propositions thérapeutiques qui proviennent parfois de différentes traditions mystiques, religieuses ou du magnétisme animal. Un de ces travaux scientifiques princeps est celui de l'anatomiste Burr et du philosophe Northrop (1935) intitulé *« The Electro-Dynamic Theory of Life »*. Les auteurs proposent dans cet article d'adopter un point de vue systémique sur l'organisation cellulaire afin de compléter les travaux de recherche dominants sur les interactions locales entre les cellules. Cela les amène à explorer la morphogenèse à partir de la notion de champ. Burr et Northrop prennent ainsi pour exemple les interactions entre le champ électromagnétique et les particules comme modèle pour proposer l'existence de patterns organisateurs de l'activité cellulaire. Cette théorie suppose donc qu'en supplément des règles

locales d'échanges cellulaires, il existe aussi une dynamique globale, émergente, qui régit l'ensemble des cellules. La théorie de Burr a eu initialement peu d'impact dans son propre domaine (Levin, 2020). Ses contemporains et ses successeurs ont préféré se focaliser sur les interactions chimiques et électriques locales entre les cellules, et ce n'est qu'à partir du début du XXIè siècle que ses travaux ont été relus et reproduits. Les nouveaux modèles issus des théories de la complexité résonnent ainsi avec les réflexions centenaires de Burr et Northrop.

Par ailleurs, le XXè siècle est marqué par plusieurs découvertes et controverses sur les effets biologiques des radiofréquences (Bren, 1996). Le contrôle des fréquences radio, alors envisagées autant comme moyen de communication que comme armes potentielles, fait partie des objectifs des Etats-Unis pour assurer leurs supériorité sur l'URSS dans la guerre froide (Grimaud, 2018). Les effets thermiques des radiofréquences sont confirmés autour de 1960, mais ceux-ci avaient déjà été appliqués en médecine dans la première moitié du XXè siècle (Bren, 1996). Plusieurs débats sur les effets des ondes radio ont eu lieu à partir de 1960, quand ces technologies sont entrées dans la vie domestique avec le four à micro-ondes et la télévision (ibid.). Les ondes sont alors une représentation plus concrète de sentiments sociaux partagés, captés et rendus opérants dans les dispositifs thérapeutiques. Selon Lowen par exemple, la société et ses évolutions technologiques produisent des effets délétères, ce qu'il souligne dans *La bioénergie* :

> *« Toute thérapie est handicapée par le fait que nous vivons dans une culture qui n'est pas orientée vers l'activité créatrice et le plaisir. Comme je l'ai souligné par ailleurs, elle ne s'accorde pas aux valeurs et aux rythmes d'un corps vivant mais à ceux des machines et de la productivité matérielle. On ne peut s'empêcher de conclure que les forces qui inhibent l'auto-expression et qui, par conséquent, abaissent le fonctionnement énergétique dérivent de cette culture et en font partie. Toute personne sensible sait qu'il lui faut une énergie considérable pour ne pas se laisser prendre par l'allure forcenée de la vie moderne, avec ses pressions et ses tensions, ses violences et son insécurité. » (Lowen, 1976, p. 40-41)*

Les observations des thérapeutes trouvent donc un support physique de choix dans les radiofréquences : invisibles mais supposées délétères, elles reflètent l'influence inconsciente et néfaste de la société sur les individus. Dans un mouvement inverse, il devient plausible de

considérer les radiofréquences et autres forces électriques invisibles comme des remèdes[53]. Mais, étant donné que les solutions technologiques sont souvent perçues comme contre-nature[54], c'est donc vers des solutions plus naturelles que les thérapeutes souhaitent se tourner. Et quoi de plus naturel que des méthodes manuelles pratiquées parfois depuis des millénaires par différentes cultures ? C'est sur ce deuxième argument que se fondent les médecines énergétiques, celui de l'omniprésence et de la diversité des systèmes thérapeutiques traditionnels basés sur une énergie vitale, l'aspect transculturel de la représentation de l'énergie autorisant tous les syncrétismes. Les thérapeutes psycho-corporels des années 1970 découvrent ou redécouvrent ainsi les textes des traditions orientales qui mettent en scènes des représentations de corps énergétiques. A l'instar de Brennan, ou de Krieger et Kunz, ils en extraient les éléments théoriques, et plus particulièrement la topographie énergétique, puisqu'il n'existe pas d'antécédent d'une telle topographie dans les courants ésotériques occidentaux, pour développer leurs systèmes thérapeutiques.

La médecine énergétique est donc le fruit de tentatives d'assimilation entre innovations scientifiques et cultures millénaires, tradition et modernité (Charrasse, 2018), occident et orient. Cependant, cette assimilation est loin de produire une synthèse :

> *« Les systèmes de soins énergétiques sont historiquement, culturellement, religieusement, et phénoménologiquement variés. Il serait exagéré d'affirmer qu'il existe autant de types de pratiques de guérison qu'il y a de guérisseurs. Mais ce ne serait pas une énorme exagération. […] Si nous observions les guérisseurs de chaque tradition de guérison exercer leur métier, nous verrions une grande variété de styles à l'œuvre. Même au sein de traditions particulières, nous verrions des variations marquées. En effet, parmi les écoles ou systèmes de guérison spécifiques, tels que le Reiki ou la bioénergie, on peut trouver une multiplicité de styles de pratique dus à diverses lignées opérant sous la même "marque". En d'autres termes, les guérisseurs pratiquent la guérison de plusieurs manières différentes. » (Levin, 2011, p.14)*

[53] Il est courant pour les systèmes thérapeutiques que le remède et le poison soient souvent le même ingrédient, un « *pharmakon* » (Nathan & Stengers, 2016)

[54] Selon Lowen : « nous vivons dans une société civilisée, hautement technique, qui nous entraine de plus en plus loin du stade d'existence où s'est développée notre première nature. » (1976, p.92)

Levin propose tout de même de classer les médecines énergétiques en quatre grandes catégories :

- Les médecines dérivées des systèmes traditionnels de l'Asie de l'est, comme le Reiki ou le Qi Qong
- Une tradition occidentale des méthodes *Therapeutic Touch* et *Healing Touch,* présentes presque exclusivement aux Etats-Unis, notamment chez les infirmiers qui sont massivement formés à ces soins (Rosa et al., 1998)
- Une tradition bioénergétique de l'Europe de l'ouest, et nous pourrions ajouter, de l'ex-URSS
- Une tradition métaphysique inscrite dans le New Age représentée par Brennan ou Rosalyn Bruyère

L'auteur reconnait que ces catégories peuvent facilement être remises en question, ce à quoi nous souscrivons, au regard par exemple des liens évidents entre le *Therapeutic Touch* et la religion New Age, mais classifier constitue cependant une première étape nécessaire pour pouvoir étudier ces nombreux systèmes thérapeutiques. Nous proposons d'ajouter à cette catégorisation *« culturelle »* une gradation de ces thérapies en fonction de leurs références à des modèles ou des travaux scientifiques. En effet, si certains systèmes puisent plutôt dans les traditions mystiques, comme le Reiki, la pénétration progressive de ses soins dans l'offre thérapeutique générale médecine moderne à conduit certains scientifiques à s'intéresser aux fondements de l'énergie vitale. Les recherches sur le *« Biofield »* (un champ d'énergie biologique, selon Rubik et al., 2015) sont un bon exemple de cette dynamique et mettent en exergue plusieurs problématiques inhérentes à cet objet de recherche.

Le Biofield est un terme employé pour décrire le champ énergétique du vivant, et plus particulièrement celui de l'humain, dans une tentative de rassembler à la fois les conceptions traditionnelles de l'énergie vitale et les modèles scientifiques sur le bioélectromagnétisme. Selon le groupe de chercheurs à son origine, le Biofield est *« un champ dépourvu de masse, pas nécessairement électromagnétique, qui entoure et imprègne les êtres vivants et affecte le corps. »* (Rubik et al., 2015, p. 9). Cette proposition est loin de résoudre l'ambiguité qui existe autour de la nature du champ d'énergie humaine. Si une telle définition peut convenir aux praticiens qui utilisent la notion d'énergie de manière plus ou moins métaphorique pour illustrer ou expliquer leur méthode, elle doit difficilement satisfaire les chercheurs en biologie ou en physique qui s'appuient nécessairement sur les modèles plus classiques de l'électromagnétisme

ou de la thermodynamique. Un problème concret posé par cette définition est exposé par Warber et ses collaborateurs :

> *« La notion de "distance" doit également être examinée dans le contexte de la thérapie Biofield [...] Les métaphores électromagnétiques de la thérapie Biofield suggèrent que plus la distance entre deux corps augmente, plus la force du champ diminue. Les guérisseurs Biofield expérimentés, cependant, affirment avoir des effets similaires quelle que soit la distance [...] » (Warber et al., 2003, p. 54)*

La pensée des auteurs de la théorie du Biofield est ainsi partagée entre deux hypothèses. La première consiste à proposer que le Biofield se comporte comme un champ électromagnétique et qu'il obéit aux mêmes lois :

> *« Il est supposé qu'il existe une forme de bioénergie capable d'effectuer un travail et que cette énergie se comporte d'une manière similaire à l'électricité, ce qui implique que les concepts physiques de force électromotrice, de courant et d'impédance ont leurs équivalents dans la bioénergie. Il est en outre postulé que ces composants analogues sont liés par un équivalent aux lois d'Ohm et autres lois physiques de l'électricité. » (Hintz et al., 2003, p. 13)*

La seconde consiste à prendre en compte les observations des thérapeutes énergétiques, et à attribuer au Biofield des propriétés qui dépassent celles du champ électromagnétique. Avec cette hypothèse, les chercheurs tentent par exemple de rendre compte les effets bénéfiques de moyens aussi divers que la prière d'intercession ou la guérison à distance (Warber et al., 2003).

Ces deux hypothèses représentent fidèlement la polarisation des débats scientifiques autour des médecines énergétique et des thérapies alternatives en général, entre réductionnisme matérialiste et surplus d'humanité. D'un côté, il existe des positions sceptiques particulièrement critiques qui se fondent la plupart du temps sur des protocoles expérimentaux pour expliquer les performances singulières de certains guérisseurs (Ernst & Smith, 2018; Rosa et al., 1998). D'un autre côté, des chercheurs cultivent une approche plus favorable des médecines alternatives, souvent parce qu'ils sont aussi praticiens ou recourent à ces médecines (Warber et al., 2004). Les témoignages de praticiens ou de patients, les cas exceptionnels de la littérature (voir par exemple les expériences avec le célèbre guérisseur Estebany dans Grad, 1965), constituent un corpus de données qui motivent ces chercheurs à proposer de nouvelles théories

destinées à expliquer le fonctionnement de l'énergie vitale[55]. Des positions plus mesurées existent et tentent d'étudier les phénomènes de guérisons paranormales à partir de protocoles scientifiques plus rigoureux (Radin et al., 2015).

Ces deux fronts semblent se retrouver à une échelle plus grande dans l'ensemble de la société. En France, le débat sur l'efficacité, l'innocuité et les fondements des médecines alternatives se retrouve dans les pages des journaux spécialisés, mais aussi de la presse et des médias, dans ce qui s'apparente souvent à une *« guerre des médecines »* (Charrasse, 2019b). La zététique, un mouvement militant impulsé par Henri Broch dans les années 1990, s'inscrit ainsi dans un scepticisme systématique au sujet des pseudosciences et des *« thérapies étranges »* (Broch & Vidard, 2013). Ce mouvement s'oppose ainsi aux déclarations des partisans des thérapies alternatives à l'université mais aussi sur les réseaux sociaux (Monvoisin, 2007). Le recours privilégié au *« débunking »* ou *« déboulonnage »*, une méthode qui consiste à vérifier les fondements des affirmations les plus fréquemment données par le camp adverse, permet ainsi à ce mouvement de répondre d'une manière simple et didactique à des interrogations populaires sur le bien-fondé de certaines idées ou pratiques (Pinsault et al., 2014). Cependant, il n'existe pas de travaux français similaires à ceux du Biofield américain, c'est-à-dire qui tentent d'élaborer des modèles et des méthodologiques plus complexes — mais certainement plus clémentes avec les guérisseurs — pour évaluer les thérapies énergétiques[56].

Ce type d'études, surtout menées aux Etats-Unis et dans l'Europe de l'Ouest, ouvrent pourtant sur des pistes de réflexions intéressantes, car les théories des médecines énergétiques se nourrissent toujours des avancées scientifiques et des modèles les plus actuels, dans une perspective qui allie la force de croyances populaires avec la portée représentative des théories scientifiques les plus innovantes. Mesmer s'inscrivait ainsi dans la médecine électrique et la découverte du magnétisme terrestre, tandis que Freud revisite l'énergie à partir de la psychophysiologie. Reich travaille sur l'orgone selon le modèle du rayonnement radioactif du premier quart du XXè siècle et bascule progressivement sur celui des ondes au début de la

[55] Ces théories puisent toujours dans les technologies qui leurs sont contemporaines pour modéliser les interactions inhabituelles qu'elles se proposent d'expliquer. Brennan s'inspire par exemple de la dualité onde-corpuscule pour décomposer le corps en particules vibrantes d'émotion. Schwartz propose aujourd'hui de concevoir les interactions entre guérisseur et patient comme une forme de communication intercellulaire qui s'apparente à la téléphonie mobile (Schwartz & Simon, 2007).

[56] Les seuls travaux à l'heure actuelle sont des revues de la littérature anglo-saxonne sur l'efficacité de ces thérapies (Berghmans, 2020a, 2020b, 2021). Elles constituent un point de départ de la poursuite du travail expérimental mené aux Etats-Unis et surtout de son adaptation au contexte français.

guerre froide. Pierrakos, puis Brennan poursuivent cette adaptation des modèles et intègre la doctrine hindoue à une représentation du corps et de l'énergie inspirée de la physique quantique.

Aujourd'hui, le modèle du Biofield conçoit le soin énergétique sous l'angle d'une théorie de l'information et de la communication : il existerait des échanges d'information entre deux systèmes vivants par le biais d'un moyen d'influence invisible, le terme d'énergie étant utilisé jusqu'alors pour nommer et représenter ce moyen d'influence[57]. L'*« énergie »*, dans ce modèle, est une caractéristique universelle du vivant. Les systèmes vivants, comme l'être humain, sont constitués d'unités individuelles, les cellules, qui forment des sous-systèmes auto-organisés en évolution et en interaction avec l'environnement. L'homme devient, dans cette perspective tirée de la théorie du chaos déterministe, un système dissipatif (Prigogine & Stengers, 1979). Le Biofield constitue une propriété émergente de ce système, et son fonctionnement est alors qualitativement différentes des propriétés des unités qui le composent. Ce modèle a donc l'avantage de mettre de côté, sans nécessairement les exclure, les approches métaphysiques ou mystiques qui voient dans le soin énergétique une confirmation de l'existence d'autres dimensions, de corps subtils ou de fluides divins (Rubik, 2003).

L'hypothèse centrale des chercheurs du Biofield est la suivante : comme chaque cellule émet de l'énergie sous une forme électromagnétique, il existerait champ électromagnétique global à l'échelle du corps humain. Celui-ci adviendrait par un processus d'émergence, à partir de l'ensemble des émissions des cellules et permettrait une régulation globale du corps. Différents points de vue sur la nature du Biofield existent (Rubik, 2003). Des auteurs envisagent ce champ dans une perspective systémique, il serait issu des échanges d'informations entre les différents composants de l'organisme, tandis que d'autres postulent qu'il existe des mouvements non-linéaires de champs magnétiques faibles dans le corps dont le tracé et les intersections formeraient les canaux visés par l'acupuncture. Ces modèles admettent communément qu'un champ électromagnétique propre au corps d'un individu participe à faire circuler des informations entre les niveaux micro et macro cellulaires. Par conséquent, les fonctions principales du Biofield sont de permettre l'organisation et l'équilibre dynamique du système et de ses différents composants, ainsi que d'organiser les échanges d'énergie entre l'intérieur et l'extérieur du système. Ces propositions rejoignent ainsi, près de cent ans plus

[57] Il existe cependant plusieurs représentations et conceptualisations de cette énergie dans les systèmes thérapeutiques. Certaines pratiques renvoient à des acceptations plus classiques de ce concept, comme l'électromagnétisme, tandis que d'autres utilisent ce terme pour représenter une action directe de la conscience sur la matière, enfin, certaines pratiques considèrent l'énergie comme une composante psycho-spirituelle.

tard, celles de Burr et Northrop sur la possibilité de mécanismes de régulation *top-down* de l'organisme[58].

L'enjeu central de ces modèles énergétiques réside dans leur résistance à la critique scientifique et à l'expérimentation. Les propositions du Biofield sont ainsi soutenues par des expériences sur l'influence biologique des champs magnétiques. Les effets néfastes comme bénéfiques de l'électricité et de l'électromagnétisme sont étudiés depuis le XXè siècle (Bren, 1996). Depuis le dernier quart du XXè siècle, un corpus important de données existe sur l'impact biologique des champs électromagnétiques, comme la production d'hormones, la réponse immunitaire, l'apoptose, la reproduction des drosophiles, ou encore la cicatrisation (Berg, 2004). Des applications techniques à ces travaux ont vu le jour, et des dispositifs utilisant des champs électromagnétiques faibles sont employés dans le traitement des fractures ou de l'ostéoporose (Vavken et al., 2009). En revanche, plusieurs méta-analyses indiquent qu'en plus d'être plus couteux, l'efficacité de ces dispositifs n'est pas significativement supérieure à une prise en charge classique (physiothérapie) (Gremion et al., 2009; Vavken et al., 2009).

Ce même type d'aporie est fréquemment exploité par les sceptiques pour réfuter en bloc les théories des médecines énergétiques et l'importante collection de cas individuels qui les soutiennent habituellement. Par exemple, le livre *Hands of light* de Brennan est assez représentatif de la manière avec laquelle la validité des théories spéculatives des médecines énergétiques repose surtout sur leur efficacité clinique, et comment celle-ci est démontrée à partir d'études de cas individuels exemplaires. Or, les liens entre l'amélioration des patients traités avec ces méthodes et la validité des modèles n'est pas univoque. Nous avons repéré trois types d'erreurs épistémologiques fréquentes dans les débats sur ces thérapies. La première consiste à penser que la pratique est toute entière contenue dans la théorie proposée, alors que le plus souvent, le modèle théorique est une abstraction de la pratique et une isolation de certains de ses éléments, les effets extérieurs à la théorie entrant dans une large part de la variabilité des résultats thérapeutiques. La seconde suppose que l'accumulation de cas singuliers constitue la preuve de l'existence universelle d'un processus. La troisième erreur est celle qui consiste à proposer qu'il existe un lien causal direct entre le modèle théorique et les faits observés, entre succès thérapeutique et méthode employée.

[58] Il nous semble difficile de concevoir comment aujourd'hui, dans un monde traversé par des ondes et télécommunications de toutes sortes, un tel champ bio électromagnétique pourrait exercer quotidiennement ses fonctions mais être influencé significativement dans les seules situations thérapeutiques.

L'histoire de la médecine énergétique — ainsi que celle de la psychothérapie — est grêvée de cette troisième erreur. Ainsi, les travaux critiques s'appuient souvent très justement sur cette faille épistémologique pour ensuite réfuter en bloc un système thérapeutique énergétique. Cette perspective sceptique s'attache ainsi à repérer méthodiquement les affirmations les plus élémentaires du système théorique afin de les mettre à l'épreuve de la méthode expérimentale. Le protocole des Rosa (1998) cherche ainsi à évaluer la fiabilité de la perception du champ d'énergie par les praticiens du Therapeutic Touch. Ce système est en effet bâti sur le fait que les praticiens apprennent et sont capables de percevoir l'aura d'autres êtres humains par l'intermédiaire de leurs mains. Emily Rosa, une élève de l'école primaire âgée de neuf ans, propose de tester cette affirmation pour un exposé de sciences. Avec sa mère, elle établit un protocole simple. Des praticiens expérimentés du therapeutic touch s'assoient à une table, et laissent dépasser leurs mains posées sur la table sous un paravent qui masque leur vue. Après quelques minutes attribuées au praticien pour se préparer à l'exercice par les moyens habituels (méditation, ancrage), l'expérimentateur venait placer aléatoirement sa main à une dizaine de centimètres au-dessus d'une de celles du praticien testé. Le praticien devait alors deviner si la main de l'expérimentateur était près de sa main gauche ou de sa main droite. Puisque les thérapeutes revendiquaient pouvoir sentir le champ d'énergie humaine, il était attendu que leur capacité de détection soit infaillible, sinon largement supérieure à celle qui serait obtenue par un sujet qui choisirait au hasard entre main droite et main gauche. Or, après vingt-huit sessions de dix tests aléatoires, la moyenne des détections correctes des praticiens (4,4) se rapproche de celle du hasard. La conclusion des auteurs est sans appel :

> *« À notre connaissance, aucune autre étude objective et quantitative impliquant davantage que quelques praticiens du TT n'a été publiée, et aucune étude bien conçue ne démontre un quelconque bienfait du TT sur la santé. Ces faits, associés à nos résultats expérimentaux, suggèrent que les allégations du TT sont infondées et que la poursuite de l'utilisation du TT par les professionnels de la santé est injustifiée. » (Rosa et al., 1998, p. 1009)*

Toutes sortes d'objections ont été invoquées par les tenants du *Therapeutic Touch* pour réfuter ces résultats, et plusieurs arguments s'appuient sur les dispositions psychologiques individuelles des praticiens ou de l'expérimentateur pour justifier l'échec de la détection[59]

[59] Ces deux arguments sont assez représentatifs : *« L'expérience d'Emily ne valait rien car elle ne se déroulait pas en double aveugle. Les auteurs ont un parti pris contre le TT et tout résultat expérimental rapporté par eux doit être écarté. Les parents d'Emily l'ont poussée à faire ça pour pouvoir détruire le TT. Le champ d'énergie d'Emily*

(Kreidler, 2019). Il semble s'agir là d'une constante rhétorique dans les systèmes thérapeutiques énergétiques : lorsque les expériences échouent à montrer la validité du modèle, c'est que des facteurs psychologiques sont entrés en jeu. Cependant les modèles énergétiques tolèrent mal l'irruption de la psychologie et des effets de l'intersubjectivité dans la pratique. Par exemple, le magnétisme animal en a largement fait les frais de cela, puisque le rapport de l'académie est parvenu à démontrer l'existence d'importants effets de suggestion dans le succès du magnétisme. Cela produit alors une situation inextricable dans laquelle l'intention consciente ou inconsciente du thérapeute comme du patient peuvent produire des effets expérimentaux. Certains auteurs, comme Rubik, proposent de prendre en compte, d'isoler et de mesurer ces effets dans des expériences portant sur des cellules et dans lesquelles l'état psychique du thérapeute constitue une variable indépendante (Rubik et al., 2006). Une autre option consiste à tenter de s'extraire de ces rapports psychologiques par l'utilisation de moyens technologiques.

Nous retrouvons ici un fait marquant de l'histoire des soins énergétiques, qui apparait autant dans le magnétisme animal que dans l'orgono-thérapie : la constitution d'un *« baquet »*, dispositif à mi-chemin entre la technologie et le mythe, supposé pouvoir objectiver l'énergie vitale et faciliter son maniement. Caisse en bois chargée de limaille de fer chez Mesmer, caisse en fer chargée de coton chez Reich, le baquet est un dispositif intermédiaire qui allie matière naturelle et matière inerte, une sorte de totem qui représente l'union efficiente de la nature et de la culture, le domptage technologique d'un principe naturel. Ce dispositif sert plusieurs fonctions. Tout d'abord, il arrache à la nature et rend visible le fluide que seuls les sujets instruits aux procédés énergétiques peuvent constater. Il concrétise et rend palpable ce qui se produit dans une expérience intersubjective et a d'abord une fonction d'objectivation[60]. En ce sens, il devient une manière d'arracher les effets du fluide à la situation relationnelle. Le baquet s'interpose donc entre le thérapeute et son malade, car le recours à un objet inerte vient démentir les effets de la suggestion, c'est la fonction d'innocentation, pour reprendre le terme de Roussillon[61] (1992). Enfin, ces deux qualités participent à la troisième fonction du baquet, qui

---

ne convenait probablement pas pour ce test. Soit elle avait (a) des mains froides ou mortes sur le plan bioénergétique ; (b) un champ pubère sauvage ; (c) un champ trop parfait (ou trop sain) ; (d) un champ à portée trop courte ; (e) un champ si grand qu'il englobait les deux mains d'un sujet ; ou (f) elle a supprimé ou mal orienté son champ (consciemment ou inconsciemment) pour tromper ses sujets. » (Kreidler, 2019)

[60] Cette même fonction d'objectivation peut parfois se doubler d'autres fonctions sociales secondaires, notamment celle de démonstration. Le caractère spectaculaire des séances médiumniques et la dérivation du spiritisme en divertissement populaire illustre ainsi comment la table, en tant que baquet, supporte l'objectivation de l'esprit.

[61] Evidemment, cette innocentation ne peut avoir lieu puisque le dispositif est toujours pris dans le langage qui l'apporte sur la scène thérapeutique, dans une communication, qui, peu importe sa forme, véhicule nécessairement influence et suggestion. L'objet même garde en lui les traces de sa conception, une certaine mémoire de

est celle de l'expérimentation. Le baquet permet et facilite l'empirisme, puisqu'il répond d'une manière fiable aux sollicitations, contrairement aux sujets humains.

Aujourd'hui, pour les chefs de file des recherches sur le Biofield, la possibilité de mesurer le champ d'énergie humaine à l'aide d'un appareil est probablement l'une des pierres angulaires à l'intégration et au développement de ces théories en médecine classique (Hufford et al., 2015). Il est attendu par les chercheurs et praticiens de médecine énergétique que l'objectivité apportée par une machine pouvant produire des mesures stables et reproductibles permette d'établir un socle de preuves de l'existence de l'énergie. La Russie et les Etat-Unis ont fourni les principaux contributeurs du XXè siècle à ce projet de construction de machines à mesurer l'aura. En Russie, le procédé photographique Kirlian, découvert fortuitement par les époux du même nom en 1939, donne lieu à plusieurs publications sur le sujet, et inspire Konstantin Korotkov, un professeur d'informatique et de biophysique, à développer la *« Gaz Discharge Visualisation »* (GDV), un moyen d'observer les fluctuations de l'aura en temps réel à la fin du XXè siècle (Korotkov & Wisneski, 2004). Même si cela freine rarement l'activité interprétative intense auxquels il donne lieu, ce type de mesures est cependant toujours indirect et souvent aléatoire, puisque les procédés des Kirlian ou la GDV sont nécessairement biaisés par de nombreuses variables physiologiques (conductance de la peau, sudation, etc) mais aussi contextuelles, voire psychologiques si l'on postule un lien entre les émotions et l'aura. Dès lors, l'idée de mesurer expérimentalement ces énergies mène à une impasse :

> *« Si l'on accepte que les énergies vitales existent et qu'elles peuvent influencer les propriétés physiques de la matière, alors les énergies vitales interagiraient avec certains ou tous les facteurs ci-dessus, ajoutant encore à la complexité du système.*
>
> *Il est donc peu probable que l'électrophotographie puisse jamais donner une mesure directe du flux d'énergie vitale — comment l'influence des variations de l'énergie vitale pourrait-elle alors être isolée expérimentalement des autres variables qui opèrent dans ce système complexe ? » (Duerden, 2004, p. 123)*

Si ces explorations aboutissent à des impasses sur le plan scientifique (Tart, 1972), elles rencontrent cependant un succès populaire puisque les praticiens de médecines alternatives,

---

l'environnement culturel dans lequel est venu au monde, et qui résonne singulièrement avec ceux qui interagissent avec lui.

comme leurs malades, peuvent investir dans ces dispositifs pour les appliquer à des fins thérapeutiques (Peltzer, 2009). La valeur de ces dispositifs dépasse souvent le crédit scientifique qui leur est accordé, certainement parce qu'ils permettent de démocratiser la lecture de l'énergie vitale et de favoriser la domestication de l'invisible par tout un chacun, comme le remarque justement Grimaud :

> *« Énergie et champs vibratoires semblent être aujourd'hui les invisibles les mieux partagés, les meilleurs alliés d'une forme d'écologie mondiale, où les éleveurs de truffes du Carnac dialoguent avec les physiciens quantiques, les médecins ayurvédiques indiens et les acupuncteurs chinois. » (2018, p. 153)*

Le versant occidental des soins énergétiques, outillé par ces dispositifs, représente donc la face d'un discours mondialiste et universaliste marquée par l'écologie, le courant de la psychologie transpersonnelle et la religion New Age. Curieusement, les valeurs véhiculées dans ces systèmes thérapeutiques apparaissent comme un lointain écho de celles portées par le Mesmérisme. En effet, le corporatisme médical très important de la société royale de médecine du XVIIIè a favorisé le déploiement du magnétisme animal parmi les soignants des classes populaires et des milieux plus ruraux (Wilson, 1993). Le soin énergétique pourrait donc se comprendre aujourd'hui comme un mouvement de lutte contre la perte de vue du *« projet compassionnel »* d'une médecine toujours plus technique, technologique et parfois déshumanisante (Fragu, 2004)[62].

Par ailleurs, malgré ses idées essentiellement conservatrices, la doctrine de Mesmer a servi de moteur d'émancipation pour différents groupes sociaux, et notamment les femmes (Edelman, 1995; Wilson, 1993). Le mouvement a été un vecteur de rencontre et de cohabitation pour des individus de milieux sociaux variés : militaires, docteurs, vétérinaires, ecclésiastiques, membres du parlement, avocats, négociants, hommes de lettres, savants… (Armando & Belhoste, 2018). Cependant, cette inclusivité est surtout un débat de surface, puisque les discussions se déroulent entre individus de même inscription sociale et forment plutôt des jeux rhétoriques bien plus que de véritables oppositions politiques (ibid.). En ce sens, le développement des soins énergétiques version New Age semble reproduire ce débat entre un savoir *« occidental »* et une tradition *« orientale »*, réputée plus humaniste, seulement cette

[62] L'auteur compare le rôle du médecin moderne à celui d'un ingénieur du risque qui veille à ce qu'il n'y ait pas de panne dans une centrale. La médecine est ainsi menacée d'être happée dans un mouvement déshumanisant (ou trans-humanisant), qui propose, par la technique, de remplacer progressivement l'humain faillible par un humain idéal, exempt de tout désordre d'organe.

polarisation n'est entretenue que par des individus issus des classes moyennes des sociétés modernes et capitalistes qui se préservent ainsi dans leur habitus. Le problème de la topologie énergétique est particulièrement révélateur de cette dynamique. L'intégration des Chakras ou des méridiens d'acupuncture dans les systèmes énergétiques occidentaux en tant que preuves fondatrices de l'universalité de cette médecine ignore deux problèmes de taille. D'une part, la médecine hindoue est largement remodelée entre la fin du XIXè et le début du XXè siècle au contact des dispositifs technologiques médicaux des colons. Cela donne lieu donne lieu un métissage colonial des représentations du corps dans la société hindoue à partir de 1930 (Mukharji, 2016). D'autre part, la localisation des précieux points et méridiens d'acupuncture se déroule plutôt comme une négociation politique que comme un travail de consensus scientifique (Kuo, 2020). Le soin énergétique doit dès lors se lire et s'analyser à l'aune de ses propositions théoriques et techniques les plus communes, mais aussi par rapport à ses modalités d'appropriation locales et peut-être même individuelles.

3.1.3. Spécificités des guérisseurs français

Le soin énergétique s'intègre en France dans un paysage thérapeutique marqué par des spécificités locales et régionales. Comme l'a remarqué Jeanne Favret-Saada dans son étude sur la sorcellerie en France, il existe une opposition entre des systèmes thérapeutiques qualifiés de populaires ou ruraux et la médecine des grandes villes (Favret-Saada, 1977). Les régions rurales sont des terrains propices à l'invention de modalités thérapeutiques alternatives, sur la base de traditions rurales et culturelles régionales fortes (Favret-Saada, 1991). La sorcellerie Bocaine, que l'anthropologue conçoit comme *« une thérapie de l'exploitation agricole familiale »* est un des produits de cette plasticité des systèmes thérapeutiques alternatifs (Favret-Saada, 1986). Le désorcellement, comme activité thérapeutique, a des liens étroits avec toutes les autres activités thérapeutiques rurales, et en ce sens, il nous importe d'en préciser les contours.

La sorcellerie, selon Favret-Saada, se manifeste de la manière suivante. Une exploitation agricole est frappée par la répétition de *« malheurs ordinaires », « ceux qui se répètent sans raison et sur une longue période dans une exploitation : les bêtes et les gens deviennent stériles, tombent malades ou meurent, les vaches avortent ou tarissent, les végétaux pourrissent ou les sèchent, les bâtiments brûlent ou s'effondrent, les machines se détraquent, les ventes ratent »* (Favret-Saada, 1986, p. 2). Devant le caractère inexplicable de ces séries noires, un tiers annonciateur, lui-même ayant été victime de sorcellerie, vient proposer un porte de sortie à l'exploitant, sous la forme d'une suspicion de sorcellerie (*« Y'en-a-ti pas qui te voudraient du mal ? »*). C'est toujours au chef de famille que s'adresse le sort jeté par un malveillant. Ses

possessions — les membres de la famille comptent comme tel — ne sont touchées que parce qu'elles font partie de sa *« surface »*, un périmètre symbolique unifié par le nom de l'agriculteur[63] (Favret-Saada, 1977). La famille ensorcelée est menée à un désorceleur, un sujet capable de lutter contre le sorcier qui s'en prend à l'exploitant par des moyens surnaturels. Il s'engage alors une longue lutte pour que le désorceleur puisse renvoyer le sort au sorcier, ce qui équivaut, dans ce domaine, à tuer ce dernier.

Favret-Saada repère la place importante de la *« force anormale »* qui caractérise le sorcier et le désorceleur. La dynamique sorcellaire est avant tout une lutte économique, dans lequel le sorcier, un être avide et cupide, a pour objectif de vampiriser la force magique d'un exploitant rival. Plus l'agriculteur se fait drainer, plus il arrive de malheurs sur la surface dans laquelle s'étend sa force magique. Le terme du processus, en sorcellerie, est la mort de l'agriculteur au profit du sorcier qui récupère son capital de force magique. L'auteur remarque que les représentations de cette force ont évolué entre la sorcellerie de la fin du XIXè et celle des années 1970 :

> *« Au XIXe siècle, la « force » circulait plus librement qu'aujourd'hui : il arrivait à des individus ordinaires — ni désorceleurs ni sorciers — de jeter un sort pour défendre le droit et la justice. (Mais on ne dit pas d'où leur venait cette « force ».) […] Dans les récits contemporains, au contraire, la circulation de la « force » est réglementée de façon stricte : elle ne peut aller que d'un sorcier à sa victime (un fermier ordinaire, dépourvu de « force ») ; et du désorceleur requis par la victime au sorcier de celle-ci — le désorceleur n'ayant aucune raison d'exercer sa « force » hors de cette situation particulière. Conséquence : le désorceleur a vu sa compétence se réduire mais, dans ces nouvelles limites, il est désormais le seul à pouvoir réduire une crise. » (Favret-Saada, 1986, p. 13-14)*

Cette évolution, dans le contexte français, traduit peut-être celle des représentations de l'énergie vitale. Dans le magnétisme animal, le fluide magnétique était un principe naturel à la portée de tous. Avec le somnambulisme et la vague spirite du XIXè apparaissent un nouvel intérêt pour des sujets spéciaux, des somnambules ou médiums plus performants que d'autres dans le maniement des forces occultes. A la fin du XIXè, il existe ainsi des différences entre les positions des spirites ou des anthroposophes et celles des magnétiseurs. Les premiers pensent

[63] La surface de Jean Babin se compose donc de sa femme, Mme Babin, de sa ferme, son élevage, ses machines agricoles…

que les capacités innées des médiums sont le signe d'une certaine élévation spirituelle[64], tandis que les seconds tentent d'étudier et de démocratiser le travail du fluide[65]. La littérature du début du XXè siècle sur la détection de l'aura, marque également cette opposition. Les conceptions du théosophiste Leadbeater, qui pense que les phénomènes occultes restent réservés à une poignée d'individus supérieurs[66], s'opposent à celles de Kilner qui fabrique des lunettes pour rendre accessible la lecture de l'aura (Grimaud, 2018). Les études des métapsychistes français du début du XXè siècle sont également centrées sur la recherche et l'investigation de médiums réputés (Evrard, 2016). L'idée plus prégnante que certaines personnes auraient des « dons », des capacités innées ou acquises pour manier la force vitale aurait peut-être émergé de ces transformations des représentations de l'énergie au début du XXè siècle ?

Dans les années 1970, Jeanne Favret-Saada note que le *« don »* est omniprésent dans la sorcellerie du bocage normand (Favret-Saada, 1977). Le « don » est intimement lié avec le quotient de *« force anormale »* dont dispose le sujet, elle-même attribuée socialement à une personne par des jugements basés sur son apparence (être grand et imposant, ou au contraire très menu), son regard (avoir les *« yeux troublés »* ou *« vitreux »*) et sur son comportement. Ce *« don »* est un prérequis pour exercer sa *« force magique »*, mais ne se concrétise que par la réception d'un *« secret »*, transmis par un précédent désorceleur (ou par un sorcier supposé) au moment de sa mort. Le secret renverse le don en dette. Il contraint son détenteur à faire un usage de sa force magique dans certaines règles imposées par la nature même du secret, sans quoi ce surplus de force va le *« travailler »* de l'intérieur et parfois le rendre malade.

Le secret assujettit celui qui le possède à des lois de transmission. Communiquer le secret, c'est s'en défaire, aussi le secret ne se partage qu'à un porteur jugé digne de reprendre le flambeau. Il ne se transmet qu'en dernier ressort, dans une situation désespérée ou au crépuscule de la vie. Dans le cas des sorciers, le secret est supposé être écrit dans un livre

---

[64] Héléna Blavatksy, une des fondatrices de la théosophie, parle de la troisième mission théosophique, dédiée à l'étude des *« propriétés occultes de la matière et des pouvoirs psychiques de l'homme »*, comme d'un privilège réservé à une petite portion de la société, ceux qui sont des *« mystiques nés »* ou des *« théosophistes naturels »* qui deviendront les guides et les professeurs des hommes (Blavatsky & Blavatsky, 1890).

[65] Voici par exemple une réclame publiée dans le manuel d'enseignement du magnétisme de Durville : « *Rédigés dans un style simple et concis qui les met à la portée de toutes les intelligences, avec des exemples de guérison montrant la simplicité et la valeur de la méthode, ces conseils permettent au père et à la mère de famille ainsi qu'à l'amateur d'appliquer le Magnétisme avec succès, au soulagement et à la guérison des diverses maladies dont leurs enfants, leurs parents, leurs amis peuvent être affectés. »* (Durville, 1895, p. 34)

[66] Nous ne retrouverons plus cette conception dans les ouvrages de Leadbeater en 1927. Accessibles à tous, les *« pouvoirs psychiques »* sont sensés se présenter naturellement chez celui arpente la voie de l'occultisme, pour peu qu'il soit mûr à les découvrir et à les exercer. En revanche, la quête de ces pouvoirs ne doit pas être recherchée (Besant & Leadbeater, 1927).

interdit, découvert fortuitement ou transmis et dont la lecture est en elle-même un rite initiatique. Favret-Saada n'explique pas de quoi est constitué ce secret, mais il semble s'agir plus précisément de prières, ou d'une forme de savoir-faire hermétique à l'explicitation. En revanche, l'anthropologue Dominique Camus (2015) insiste sur le caractère multimodal du secret chez les guérisseurs. Celui-ci intègre souvent une formule rituelle, mais aussi des gestes précis à effectuer avec une main ou un doigt en particulier. Il peut nécessiter des accessoires et parfois s'adjoindre de prescriptions, comme celle de se rendre dans des lieux saints. Cette complexité du secret permet au guérisseur d'en conserver l'usage même si l'un de ses aspects venait à être identifié (Camus, 2015).

Celui qui détient à la fois le don et le secret peut exercer sa *« force »* de manière bénéfique ou maléfique. Dans ce contexte se dessine donc un autre type de thérapeute : le rebouteux. Il s'agit d'une personne née avec un don et qui détient un ou plusieurs secrets, généralement familiaux, qui lui permettent de repousser le mal chez les autres. Le rebouteux est souvent considéré comme un désorceleur *« pour le bien »* (Favret-Saada, 1977), car il se contente d'aider la victime et ne s'engage pas dans le combat à mort avec le sorcier. A la différence du désorceleur, le rebouteux *« cerne »* le mal sur le corps de la victime, il est incapable d'agir sur l'ensemble de sa *« surface »*. L'anthropologue remarque cependant que la pratique du rebouteux — aussi appelé *« cerneur »* dans le bocage — ne semble pas se différencier vraiment du désorcèlement : *« Si j'emploie les termes de cerner et de cernage, c'est d'ailleurs à dessein, pour mettre en évidence la liaison – soigneusement occultée dans le parler local – entre les pratiques de guérison magique, qu'on prétend être absolument innocentes de toutes références aux sorts, et les pratiques de sorcellerie ».* (Favret-Saada, 1977, p. 227) *La femme d'un cerneur lui dira à ce propos « qu'avec le désorceleur, ça y fait pareil qu'avec le cerneur, et que, si ça se trouve, c'est la même chose. »*

Le rebouteux est donc une première option dans le traitement magique du malheur ordinaire, puisque le renvoi du sort au sorcier nécessite davantage d'implication dans le processus de désorcèlement. La place du rebouteux est d'agir et de soulager un problème aigu, voire de prévenir la majoration d'un problème chronique, à condition que ce problème concerne le corps du sujet et uniquement celui-ci. Au-delà, il est question d'une force magique qui nécessite une action d'un autre ordre, passant dans la dynamique sociale et symbolique particulière au désorcèlement. L'intentionnalité est également tout autre dans le désorcèlement, car il s'agit pour le désorceleur de faire la guerre au sorcier, en déclarant son désir de mort envers lui et en lui livrant un combat de mots et de rituels. Par exemple, dans la cure de

désorcèlement de Jean Babin (Favret-Saada, 1977), le mari est guéri de son eczéma par un prêtre utilisant des prières, mais pas de son impuissance, qui nécessite l'entrée en scène de la désorceleuse. Le reboutement reste ainsi en deça du désorcelèment dans sa portée, ce qui implique selon nous que le reboutement peut alors être considéré dans une relation duelle soignant-soigné, tandis que le désorcèlement se déroule plutôt dans une dynamique sociale et symbolique.

Les observations de Jeanne Favret-Saada peuvent se généraliser à l'ensemble des régions rurales de France et sont certainement valables aujourd'hui, comme le montrent les travaux de Dominique Camus (1988) qui concernent la campagne bretonne entre 1980 et 1984 ; ou encore ceux de Clémentine Rainaut (2001), de 1996 à 1999 auprès des guérisseurs auvergnats, puis plus récemment ceux de Déborah Kessler-Bilthauer (2013), sur les guérisseurs lorrains entre 2005 et 2011, en passant par les systèmes thérapeutiques traditionnels corses en 2013 (Schmitt, 2019) et dernièrement les travaux de Charrasse (2019a) sur les magnétiseurs de la capitale et de province. Toutes ces recherches anthropologiques mettent en évidence la persistance, l'omniprésence et la vitalité des systèmes thérapeutiques marginaux français.

Cependant, depuis les observations de Camus, les magnétiseurs et les radiesthésistes apparaissent aux côtés des sorciers et des rebouteux. Il est difficile de savoir si ces catégories de guérisseurs étaient déjà présents dans nos campagnes lorsque de Jeanne Favret-Saada a fait son étude, puisqu'elle ne les mentionne pas[67]. Le contexte qu'elle dépeint en 1977 laisse plutôt entrevoir des systèmes thérapeutiques fondés sur la religion chrétienne, représentée par des prêtres ou des profanes qui prescrivent le recours à la prière, aux sels et à l'eau bénite. Camus constate que les pratiques *« médico-magiques »* se déclinent alors sous plusieurs formes. Les *« panseurs de secrets »* traitent des personnes d'atteintes spécifiques (brûlures, vers, verrues…) au moyen de rituels qu'ils détiennent. Les *« guérisseurs »* composés de magnétiseurs et radiesthésistes *« prétendent détecter et soigner les maladies des hommes et des animaux par l'intermédiaire d'ondes et de fluides qui, selon eux, constituent l'essence de toute chose. »* (Camus, 1988, p. 14). Les *« devins »* revendiquent un *« don magique »* qui leur permet de trouver les causes et les traitements des affections courantes. Ils adressent ensuite les malades à des connaissances qui ont les capacités de les soigner. Enfin, les sorciers entrent en jeu lorsque

[67] Notons à ce propos que Jeanne Favret-Saada souligne de nombreuses fois dans ses communications qu'elle n'a jamais vu personne jeter de sorts, et qu'elle doute donc de l'existence réelle des sorciers dans les affaires de sorcellerie normandes, tandis que Camus parvient à observer ces sorciers à l'œuvre en Bretagne.

les souffrances ne se cantonnent pas uniquement aux maladies mais à toutes les sphères de l'existence. Ils interviennent par la mise en jeu d'un tiers sur lequel jeter ou renvoyer un sort.

Les observations de Rainaut sont assez similaires à celles de Camus, tandis que celles de Kessler-Bilthauer et Schmitt se caractérisent par leur régionalisme. Les mythes, légendes et contes locaux structurent très largement le champ des pratiques des guérisseurs lorrains et corses. Ces mythes s'insèrent dans une culture chrétienne encore présente, et les combats de sorcellerie représentent des duels contemporains entre les pouvoirs de Dieu et ceux du Diable, à l'instar de ceux pratiqués autrefois et jugés dans les procès de sorcellerie (Kessler-Bilthauer, 2013). En revanche une différence de taille apparait entre les récits de Favret-Saada ou Camus et ceux de Kessler-Bilthauer. Les explications données par les guérisseurs-désenvouteurs ne se cantonnent plus à la seule accusation du sorcier dans l'apparition du malheur, mais s'appuient aussi sur un discours psychologique, psychosomatique et paranormal. Les représentations de *« corps énergétiques »* apparaissent comme médiations des actions des sorts. Par ailleurs, les désenvouteurs se savent en concurrence avec les médecins, et leur activité est la plus souvent secrète, clandestine, nocturne et partagée avec une autre profession. Cependant, il reste difficile de préciser si cette évolution appartient proprement à la pratique du désorcèlement ou au contexte d'observation de Kessler-Bilthauer, dans la mesure où celle-ci choisit de rassembler sous la même étiquette désorceleurs et guérisseurs. Nous pensons plutôt que ces transformations des représentations ont lieu dans l'aire intermédiaire des guérisseurs et des devins identifiés par Camus, mais que la pratique des désorceleurs évolue assez peu.

Cette idée est corroborée par les travaux d'Olivier Schmitz (Schmitz, 2006a, 2006b). Dans une enquête sociologique menée en Wallonie au début du XXIè siècle, il constate que les désorceleurs, rebouteux, faiseurs de secrets existent toujours mais que ceux-ci côtoient des professions thérapeutiques nouvelles que sont les radiesthésistes, géobiologues ou encore les maîtres reikis… Ces pratiques plus récentes, nées aux frontières de la spiritualité New-Age, des pseudo ou parasciences participent à un métissage avec les traditions thérapeutiques locales. En effet, le paysage culturel est profondément transformé par l'évolution des moyens de communication à l'orée du XXIè siècle. La généralisation des télévisions et des téléphones, puis l'arrivée d'internet facilite une *« acculturation paranormale »* (Edelman, 2006), un changement culturel déjà débuté dans les années 1970, et dans lequel s'intègrent de manière syncrétique les sciences humaines, la neurologie et l'occultisme. Les médias, et plus particulièrement les émissions télévisées, participent ainsi à mettre sur le même plan ces sujets variés :

« Les recherches et les découvertes en physique et en neurologie continuent en effet d'ouvrir des perspectives nouvelles d'exploration et de compréhension de phénomènes psychiques qu'il est impossible de confondre avec la voyance de foire ou l'astrologie. Pourtant les médias présentent bien souvent sans vergogne de vastes amalgames : l'espace du paranormal est attractif ; il ouvre des champs alternatifs aux espoirs perdus et aux croyances extraordinaires. Il est payant à tous égards. » (Edelman, 2006, p. 171)

Cette transformation de la culture accompagne des changements démographiques repérés par Schmitz : *« L'urbanisation des campagnes et l'évolution du monde rural ont rendu caduque l'opposition entre zones rurales et espaces urbains. Aujourd'hui, nombreux sont les citadins à consulter les guérisseurs et on trouve de nombreux guérisseurs exerçant en ville. »* (Schmitz, 2006a, p. 10). La pratique des guérisseurs fait donc preuve d'une remarquable plasticité et accompagne les changements démographiques et culturels qui se produisent sur notre territoire. Ces nouvelles formes de guérisons se caractérisent par le recours fréquent à des doctrines orientales (Schmitz, 2006b) qui se mêlent aux modèles thérapeutiques locaux de manière syncrétique (Laplantine & Rabeyron, 1987), et parfois entraînent une certaine forme de communautarisme, comme c'est le cas dans les néo-chamanismes (Ghasarian, 2006). Des groupements de guérisseurs naissent ainsi pour répondre aux accusations d'irrationalité qui leur sont adressés (Charrasse, 2019b).

D'un point de vue plus général, la démocratisation des pratiques thérapeutiques alternatives s'intègre de ce point de vue dans *« l'horizontalisation »* de la société au terme du recul des religions (Lebrun, 2015). Ces systèmes thérapeutiques tendent ainsi à s'intégrer de plus en plus dans l'organisation des soins du territoire et à faire flancher l'autorité et l'hégémonie médicale au moyen d'appels à la nature ou à la tradition (Charrasse, 2018). Le changement de la culture médicale n'est certainement pas étranger à cette dynamique, puisque le recours à des solutions thérapeutiques est maintenant envisagé selon deux modèles parfaitement articulés autour de la notion d'une santé vue comme un *« capital »* : un modèle consumériste et un modèle gestionnaire. Dans le premier modèle, les soins, comme les pratiques du bien-être peuvent donc s'inscrire, au même titre que la chirurgie esthétique, la psychothérapie ou les livres de développement personnel dans le champ d'une marchandisation du bonheur (Illouz et al., 2018). Dans le second modèle, le capital de santé ou de bien-être doit être entretenu dans une logique d'autogestion (Fragu, 2004) afin de se situer au sein d'une

norme socialement définie et dont le corps constitue le lieu d'application privilégié (Le Breton, 2017).

3.2. Fréquentation, motifs et raisons du recours aux soins énergétiques

Pour mieux comprendre la place du soin énergétique et son articulation avec la médecine conventionnelle, nous allons maintenant nous intéresser à la prévalence de son utilisation. Comme peu de données existent spécifiquement sur le soin énergétique en France et dans le monde, nous prendrons comme point de départ la prévalence de l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC), d'abord dans le monde puis en France. Ensuite, nous mettrons ces données en perspective avec les travaux anthropologiques qui concernent plus particulièrement notre territoire pour estimer la place que prennent les MAC dans les parcours de soins en France.

3.2.1. Prévalence des thérapies alternatives et complémentaires

Malgré la prégnance des systèmes thérapeutiques alternatifs spécifiquement français, la majorité des études démographiques ou sociologiques apportant des indications quantitatives récentes sur la fréquentation des guérisseurs sont anglo-saxonnes (Barnes, Powell-Griner, McFann, & Nahin, 2004; Eisenberg et al., 1998; Oldendick et al., 2000), même si quelques études ont vu le jour en Europe (Kemppainen, Kemppainen, Reippainen, Salmenniemi, & Vuolanto, 2017; Molassiotis et al., 2005) et en Asie (Ock et al., 2009). Toutefois, il ne semble pas exister, en France, de travaux sur la sollicitation des guérisseurs par le public. Aussi, dans le cadre de ce travail, lorsque nous n'aurons pas de données qui concernent directement la France, nous supposerons que la proportion de recours aux thérapies alternatives y est similaire à celle des autres pays occidentaux développés.

Dans les pays occidentaux, la prévalence des personnes qui se dirigent vers les MACs au moins une fois dans les douze derniers mois se porte entre un tiers et la moitié de la population. Le comité américain sur l'usage des MAC estime, à partir de nombreux sondages, qu'entre 30 et 62% des citoyens des Etats-Unis recourent aux MACs (Committee on the use of complementary and alternative medecine by the american public, 2005). Le territoire européen semble moins uniforme. D'après un rapport portant sur 39 pays de l'union européenne, il existe une grande hétérogénéité de la prévalence des MACs entre pays (de 0,3 à 86%) ce qui rend impossible toute estimation (Fønnebø et al., 2012). Cependant, une étude plus récente portant sur la population de 21 pays européens met en évidence que 17,9% des personnes de

l'échantillon (N= 33,371) utilisent fréquemment ces dispositifs de soin (Fjær et al., 2020). Selon cette même étude, 30% des français sont des consommateurs de MACs.

Aux Etats-Unis, les MACs les plus utilisées sont majoritairement la prise de substances supposées avoir un effet bénéfique comme la phytothérapie, les compléments alimentaires, vitamines ou divers régimes. Le plus souvent, le deuxième type MACs consommées sont basées sur les manipulations corporelles, comme l'ostéopathie, la chiropraxie ou les massages. Ensuite, viennent les thérapies psychocorporelles (mind-body thérapies) qui se concentrent sur l'interaction entre les émotions et le corps. Les soins énergétiques sont marginaux et ne correspondent à aucune catégorie dans ces études, certainement parce que leur apparition est plus récente, comme le notent les auteurs du rapport :

> *« Au cours des décennies 1970, 1980 et 1990, l'utilisation de certaines MAC a progressé plus rapidement que celle d'autres thérapies. Par exemple, les années 1970 ont été marquées par de fortes augmentations des taux d'utilisation de la phytothérapie, de l'imagerie, des soins énergétiques et du biofeedback, tandis que dans les années 1980, ce sont les taux d'utilisation des massages thérapeutiques et de la naturopathie qui ont augmenté le plus rapidement. » (Committee on the use of complementary and alternative medecine by the american public, 2005, p. 48)*

Il est difficile d'extrapoler ces résultats généraux aux médecines énergétiques, car il existe assez peu de consensus sur l'appartenance de tel ou tel type de thérapie à une classification, hormis celle de la NCCAM, qui n'est pas toujours adoptée par les chercheurs. Dans une étude européenne, Fjær et ses collaborateurs (2020) choisissent plutôt de séparer les thérapies *« physiques »* des thérapies à partir de *« consommables »*. Ils trouvent alors qu'en Europe, les deux types de MACs ont environ la même prévalence.

De surcroit, ces consensus peuvent toujours être débattus et remis en question. Par exemple, les médecines chinoises, qui comprennent phytothérapie, mais aussi l'acupuncture et le Qi Gong, sont considérées comme des systèmes médicaux traditionnels. Cependant, de notre point de vue, l'acupuncture comme le Qi Gong postulent l'existence d'une énergie corporelle spécifique qui peut être influencée par l'action du thérapeute, ce qui devrait légitimement placer ces thérapies dans la catégorie des soins énergétiques. Dans une autre perspective, ces thérapies sont parfois organisées par rapport à leur caractère *« alternatif »*, c'est-à-dire du plus conventionnel au moins conventionnel (Fennell et al., 2009). En fonction des classifications,

des thérapies comme l'hypnose peuvent être considérées comme alternatives, alors qu'il existe aujourd'hui une intégration relativement harmonieuse de l'hypnose dans la médecine classique. Enfin, il est difficile, via un questionnaire, de différencier les pratiques cliniques. Par exemple, sur l'item massage, il peut s'agir d'un massage strictement corporel ou d'un massage en lien avec des manipulations énergétiques. Il est donc probable que l'utilisation des thérapies alternatives à dimension énergétique soit sous-représentée.

Avec ces recherches, les auteurs tentent souvent de dégager un profil de l'utilisateur de MACs typique. Une revue systématique des enquêtes sur les prévalences des MACs l'exprime précisément : *« Toutes les études reconnaissent que les utilisateurs les plus fréquents des MCA sont des femmes d'âge mûr, riches, bien éduquées et blanches. »* (Ernst, 2000, p. 255). De plus, l'utilisation des MACs est massive en contexte pédiatrique. Une étude italienne rapporte par exemple que 76% des enfants souffrant de maux de têtes sont traités par les MACs (Dalla Libera et al., 2014). Les plus forts prédicteurs de cet usage sont le fait que les parents aient un niveau d'éducation élevé, que l'enfant soit de sexe féminin et que les mères consomment elles-mêmes des MACs. Néanmoins, ces affirmations sur le type d'usager des MACs sont à nuancer, puisque d'une part la prévalence des MACs est souvent plus forte dans les groupes ethniques[68] (Cherniack et al., 2008), et que d'autre part, la proportion de femmes varie selon les enquêtes dans les pays occidentaux (Fjær et al., 2020). Par ailleurs, la répartition des MACs est probablement différente dans les pays non occidentaux ou la prévalence de ces thérapies est très hétérogène (Peltzer & Pengpid, 2015).

Les MACs sont le plus souvent utilisés pour des problèmes de santé chroniques (Fjær et al., 2020) et surtout pour les problèmes musculo-squelettiques (Fønnebø et al., 2012). Dans le cas de problèmes somatiques comme les problèmes de dos, de cou ou de douleurs, le public fait majoritairement appel à des interventions plus spécialisées dont l'action est identifiée (chiropraxie, ostéopathie, massages) (Eisenberg et al., 1998). Selon certaines caractéristiques individuelles, comme le niveau d'étude et le milieu culturel, les individus se tournent vers des spécialités médicales culturellement plus marquées, comme la médecine ayurvédique, la médecine chinoise, ou encore la prière (Eisenberg et al., 1998). Il existe cependant une très faible représentation des problématiques de santé mentale, car celles-ci ne sont citées que dans une étude (Eisenberg 1997). Nous pensons qu'il s'agit d'un biais expérimental : les sujets

[68] Certains auteurs, toujours aux Etats-Unis, ne retrouvent pas cette disparité et observent l'usage des MACs est similaire entre toutes les ethnies, mais que c'est le type de MACs utilisé qui varie (Mackenzie et al., 2002). Pour ces auteurs, les CAMs sont donc des modalités de soins particulièrement adaptées culturellement.

interrogés sont certainement plus enclins à rapporter leurs maladies somatiques que leurs problèmes de santé mentale. Pourtant, des études dans les pays du nord de l'Europe montrent que la prévalence de l'utilisation des MACs s'élève à entre 30 et 70% chez les personnes qui souffrent de problèmes psychiatriques (Hoenders et al., 2011; Wahlström et al., 2008). L'anxiété et la dépression sont les conditions dans lesquelles cette prévalence est la plus élevée (Wahlström et al., 2008). Par ailleurs, dans l'étude d'Eisenberg (1997), il existe une corrélation positive entre la présence d'anxiété ou de dépression et la consommation de soins énergétiques. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il existe une convergence entre la prévalence de symptômes psychologiques, ou l'intensité de la souffrance psychologique parfois associée aux symptômes somatiques, et la proportion de consultations en soins énergétiques, ce qui laisse entendre un effet psychothérapique de cette modalité thérapeutique.

Dans une moitié des cas, les personnes se dirigent vers les MACs par curiosité, et sur recommandation de leurs proches (Eisenberg et al., 1998). Dans un tiers des cas, ce sont les professionnels de santé qu'elles consultent qui les orientent vers les MACs. L'utilisation des MACs est le plus souvent complémentaire au parcours de soin conventionnel, bien que dans la moitié des cas, les patients ne mentionnent pas ce suivi à leur médecin (Chao et al., 2008). Cela peut être problématique, quand on observe que la majorité des MACs consommés par les patients sont des remèdes à base de produits biologiques, qui sont donc susceptibles d'interagir avec des traitements médicaux déjà prescrits. Par ailleurs, l'utilisation de MACs fondées sur la consommation de produits naturels est plus fréquemment associée avec la présence d'opinions défavorables à la vaccination chez les patients (Guillaud, 2020). Cela traduit bien l'opposition entre les thérapeutiques alternatives vues comme naturelles ou saines et la médecine conventionnelle jugée dangereuse. L'envie d'éviter les effets secondaires des médicaments est souvent évoquée par les utilisateurs de MACs (Eisenberg et al., 1998).

Plus généralement, le motif de recours aux MACs apparait souvent lié à un sentiment d'insatisfaction vis-à-vis des soins conventionnels (Fønnebø et al., 2012; Guillaud et al., 2020), sauf dans le cas des problèmes de santé mentale ou aucune corrélation de ce type n'apparait (Wahlström et al., 2008). De surcroit, les utilisateurs des MACs les plus alternatives, parmi lesquels se trouvent les soins énergétiques et les thérapies biofield, sont plus souvent en rupture avec le système médical classique : ils consultent très rarement les médecins et leurs préfèrent des praticiens de diverses spécialités (Eisenberg et al., 1998). Ainsi, même s'il existe une tendance générale selon laquelle la souffrance et l'insatisfaction vis-à-vis de la médecine conventionnelle favorisent la recherche de solutions de recours (Guillaud et al., 2020), nous

pouvons également supposer qu'il existe en outre des motifs idéologiques ou culturels qui orientent le recours au MACs, voire leur usage exclusif. Il est cependant impossible de préciser, avec ces corrélations, si le choix des MACs est une conséquence de cette inscription culturelle alternative ou si au contraire, il cause une acculturation.

Dans cette perspective, une étude a montré que les raisons majeures guidant le choix de s'adresser aux MACs sont également liées à des croyances spirituelles ou à une approche holistique de la santé (Astin, 1998). Astin repère ainsi deux profils différents de consommateurs de MACs. Le premiers profil rassemble des sujets bien éduqués et en moins bonne santé que la population générale mais qui ne sont pas pour autant moins satisfaits de la médecine. Ces sujets ont le plus souvent vécu une expérience *« transformative », « qui a changé leur point de vue sur le monde d'une manière significative »* (Astin, 1998). Ils sont souvent identifiés par leurs pairs comme des *« innovateurs culturels »* [69] et entretiennent une vision philosophique et spirituelle de la vie. Ces personnes recourent aux MACs de manière complémentaire à la médecine conventionnelle, à l'inverse des sujets qui se retrouvent dans le deuxième profil. Ces derniers représentent moins de 5% de l'échantillon étudié et se caractérise par une insatisfaction plus grande à l'égard de la médecine conventionnelle. Ils souhaitent garder le contrôle sur leur santé et nourrissent également des intérêts pour la spiritualité et le développement personnel. Astin pense que le critère de l'usage exclusif ou complémentaire des thérapies alternatives doit ainsi être pris en compte pour différencier ces profils dans les études quantitatives. Sur un plan plus clinique, nous pensons toutefois que ce critère peut déterminer un degré d'adhésion à la philosophie sous-jacente à certaine MACs, une appartenance à la contre-culture qui s'exprime sur un continuum entre la culture majoritaire et la culture *« alternative »*[70].

Par ailleurs, Astin place le sentiment d'agentivité et d'empouvoirement (*« empowerment »*) face à la maladie au centre des choix thérapeutiques. La vaste majorité des personnes qui piochent dans une pharmacopée alternative cherchent avant tout à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou à les guérir. Dans la mesure ou ces individus choisissent et observent l'impact de leur choix de consommation sur leur santé, ils en dégagent un sentiment

[69] Selon l'auteur, ces sujets partagent les valeurs suivantes : « l'engagement en faveur de l'environnement ; l'engagement en faveur du féminisme ; l'implication dans des formes ésotériques de spiritualité et de psychologie du développement personnel, d'actualisation et d'expression de soi ; et l'amour de l'étranger et de l'exotisme. » (Astin, 1998, p. 1549)

[70] Cette réflexion trouve également du soutien dans les travaux sur la consommation de MACs par les minorités aux Etats-Unis (Mackenzie et al., 2002). Les MACs utilisées sont différentes selon les groupes ethniques d'appartenance, ce qui traduit l'influence de la culture sur les choix et les parcours thérapeutiques.

de contrôle fort. A l'inverse, les personnes souffrantes en situation d'échec des thérapeutiques conventionnelles peuvent avoir un faible sentiment d'agentivité. Le recours aux MACs manifesterait une recherche de contrôle sur la maladie. Ceci expliquerait également pourquoi les MACs sont fréquemment utilisées dans le cas de maladies longues ou chroniques, dans lesquelles le sentiment d'agentivité détermine souvent la qualité de vie. Par ailleurs, sortir du cadre culturel biomédical donnerait au sujet souffrant de nouveaux moyens d'actions sur sa maladie (Astin, 1998).

3.2.2. Thérapies alternatives et culture

Si les approches quantitatives montrent l'importance des facteurs individuels dans le recours aux MACs, les travaux sur les parcours de soin menés par les sociologues et anthropologues mettent en évidence comment ces composantes subjectives se doublent de dynamiques sociales. La notion centrale des travaux sociologiques qualitatifs est celle de l'itinéraire thérapeutique, défini *« comme la trajectoire suivie par chaque usager parmi la gamme des recours disponibles sur le marché des soins. Cette trajectoire est toujours précédée par les trois étapes suivantes :*

- *la perception par le sujet d'un état pathologique affectant son corps, entraînant une demande d'identification et d'interprétation ;*
- *l'élaboration d'un diagnostic ;*
- *le choix d'un traitement ou d'un thérapeute. »* (Schmitz, 2006 p.26)

La sociologie donne à voir toute la subtilité du raisonnement qui conduit un sujet à se diriger vers des thérapeutes alternatifs. Selon Olivier Schmitz, le recours aux pratiques alternatives n'est pas l'apanage de communautés rurales et sous-éduquées, contrairement aux propositions classiques de Bourdieu. L'observation des consultations des guérisseurs l'invite à considérer que l'idée même de pouvoir déterminer les parcours de soins à partir de facteurs socio-économiques est caduque :

> *«[…] la démarche, qui consiste à rechercher un rapport de causalité entre les conditions objectives (économiques pour l'essentiel) des acteurs sociaux et leurs comportements en matière de soins, n'apporte donc qu'un éclaircissement très partiel sur les raisons du recours à ce type de soins. La « clientèle » des guérisseurs se compose aussi bien d'ouvriers communaux que de paysans, d'éleveurs, mais aussi d'étudiants, d'enseignants, d'employés ou encore de cadres d'entreprise.* » (*Schmitz, 2006 p.22).*

Par ailleurs, Françoise Bouchayer (1986) décrit que face à une affection pénible qui se prolonge, les sujets s'adressent d'abord à leur médecin généraliste, puis à un spécialiste et enfin à un guérisseur. Le passage d'un thérapeute à un autre est souvent motivé par l'inefficacité du précédent, par le caractère contraignant des soins proposés ou par leurs les effets secondaires jugés trop importants. Les solutions choisies sont souvent plurielles et ce parcours implique parfois des allers-retours d'un interlocuteur à un autre. Si le spécialiste est souvent recommandé par le médecin généraliste, l'option alternative est introduite par l'entourage avec un discours qui légitime son usage : *« j'avais un problème, et pour moi, ça a marché »*. Olivier Schmitz (2006a, 2006b) rappelle ainsi que les *« récits de maladie »* véhiculés dans l'entourage du malade tiennent un rôle central dans la construction du parcours de soins.

Plus précisément, à partir de l'instant où l'affection se chronicise et que le sujet s'installe dans un rôle de malade, *« s'amorce alors pour lui un parcours qui, assez rapidement, échappe à son seul contrôle, et devient dès lors un événement social mobilisant tout son entourage. »* (Schmitz, 2006a). Le cas de la sorcellerie est exemplaire de ce processus : pour un sujet extérieur à la sorcellerie, *« les sorts, ça n'existe pas »*, jusqu'à ce qu'un *« annonciateur »* vienne témoigner de ce qu'il a autrefois été *« pris »* dans un sort et qu'un désorceleur l'a aidé (Favret-Saada, 1977). Cette irruption de l'annonciateur participe ainsi à un renversement paradigmatique de la réalité du malade, celui-ci devient dorénavant *« pris »* dans le champ de la sorcellerie. Dans cette perspective, les énoncés formulés par l'entourage modulent l'appréciation subjective que le sujet peut avoir de ses différents interlocuteurs et surtout du guérisseur. Recourir à une pratique alternative devient alors moins absurde, moins bizarre et il ne reste plus qu'à trouver un professionnel de *« confiance »*, recommandé par un *« Autre signifiant »* qui en a déjà fait l'expérience (Marcellini et al., 2000).

Le recours à ces thérapies apparait donc souvent dicté par l'influence des mythes et représentations du monde qu'elles mettent en scène. Les approches quantitatives notent également que les malades se dirigent vers les thérapeutes alternatifs pour des affinités philosophiques (Fennell et al., 2009). Les mythes, dans ce domaine, sont véhiculés par les récits thérapeutiques des malades, mais aussi par ceux des thérapeutes. En effet, à l'instar de l'ouvrage princeps de Barbara Brennan, de nombreux manuels de thérapies alternatives sont également des témoignages d'une guérison, d'une transformation personnelle qui coïncide avec la découverte et l'apprentissage de la méthode. Ce parcours de développement personnel que suit l'auteur devient un argument en faveur de son autorité, une démonstration de l'efficacité de sa méthode (Woodstock, 2006). Cette modalité narrative facilite l'identification du lecteur à

l'auteur, elle favorise aussi le développement de l'identité de certaines maladies, ainsi que celui des communautés de malades (Barker, 2002).

Plus globalement, la littérature ou la poésie sont vecteurs des représentations implicites des modèles médicaux d'une société (Laplantine, 1986). Ces récits mythiques permettent bien souvent aux sujets de mettre du sens sur des moments critiques de l'existence. Dans le mouvement New Age, aux frontières du thérapeutique et du religieux, les catégories diagnostiques de la médecine ou de la psychiatrie s'articulent la cosmologie inspirée par la science-fiction et le mouvement du réalisme fantatisque[71]. Par exemple, les enfants et adolescents TDA/H, autistes, difficiles ou différents deviennent ainsi des *« enfants indigos »* [72] dont l'âme provient des étoiles. Ces *« […] enfants « mutants », nés depuis les années 1990, surdoués et rebelles, seraient parmi nous pour nous aider à affronter la « grande transition planétaire ». Des parents sont alors amenés à voir dans le comportement « étrange » – à leurs yeux – de leur enfant et souvent de leur adolescent, le signe d'aptitudes spirituelles et paranormales particulières. »* (Evrard & Maléfan, 2010, p. 414)

Dans cette perspective, les séances de thérapie alternatives peuvent même être considérées comme des espaces discursifs qui sont organisés par ces récits mythiques. Le travail thérapeutique s'organise ainsi autour d'un objet médiateur (le corps, l'énergie, les tarots, le pendule, ou encore un appareil à mesurer l'aura) pour constituer une trame narrative de la séance, comme le propose Sônia Weidner Maluf :

> *« Au début d'une séance thérapeutique ou rituelle, une situation de « performance » [20] à plusieurs plans narratifs s'établit, un événement discursif se met en place. Les divers récits, celui du patient, du thérapeute et celui construit autour de l'instrument médiateur utilisé se superposent et s'intercalent ; leur ensemble forme une histoire qui se déroule tout au long de la séance. Si nous*

[71] Le « réalisme fantastique » est un courant de pensée initié par les auteurs Jacques Bergier et Louis Pauwels dont l'objectif est d'explorer les espaces fantastiques : friches et marges scientifiques, traditions occultes, alchimie, OVNIs... Ce courant littéraire foisonnant mélange d'anciennes et de nouvelles théories scientifiques, des fictions fantastiques ou des récits à l'authenticité imprécise (Evrard, 2016).

[72] Les enfants « indigos », puis plus tard les enfants « cristal », « arc-en-ciel » sont des représentations particulièrement inscrites dans la mouvance développée par Eva Pierrakos ou Barbara Brennan. En effet, la dénomination colorée fait référence à l'aura de ces enfants dont l'apparence signe les propriétés spirituelles. Les « révélations » sur leurs facultés et leurs missions proviennent de canalisations (« channeling ») par des médiums thérapeutes (Evrard & Maléfan, 2010). Les êtres canalisés ne sont plus des esprits, comme en 1850, mais des civilisations extra-terrestres bienveillantes qui surveillent et guident notre évolution. Des variations de ce phénomène existent autour d'autres mythologies, notamment avec les anges (Virtue, 2005), ou les dragons (Lafon & Dauger, 2021).

prenons le discours narratif dans sa signification la plus large, comprenant aussi les formes d'expression non verbale, nous nous trouvons confrontés à différentes formes de récit qui s'entrecroisent dans le cadre d'une situation thérapeutique-spirituelle, mais qui se construisent autour d'un noyau narratif (ou dramatique) dessiné au cours du travail. » (2007, p. 6)

Le thérapeute alternatif, avec son objet médiateur, permet au sujet de s'inscrire dans la mythologie du groupe car *« le système culturel fournit un réseau de mythes et un script préétabli de comportements rituels qui transforme une affliction individuelle dans une forme symbolique sanctionné par le groupe. »* (ibid., p.12) Mais ce travail n'est qu'une première étape. L'adoption des mythes sert in fine à faire découvrir au sujet sa propre singularité par rapport aux codes du groupe, l'aider à se structurer par rapport à ceux-ci :

« […] à partir des différents mythes collectifs évoqués ou représentés, on construit des récits personnels qui font émerger le sujet dans sa singularité. L'une des significations centrales de ces expériences est de réordonner une situation de chaotique et de (ré)investir l'individu de pouvoir. Chaque processus de traitement finit par substituer à l'objet de la cure l'individu et son histoire personnelle. (Re)construction d'un récit de soi, reconstruction narrative de soi. » (ibid., p.13-14).

Comme les thérapies alternatives participent à structurer les mythes par l'usage intensif de discours performatifs (Favret-Saada, 1977; Maluf, 2007), elles sont ainsi un lieu d'articulation privilégié entre les mythes individuels et sociaux. De surcroit, elles sont aussi un espace de négociation des différents mythes et modèles étiologico-thérapeutiques au sein d'une culture. Ainsi, en fonction du réseau de significations dans lequel est pris un sujet, par rapport à son expérience de la maladie, son histoire et son environnement social, il s'engage dans une dialectique thérapeutique entre la médecine officielle et les thérapies alternatives (Marcellini et al., 2000). Par exemple, certains patients développent des systèmes étiologico-thérapeutiques idiosyncrasiques qui dictent leurs recours aux différents acteurs du soin. Le diagnostic de la souffrance est alors simplifié selon plusieurs logiques : problème visible/invisible (une plaie contre un désordre interne), un problème courant/inhabituel (rhume, gastro, otite contre une manifestation plus rare pour le sujet), un problème perçu comme grave ou bénin (ibid.). Selon la nature de l'affection, le malade se dirige alors plutôt vers un thérapeute alternatif ou un médecin conventionnel. Cette dialectique incarne une volonté de se réapproprier la maladie, de

s'extraire du modèle biomédical. Elle traduit les sentiments contrastés des malades à l'égard de la médicine conventionnelle :

> *« Le recours aux thérapies alternatives au travers des itinéraires de soins pourrait-il alors être pensé comme une tentative, pour l'instant avortée, d'échapper à une confiance aveugle dans le progrès, d'ores et déjà pressentie comme douteuse, mais dont on ne peut réellement se défaire ? Tout se passe comme si on ne pouvait réellement ou raisonnablement croire totalement à ces thérapies nommées ici « alternatives », et comme si on ne pouvait (voulait ?) pas, non plus, maintenir une confiance sans faille dans la logique biomédicale et ses développements. » (ibid., p.11)*

Les déterminants sociaux influencent ainsi très directement l'itinéraire thérapeutique, par l'intermédiaire du groupe social et des mythes, mais également le processus même de prise de décision propre au malade.

3.2.3. Choisir sa thérapie : perspectives psychologiques

Dans un paysage où l'offre de soins est de plus en plus variée, devoir formuler les décisions les plus justes pour sa santé peut générer de la perplexité voire de l'angoisse (Pierce & Hicks, 2001). Face à toutes les propositions thérapeutiques disponibles, les patients sont ainsi particulièrement susceptibles de prendre des décisions inappropriées en raison de leur manque d'expérience et d'information sur ces sujets, mais aussi à cause des enjeux émotionnels suscités par la maladie (Redelmeier et al., 1993a). En d'autres termes, l'évaluation des risques et des bénéfices n'est pas la même pour le patient qui souffre que pour le médecin qui le soigne. Ainsi, le pouvoir accordé au patient dans les situations médicales a pour revers que celui-ci devienne aussi plus responsable, dans une certaine mesure, des enjeux de santé publique. Par l'intermédiaire des logiques consuméristes, les choix des patients déterminent en partie la diffusion et l'accessibilité de certaines offres de soins, parfois en dépit de leurs preuves d'efficacité. Deux exemples récents de cette problématique sont ceux du débat sur les thérapies alternatives porté par le collectif *« Fakemed »* (Charrasse, 2019b; Godignon, 2018) ou le développement du mouvement *« antivax »* (Salvadori & Vignaud, 2019). De surcroit, comme les troubles fonctionnels et les pathologies chroniques deviennent de plus en plus prévalents, la prise en charge des maladies implique la gestion quotidienne des symptômes. Dès lors, pour les pouvoirs publics, la compliance du patient et son investissement dans cette gestion deviennent un enjeu économique majeur, puisque la gestion sous-optimale des maladies par les patients

conduits à des dépenses de santé qui pourraient être évitées (Donovan, 1995). Dans ce contexte, il devient donc crucial d'éduquer les malades, de leur apprendre à mieux choisir leurs traitements.

Comment comprendre alors que les patients procèdent à des choix thérapeutiques alternatifs, parfois en dépit d'arguments rationnels ? Chez les médecins, la question des mécanismes du raisonnement et de la prise de décision thérapeutique a été largement explorée depuis une quarantaine d'années dans l'optique de perfectionner les aptitudes au diagnostic des praticiens (Alfaro-LeFevre, 2015; Elstein, 2009; Graber et al., 2012), sur la base du modèle système 1/système 2 développé par Daniel Kahneman et Amos Tversky (Kahneman, 2012). Dans cette perspective, l'action réflexive est partagée en deux processus concurrents, le système 1, qui fait appel à des mécanismes inconscients et permet un traitement rapide mais très peu fiable du problème et le système 2, qui au contraire est plus coûteux en ressources cognitives, nécessite une implication consciente du sujet mais offre un traitement de meilleure qualité. Les recherches sur la prise de décision médicale concluent ainsi que le raisonnement intuitif est à proscrire au profit de la pensée critique car cette dernière minimise les risques d'erreurs (Alfaro-LeFevre, 2015).

Cependant, cette recommandation reste difficile à mettre en œuvre car la mobilisation des systèmes de raisonnement dépend non seulement de la volonté du sujet de les mettre en œuvre mais aussi des conditions dans lesquelles il se trouve. La littérature a ainsi pu mettre en évidence l'omniprésence d'erreurs de jugement lorsqu'il s'agit de faire des choix concernant le diagnostic ou le traitement d'un patient (Saposnik et al., 2016). Parmi ces erreurs, nous retrouvons *l'aversion à la perte*, une tendance à surévaluer les conséquences d'une perte par rapport aux gains correspondants ; *le biais de disponibilité*, qui consiste à fonder son estimation sur l'accessibilité des données en mémoire plutôt que sur les données elles-mêmes ; *le biais du coût irrécupérable*, qui consiste à maintenir un choix en raison des moyens déjà dépensés dans cette direction ; *l'effet de primauté et de récence*, c'est-à-dire sur-évaluer l'importance des premiers et derniers évènements présentés, et de nombreux autres biais (Blumenthal-Barby & Krieger, 2015). Les recherches dans ce champ voient ces erreurs de raisonnement comme des distorsions provoquées par les discordances entre les émotions et la pensée analytique (Redelmeier et al., 1993b).

Dans une autre perspective, développée dans les recherches sur les thérapies religieuses, le recours aux thérapies alternatives n'est pas envisagé comme une erreur liée à l'implication émotionnelle du sujet dans sa maladie. Selon Dericquebourg (2004), les processus de jugement

et d'attribution causale restent au centre de la prise de décision, mais le choix des thérapies dépend d'une évaluation de la plausibilité leurs effets :

> *« Autrement dit, même si nos sociétés considèrent qu'il n'existe pas de lien causal scientifiquement prouvé entre les médications spirituelles et la guérison, des acteurs sociaux y recourent. Ils ne le font pas dans le cadre d'une conduite incohérente et désorganisée qui relève de la psychopathologie. Ils s'orientent vers des religiothérapeutes pour un ensemble de motifs que nous appelons : les instances de plausibilité. Cela signifie que, pour eux, les médications spirituelles ont une forte probabilité d'efficacité. » (Dericquebourg, 2004, p. 11)*

Les instances de plausibilités sont multiples. La première d'entre elles est, selon l'auteur, la rationnalisation. La démarche des sujets qui se tournent vers les thérapies religieuses obéit à une approche rationnelle fondée sur le système étiologico-thérapeutique dans lequel s'inscrit leur vision du monde. Ainsi, pour un sujet qui entretient l'idée que la cause de sa souffrance doit être cherchée dans son corps, il parait naturel d'aller explorer et traiter celui-ci. Il en va de même pour celui qui pense que la source de ses malheurs provient des actes maléfiques d'un autre et qui se dirige vers un désorceleur, ou encore pour celui qui sent qu'il dispose de moins d'énergie dans les actes de la vie quotidienne et souhaite *« recharger ses batteries »* auprès d'un énergéticien. Il s'agit ainsi d'une adéquation entre les convictions métaphysiques implicites ou explicites d'un sujet et celles qui sont affichées par la thérapie qu'il choisit.

Pour Dericquebourg, la seconde instance de plausibilité des thérapies religieuses est celle des témoignages de guérison, dont nous avons déjà souligné le rôle plus tôt. Ces témoignages inscrivent ceux qui les entendent comme ceux qui les formulent dans une réalité sociale partagée. Ajoutons maintenant qu'en ce sens, ces discours participent autant à décrire des évènements (les guérisons), qu'à construire leur lois et leurs déterminants (Méheust, 1999a). Les témoignages de guérison ne sont donc pas de simples tentatives de légitimation, comme le soulignent les sociologues (Charrasse, 2019; Woodstock, 2006), mais bien des dispositifs qui modèlent la réalité sociale[73]. La construction des maladies et de leurs remèdes suit habituellement deux voies (Nathan & Stengers, 2016). Dans la première voie, le savoir et le pouvoir sur les maladies sont constitués et détenus par des experts, ce qui induit une relation asymétrique et descendante, une autorité de ces experts sur les malades. Dans la seconde voie,

[73] Un exemple historique de ce processus se trouve dans le repérage, ou plutôt la construction, par l'école de la Salpêtrière, des stades des crises hystériques (Ellenberger, 2001).

des collectifs formés par les malades et leurs proches construisent des descriptions et des modes d'actions sur leur souffrance. Les sujets qui se dirigent vers les thérapies alternatives semblent davantage s'inscrire dans cette seconde voie, puisque leurs témoignages participent à construire les descriptions des maladies et leurs traitements.

Les deux autres instances de plausibilités des thérapies religieuses sont plus spécifiques au contexte religieux chrétien étudié par Dericquebourg, mais elles peuvent également s'appliquer au soin énergétique en raison de son inscription dans le New Age. La guérison religieuse chrétienne se distingue de la thérapie laïque par un objectif supplémentaire : elle vise à atteindre le salut de l'âme (Dericquebourg, 1997). Le bien-être du corps est certes une composante essentielle de la vie terrestre, mais l'accès de l'âme au Paradis, sa réunion avec Dieu fait l'objet de nombreux rites. En ce sens, la thérapie religieuse bénéficie d'un surcroit de plausibilité puisqu'elle touche également à l'âme et constitue donc un premier pas dans la voie de la rédemption. Ainsi, *« […] les consultants savent qu'un dispositif religieux visant le salut est sous-jacent au traitement qu'ils sollicitent de la même façon que les patients d'un médecin connaissent l'existence de la recherche biologique et pharmacologique en amont d'un acte médical. »* (Dericquebourg, 2004, p. 16). Dans le cas du soin énergétique, l'emprunt des chakras à l'hindouisme s'accompagne par exemple d'un import des croyances concernant la roue des réincarnations et le Karma. La pratique de la chélation, ancrée dans la cosmologie spiritualiste, participe alors à des finalités proprement spirituelles puisqu'elle permet d'expurger l'âme, de se libérer de *« mémoires »* d'autres incarnations et de s'élever spirituellement. Le soin énergétique peut donc s'envisager comme soin plausible parce que ses moyens d'action s'étendent à la sphère spirituelle.

La dernière instance de plausibilité tient au fait que la religion chrétienne en particulier véhicule la représentation de dons de guérisons et de rémissions miraculeuses, comme celles observées à Lourdes. Selon Dericquebourg, ces récits légitiment l'idée qu'une guérison exceptionnelle est possible en leur sein. Cette réflexion peut également être étendue à tout le champ de *« l'alternatif »* comme lieu de production privilégié de *« l'exceptionnel »* : *« […] dans la sous-culture médicale, des récits de guérisons incompréhensibles du point de vue scientifique circulent. Tout ceci corrobore l'idée qu'une guérison atypique (hors du traitement médical) peut se produire et qu'on peut la trouver dans la religion qui a aussi pour vocation de favoriser l'espérance en des faits exceptionnels. »* (ibid., p13). Dès lors, la plausibilité des effets du soin énergétique s'incarne dans le négatif de la médecine. Elle vient compléter la première instance, qui repose sur la légitimation positive apportée par les récits de cas, par une deuxième instance

fondée cette fois-ci sur son caractère marginal : si la médecine conventionnelle ne parvient pas à soulager ou à guérir l'affection, alors il est plausible qu'une médecine plus excentrique, capable de produire des résultats inexplicables, puisse réussir ce tour de force.

Ces instances de plausibilité témoignent ainsi d'un travail de construction de l'itinéraire thérapeutique qui s'accompagne souvent d'une transformation psychologique plus générale, comme le laisse entrevoir la définition de Dericquebourg :

> *« Pour nous, la plausibilité de la guérison religieuse est une connaissance construite 1) qui est une image du monde et une disposition d'esprit laissant une place à l'enchantement du monde ; 2) qui contient les arguments en faveur de sa vraisemblance et qui n'est pas réfutée par une évaluation empirique. Elle peut ainsi se conserver dans la conscience des acteurs sociaux et continuer à susciter une « attente croyante » ; 3) qui autorise des conduites dont les buts ne sont pas limités par des impossibilités techniques et/ou théoriques puisque la conduite religiothérapeutique est autorisée d'emblée par la toute-puissance des lois cosmiques et divines qu'elles convoquent. Ainsi des patients peuvent par exemple, renouveler indéfiniment le recours à la thérapie religieuse d'une maladie incurable même si aucun cas de rémission n'a été obtenu par cette voie. (2004, p. 12)*

Dans cette perspective, le recours au soin énergétique repose sur une logique sous-jacente qui consiste à chercher des points de correspondance entre un modèle du monde singulier et un modèle du monde collectif. Cela amène à se départir des modes d'appréhension de la causalité biomédicale pour laisser le champ libre à des finalités autres que la simple guérison, même si celle-ci était recherchée en premier lieu.

3.3. Les soins énergétiques, approches expérimentales et effets thérapeutiques

Nous avons introduit précédemment le magnétisme sous ses aspects historiques, épistémologiques, et sociétaux. Nous avons présenté le contexte culturel actuel et l'évolution du magnétisme vers le soin énergétique, une des multiples médecines alternatives dont il représente une faible fraction (Honda & Jacobson, 2005). Nous allons maintenant nous intéresser aux protocoles de recherche destinés à évaluer l'efficacité de ces soins, avant de nous pencher sur les approches expérimentales qui tentent d'en comprendre les mécanismes. Notre regard dans cette section se porte uniquement sur les données quantitatives de la littérature, car

il est caractéristique de ces thérapies que les données qualitatives valorisent leur efficience[74]. Nous garderons cependant à l'esprit que parvenir à montrer que le soin énergétique est efficace n'équivaut pas à attester des effets d'une hypothétique énergie sur le corps, puisque les effets thérapeutiques peuvent être causés par une toute autre action, mais aussi que l'inefficacité des soins ne suffit pas non plus à réfuter l'existence de cette énergie, ou plutôt, d'actions étranges à distance.

3.3.1. Les soins énergétiques sont-ils efficaces ?

Comparativement à la littérature à propos d'autres thérapies alternatives, comme l'acupuncture ou l'homéopathie, les travaux scientifiques qui évaluent les soins énergétiques sont rares. Cela pourrait être dû au fait que ces sujets clivent rapidement l'opinion sur la base d'une appréhension émotionnelle plutôt que rationnelle, ce en raison des effets de fascination et de rejet qui sont inhérents au registre de *« l'exceptionnel »* (Rabeyron, 2020d). Les médecins, qui semblent être les plus concernés pour évaluer l'efficacité thérapeutique de ces pratiques, oscillent ainsi entre un rejet à priori (Charrasse, 2019b) et une adhésion marquée (Piotte, 2019).

D'un point de vue scientifique, répondre expérimentalement à la question de l'efficacité du soin énergétique nécessite une méthodologie spécifique. Il faut affecter des sujets au hasard dans un groupe *« traitement »*, un groupe *« contrôle »* sur lequel on ne fait aucun traitement, et un groupe *« placebo »* (Bothwell et al., 2016; Kaptchuk, 2001). Si l'on veut aussi évaluer l'efficacité relative de cette pratique par rapport à d'autres traitements disponibles dont on connaît déjà l'efficience, on peut également créer un groupe à qui l'on attribue le traitement de référence pour la pathologie donnée. Il s'agit là d'un essai clinique randomisé dont la mise en œuvre est souvent couteuse (Bothwell et al., 2016). Or, en raison du caractère marginal et para scientifique de ces pratiques, nous allons voir que ces études sont souvent motivées par des intérêts lucratifs.

De ce point de vue, il faut se méfier du *« storytelling [75]»* pratiqué par certains instituts peu scrupuleux qui souhaitent armer leurs praticiens de méthodes de persuasion pour faciliter

---

[74] En effet, les témoignages de sujets soignés via les thérapies alternatives sont régulièrement des énoncés performatifs, comme Jeanne Favret-Saada (1977) le fait remarquer à propos du discours des enquêtés sur la sorcellerie.

[75] Le « storytelling » ou mise en récit, désigne l'action de créer des messages narratifs caractérisés par leur forme : un personnage vit une succession d'évènements et surmonte régulièrement des obstacles (Dahlstrom & Scheufele, 2018). Cette mise en récit adaptée à la fiction et couramment employée dans le journalisme pose de nombreux problèmes lorsqu'elle est transposée à l'écriture scientifique. Elle dirige l'avis du lecteur et évite l'analyse critique inhérente à la méthode scientifique (Katz, 2013).

l'adhésion à leurs soins.[76] En effet, le discours scientifique représente pour ces pratiques un outil de légitimation, loin du clivage affiché entre science et tradition (Champion, 1993a; Charrasse, 2018, 2019b; Sauvayre, 2014; Schmitz, 2006a). Peu de laboratoires s'intéressent à ces sujets avec neutralité et les résultats en faveur de l'efficacité des soins énergétiques sont surtout avancés par des écoles de formation qui leur trouvent un intérêt évident. Par exemple, l'association américaine pour la psychologie énergétique globale (ACEP) propose un recensement des publications scientifiques pour établir un socle de preuves en faveur des thérapies de « *médecine énergétique* »[77]. Cet index constitué en 2014 rassemble 615 publications sur les bases de données scientifiques (PubMed, Ovid/Medline) avec les mots clés associés aux soins énergétiques[78].

Un grand nombre de ces publications passent par des éditeurs en libre-accès. Ces éditeurs ont pour but d'éviter certaines barrières à la publication dont les auteurs novices pourraient souffrir, mais sont parfois le support de pratiques dirigées par des intérêts plus économiques que scientifiques[79] (Memon, 2019). Difficile, dans ces conditions, de véritablement pouvoir juger de la fiabilité de ces nombreuses études (Pittler et al., 2000). Il existe toutefois des repères utiles pour évaluer s'il existe des recherches scientifiques favorables à une thérapie, comme le *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*[80] (2000) de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

---

[76] Voir par exemple cette série de vidéos de l'ACEP, dans laquelle Bob Schwartz donne ses conseils pour formuler un récit scientifique. https://www.youtube.com/watch?v=BygaE-zFgr4 - La science des soins énergétiques

[77] L'index est disponible sur le site de l'ACEP : https://www.energypsych.org/resource/resmgr/files/energy_medicine_reference_li.pdf

[78] Lorsque l'on s'intéresse de plus près à cette liste, il apparaît que la plupart des travaux recensés sont certes publiés dans des revues à comité de lecture, comme le *Journal of Alternative & Complementary Medecines,* mais que celles-ci se caractérisent surtout par une ligne éditoriale favorable aux thérapies alternatives. Par exemple, plusieurs études aux résultats positifs et recensées dans la liste de L'ACEP proviennent de journaux plutôt partisans, comme le très spécifique *Subtle Energies & Energy Medicine Journal*, organe de *l'International Society For The Study Of Subtle Energies And Energy Medicine* (ISSSEEM), institution qui dirige également la *Holos University Graduate Seminary*, un centre de formation spiritualiste.

[79] Ce système d'édition en libre accès dérive parfois vers le « pay-to-publish » (payer pour publier) nuisible à la qualité des publications. D'un côté, les chercheurs dépensent de l'argent pour gonfler le nombre de leurs publications ou publient par ce biais des articles de très mauvaise qualité, voire frauduleux. D'un autre côté, les journaux dits « prédateurs » visent des chercheurs inexpérimentés, travaillant sur des sujets marginaux, ou provenant de pays en développement, dans le but de leur vendre des espaces de publication scientifique. Le problème réside souvent dans l'absence d'une relecture par les pairs de ces articles (Memon, 2019). En ce qui concerne notre sujet, nous suspectons que des auteurs publient au sein de revues très idéologiquement orientées et évitent la critique d'autres chercheurs. Les recherches ainsi publiées leur offrent un support d'apparence scientifique afin de mettre en avant leurs résultats et de convaincre une audience de patients et de professionnels de santé.

[80] Ce guide propose une méthodologie d'analyse de la littérature qui se base sur une lecture approfondie des articles et un examen rigoureux de leur qualité méthodologique. Nous porterons intérêt particulier est porté au niveau de preuve de l'étude, c'est à dire sa capacité à répondre à la question posée. Le niveau de preuve des études sur

Ensuite, du fait de l'hétérogénéité des pratiques alternatives, l'objet de recherche de ces études reste souvent imprécis et il existe de réels écarts entre les modèles d'actions supposés des thérapies et les protocoles expérimentaux mis en place. De ce fait, les études qui traitent spécifiquement du soin énergétique sont rares et nous devons élargir notre analyse à des modalités thérapeutiques différentes : magnétisme, psychologie énergétique, reiki, toucher thérapeutique, soins à distance... Krippner et Achterberg (2012) proposent d'englober ces pratiques dans la catégorie des *« expériences de guérison anomale »*, caractérisées par l'issue favorable d'un problème de santé en dehors des explications connues et par le sens singulier attribué à la maladie et à sa rémission. Ce terme de guérison anomale renvoie toutefois à l'expérience même de la guérison sans le soin qui la provoque.

Schlitz, Radin, Malle, & Schmidt (2003) ont étudié les *« thérapies à distance par intention de guérison » (« Distant Healing Intention Therapies »*), qui agissent par une *« action mentale compatissante dirigée vers la santé et le bien être d'un individu à distance »* (Radin et al., 2015). Dans cette perspective, l'intention est un état mental dirigé vers l'atteinte d'un but. Radin, Schlitz, & Baur, (2015) la différencient de l'intentionnalité, attribut psychologique de l'action, mais aussi du désir d'où elle tire sa source et de la conscience qui est l'appareil qui la produit. Ces auteurs reconnaissent d'emblée les difficultés méthodologiques auxquelles confronte la construction d'un protocole expérimental sur l'intentionnalité, et qui complexifie la meta-analyse. Par exemple, la notion de distance renvoie à une dimension imprécise variant, selon les études, de quelques centimètres à plusieurs kilomètres entre les sujets. De même, le terme de *« distant healing intention therapies »* englobe des thérapies aux fondements aussi hétérogènes que le Reiki et la prière.

Dans une autre perspective, certains auteurs se sont concentrés sur des soins plus localisés et médiatisés par l'énergie des corps humains. Le courant du *« Biofield »*, conceptuellement plus proche du soin énergétique que celui des *« thérapies par une intention soignante distante »* de Radin et ses collaborateurs, a pourtant été moins employé dans la littérature scientifique (Rubik et al., 2015). Afin d'être plus exhaustifs, nous présenterons dans cette section de la revue de littérature les conclusions de méta-analyses et revues systématiques de la littérature sur l'efficacité des soins énergétiques dans la perspective du biofield et des thérapies à distance par intention de guérison.

---

l'efficacité du soin énergétique détermine ainsi, avec la cohérence générale des recherches et la quantité de données disponibles, l'évidence scientifique en sa faveur.

Une des premières revues systématiques de la littérature est celle d'Astin, Harkness, & Ernst (2000), qui examine 23 essais cliniques randomisés portant sur plusieurs méthodes thérapeutiques (Prière, Therapeutic Touch, autres guérisons à distance) contrôlées par placebo[81]. Ces recherches incluent 2774 patients et 57% de ces essais cliniques obtiennent des résultats thérapeutiques significativement positifs. Toutefois, les conditions expérimentales de ces recherches sont très hétérogènes, il est donc impossible de quantifier l'amélioration globale provoquée par ces soins. Les auteurs concluent tout de même que ces résultats positifs méritent d'avantage d'investigation. Cependant, trois ans après (Ernst, 2003), l'ajout de 17 nouveaux essais cliniques à ce corpus ramène l'effet thérapeutique des soins à distance au placebo.

L'organisation Cochrane[82] a publié deux revues systématiques de la littérature sur les soins distance (Roberts et al., 2009; So et al., 2008). La première a été reconduite plusieurs fois (Roberts et al., 2000, 2007, 2009) et a été très sévèrement critiquée[83] (Jørgensen et al., 2009). Cette revue systématique portait sur l'effet de la prière sur des problèmes de santé variés. Les données de la revue initiale ne sont pas suffisamment fiables, tandis que les données de la seconde revue mettent en évidence quelques effets positifs de la prière. Cependant une partie de ces résultats provient de l'inclusion à l'analyse d'un *« non-essai clinique »* destiné à démontrer l'impossibilité d'étudier la prière de manière scientifique (Jørgensen et al., 2009; Leibovici, 2001). Dans la dernière revue de la littérature (Roberts et al., 2009), les auteurs manifestent à nouveau l'absence de fiabilité et d'homogénéité des données ainsi que les difficultés méthodologiques inhérentes à l'objet de recherche. Ils concluent que les moyens disponibles pour mener des recherches sur ce sujet seraient plus judicieusement investis sur d'autres sujets de santé. La seconde revue systématique (So et al., 2008) porte sur 24 essais cliniques randomisés ou contrôlés, soit 1153 patients traités au moyen du Therapeutic Touch, Healing Touch ou du Reiki. Les auteurs indiquent que les résultats obtenus par ces études vont dans le sens d'une diminution de la douleur de l'ordre de 0,83 sur une échelle de Likert en 10

---

[81] Onze essais concernent le toucher thérapeutique, une méthode qui se rapproche du magnétisme. Parmi ceux-ci, sept obtiennent des résultats significativement positifs, tandis que trois ne révèlent aucun effet et une révèle des effets significativement négatifs.

[82] *« Cochrane est une organisation internationale indépendante et à but non-lucratif. Sa mission est de favoriser la prise de décisions de santé éclairées par les données probantes, grâce à des revues systématiques pertinentes, accessibles et de bonne qualité et à d'autres synthèses de données de recherche. Ces publications sont destinées à tous : professionnels de santé, chercheurs, patients et aidants. »* https://france.cochrane.org/

[83] Ces critiques portent sur des problèmes méthodologiques, mais aussi sur le point de vue théologique qui domine le texte. Dans un commentaire du 16 avril 2008, les auteurs de la critique (Jørgensen et al., 2009) expriment un point de vue radical : *« La revue telle qu'elle est actuellement publiée devrait être retirée de la Cochrane Library, en particulier parce qu'elle suggère que toutes les études scientifiques sont dénuées de sens, puisque nous ne saurons jamais si un ou plusieurs dieux sont intervenus dans nos expériences soigneusement planifiées."*

points grâce aux méthodes utilisées, mais restent extrêmement prudents sur la fiabilité de ce résultat. En effet, la qualité de construction et d'exécution des protocoles expérimentaux est hétérogène. Cette revue est aujourd'hui retirée des publications de la fondation Cochrane.

Dans une perspective similaire, Easter (2011) a fait une revue des essais cliniques sur les thérapies à distance. Elle invite à la même prudence à propos de l'effet de ces thérapies et insiste surtout sur le possible rôle modérateur des facteurs contextuels : attentes des patients, croyances dans les soins à distance... Cette hypothèse était déjà explorée par Harald Walach, en 2008, dans un essai clinique en semi aveugle. Dans cet essai, 409 patients atteint de syndrome de fatigue chronique se voyaient répartis en 2x2 groupes (traitement par soins à distance contre absence de traitement immédiat et traitement en aveugle contre traitement ouvert). L'état physique et psychologique de tous les participants s'est amélioré, sauf pour ceux informés qu'ils ne recevraient aucun traitement. Par ailleurs, cet effet d'attente n'est pas corrélé au degré de croyance des participants vis-à-vis du traitement. Cette étude renforce le rôle déterminant des attentes subjectives dans l'effet de ces thérapies, mais un essai randomisé en simple aveugle ultérieur échoue à valider cette hypothèse (Easter & Watt, 2011).

En réponse à cette dernière étude, Ernst, l'auteur des premières revues systématiques sur ces thérapies, publie un avis bien plus tranché après une décennie de recherches :

> *« En tant que chercheurs, nous pouvons nous demander si des recherches supplémentaires sur les soins paranormaux sont justifiées. Environ 60 essais cliniques sur les soins paranormaux n'ont pas réussi à démontrer que ces approches étaient plus qu'un placebo. Dans la mesure où les ressources sont toujours limitées, je pense que les recherches futures devraient se concentrer sur les interventions qui sont solidement soutenues par une plausibilité biologique. De mon point de vue, cette stratégie augmenterait nos chances d'améliorer les services de santé pour le bénéfice de nos patients. » (2011, p. 287)*

Plus récemment, dans une revue de la littérature sur ce sujet, Dean Radin et ses collaborateurs (2015) concluent d'une part qu'à l'exception de quelques études citées dans lesquelles les thérapeutes obtiennent des effets très probants (Bengston & Krinsley, 2000; Omura, 1997), la littérature met seulement à jour des effets thérapeutiques faibles de l'intention

à distance[84], et d'autre part qu'il est impossible d'accorder à la plupart de ces résultats une validité suffisante au regard de la méthodologie des études qui les obtiennent. Selon Radin, la difficulté à transcrire les pratiques des recherches cliniques classiques aux modalités de ces thérapies est la cause principale de cette impasse. Par exemple, isoler les variables s'avère particulièrement délicat car la labilité de l'intention complique la possibilité de l'objectiver. De plus, tous les protagonistes de la situation expérimentale peuvent se retrouver intriqués dans le processus de soin. Selon Radin, pour pouvoir avancer davantage sur l'examen de l'efficacité de ces thérapies, il faudrait appliquer plus rigoureusement les méthodes de recherche clinique, mais aussi en construire de nouvelles, plus respectueuses de l'écologie de ces phénomènes :

> *« Les outils doivent correspondre aux exigences du sujet, et si les bons outils ne sont pas disponibles, il faut en concevoir de nouveaux. En d'autres termes, il est déconseillé d'utiliser une masse pour étudier la structure de surface d'une bulle de savon. » (2015, p. 70)*

Voici le paradoxe sur lequel débouchent ces travaux : les bienfaits subjectifs rapportés dans les recherches qualitatives (Easter, 2011; Güthlin et al., 2012) n'apparaissent pas dans les recherches quantitatives. Une possibilité serait alors d'explorer l'effet des soins sur des variables psychologiques. Dans cette perspective, deux études plus récentes (Carneiro et al., 2017; de Souza Cavalcante et al., 2016) mettent en évidence une diminution de l'anxiété, de la tension musculaire et une augmentation de la saturation en hémoglobine à la suite de séances journalières de *« passes spirites »* chrétiennes. Une récente revue de la littérature portant sur 27 études concerne l'utilisation des soins énergétiques sur les maladies chroniques. Elle met en lumière des effets significatifs de ces soins sur la qualité de vie, la fatigue et les perturbations de l'humeur (Rao et al., 2016). Là encore, les auteurs nuancent ces résultats qui manquent de fiabilité en raison des paramètres expérimentaux des recherches qui les rapportent.

L'importance des mesures psychologiques apparaît plus clairement dans une recherche rétrospective portant sur les évaluations subjectives et objectives de l'état de santé de 500 patients cancéreux (Guy et al., 2017). Les mesures objectives concernaient les doses de radiations liées à la radiothérapie, la toxicité des urines ou de la peau, mais aussi la consommation d'antidouleurs. Les mesures subjectives concernaient la fatigue, la douleur et

[84] La taille d'effet moyenne, sur les 16 essais cliniques en double aveugle recensés dans Astin et al. (2000) est de r = 0.40 (Radin et al.,2015). Radin rapporte également l'étude plus récente de Roe et al. (2015), qui retrouve, sur 27 études portant sur les humains, une taille d'effet de r = 0.224.

une évaluation de l'effet du guérisseur sur la tolérance à la chimiothérapie. D'un côté, les soins énergétiques n'ont entrainé aucun changement sur la santé du patient (mesures objectives, fatigue, douleur), mais de l'autre côté, 84% des patients font une évaluation majoritairement positive ou très positive de l'effet des guérisseurs. Ce résultat peut s'interpréter de deux manières. Soit le registre d'action des guérisseurs est psychologique et concerne l'appréhension subjective de la maladie, soit les patients réduisent la dissonance liée à la consultation d'un professionnel alternatif en le légitimant par son efficience (Güthlin et al., 2012).

A la lecture de ces différents travaux, il semble apparaitre très clairement que les preuves scientifiques en faveur d'une efficacité « objective » des soins énergétiques sont minces. En effet, les résultats positifs obtenus sont remis en cause par des biais de plusieurs ordres. Parmi ces biais, il y a d'abord ceux qui concernent les protocoles expérimentaux eux-mêmes (Rao et al., 2016) et notamment de conditions de contrôle. Dans ces thérapies aux méthodes hétérogènes, il est difficile de définir la dose de traitement car la durée de soin habituelle peut varier d'un guérisseur à l'autre. Lors des soins à distance, certains thérapeutes travaillent sur un patient par séances uniques et longues, tandis que d'autres par séances répétées et courtes. La construction du protocole expérimental implique alors un choix : doit-on laisser aux thérapeutes de la latitude pour qu'ils puissent proposer leurs traitements dans des conditions optimales, ou faut-il au contraire imposer des conditions standardisées, en courant le risque de les mettre en échec ?

De la même manière, la constitution de groupes de comparaison pose souvent problème. Certains chercheurs mettent parfois en place des procédés surprenants pour construire des conditions placebo, comme dans l'étude de Hawranik, Johnston et Deatrich (2008) sur l'usage de la méthode Therapeutic Touch (TT) sur l'agitation dans la démence :

> *« Les chercheurs ont délibérément rassemblé des volontaires qui n'étaient pas familiers au TT. Les volontaires étaient dirigés vers l'étude et la technique TT simulée leur était enseignée dans un atelier de trois heures. Les volontaires ont été informés qu'ils pouvaient ou non donner des traitements TT. Pour empêcher les transferts d'énergie durant leurs traitements simulés, il leur était donné les instructions standardisées spécifiques de répéter silencieusement des opérations mathématiques simples pendant qu'ils bougeaient les mains au-dessus du*

patient. L'objectif de cette mesure était de les empêcher de diriger de l'énergie […]» (2008)[85].

Par ailleurs, un autre biais réside dans la difficulté à établir et maintenir l'aveugle, car de nombreux thérapeutes ont besoin du contact avec le patient ou d'informations personnelles pour mener leur traitement. De plus, l'évaluation des résultats est également partielle et porte souvent sur du très court terme (Rao et al., 2016). Plus globalement, ces recherches sont sujettes à plusieurs biais de publication que l'on trouve dans le domaine des thérapies alternatives (Pittler et al., 2000). Par exemple, les études positives publiées présentent d'avantage de biais méthodologiques que les autres, et les revues à facteur d'impact nul ou faible publient surtout des résultats positifs. Il y a donc davantage de résultats positifs dans les revues spécialisés sur les thérapies alternatives que dans les revues de médecine généralistes. Enfin, s'il y a plus de publications positives que négatives dans la littérature, cette proportion est plus équitable dans les revues médicales généralistes qui ont un facteur d'impact plus élevé. Cela témoigne de biais liée aux positions éditoriales des journaux dont nous avons déjà discuté plus haut, mais aussi de motivations divers (éditoriales, universitaires, économiques, politiques…) à publier surtout les résultats positifs (Pittler et al., 2000).

Cette revue de littérature invite donc à une interprétation prudente des résultats des recherches scientifiques à propos de l'efficience de ces soins. Si d'un côté, les effets objectifs de ces soins semblent difficiles à établir, notamment du fait de nombreux biais expérimentaux, d'un autre côté, ces thérapies se démarquent par l'existence de bénéfices subjectifs clairs. Les patients rapportent notamment l'amélioration des composantes psychologiques ou existentielles associées aux maladies, comme la fatigue, l'anxiété, la douleur, l'état moral ou la qualité de vie. De ce point de vue, il semble tout à fait pertinent d'étudier en priorité ces thérapies sous un angle psychologique comme nous proposons de le faire dans ce travail. Toutefois, la question d'une interaction « objective » encore inconnue dans le soin énergétique n'est pas nécessairement à écarter pour autant, car celle-ci doit être traitée indépendamment du

[85] Cette condition placebo étonnante pose un problème fondamental. Si le principe évalué ici est l'intention véhiculée par l'énergie, comment s'assurer que les volontaires n'ont pas manifesté d'intention lors du soin ? A partir de quand peut-on attribuer à l'intention sa force thérapeutique ? L'intention préalable à la participation à l'étude ne prime-t-elle pas sur le calcul mental ? Comment savoir si un sujet qui fait du calcul mental diffuse une moindre énergie qu'un autre ? Comment savoir s'il existe réellement une différence dans l'énergie ou dans l'intention des experts et des volontaires ? Ces questions non-vérifiées et invérifiables rendent caduque cette condition placebo. D'un point de vue épistémologique en revanche, cette recherche interroge sur la capacité pragmatique du dispositif énergétique à mobiliser des forces qui produisent des effets observables (Stenger, 2006, 2002).

problème de l'efficacité thérapeutique. En effet, selon Radin et ses collaborateurs (2015) il existe une *« preuve de principe »* permettant l'interaction à distance, que nous proposons d'examiner plus avant.

3.3.2. L'interaction à distance, une preuve en faveur des thérapies alternatives ?

Cette hypothèse de l'interaction à distance a été explorée expérimentalement en dehors du contexte thérapeutique. Deux types de protocoles expérimentaux ont été établis pour tester cette hypothèse. Le premier est connu sous l'acronyme DMILS pour *« Distant Mental Interactions in Living Systems »*, Interactions mentales à distance entre systèmes vivants (voir figure 1, Schmidt, 2003). Le second type de protocole est le *« remote-staring »*, épreuve d'observation à distance, que nous détaillerons plus bas. Le protocole DMILS dérive d'une série d'expériences menées par Joseph Rhine (1970) pour déterminer si un sujet peut avoir une influence directe sur la matière. Une telle capacité est classiquement nommée psychokinésie (Braud, 2001). Dans son protocole initial, Rhine demandait à des individus d'influer mentalement sur le résultat d'un lancer de dé à six faces. Valider l'hypothèse psychokinétique nécessitait que les sujets parviennent à obtenir les nombres cibles sur un grand nombre de lancers. Leurs résultats étaient ensuite comparés avec la proportion normale attendue pour ces lancers de dés. Toute déviation statistiquement significative de la suite de lancers humains par rapport à la proportion normale signait l'interaction à distance. Ces protocoles ont ensuite évolué pour laisser de moins en moins de place aux biais expérimentaux : lancer de dés automatisées, attribution des cibles et notation en aveugle, utilisation de matériel photographique (Rhine, 1970)… De manière répétée, les sujets parvenaient à influer significativement sur le résultat des dés (Braud, 2001). Plusieurs variantes de ce protocole ont été développées et depuis 1960, les chercheurs ont remplacé les dés par des générateurs de nombres aléatoires basés sur les émissions de particules provenant de la dégradation de matériaux radioactifs (Braud, 2001).

Les recherches DMILS portent sur un cas particulier de l'hypothèse psychokinétique dans laquelle un sujet peut avoir une influence à distance sur un système vivant (Schmidt, 2003). Dans ce type de protocoles expérimentaux, l'enjeu est de mesurer la covariance existante entre l'intention d'un sujet et la réponse physiologique d'un autre sujet. Le premier est classiquement nommé *« l'agent »* ou *« l'émetteur »* (*« the sender »*), tandis que le second est le *« récepteur »* (*« the receiver »*). Les deux sujets sont placés dans des espaces séparés et clos, de sorte qu'aucune communication ne puisse avoir lieu entre eux. Durant l'expérience, on mesure une sélection de paramètres physiologiques chez le récepteur, comme la pression sanguine, le rythme cardiaque ou la fréquence respiratoire. La mesure principalement utilisée parmi ces recherches est l'activité électrodermale. Celle-ci est retranscrite à l'agent par le biais d'un écran d'ordinateur. La consigne donnée au récepteur est de se détendre, tandis que celle donnée à l'agent consiste à inhiber ou activer la physiologie du sujet récepteur par ses propres méthodes — et donc en dehors de toute influence directe ou indirecte. Une session expérimentale est constituée de dix sessions d'entre trente et soixante secondes durant lesquelles l'objectif (inhiber ou activer) est donné aléatoirement à l'agent.

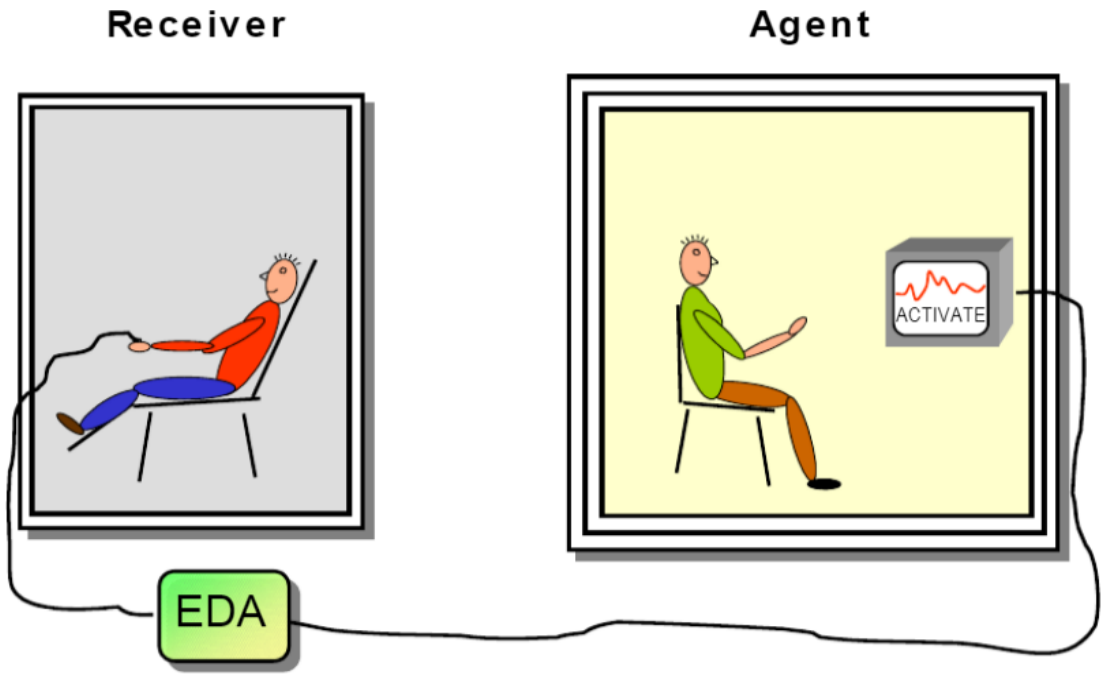

Figure 1: Illustration du dispositif DMILS (Schmidt, 2003)

Le psychologue américain William Braud (1942-2012) a décliné sous plusieurs formes ce type d'expériences. Il a cherché à faire varier les conditions expérimentales et à tester l'influence de l'agent sur des poissons, des souris ou encore des cultures de cellules (Braud,

2003; Braud, 2001). Selon lui, il est possible, sous certaines conditions, qu'une personne puisse exercer une influence à distance, dans l'espace et dans le temps, sur l'activité physiologique ou psychique d'une autre personne protégée de tout moyens de communication conventionnels (Braud, 2003). Les méthodes expérimentales choisies permettent selon lui de contrôler et d'exclure le plus grand nombre de biais expérimentaux. Parmi les résultats obtenus, Braud indique que même si des caractéristiques psychologiques comme l'absorption rendraient plus aisée l'interaction, chacun pourrait manifester cette capacité d'influence à distance. Les interactions sont facilitées lorsque le récepteur est dans un état psychique libre de contraintes externes ou internes. Il ne doit pas nécessairement avoir conscience de l'influence pour que celle-ci puisse avoir lieu, toutefois il peut y résister, ce qui la diminue. Enfin, il existerait des sujets pour lesquels une influence bénéfique à distance est plus efficace. Selon Braud, ces effets semblent robustes, répétables et fiables même si il existe des situations dans lesquelles les expériences échouent.

Stephan Schmidt, un autre contributeur important de la littérature sur les DMILS, indique dans une méta-analyse (2003) que sur un ensemble de 24 recherches standardisées conduites entre 1978 et 1999 dans quatre laboratoires, neuf études parviennent à valider leur hypothèse, soit 37,5 pour cent des études contre les 5 pour cent attendus selon le hasard. Dans ces études, la moyenne des corrélations entre l'intention appliquée et l'effet physiologique obtenu est de $r = 0.22$ ($SD = 0.25$). Si l'écart type est grand et peut indiquer l'importante variabilité des résultats, les tests statistiques indiquent que les échantillons sont suffisamment homogènes pour être comparés (Schmidt, 2003). L'auteur considère les résultats actuels des expériences DMILS comme suffisants pour montrer la réalité de l'interaction mais note avec ambivalence que ces travaux manquent de réplications indépendantes pour pouvoir la confirmer. Il considère que le nombre limité d'études et de données est plus susceptible de masquer l'effet existant plutôt que de créer un artefact expérimental.

Le deuxième protocole élaboré pour étudier les interactions à distance est le *« remote-staring »*, ou épreuve de fixation à distance. Dans ces expériences, un sujet doit deviner sur plusieurs essais si quelqu'un le fixe ou non derrière une glace sans tain (Braud, 2003). Ces expériences se sont progressivement complexifiées. Par exemple, l'observé est placé dans une pièce filmée et l'observateur fixe la retranscription vidéo depuis une autre pièce (Braud et al., 1993). On s'intéresse également au vécu non-conscient de l'observé en mesurant son activité électrodermale (Schmidt, 2003). L'objectif de ces expériences est de voir s'il existe une corrélation entre le moment où l'observateur fixe l'observé et les mesures physiologiques de

celui-ci. La méta-analyse de Schmidt (2003), qui reprend treize études menées de 1993 à 2000 trouve des résultats statistiquement significatifs pour sept d'entre elles. Dans ces expériences, les corrélations sont comprises entre r = 0,07 et r = 0,57 avec une moyenne pondérée par nombre de sessions de r = 0.31. Schmidt remarque cependant qu'il semble cependant exister des différences entre expérimentateurs : dans le même laboratoire, avec le même matériel, et le même nombre de participants encadrés par deux expérimentateurs différents, un groupe a manifesté des effets significatifs tandis qu'un autre n'en a pas manifesté (Wiseman & Schlitz, 1999).

Schmidt termine sa méta-analyse en indiquant qu'il semble bien exister un effet faible à modéré de l'interaction à distance sur les mesures électrodermales. Il estime que pour généraliser ces résultats, davantage de réplications indépendantes sont nécessaires, Selon lui, il faudrait par ailleurs pouvoir faire varier les dispositifs de mesures physiologiques, mais aussi établir un registre différentiel des possibilités d'interaction (calmer ou activer), afin de juger de la constance des réponses à l'interaction à distance. Dans une méta-analyse publiée l'année suivante, portant sur quarante études DMILS et quinze expériences de fixation à distance, Schmidt (2004) tente de pondérer les résultats des études en fonction de leur qualité méthodologique. Concernant les études DMILS, l'auteur obtient une taille d'effet moyenne plus faible, mais significative, d = .11 (p = .001), et une taille d'effet d'ampleur similaire (d = .13 ; p = .01), elle aussi significative, pour les expériences de remote staring. Il conclut que l'existence d'une interaction à distance ne peut être exclue par ces recherches.

Dans le contexte du soin énergétique, cela pose donc un nouveau paradoxe : il existe peut-être une influence à distance entre êtres humains, mais les moyens établis jusqu'ici par différentes traditions de soins, notamment celles du soin énergétique, pour utiliser cette influence à des fins thérapeutiques se soldent par une relative inefficience. Peut-être, comme l'évoque Radin, que les effets des thérapies à distance doivent être étudiés avec des protocoles plus adaptés et que pour cette raison, les recherches n'ont pu donner jusqu'ici que des résultats mitigés. Par ailleurs, peut-être que les interactions à distance — si leur existence venait à être solidement établie — ne peuvent générer d'effets suffisamment importants pour devenir thérapeutiques. En effet, si la concentration à distance d'un sujet fait simplement varier de manière peu significative l'activité électrodermale d'un autre, il reste difficile d'imaginer une quelconque utilité thérapeutique à cette variation. Peut-être, et c'est la piste que nous proposons de suivre, que les effets du soin énergétique se situent davantage sur un plan plus

psychologique, l'interaction à distance devenant alors un phénomène d'intérêt secondaire en ce qui concerne l'activité thérapeutique.

3.2.4. De l'énergétique au psychologique

L'efficacité d'une grande variété de méthodes de soins énergétique a été mesurée par des essais cliniques depuis le début du XXIè siècle, sans parvenir, malgré l'existence de travaux concluants sur les interactions à distance, à cerner les effets thérapeutiques somatiques de ces approches. Le Reiki, par exemple, a été étudié à plusieurs reprises (Joyce & Herbison, 2015; McManus, 2017; Rao et al., 2016), tout comme le therapeutic touch (Hawranik et al., 2008; Jackson et al., 2008; Robinson et al., 2007; Rosa et al., 1998), la prière spirite (Carneiro et al., 2017; de Souza Cavalcante et al., 2016) ou d'autres pratiques de guérison à distance (Astin et al., 2000; Radin et al., 2015).

Plusieurs études concluent en faveurs d'effets significatifs faibles à modérés de ces thérapies sur la douleur (Jackson et al., 2008; So et al., 2008), l'anxiété (Joyce & Herbison, 2015), la dépression (Joyce & Herbison, 2015; Thachil et al., 2007), l'agitation dans la démence (Hawranik et al., 2008), mais sont régulièrement sujettes à de nombreux biais mis en évidence dans des revues systématiques ou des méta-analyses (Astin et al., 2000; Ernst, 2003, 2011; Radin et al., 2015; Robinson et al., 2007). En effet, les critères de validité des publications scientifiques ne sont pas suffisamment respectés dans le champ des thérapies alternatives, souvent pour des raisons inhérentes à l'objet même de la recherche (Radin et al., 2015). D'autres biais concernent les publications elles-mêmes et témoignent du parti pris largement en faveur de ces thérapies par les chercheurs et les revues dans lesquelles ils publient. Ainsi, les résultats sur la plupart des recherches publiés dans des revues médicales généralistes incitent à la plus grande prudence sur l'interprétation à donner de la majorité des recherches sur le sujet (Pittler et al., 2000).

L'un des points centraux du débat autour de ces thérapies se situe autour de leur comparaison avec l'effet placebo. D'un point de vue historique, le placebo marche dans les traces du magnétisme animal, et Emile Coué fût un des précurseurs de cette découverte[86]. Cependant, une grande variété de remèdes ne possédant aucun intérêt propre existaient bien avant lui. Par exemple, les romains se soignaient avec la Thériaque, une préparation remplie

[86] Ce pharmacien proposait à certains malades une médecine qu'il savait inefficace et constatait que ceux-ci se remettaient tout de même de leur mal. Après avoir réalisé l'étendue de son influence, il a inclus les propriétés de la suggestion dans sa célèbre Méthode.

d'une soixantaine de substances variées, de plantes ou de composants aux propriétés fantastiques, comme les poudres de cornes de licornes (Shapiro, 1960). Le sens de ce terme a ainsi évolué au cours des siècles : de l'expression *« Placebo Domino »*, signifiant *« Je plairai au seigneur »*, le terme a désigné au XVIIIè siècle un remède employé pour plaire au patient plutôt que pour le guérir, avant de devenir, après la seconde guerre mondiale, un enjeu scientifique de taille pour différencier un produit ou une méthode qui possède un effet spécifique d'un autre qui n'en possède pas (Gensini et al., 2005).

Depuis les travaux fondateurs de la Cornell Conference of Therapy de 1946 et l'article de Beecher (1955), le placebo désigne trois effets distincts (Wolff & Dubois, 1946) : Le premier est l'amélioration provoquée par une substance intrinsèquement neutre (sucre, eau, lait, pain). Le deuxième est celui d'un produit qui n'a pas d'effet pertinent sur l'affection à traiter (les remèdes à base de plantes s'inscrivent souvent dans cette catégorie). Le troisième s'appuie sur la suggestion présente dans toute relation thérapeutique. Sur 15 études, soit au total 1082 patients, Beecher démontre qu'en moyenne, le placebo soulage les patients dans 35% des cas. Pour cet auteur, le fait que les évaluations subjectives des participants puissent être influencées à ce point par l'utilisation du placebo est très problématique, d'autant que les placebos peuvent parfois produire des effets physiologiques objectifs, comme des irritations de la peau ou des désordres intestinaux, ce qui complique tout jugement sur l'efficacité d'un traitement. Beecher conclut que la procédure de double-aveugle doit être employée afin de pouvoir standardiser l'évaluation des résultats. Une nouvelle méthodologie se dessine : les critères d'efficacité de la thérapie doivent être définis en avance, et le médicament à tester doit être comparé avec un placebo distribué en aveugle, afin de savoir si le premier se démarque du second.

Aujourd'hui, l'effet placebo reste un sujet de débat malgré son omniprésence dans la méthodologie scientifique des thérapies fondées sur les preuves. Des auteurs soutiennent par exemple que le placebo est un mythe, une interprétation abusive d'erreurs méthodologiques (Stewart-Williams, 2004) : comment distinguer la réponse placebo, c'est-à-dire n'importe quelle réponse suivant l'introduction d'un placebo, de son effet propre, c'est-à-dire ce qui ne peut se produire que si le placebo est administré ? L'erreur d'attribution, majorée par l'usage courant des mesures subjectives, constitue l'argument central de la méta-analyse critique de Hróbjartsson et Gøtzsche (2001). Les auteurs comparent 130 études dans lesquelles les patients sont placés au hasard dans un groupe placebo ou dans un groupe contrôle. Ils divisent ensuite ces études en deux catégories, celles qui évaluent au moyen de critères objectifs (par exemple la température corporelle) ou binaires (vivant ou mort) et celles qui mesurent des

données continues et subjectives (questionnaires, échelles). Des effets statistiquement significatifs de l'efficacité du placebo n'apparaissent que dans les études aux indicateurs subjectifs et mesures continues. De plus, la taille d'effet du placebo diminue en corrélation avec la taille de l'échantillon de ces études. Selon les auteurs, les études aux groupes moins conséquents conduisent à sur-estimer l'effet placebo, ce qui justifie l'idée qu'il s'agit d'une conséquence de biais méthodologiques.

Pour contourner ce problème, Kienle et Kiene (1997) proposent de parler d'effets non-spécifiques plutôt que d'effet placebo. Ils s'appuient sur une nouvelle analyse de la revue classique de Beecher qui démontre que les effets placebos obtenus étaient davantage expliqués par d'autres causalités. Pour ces auteurs, l'effet placebo est la somme de divers effets du contexte expérimental, de choix méthodologiques ou d'erreurs logiques. Beecher aurait commis l'erreur d'attribuer au placebo les améliorations de santé bien mieux expliquées par d'autres facteurs. Ils analysent les études citées par Beecher et listent ces facteurs (table 1). Par exemple, sur 10 des 15 études citées par ce dernier, l'amélioration obtenue dans le groupe placebo correspond statistiquement à l'évolution naturelle de la maladie. Dans d'autres cas, l'effet placebo, positif ou négatif, est attribué à tort au résultat de la prise consécutive ou antérieure d'un autre médicament. Dans certaines études, c'est la proximité relationnelle qui conduit les patients à remercier les médecins de leurs efforts en rapportant une amélioration. Dans ces conditions, le placebo est autant un moyen de plaire au patient qu'au médecin.

TABLE 1. Facteurs susceptibles de donner l'impression d'un effet placebo (Kienle & Kiene 1997)

Cours naturel de la maladie	
	Rémission spontanée
	Fluctuation des symptômes
	Régression à la moyenne
	Habituation
Traitement supplémentaire	
Biais d'observateur	
	Changement conditionnel de traitement
Erreur d'utilisation d'échelles	
Mauvaise définition de l'efficacité du traitement	
Interprétation non-pertinente ou erronée de réponses à d'autres variables	
Disparition d'effets toxiques d'anciennes médications	
Biais du patient	
	Politesse ou subordination à l'expérimentateur
	Réponses conditionnées
	Jugement psychotique ou névrotique

Pas de placebo donné du tout	
	Psychothérapie
	Phénomènes psychosomatiques
	Voodoo
Assomption erronée d'effets placebo toxiques crée par	
	Symptômes bénins usuels
	Persistance des symptômes

Depuis, d'autres artefacts statistiques ont été mis en évidence, comme le biais de régression à la moyenne, qui témoigne du fait que les mesures extrêmes chez certains sujets se normalisent au cours du temps, ce qui donne l'impression d'une guérison spontanée (Kleist, 2006). L'effet Hawthorne désigne quant à lui la tendance des individus à modifier leur comportement quand ils participent à une étude (Berbra, 2019). Curieusement, le débat autour de l'existence ou non de l'effet Hawthorne rappelle celui sur l'existence de l'effet placebo : conviendrait alors de parler de plusieurs *« effets de participation à la recherche »*, plutôt que d'effet Hawthorne, comme de *« facteurs contextuels »* plutôt que d'effet placebo (Berbra, 2019). D'autres auteurs pensent que l'effet placebo est la somme des effets contextuels, et rapportent les deux premières formes du placebo à ses enjeux relationnels (Miller & Kaptchuk, 2008).

De ce point de vue, l'effet placebo désigne en réalité le rôle médiateur de la relation thérapeutique sur la guérison et doit être décomposé en une pluralité de facteurs susceptibles de mieux rendre compte des interactions, principalement psychologiques, entre le contexte (lieu, temporalité), le rituel du soin (forme du traitement, manière d'administrer), les facteurs psychologiques individuels, et la guérison. Cette idée de différencier les propriétés psychologiques du placebo peut s'opérationnaliser. Par exemple, dans un essai clinique randomisé contrôlé en simple aveugle (Kaptchuk, Kelley, Conboy, et al., 2008), 262 adultes avec un syndrome du côlon irritables sont répartis en trois bras : liste d'attente (observation), acupuncture placebo (placebo limité), ou acupuncture placebo avec un praticien qui veille à établir une relation thérapeutique de qualité (placebo augmenté). Ces groupes représentent en quelque sorte une gradation de dosage de la relation thérapeutique (0, 0,5, 1). Au bout de six semaines, les patients sur liste d'attente ont vu une amélioration de leur qualité de vie et une baisse de la sévérité de leurs symptômes de 28%, ceux du groupe *« placebo limité »* de 44%, et ceux du groupe *« placebo augmenté »* de 62%. Ainsi, parmi les différentes composantes de l'effet placebo évalués, le groupe observation représente l'effet Hawthorne, le groupe placebo

limité, l'effet du rituel simple et le groupe placebo augmenté, l'effet du rituel et de la relation thérapeutique.

Des réactions physiologiques sont associées à ces effets placebo, ce que Levine et ses collaborateurs démontrent expérimentalement (Levine et al., 1978). Au terme d'un protocole sur la douleur[87], les chercheurs concluent que l'influence d'une molécule inhibitrice des récepteurs opiacés sur la réponse placebo montre que celle-ci est médiatisé par l'action neurophysiologique des endorphines. Un autre effet physiologique du placebo a été mis en évidence dans le traitement de la maladie de Parkinson (de la Fuente-Fernandez et al., 2001). Les auteurs ont ainsi cherché à savoir si ce placebo pouvait avoir un effet lié à la neurophysiologie spécifique de la maladie. En administrant aux participants du groupe placebo un produit de contraste ciblant les récepteurs de la dopamine — ce neurotransmetteur qui entre notamment en jeu dans la régulation des mouvements corporels — les auteurs ont pu constater que les attentes des participants produisaient une augmentation de cette molécule. Il apparait alors que la sécrétion endogène de dopamine puisse être favorisée par les situations d'attente positive, ce neurotransmetteur étant d'ailleurs très lié à au circuit de récompense du cerveau, c'est-à-dire aux processus neurophysiologiques qui entrent en jeu pour marquer le plaisir ou le déplaisir (Vialou, 2013).

A partir de ces recherches, les auteurs soutiennent l'existence d'un lien entre la dynamique neurophysiologique de l'effet placebo et ses aspects psychiques, puisque la dopamine entre en jeu dans la régulation thymique. C'est justement en étudiant les réponses de l'effet placebo sur ce trouble de l'humeur que la dynamique sérotoninergique du placebo a été mise en évidence (Lemoine, 2011). En comparant au moyen d'un PET scan 17 patients repartis au hasard en double aveugle entre un groupe placebo et un groupe traité avec de la fluoxetine[88], des chercheurs ont observé que le placebo avait produit un effet cérébral similaire à celui du médicament sur les régions corticales et paralimbiques (Mayberg et al., 2002). En outre, autant de patients bénéficiant du placebo que ceux n'en bénéficiant pas s'étaient améliorés. Il n'y avait

[87] Les sujets enrôlés subissent une extraction de molaires, suite à laquelle ils sont répartis en trois groupes : morphine, contre injection de naloxone, un antagoniste des récepteurs opiacés, contre injection de solution saline, un placebo. Le premier groupe rapporte significativement moins de douleurs que le groupe placebo. Après une injection de naxolone une heure plus tard, les sujets du groupe placebo voient leurs douleurs augmenter. Chez les sujets qui ont reçu la naloxone, l'injection du placebo ne produit rien.

[88] Il s'agit d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine fréquemment utilisé dans les antidépresseurs.

pas de différence significative entre le pourcentage de personnes guéries par le placebo (50%) et le pourcentage de personnes guéries sans placebo (53%).

Les tenants de ces approches neurophysiologiques laissent entendre que le conditionnement est le mécanisme psychologique sous-jacent à l'effet placebo (Koshi & Short, 2007). De la même manière que le chien associe à la présence de nourriture au tintement de la cloche dans l'expérience classique de Pavlov, le malade associe un certain contexte à ses expériences de guérison. Ainsi, lorsque le malade est en présence de ce contexte, sans pour autant recevoir le traitement, ses attentes induisent les modifications neurophysiologiques appropriées, comme le chien salive au bruit de la cloche. Cependant, cette théorie trouve rapidement ses limites en ce qui concerne les soins énergétiques. Pour devenir un conditionnement opérant, un stimulus doit produire des effets fiables et répétés, comme la nourriture, sans quoi le conditionnement cesse : la cloche n'entraine plus la salivation si le chien n'est jamais nourri après le bruit. Ainsi, un sujet qui irait voir systématiquement un énergéticien déconditionnerait l'effet placebo, car le thérapeute ne serait pas à même de produire un effet de guérison suffisamment consistant, contrairement à la médecine. De plus, on peut également s'interroger sur le rôle des *« facteurs contextuels »* qui jouent le rôle de stimulus, comme le son de la cloche. Le chien aurait-il la réaction de salivation à l'ouïe d'une *« cloche alternative »*, par exemple, un tambour chamanique ? Ce modèle du conditionnement repose sur l'association d'un stimulus précis — la cloche —, tandis que les travaux sur les effets placebos soulignent les effets diffractés du contexte.

La suggestion a également été évoquée comme mécanisme d'action de l'effet placebo. Dans une recherche menée sur des consultations de médecine de ville, 200 patients non-diagnostiqués ont été sélectionné et répartis en quatre groupes (Thomas, 1987). Deux groupes *« positifs »* dans lequel le médecin se montrait confiant et annonçait un diagnostic et deux groupes négatifs dans lequel le médecin exprimait un doute face au diagnostic et aux possibilités d'amélioration. Dans un groupe positif et dans un groupe négatif, un traitement placebo était attribué, dans les deux autres groupes, il n'y avait aucun traitement, de sorte que l'influence de la suggestion du médecin puisse être étudiée. Deux semaines plus tard, 64% des patients des groupes *« positif »* déclarent une amélioration de leur état de santé, contre seulement 39% des patients des groupes *« négatif »*. Cette différence est statistiquement significative à $p<.001$. Comme la prise ou non d'un objet placebo n'a aucune incidence sur l'amélioration du patient, l'effet semble avoir une valeur intrinsèquement relationnelle, médiatisée par des éléments de contexte. Comme l'évoquait Balint, l'usage de toute thérapeutique dépend de la *« fonction*

apostolique » du médecin, c'est-à-dire l'univers de croyances que celui-ci mobilise au cours du traitement et dans lequel il attire son patient (Balint, 1961).

Le placebo peut donc être saisi à travers le prisme de l'interactivité et de la communication, sous l'angle d'une *« réponse placebo »*, c'est-à-dire de processus que le patient met en œuvre en réaction au contexte du soin (Papakostas & Daras, 2001; Zubieta & Stohler, 2009). Benedetti le souligne ainsi :

> *« Quand un placebo (un traitement fictif), par exemple, une substance inerte comme l'eau, est administrée, ce qui compte n'est pas l'eau, bien sûr, mais sa signification symbolique, qui peut être rattachée à n'importe quoi. En ce sens, le concept de placebo est passé du contenu « inerte » de l'agent placebo au concept d'une simulation d'une thérapie active au sein d'un contexte psychosocial » (Benedetti, 2013, p. 1208)*

La réponse placebo produite par le patient désigne ainsi la cascade d'évènements neurobiologiques qui est susceptible d'advenir au contact de la situation thérapeutique. Selon Benedetti (2013), la confiance en le thérapeute, par exemple, repose sur le circuit de l'oxytocine dans l'amygdale. Plus il y a eu de production d'oxytocine au contact du thérapeute, plus le patient va lui faire confiance. La suggestion, quant à elle, peut produire dans le cas de la douleur la sécretion d'opioides ou de cannabinoides endogènes qui vont diminuer l'intensité du stimulus. D'un autre côté, la production de dopamine produite au contact de certains stimuli agréables favorise un mécanisme d'apprentissage. Dans la perspective des théories du conditionnement, lorsqu'un patient voit un autre sujet aller mieux grâce à un traitement, il associe un évènement positif au traitement, et lorsqu'il le prend, cela active son circuit de récompense, il se sent mieux (Colloca & Benedetti, 2009). Ce déterminisme neurobiologique, qui s'étaye également sur la génétique, expliquerait également pourquoi certains sujet répondent mieux que d'autres au placebo (Benedetti, 2013; Kaptchuk, Kelley, Deykin, et al., 2008).

Par ailleurs, certaines pathologies seraient plus particulièrement propices à être améliorées par le placebo, en raison de leurs soubassements neurobiologiques. La réponse placebo liée aux attentes positives produit par exemple des opiodes endogènes et de la sérotonine, de ce fait, elle module la douleur, ou atténue les symptômes de la maladie de Parkinson (de la Fuente-Fernandez et al., 2001). Dans les pathologies psychiatriques, c'est surtout le conditionnement associé à la prise d'un traitement qui semble expliquer d'avantage

la présence de l'effet placebo. Par ailleurs, l'importance du processus de conditionnement laisse entrevoir la possibilité de rendre des sujets plus répondants au placebo par l'intermédiaire de la plasticité cérébrale (Colloca & Benedetti, 2009). Cela n'est pas sans poser d'importants problèmes éthiques, notamment vis-à-vis des thérapies alternatives :

> *« En fait, nous savons aujourd'hui que le rituel même de l'acte thérapeutique peut changer la physiologie du cerveau du patient ; donc toute personne qui met en scène un rituel thérapeutique peut produire ces effets. Si des pilules de sucres et des seringues avec des solutions salines peuvent induire des effets placebos lorsqu'elles sont maniées par des docteurs, alors les mêmes effets placebos peuvent être déclenchés par des escrocs et des shamans au moyen de rituels excentriques et de conconctions bizarres. » (Benedetti, 2013, p. 1238).*

Cette plasticité pourrait avoir des conséquences à l'échelle phylogénétique. Comme les conduites d'entraide sollicitent les région corticales (Benedetti, 2013), des auteurs suggèrent ainsi que le développement de ces conduites d'aide irait jusqu'à modifier l'expression génétique d'une espèce (Colloca & Miller, 2011). Ses membres développeraient un potentiel auto-thérapeutique latent qui pourrait être déclenché au contact d'un individu médecin (Colloca & Miller, 2011). Dans cette perspective évolutionniste, la réponse placebo se structurerait en relation avec l'environnement. L'expression des gènes codant pour ce potentiel thérapeutique serait déterminée par les contextes et situations sociales de l'ontogenèse. L'activité de communication formerait le lien entre les évènements apaisants et certains stimuli externe par l'intermédiaire d'une structure symbolique. L'apprentissage de la communication et le partage de ces symboles favoriseraient le conditionnement des réactions neurophysiologiques à certains stimuli de l'environnement qui prendraient ainsi une valeur thérapeutique. Ainsi, tout l'enjeu pour le médecin serait de parvenir à éveiller et entretenir correctement ce potentiel placebo (Lemoine, 2011). Suivant cette idée, on peut imaginer que ces thérapeutes alternatifs jouiraient ainsi de la lente apparition du rôle du médecin, que les patients auraient appris à aller mieux grâce aux relations avec les soignants, mais qu'ils seraient maintenant vulnérables face à des abus de charlatans qui trahiraient cette relation de confiance, et que les effets produits par cette dernière puissent légitimer les pratiques étranges voire déviantes de ces charlatans. Ce modèle évolutionniste semble toutefois oublier que ces dispositifs sont pour la plupart antérieurs à la médecine scientifique, et qu'ils ne peuvent donc pas profiter indument d'une place qu'ils ont participé à construire.

Au-delà de cette vision plutôt pessimiste et caricaturale de la santé, dans laquelle les méthodes alternatives sont des sortes de parasites qui profitent de la vitalité de la médecine, soulignons plutôt que ces recherches conduisent à une série de paradoxes propres aux mesures de l'efficacité des thérapies alternatives (Walach, 2001). Notons ainsi que les sujets qui ont recours aux soins énergétiques déclarent fréquemment se sentir mieux grâce à leurs thérapeutes alternatifs, malgré le manque d'effets objectifs de ces thérapies sur leur état de santé (Guy et al., 2017). Comment comprendre alors cet écart entre les bienfaits subjectivement perçus de ces soins et l'absence d'amélioration objective ?

Premièrement, les essais cliniques sont fondés sur un modèle mécaniste dans lequel on cherche à identifier la cause précise responsable d'un évènement : l'amélioration de l'état de santé. Hors, dans le contexte des thérapies alternatives, les méthodes utilisées ne sont pas nécessairement des causes univoques, c'est-à-dire qu'une technique peut entrainer une variété de changements qui n'apparaissent pas dans les mesures de l'évènement visé. Autrement dit, au regard des données de la littérature, nous pouvons penser que l'efficacité du soin énergétique se situe sur un registre bien différent de l'amélioration objective de la physiologie des malades, et ce registre d'efficacité qui est insuffisamment pris en compte, sauf dans l'étude de Guy et al. (2017) ou il apparait clairement.

Deuxièmement, l'intérêt des essais cliniques consiste à mesurer les effets thérapeutiques spécifiques d'une intervention contre ceux attendus par la régression à la moyenne, c'est-à-dire la guérison spontanée, ou par un placebo ou différents effets de contextes. Hors, il est plus rarement mesuré la capacité d'une intervention à provoquer l'effet placebo. En d'autres termes, une intervention manuelle, comme la kinésithérapie, pourrait avoir un effet spécifique fort et des effets contextuels faibles, tandis qu'un soin énergétique, tout en étant moins performant que la première intervention, pourrait n'avoir aucun effet spécifique mais provoquer de forts effets contextuels. La différence qualitative de cette efficacité est alors éludée au profit de la mesure quantitative.

Troisièmement, les différences qualitatives d'efficacités reposent principalement sur des dimensions extra-interventionnelles comme le lieu de consultation ou encore l'allure du professionnel, qui doivent être évacués des protocoles de recherche clinique mais qui constituent parfois l'essentiel de certaines thérapies alternatives. Cela ouvre donc sur le rôle et les enjeux sociaux et psychologiques de ces thérapies. Dans cette perspective, la question du sens de la maladie pourrait aussi bien alors être évaluée dans un essai clinique, et l'on se demanderait alors, qui du médecin ou de l'énergéticien permet au malade de mettre d'avantage

de sens à ses maux. Seulement, le sens subjectif accordé à des symptômes est rarement un critère de l'évaluation de l'efficacité des thérapies alternatives. Sur ces différents points, nous rejoignons donc l'opinion de Dean Radin (2015) et pensons que ces thérapies méritent d'être étudiées avec d'autres outils que les seuls essais cliniques. Cela revient à formuler l'idée que ces thérapies s'intègrent dans une *« culture des causes »* (Stengers, 2006a) différentes de la science biomédicale.

De ce point de vue, nous pensons qu'il est raisonnable d'affirmer que le registre d'action des soins énergétiques se situe d'avantage du côté de la psychologie et ce pour trois raisons. Tout d'abord, l'ancrage de ces méthodes de soins dans un discours et un modèle psychologique montre clairement que l'énergie englobe le fonctionnement mental et émotionnel d'un sujet. Les modèles du soin énergétique, comme ceux de Brennan ou de Krieger, sont résolument fondés sur des méthodes psychothérapiques ensuite mêlées à la spiritualité. De ce point de vue, les soins énergétiques intègrent — à un certain degré que l'objectif de cette thèse est de préciser — des outils et donc nécessairement un travail psychothérapique. Ensuite, il convient d'aborder avec prudence la question des effets somatiques de ces soins. Même si la possibilité d'interactions de nature inconnue à distance entre les êtres vivants n'est pas à écarter (Schmidt et al., 2004), il reste à préciser si ces interactions sont susceptibles de produire des effets suffisamment importants sur un sujet pour avoir une action thérapeutique. En l'absence de données suffisantes pour établir des modèles de ces interactions, nous préférons suivre l'hypothèse qui attribue des processus psychologiques et sociaux aux effets des soins énergétiques.

Cette hypothèse ne doit pas être soutenue comme une disqualification de pratiques qui ne « seraient qu'un placebo », dans une perspective de concurrence entre vraies et fausses thérapies. Elle mène au contraire à explorer d'avantage les régimes de construction de l'efficacité dans les contextes thérapeutiques, et tente justement d'apprécier les processus intersubjectifs plus subtils mis en jeu par ces dispositifs pour produire leurs effets. La question des effets « mécaniques », quantifiables, reproductibles, potentiellement provoqués par une influence émise à distance, est une dimension différente qui s'ajoute encore à la complexité du problème des soins énergétiques. Du surcroit, l'existence de tels effets ne saurait remettre fondamentalement en cause les logiques psychologiques et sociales qui sous-tendent ces thérapies.

Chapitre 4. Le soin énergétique, effets culturels, psychologiques ?

Transposer l'efficacité du soin énergétique sur le registre de la subjectivité nous amène à devoir nous décentrer d'un modèle théorique matérialiste, comme le Biofield, pour mieux cerner les ressorts des interactions entre le sujet malade, le thérapeute énergétique et le contexte thérapeutique dans lequel cette dyade s'insère. De ce point de vue, la pratique du soin énergétique s'envisage non pas sous l'angle de la transmission d'une énergie-force du corps du guérisseur vers celui du patient, mais plutôt comme le fruit d'un rapport intersubjectif dans un univers symbolique. Cette direction, également prise par des auteurs qui travaillent sur les effets contextuels par l'approche expérimentale (Kaptchuk, 2011), conduit à envisager le soin énergétique sous l'angle des rituels thérapeutiques, dans la lignée des travaux anthropologiques à propos des guérisseurs des sociétés premières. Nous nous intéresserons dans un premier temps à ces perspectives anthropologiques, avant de souligner comment celles-ci se fondent parfois sur une conception plus psychologique de la pensée magique sur laquelle reposeraient les dispositifs thérapeutiques traditionnels. Ceci nous permettra dans un deuxième temps d'aborder les perspectives psychanalytiques sur la pensée magique et de ré-évaluer son rôle dans un dispositif thérapeutique.

4.1. Perspectives anthropologiques

4.1.1. L'Efficacité symbolique

Selon Le Breton (2017), *« La notion « d'effet placebo » est la reformulation médicale du vecteur symbolique lié à la démarche de soins, elle implique que la manière de donner compte autant que le produit et l'acte effectué en faveur du patient »* (p.137). L'effet placebo permet à la biomédecine de repérer les effets du contexte culturel et de la relation thérapeutique sur les soins. Paradoxalement, cela ne participe aucunement à améliorer les soins, puisque l'effet placebo doit être évacué de la constitution des protocoles de traitements. Cela participe ainsi à créer une médecine qui se soutient hors de l'océan symbolique dans lequel les malades sont portant immergés. Le Breton soutient que les thérapeutes alternatifs sont au contraire baignés dans les symboles. Ils véhiculent une vision du monde particulière et tirent de cela leur efficacité, à l'instar des Chamanes : *« Magnétiseurs, radiesthésistes, barreurs de feu, panseurs de secret, etc. ce sont là des techniques qui reposent sur une représentation du monde où l'homme est un microcosme, une chair non coupée de l'univers qui la nourrit et lui donne ses rythmes. »* (Le Breton, 2017, p. 134)

Les ressorts de cette *« efficacité symbolique »* sont exposés par Claude Levi-Strauss en 1949. Il étudie des récits de cures chamaniques de tribus du Brésil et du Canada et observe que différentes techniques de guérison chamanique existent, mais que celle-ci sont toutes fondées sur des raisonnements erronés (Lévi-Strauss, 1949a). A travers l'analyse d'un chant rituel de guérison de la tribu Amérindienne Cuna, l'anthropologue repère que la cure chamanique suit une mise en scène ambigue : le guérisseur ne doit pas se concentrer trop précisément sur l'organe malade, sans quoi ses supercheries deviendraient visibles, ni l'occulter pour agir sur le registre psychique, sans quoi il ne répondrait pas au motif de consultation (Lévi-Strauss, 1949b). De surcroit, ces cures produisent des effets indéniables et des différences de résultats existent au sein de ces méthodes. La cure chamanique consiste alors pour Levi-Strauss en une sorte de *« manipulation psychologique de l'organe malade, et […] c'est de cette manipulation que la guérison est attendue »* (1949, p.12).

Dans cette perspective, l'auteur suggère que les préparatifs rituels et leur caractère répétitif permettent d'inscrire le parcours et les souffrances du malade dans le registre d'action du Chaman. Dans un premier temps, le rituel thérapeutique transcrit les maux du corps dans une *« géographie affective »* du malade. De ce fait, *« la cure consisterait donc à rendre pensable une situation donnée d'abord en termes affectifs et acceptables pour l'esprit des douleurs que le corps se refuse à tolérer »*. Dans un second temps, le chaman fait référence à des récits des individus du village, ce qui témoigne selon Levi-Strauss du double-aspect du processus thérapeutique : *« Il y aurait ainsi deux offensives lancées au secours de la malade : étayées, l'une, d'une mythologie psycho-physiologique, l'autre, d'une mythologie psycho-sociale […] »*.

Dans l'exemple proposé par Levi-Strauss, le chant du chaman a pour but de dresser un parallèle entre les souffrances du patient et des signifiants mythiques avant *« de les lui présenter sous une forme qui puisse être appréhendée par la pensée consciente ou inconsciente »*. Ce faisant, le chaman agit en replaçant les douleurs inacceptables du malade dans un mythe porteur de sens : *« le Shaman fournit à sa malade un langage, dans lequel peuvent s'exprimer immédiatement des états informulés, et autrement informulables »*. Cette description évoque aujourd'hui les théories psychanalytiques du processus thérapeutique, et en particulier celles de Bion (1962, 1979, 1982). Dans cette théorie, le psychisme est un *« appareil à penser les pensées »*, dont le rôle est de transformer des éléments impensés et donc impensables (les *« éléments-alpha »*) en produits (les *« éléments beta »*) capables d'intégrer les représentations psychiques. Le chaman proposerait ainsi un dispositif de symbolisation à l'interface entre subjectivité et culture.

Cette comparaison entre psychanalyse et dispositifs-magico religieux est explorée davantage par Lévi-Strauss. L'anthropologue situe la cure shamanique à l'intermédiaire entre la médecine organique et la cure psychanalytique. Pour lui, l'abréaction est le moteur principal de ce dispositif. Celle-ci repose sur le fait que le malade, *« dont l'attention au réel est sans doute diminuée, et la sensibilité exacerbée »*, considère le chaman comme acteur de la résolution d'un conflit entre les forces de la nature et son intériorité. La psychanalyse résout le conflit par le mythe individuel, tandis que la cure chamanique sollicite un mythe social extérieur au malade, elle forme une expérience singulière dans laquelle se produit une collusion entre la physiologie du malade et l'univers groupal incarné par le guérisseur. Selon Levi-Strauss, l'efficience de ce processus reposerait sur l'homologie de la structure qui sous-tend les différentes strates du vivant. La physiologie comme la pensée réflexive obéiraient ainsi à des lois d'organisation similaires. Dans cette théorie, les symboles sont des formes culturellement déterminées de cette structure, puisque la manipulation du Chaman s'effectue toujours au moyen de symboles. Comme ceux-ci se situent dans un registre différent de celui des objets manipulés, ils garantissent le *« parallélisme entre mythes et opérations »*, entre groupe et sujets, entre pensées et corps. Dans cette vision structuraliste, également développée par Lacan (Scubla, 2011), l'inconscient serait ainsi la machinerie permettant d'organiser les évènements physiques et psychiques autour du mythe collectif.

Dans cette perspective, tout dispositif thérapeutique s'inscrit dans ce registre de manipulation des mythes. Puisque *«[…] la forme mythique prime le contenu du récit »*, celui-ci peut varier sans affecter aucunement l'efficacité de l'action structurale qu'offrent les mythes. Si l'opération repose bien sur la manipulation de symboles, ses effets ne proviennent pas du sens produit, mais bien d'une action dans et sur la structure des signifiants (Rechtman, 2000). Selon Levi-Strauss, les effets dans une structure signifiante retentissent ainsi dans une autre :

> *« L'efficacité symbolique consisterait précisément dans cette « propriété inductrice » que posséderaient, les unes par rapport aux autres, des structures formellement homologues pouvant s'édifier, avec des matériaux différents, aux différents étages du vivant : processus organiques, psychisme inconscient, pensée réfléchie. » (1949, p.24)*

Ainsi, le symbole permet seulement d'établir et de manipuler des correspondances entre les différents niveaux d'organisation du vivant. L'établissement de ces correspondances repose sur un processus d'identification au mythe, comme le souligne Chalverat : *« Par efficacité symbolique, j'entends un processus où la relation de cause à effet passe par la fonction*

symbolique et notamment par une identification à un mythe dans lequel la relation avec le trouble à guérir se base sur l'analogie. » (Chalverat, 2011, p. 152). Le guérisseur facilite ces identifications puisqu'il met en scène le mythe dans la cure et permet au malade d'en faire l'expérience intime. Ce type de processus repose ainsi sur une forme de raisonnement *analogique* qui met en relation différents univers : le mythe et le rite, le groupe et l'individu, le somatique et le biologique (Bioy & Keller, 2010)

Cependant, cette proposition de l'efficacité symbolique ne résout pas totalement la question des rapports entre le corps et l'esprit dans la guérison. En effet, par quels moyens une action symbolique médiatisée par le langage peut-elle produire des effets sur le corps ? Poursuivant la perspective ouverte par Marcel Mauss concernant la mort soudaine d'individus dans les contextes magiques (Mauss, 1926), et surtout celle de l'anthropologue américain Cannon sur la sorcellerie (1942), Claude Lévi-Strauss formule une réponse. Selon lui, *« l'intégrité physique ne résiste pas à la dissolution de la personnalité sociale »* (Lévi-Strauss, 1949a). Un sujet ensorcelé est progressivement exclu par son entourage, ce qui déclenche chez lui, de manière inconsciente, des processus physiologiques qui le conduisent à se laisser mourir. Selon les anthropologues, l'efficacité symbolique témoigne donc de l'existence de processus *« physio-sémantiques »*, c'est-à-dire d'une physiologie structurée comme un langage (Le Breton, 1993).

D'un point de vue anthropologique, les succès du soin énergétique se rapportent donc à son inscription dans une physio-sémantique différente de celle de la médecine :

> *« Si le pansement de secret ou le désorcellement coexistent au sein de la même société, avec les vols dans l'espace ou l'informatique, c'est parce qu'entre ces pratiques culturelles, il n'y a pas de progrès, mais différence de vision du monde, différence d'éthique sociale. » (Le Breton, 1993, p. 75)*

Face à un corps érigé comme bastion de l'individualité, dont les mythes réparateurs sont eux-aussi individuels et doivent être trouvés dans l'intériorité du sujet à grand renforts de biomédecine ou de psychanalyse, l'énergétique renoue avec le modèle des sociétés premières qui met en scène le corps comme lien entre l'homme, ses semblables et la nature (De Martino, 1971). Par ailleurs, la pluralité et la complexité des représentations modernes de la réalité invitent chacun à *« bricoler »* du sens à partir des groupes sociaux auquel il est susceptible

d'appartenir[89] (Le Breton, 1991). La maladie provoque parfois un échec de ce bricolage et s'apparente alors à une crise de la signification, une désorganisation de l'existence. Dans une telle situation, *« l'acteur est amené à consulter un spécialiste du non sens : médecin, guérisseur, leveur de sort, psychologue, rebouteux, chaman, medecine man, etc. La tâche de ce dernier consiste à supprimer la douleur, à rétablir la continuité de la relation à l'environnement, à restaurer la capacité de l'acteur d'être autonome dans ses faits et gestes. »* (Le Breton, 1991, p. 99). Comme l'accès aux pratiques de guérisseurs repose sur un partage de contacts et d'adresses[90], ces méthodes immergent le sujet dans une dynamique d'échange social (Schmitz, 2006a). Ce processus reconstitue le tissu social des sociétés premières à une échelle micro-sociologique.

De plus, l'efficacité du thérapeute trouve sa source dans le réseau de sens dans lequel il s'inscrit, mais aussi dans le fait que sa personne se distingue bien des autres thérapeutes et même de ses confrères (Le Breton, 2017). Autrement dit, on ne va pas voir *« un guérisseur »*, on rencontre *« ce guérisseur »*. C'est pourquoi il existe aujourd'hui *« des magnétiseurs »* plutôt qu'un *« magnétisme »*, et que ces pratiques thérapeutiques connaissent d'innombrables variations individuelles, régionales et nationales (Levin, 2011). De ce point de vue, la relation thérapeutique entre le guérisseur et son malade est parfois considérée aujourd'hui comme la source de l'efficacité symbolique (Caillé & Prades, 2015). Dans cette perspective, l'efficacité symbolique survient dans la rencontre entre un individu souffrant qui croit en sa guérison et *« la présence d'un thérapeute supposé savoir, vouloir et pouvoir, apte à prodiguer de la reconnaissance, à permettre une authentification de soi, dans une dialectique de l'inconditionnalité et de la conditionnalité, d'une transcendance et d'une immanence, avec la capacité à mettre des mots (ou des gestes) sur les maux. »* (Caillé & Prades, 2015, p. 317).

En ce sens, l'efficacité symbolique serait surtout celle d'une relation qui permet au sujet de faire l'expérience, dans un langage et des représentations partagées, de l'écart ou de la ressemblance entre son vécu et celui des autres. Les mythes sociaux deviennent alors le support du partage des représentations de la maladie et de la souffrance. Le succès de la thérapie dépend ici de la capacité du thérapeute à rendre tangibles ces mythes à travers les actes de soin. Dès lors, l'efficacité symbolique désigne surtout la conséquence thérapeutique de la croyance en

[89] L'émergence et le développement des théories du complot en parallèle des élections américaines et de la pandémie de coronavirus témoignent selon nous de cette dynamique.
[90] Cela tend toutefois à être de moins en moins le cas du fait de la modernisation de la profession, qui forme maintenant un corps intermédiaire entre la médecine et la psychiatrie.

des mythes sociaux (Prades, 2014). Comme les mythes font le lien entre le désir de guérison et les conditions que la société fixe à celui-ci, le thérapeute se trouve contraint de les propager. Ce dernier est donc tout autant un des vecteurs par lesquels les mythes se réalisent qu'un moteur de leur formation, dans un processus de décrire-construire. Le langage thérapeutique peut ainsi coudre et découdre le tissu mythique qui recouvre le réel. Cette modalité d'efficacité correspond à celle de la magie souvent décrite par les anthropologues (De Martino, 1971).

Le soin énergétique, comme d'autres modalités de thérapies alternatives, peuvent alors se lire comme des rites de guérison magiques — au sens évoqué précédemment. Prenons un exemple : les théories du soin énergétique prennent souvent l'onde électromagnétique comme métaphore du mode d'action de l'énergie vitale. Tout comme l'énergie subtile peut traverser les corps, l'onde se propage à travers différents milieux. Le déploiement de l'énergie du thérapeute sous forme d'onde proviendrait de *« l'état vibratoire »* de celui-ci, tout comme la propagation du son d'une guitare trouve son origine dans la vibration de ses cordes. Il faut alors que le thérapeute parvienne à *« vibrer »* convenablement, au moyen de la méditation par exemple, pour pouvoir transmettre *« de bonnes vibrations »* à un autre sujet[91]. Ces vibrations peuvent se repartir en *« niveaux »*, qui correspondent alors à différentes longueurs d'onde dérivées du rayonnement lumineux, mesurables par exemple à l'aide d'un pendule et d'une échelle de Bovis (Schmitz, 2006a), ou à des longueurs d'ondes sonores susceptibles d'être modulées dans un but thérapeutique grâce à un diapason spécifique (McKusick, 2014). Cependant, Olivier Schmitz (2006) montre précisément que ces praticiens appuient leurs techniques sur des principes magiques, par exemple la représentativité entre l'ensemble et la partie : une partie d'un individu *« vibre »* comme l'individu lui-même. Il convient donc de supposer que ces pratiques s'appuient au moins en partie sur celles du registre de la magie, c'est-à-dire une certaine catégorie d'actes et de croyances habituellement comparés à la science et à la religion dans la littérature anthropologique (Jorion & Delbos, 1980). Ces actes et croyances reposent communément sur des représentations du monde apparemment opposées à celles de la rationalité. Nous discuterons de ces conceptions et de leurs limites au cours de ce chapitre.

4.1.2. Magie et pensée magique

Les premières théorisations de la magie apparaissent dans *Le Rameau D'or* de l'anthropologue James Frazer (1923). Ce dernier compare minutieusement les mythes et

[91] Selon la formule de Barbara Brennan, *« pour faire du bleu, vous devez être bleu »*.

pratiques magiques de différentes cultures. Il inaugure une tradition anthropologique dans laquelle les pratiques magiques d'une société se réduisent à un fonctionnement du groupe selon deux principes psychologiques : le principe de similarité — ou homéopathique — selon lequel le semblable appelle le semblable, ou le principe de contiguïté ou de contagion, selon lequel deux objets en contact deviennent liés même si ils sont séparés. Ces lois magiques régissent la mise en place et l'action de nombreux rites thérapeutiques dans les sociétés premières. Ainsi, Frazer considère que la magie est une survivance d'un stade de développement antérieur de l'humanité, largement dépassé par la modernité. Dans cette perspective, l'organisation sociale des interactions entre l'homme et le monde se situe sur un continuum allant de la magie, modalité originelle et archaïque, à la science, l'extrémité la plus raffinée. La religion se situe à l'intermédiaire entre les deux, elle est plus structurée et structurante socialement que la magie, mais moins que la science.

L'anthropologie psychanalytique embrasse initialement ce point de vue. Freud se base justement sur le matériel et les propositions de Frazer pour écrire *Totem et Tabou* (Freud, 1924). Dans *Malaise dans la civilisation,* Freud (1934) compare la survivance du sentiment religieux à celle des vestiges antiques dans la Rome contemporaine. A la suite de Freud, la psychanalyse adopte cette conception aujourd'hui qualifiée *« d'irrationaliste »* (Sanchez, 2007), car elle consiste à réduire la magie à une modalité universelle de résolution des conflits intrapsychiques ontogénétiquement inférieure à celles dont l'homme développé dispose. Ces idées sont longuement développées dans un volume de 1934 de la *Revue Française de Psychanalyse* dédié à la pensée magique. Par exemple, Marie Bonaparte situe les origines de la pensée magique dans le stade narcissique primaire :

> *« A ce stade, l'individu se croit un pouvoir immodéré sur l'univers. De même que le nourrisson quand il a soif, quand il a faim, quand il se démène dans son berceau, voit accourir sa mère, on dirait que le primitif croit, à ce stade, que ses actions feront accourir à lui la nature, telle une mère exaltée, qui lui donnera tout ce qu'il désire. » (1934, p. 14).*

Dans la perspective psychanalytique classique, la magie serait ainsi la première tentative d'un être humain primitif pour ne pas sombrer dans l'angoisse, la terreur ou la frustration. Un tel Homme aurait bâti son monde interne sur des coïncidences heureuses, qu'il aurait tenté de reproduire pour répondre à ses désirs : le coq chante, le soleil se lève. J'ai besoin que le soleil se lève, alors je fais chanter le coq. L'idée Freudienne de la *récapitulation,* selon laquelle l'ontogenèse répète la phylogènese, explique pourquoi ces croyances seraient présentes lors du

développement de chaque individu, comme reflet de la croissance de l'espèce. La survivance des rites et croyances magiques sont déterminées par le recours à la toute-puissance infantile à défaut d'employer les voies préférables de la mentalisation et de la sublimation.

Ces théories ont rapidement fait l'objet de débats chez les anthropologues, qui ont très justement pointé le caractère péjoratif de ces représentations des autres cultures, mais aussi la manière avec laquelle ce *« psychologisme »* faisait fi de la visée pragmatique des rites magiques (Sanchez, 2007). Paradoxalement, ce point de vue très daté, ancré dans le début du XXè siècle, est encore très actuel. Les sciences cognitives considèrent que les croyances magiques résultent de biais cognitifs qui se développent dans l'enfance (Subbotsky, 2010). Cela amène donc le débat populaire actuel autour des thérapies alternatives à employer des *« accusations en irrationalité »*, c'est-à-dire à affirmer, sans autre forme de procès, que celui qui croit en la magie ou s'adonne à des pratiques magiques se trompe ou est trompé, abusé par un *« charlatan »* (Charrasse, 2019b).

Cependant, cette conception rencontre plusieurs limites. D'une part, les mouvances scientistes qui condamnent l'irrationnalisme (voir par exemple Bronner, 2013) s'appuient souvent sur une théorie évolutionniste selon laquelle l'essor de l'éducation va permettre de faire disparaître la magie au profit du raisonnement scientifique. Dès lors, la survivance et le recours abondant aux pratiques magiques dans les sociétés modernes — particulièrement chez les populations les plus éduquées — constitue une aberration logique. D'autre part, l'irrationnalisme conduit à effacer toute trace du contexte social et des contingences matérielles dans lequel se trouve le sujet et qui constituent pourtant le registre d'action de la magie :

> *« le véritable problème n'est pas de ramener les croyances à un substrat psychologique quel qu'il soit, le défi en matière d'explication des croyances consiste à analyser le rapport qui relie une instance supérieure (les désirs, les émotions) à des rites ou à des représentations que l'on peut observer concrètement dans une culture. » (Sanchez, 2007, p. 385)*

Marcel Mauss montre que les composantes psychologiques de la magie étayent une dynamique sociale. Pour lui, la magie se maintient en vie grâce aux croyances. La croyance en la magie est toujours adoptée *a priori*, avant de la mettre en pratique. Même si les sorts échouent souvent, la magie peut se perpétuer parce que la croyance en la magie s'appuie sur le tissu social : il est toujours question de croire en la magie des autres. Les pratiques magiques, avant d'exister comme actes techniques, trouvent donc leur origine dans la croyance en l'existence

d'effets magiques. Les magiciens eux-mêmes fondent leur action sur la croyance dans les pouvoirs d'un autre, c'est pour cela que l'ajout d'artifices dans la pratique ou la simulation ne les dérangent aucunement. Les magiciens peuvent toujours estimer qu'un autre est davantage capable d'exercer les pouvoirs magiques qu'eux-mêmes ne font que mimer.

Cette perspective prend ainsi en compte les aspects sociaux et pragmatiques de la magie. Selon Mauss, celle-ci se caractérise par l'exécution de rites, des *« actes traditionnels d'une efficacité sui generis »* (Mauss & Hubert, 1904, p. 60). Les actes magiques se démarquent toujours par leurs spécificités et leur singularité. De ce fait, si les rites sont majoritairement constitués de techniques, c'est-à-dire d'actions mécaniques qui entraînent des effets du même ordre, ils visent à produire des processus dont les techniques ne peuvent pas être la seule cause. Dans cette optique, les soins des guérisseurs peuvent être analysés comme des rites magiques. Par exemple, le souffle du barreur de feu est une technique qui permet bien de refroidir la peau brulée par une action mécanique, mais l'adjonction d'un secret ou de signes de croix élèvent l'efficacité du rite au-delà des seuls effets de la technique. En ce sens, la technique des rites de guérison se double d'un surcroit d'efficacité qui appartient à un registre d'action différent, que Lévi-Strauss a nommé efficacité symbolique.

La magie, du point de vue de Mauss et Hubert, se situe donc entre la technique et la religion. Ce supplément de singularité que met en scène le rite magique le sépare ainsi du simple acte technique d'un côté, mais le distingue d'un autre côté des rites religieux, structurés, collectifs et codifiés. Le caractère désorganisé, nébuleux et occulte des rites magiques permet ainsi de susciter chez ceux qui y participent un sentiment différent d'avec les rites religieux :

> *« Tandis que le rite religieux recherche en général le grand jour et le public, le rite magique le fuit. Même licite, il se cache, comme le maléfice. Même lorsqu'il est obligé à d'agir en face du public, le magicien cherche à lui échapper ; son geste se fait furtif, sa parole indistincte ; l'homme médecine, le rebouteux, qui travaillent devant la famille assemblée, marmonnent leur formules, esquivent leurs passes et s'enveloppent dans des extases simulées ou réelles. Ainsi, en pleine société, le magicien s'isole, à plus forte raison quand il se retire au fond des bois. […] L'isolement, comme le secret, est un signe presque parfait de la nature intime du rite magique. Celui-ci est toujours le fait d'un individu ou d'un individu agissant à titre privé ; l'acte et l'acteur sont enveloppés de mystère. » (Mauss & Hubert, 1904, p. 64).*

La source de l'efficacité des pouvoirs magiques est donc cachée et tenue secrète par le magicien. Cela n'empêche nullement que les rites magiques puissent être copiés et reproduits par tout un chacun, et notamment les rites de guérison populaire, qui sont alors des formes appauvries de pratiques magiques. Dans ce contexte, le magicien devient un spécialiste, et il distingue sa pratique des rites populaires par sa grande spécialisation et tout le soin qu'il porte à garder secret ses méthodes. Cette différence se retrouve en effet dans les méthodes thérapeutiques rurales : les pratiques d'automédication par les *« remèdes de grand-mère »* ne sont pas identiques à celles des détenteurs d'un véritable don de guérison (Schmitz, 2006a).

Le comportement du magicien à l'égard des rites participe donc en grande partie de l'efficacité de la magie, mais pas seulement : *« n'est pas magicien qui veut : il y a des qualités dont la possession distingue le magicien du commun des hommes. Les unes sont acquises et les autres congénitales ; il y en a qu'on leur prête et d'autres qu'ils possèdent effectivement »* (Mauss & Hubert, 1904, p. 69). Les particularités physiques, comme la présence de taches de naissance ou de malformations, peuvent élire un magicien. La nature des yeux ou du regard du magicien, réputé sombre et intense, participe à son pouvoir d'ensorcellement (Favret-Saada, 1977). Le magicien se détache aussi du groupe par ses caractéristiques psychiques. Son intelligence anormale, mais aussi sa grande nervosité s'expriment souvent dans des accès critiques de clairvoyance, de catalepsie, tremblements, somnambulisme…

Au-delà de ces caractères individuels, ce qui définit surtout le magicien, c'est *« l'attitude prise par la société à l'égard de tout leur genre »* (Mauss & Hubert, 1904, p. 71). Ainsi, les femmes, les enfants ou les étrangers, par les projections sociales qu'ils suscitent, forment des classes bien spécifiques à l'intérieur de la société et sont tout désignés pour être source de pouvoir magique. L'inscription sociale particulière d'une catégorie d'individus au sein d'un groupe destine ses membres à exercer la magie. Comme l'évoquait Mauss, *« c'est donc l'opinion qui crée le magicien et les influences qu'il dégage »* (Mauss & Hubert, 1904, p. 87). Enfin, le magicien tire son efficacité des aptitudes surnaturelles qui lui sont attribuées et dont il fait parfois la preuve lors des rites : son âme peut se séparer de son corps, il peut accéder à des informations inaccessibles ou communiquer dans des langages inconnus… Pour toutes ces raisons, les magiciens sont les médiateurs, les agents et les garants d'un ordre symbolique entre les hommes et leur environnement.

Les travaux anthropologiques classiques, comme ceux de Mauss, de Lovejoy, de Levi-Strauss, ou Levy-Bruhl s'accordent sur l'idée que ce qui caractérise la magie, c'est sa recherche d'efficacité symbolique. Le véhicule de cet efficacité est souvent représenté sous la forme d'un

« *mana* » (Mauss & Hubert, 1904), une énergie-force (Jolliot, 2003). Le concept d'énergie, selon Jolliot, est alors une « *boite noire* » théorique que les incursions psychanalytiques et anthropologiques ne sont parvenues à ouvrir que partiellement. Les tentatives d'expliquer l'efficacité magique se soldent bien souvent par l'adoption d'un point de vue considérablement péjoratif sur les dispositifs magiques, de sorte que le jugement de pensée magique correspond finalement davantage au regard de l'observateur sur un des pratiques qui échappent à sa compréhension :

> *« Pour tout dire, si l'on peut vraiment discerner de la confusion dans la littérature sur la « pensée magique», c'est probablement celle qui tient à notre propre incapacité de reconnaître que la « pensée magique » n'est pas le nom que l'on donne à un quelconque processus de pensée (fondamental), mais bien plutôt un jugement dépendant du contexte, et qui surgit lorsque s'établit une sorte de décalage entre le point de vue ontologique de l'observateur et celui de l'observé. » (Shweder, 1996, p. 47)*

Ainsi, malgré ces « *accusations en irrationnalité* » portées à l'égard de la magie (Charrasse, 2019b), celle-ci conserve, voire renforce son efficacité symbolique sous l'égide des thérapies alternatives. De surcroit, cette efficacité symbolique infiltre, contamine presque les dispositifs médicaux contemporains sous le nom d'effet placebo. Cette opposition entre biomédecine et thérapies alternatives, entre magie et science édifie un contexte singulier. D'un côté, la survivance de pratiques magiques malgré les avancées scientifiques est une douloureuse épine dans le pied des tenants de la preuve scientifique. D'un autre côté, les pratiques magiques, à l'instar de la radiesthésie comme pratique de divination et du soin énergétique comme rite de guérison, savent très bien s'accommoder du discours scientifique pour y trouver de nouveaux symboles et des éléments de légitimation, ce qui leur permet de jouir de l'engouement populaire (Champion, 1993a; Sauvayre, 2014; Voisenat & Lagrange, 2013).

4.2. Perspectives psychanalytiques

Le statut et la valeur des croyances et pratiques magiques pour la vie humaine est largement différent entre l'approche anthropologique et l'approche psychologique, bien qu'il existe des influences réciproques entre ces deux pensées. Dans la première, les croyances et pratiques magiques sont des vecteurs d'une efficacité symbolique singulière, qui entre en jeu aux limites de la religion et des procédés techniques institués. Dans la seconde, ces croyances sont des restes indésirables de la psyché de l'homme pré-moderne. Ce dernier point de vue,

difficilement soutenable aujourd'hui, invite à considérer la magie comme une impasse du raisonnement humain plutôt que comme une source potentielle d'efficience. Il conduit également à sous-estimer le rôle des rapports intersubjectifs dans le contexte des pratiques magico-thérapeutiques. Or, l'exemple de la sorcellerie montre bien que même si le magicien pratique en secret, il est bien souvent invoqué comme tiers pour médiatiser des relations d'influence, de pouvoir ou d'assistance entre les hommes (Camus, 1988). La magie se fabrique donc à minima dans un groupe ou une relation duelle et ces relations impliquent nécessairement des procédés communication interhumaines. Dès lors, dans la perspective psychanalytique, les dispositifs magico-thérapeutiques peuvent s'étudier par le prisme du transfert. Nous allons maintenant décrire les conceptions psychanalytiques de la pensée magique, avant d'explorer les modalités par lesquelles un dispositif thérapeutique peut s'organiser selon celles-ci.

4.2.1. La pensée magique en psychanalyse

Les conceptions psychanalytiques de la pensée magique ont émergé d'une vision génétique de l'humain. La pensée magique serait le reliquat d'une époque dans laquelle l'Homme attribuait les modifications de son environnement immédiat au pouvoir de sa pensée :

> *« Les motifs qui poussent à l'exercice de la magie sont faciles à reconnaître : ce sont les désirs humains. Nous devons seulement admettre que l'homme primitif a une confiance démesurée dans la puissance de ses désirs. Au fond, tout ce qu'il cherche à obtenir par des moyens magiques ne doit arriver que parce qu'il le veut. C'est ainsi qu'au début nous n'avons à faire qu'au désir. » (Freud, 1924, p. 99)*

L'émergence des désirs s'accompagnerait chez le primitif d'une *« impulsion motrice »*, une mise en acte de ces désirs dans des rites. L'avènement de la satisfaction du désir lie alors le rite à la pensée sous la forme d'une *« hallucination motrice »* (Freud, 1924), une conjonction constante entre la mise en acte du désir et sa réalisation. Le concept *« d'hallucination motrice »* métaphorise ainsi le principe magique de contact qui rassemble à la fois la contiguïté et la similarité. Comme l'évoque Freud, *« l'association par contiguité équivaut à un contact direct, l'association par similitude est un contact figuré du mot »* (ibid., p.100). La surestimation de l'influence de la pensée, caractéristique du primitif, mais aussi de l'enfant et du névrosé, est étayée par une rencontre entre l'intensité du désir et sa réalisation autour d'un acte. Au cours du temps, la valeur accordée au désir se déplace vers les actes-eux-mêmes, de sorte que les rites magiques peuvent finir par représenter le pouvoir de la pensée.

La pensée magique s'assimile ainsi à la *« toute-puissance de la pensée »* que Freud définit chez le primitif :

> *« Les choses s'effacent devant leurs représentations ; tous les changements imprimés à celles-ci doivent aussi atteindre celles-là. On suppose que les relations existant entre les représentations doivent également exister entre les choses. Comme la pensée, qui ne connaït pas les distances, réunit facilement dans le même acte de conscience les choses les plus éloignées dans l'espace et le temps, le monde magique franchira télépathiquement les distances spatiales et traitera les rapports passés comme s'ils étaient actuels. » (Freud, 1924, p. 100)*

A ce stade, l'Homme est incapable de se rendre compte de l'inadéquation entre ses désirs et les changements dans son environnement, ce qui nécessite un premier processus actif de refoulement (Freud, 1924). Cela se produit, selon Thamy Ayouch (2012), par le développement progressif du langage, qui induit un écart entre l'objet réel et sa représentation. La pensée magique s'exprime alors dans des formes de sorcellerie qui consistent à modifier le réel en le nommant. Ensuite, au cours de l'évolution, la figure de Dieu se serait imposée comme un intermédiaire entre la parole de l'homme et le monde, permettant d'expliquer leur évidente inadéquation (Ayouch, 2012). L'homme n'aurait plus eu à tolérer la frustration d'observer l'échec de la toute-puissance de sa pensée en s'adressant à un Dieu dont la volonté, impénétrable, était susceptible d'aller en sa faveur comme en sa défaveur. Les notions de hasard, de réussite, seraient dans cette perspective des représentations du monde liées au raffinement de ce processus de disjonction entre le fait de nommer l'environnement et sa modification.

Dans les théories psychanalytiques contemporaines, la pensée magique est surtout abordée sous l'angle d'un mécanisme de défense. Dans un article qui tente de rapprocher anthropologie et psychanalyse, Ceccarelli et Lindenmeyer (2012) proposent une nouvelle définition de la pensée magique. Il s'agit selon ces auteurs d'une *« croyance selon laquelle certaines pensées permettraient l'accomplissement des désirs, et aussi l'empêchement d'événements problématiques ou désagréables. »*. Elle protège de la détresse provoquée par l'impuissance derrière un fantasme de toute-puissance. Son mode d'action est *« d'établir un lien causal entre deux évènements indépendants »* (Ceccarelli & Lindenmeyer, 2012).

Comme Freud, les auteurs insistent sur le caractère infantile de ce mécanisme psychique, qui caractérise particulièrement le stade prégénital du développement humain. La pensée

magique aurait alors pour fonction de protéger l'enfant de la détresse éprouvée d'une part lors de l'absence de satisfaction immédiate de ses besoins (Roussillon, 2007a), et d'autre part lors de la confrontation avec des évènements traumatogènes. Elle précèderait la formation de fantasmes et de théories plus élaborées sur le monde qui permettraient à l'enfant d'intégrer psychiquement les frustrations. Les fantasmes s'établiraient par une lente incorporation des mythes de la société dans laquelle baigne le sujet (Ceccarelli & Lindenmeyer, 2012). Selon les auteurs, lorsqu'un observateur est face à un mythe qui provient d'une autre culture, cela éveille en lui la trace des mythes de sa propre culture qui avaient jusqu'alors été intégrés naturellement dans sa psyché. Le caractère irrationnel et artificiel de notre jugement sur les modèles du monde des autres révèle alors les failles de nos propres conceptions métaphysiques, ce qui produit un sentiment d'inquiétante étrangeté (Devereux, 1969).

Par ailleurs, selon les observations d'Ogden (2010), la pensée magique peut aussi s'envisager par le prisme des rapports entre la réalité interne et la réalité externe. La pensée magique signe la création et l'adoption d'une réalité interne fantasmatique. Celle-ci vient alors modifier le sens des évènements du monde extérieur et donne l'illusion d'en modifier l'essence. Ce processus permet de maintenir la cohésion du monde interne au prix du contact avec la réalité. Il repose sur un état mental dans lequel les désirs et les pensées du sujet modèlent directement le monde qui l'entoure. Le sujet ne devient alors plus capable de se rendre compte que sa vie psychique est une expérience subjective. Dans le psychisme, le réel et les évènements du monde extérieur sont progressivement remplacés par les représentations internes. En ce sens, la pensée magique est plutôt une *« anti-pensée »* (Ogden, 2010), elle attaque le processus de liaison entre la réalité externe et la réalité interne.

D'un point de vue psychopathologique, la manie ou l'hypomanie témoignent par exemple d'une pensée magique qui porte sur le contrôle omnipotent de l'objet perdu. La disparition de l'objet réel devient alors anecdotique par rapport au contentement qu'éprouve le sujet à faire vivre psychiquement l'objet. Par ailleurs, l'identification projective repose sur une pensée magique dans laquelle domine le fantasme omnipotent de pouvoir se séparer des parties en souffrance de soi pour les placer chez l'autre afin de les contrôler. Elle gomme la différenciation qui peut exister entre le sujet et le non-sujet, et de ce fait constitue une menace pour l'équilibre narcissique du patient comme celui de son thérapeute (Ogden, 2010). De surcroit, cette pensée qui forclos les évènements du monde extérieur peut se doubler d'hallucinations qui lui permettent de maintenir son caractère surréel. A l'extrême, ce processus

fonctionne de manière circulaire et conduit à l'aliénation délirante, car la pensée magique gomme les différences entre réalité interne et externe.

Dans une autre perspective, Ayouch (2012), propose de distinguer deux aspects de la pensée magique. Premièrement, conformément aux idées freudiennes, la pensée magique incarne une régression à la pensée prélogique, supplantée jusqu'alors par le raisonnement. Dans cette régression, qui s'apparente un processus hallucinatoire, le mot et la chose deviennent identiques. L'acte de nommer devient un rite magique et la systématisation de cette pensée magique peut mener au délire. Deuxièmement, dans une approche inspirée par Lacan, la pensée magique signe l'inscription symbolique de tout sujet. Dès lors, l'ordre symbolique commun est susceptible d'être enrichi de signifiants, et le partage du langage donne ainsi un pouvoir à l'énonciation : exprimer quelque chose constitue un acte de création symbolique. L'acte d'énonciation devient performatif et se rapproche ici de l'efficacité symbolique Levi-Straussienne.

Dans cette conception il devient impossible de distinguer les pratiques de guérison *« primitives »* des thérapies modernes sur la seule base de leurs références aux lois de la magie. En effet, comme toutes les pratiques thérapeutiques s'inscrivent dans le langage, elles emploient ces deux aspects de la pensée magique dans lesquels elles vont puiser une certaine efficacité. Par ailleurs, selon Ayouch (2012), les systèmes théoriques étiologiques et thérapeutiques doivent garder un caractère métaphorique, sans quoi il existe un risque de glissement de la pensée magique performative vers la pensée magique régressive. Décrire un objet, comme une maladie ou un remède, participe à créer des représentations, à transformer les attitudes à son égard, mais n'influe pas pour autant sur l'essence de cet objet. La description théorique de l'objet doit alors se trouver dans un entre-deux qui lui permet de garder son rapport de sens avec l'objet décrit. Trop dogmatique, la théorie étouffe l'objet qui finit par lui échapper dans ses variations ; trop spéculative, elle perd sa cohérence ainsi que son lien avec l'objet.

En pratique, la pensée magique tient donc un rôle primordial dans le transfert et le processus thérapeutique, celui de permettre le mouvement créatif qui s'inscrit entre le sujet et le thérapeute. Si l'on compare, comme l'a proposé Winnicott (1971), la situation de soins à une situation de jeu, le potentiel créateur de la pensée magique dépend de la rigidité du cadre, ou des règles du jeu. Lorsque la pensée magique est trop primaire, le jeu se déstructure et aucune création n'est possible à cause de la labilité pulsionnelle de l'inconscient. Le jeu se confond alors avec la réalité et devient mise en actes, il perd son caractère transitionnel (Leclaire & Scarfone, 2004). En thérapie, le transfert est alors réalisé au lieu d'être interprété. Au contraire,

si la pensée magique est trop secondaire, les règles du jeu préviennent toute créativité, il s'agit d'avantage d'une besogne, dont les conditions sont données à l'avance. Il devient alors impossible de créer, le sujet devra entrer dans une forme définie, une norme qui prévient toute subjectivation[92]. L'équilibre doit être recherché afin que l'élaboration de la théorie respecte l'évolution de la clinique. Par exemple, dans la cure psychanalytique,

> *« le transfert […] apparaît alors comme l'acte par lequel peut s'écrire la théorie ; il est écouté à partir du contre-transfert de l'analyste et s'accompagne, pour lui, d'un méta-transfert, élaboration écrite de la théorie en œuvre culturelle. En ce sens, la théorie analytique est toujours en instance de remaniement, et confronte constamment les certitudes conceptuelles de l'analyste au transfert et au contre-transfert. » (Ayouch, 2012, p. 190).*

L'efficacité *« magique »* de la psychanalyse résiderait dans ce processus de construction au long cours supporté par le langage. Pour l'analysant, le fait de nommer les contenus psychiques serait une démarche magique puisque cela participerait à leur donner forme, à les rendre sensible et à les créer dans un ordre symbolique partagé avec l'analyste. C'est pourquoi les rapports entre les *« constructions »* élaborées en psychanalyse et la *« vérité »* ne sont pas univoques (Rabeyron, 2018). La psychanalyse s'inscrit donc dans un espace intermédiaire entre une application de techniques thérapeutiques et d'ouverture créative. De ce fait, parce qu'elle constitue un espace dialectique entre la technique et la foi — sous l'apparence du transfert vers le thérapeute —, entre l'interne et l'externe, entre l'individuel et le collectif, le mythe et l'évènement, la psychanalyse est donc un lieu privilégié d'apparition de la pensée magique, ce qui permet finalement de mettre en tension les concepts issus de la psychanalyse avec les observations des dispositifs magiques.

4.2.2. Magie du transfert et télépathie

Le soin énergétique, comme dispositif magico-thérapeutique, met en scène des phénomènes d'un ordre différent de ceux circonscrits au seul registre de la technique thérapeutique. Il intègre aussi une part de foi dans une spiritualité isolée de la communauté religieuse. Le soin énergétique se démarquerait donc des autres dispositifs thérapeutiques par le recours à des moyens qui incorporent une part de technique psychothérapique mais supplémentés de significations et de procédés magiques, comme le recours aux mancies, ou

[92] Le tournant rééducatif, réhabilitatif, et protocolaire pris par la psychothérapie fondée sur les preuves ne peut qu'interroger le clinicien à cet égard (Rabeyron, 2020).

encore l'appel à des forces ou entités invisibles. Les ressorts psychiques du fonctionnement de ces dispositifs apparaissent dans le cas particulier de la consultation de voyance (Rabeyron & Abchiche, 2017). La voyance constitue un dispositif dans lequel figure un processus inhérent à la cure psychanalytique, le transfert, mais ce dernier se dote alors d'un caractère occulte. Ainsi, comprendre le surplus magique de la voyance, par comparaison à la technique du transfert psychanalytique, offre ainsi une possibilité de comprendre le surplus magique du soin énergétique à partir du registre de la technique psychanalytique.

Cette analyse doit commencer par l'étude des dispositions particulières que prend le voyant pour exercer son art (Mauss & Hubert, 1904). Rabeyron et Abchiche décrivent ainsi que le cadre de la consultation du voyant potentialise sa perceptivité :

> *« Il propose aux consultants de ne rien dire, ne les observe pas, ferme les yeux et se laisse traverser par les sensations qui l'envahissent. Il est tout entier absorbé par une associativité interne alors que le clinicien suit habituellement davantage les linéaments de l'associativité verbale et non verbale de son patient. Le voyant semblerait alors se situer dans une position sans mémoire ou désir face à ce qu'il ressent. Il se place dans une sorte d'état de « réceptivité pure ». »(2017, p. 129)*

Le voyant médite avant la consultation pour se trouver psychiquement *« vide »*, afin d'être capable de se laisser pénétrer par l'affectivité de son client. Cependant, cet état n'est pas entièrement passif et s'accompagne d'une manière spécifique de penser qui rappelle l'état de rêverie. Dans cet état, le voyant tente de donner forme à ce qui émerge en lui avant de le représenter dans le langage. Thomas Rabeyron rapproche ce processus de la fonction alpha décrite par Bion (1962), qui repose sur l'idée que l'activité de pensée consiste à transformer des contenus mnésiques irreprésentables — des éléments bêta — en contenus psychiques susceptibles d'intégrer des représentations, les éléments alpha. Cette fonction-alpha se construit à partir d'une relation intersubjective, ainsi le psychisme de l'enfant développe progressivement cette capacité à partir de sa relation avec sa mère qui lui reflète ses états intérieurs et l'aide à construire sa propre capacité à penser.

Dans cette perspective, le voyant devient un *« appareil à penser les pensées »* de son client, selon la formule de Bion (1982). Cette situation serait favorisée par la disponibilité du voyant dont l'état interne rappelle celui du psychanalyste sans mémoire, sans désir et sans connaissance (Rabeyron & Abchiche, 2017). Le client apporterait aux voyants des éléments psychiques en suspens, non-intégrés à la psyché. Ces *« préconceptions »*, témoignages d'une

pensée sans contenu, sont des éléments sans représentation, des *« pensées à la recherche d'un penseur »* (Korff-Sausse, 2006). Il y aurait alors un phénomène d'attraction des pensées informulées du client vers les pré-conceptions du thérapeute, résultant en un apparent transfert de pensée. La situation relationnelle semble favoriser ce type de processus dans lesquels les pensées transitent entre le patient et le thérapeute par des voies inhabituelles.

Cette question a longuement occupé les psychanalystes et a même accompagné l'élaboration conceptuelle du transfert. Depuis Freud, de nombreux psychanalystes ont ainsi partagé des récits de cure, de rêve, ou de situations dans lesquelles interviennent des phénomènes de transfert de pensée (Chaperot, 2011; Evrard & Rabeyron, 2012; Fejtö, 2019; Rabeyron et al., 2019; Sánchez-Medina, 2018). Lors d'une cure analytique, le transfert de pensée se produit souvent dans des conditions précises, repérées et formalisées par Servadio (1956) :

> *« (I) il devrait être inconscient ; (II) il devrait se produire dans des conditions de transfert accrues dues à une frustration physique ou émotionnelle ; (III) il devrait être favorisé par le sentiment que ces conditions doivent être surmontées pour établir la communication, et par l'impossibilité d'y parvenir par des moyens moins régressifs ; (IV) il devrait transmettre un message émotionnel ressenti comme urgent et important » (p. 392)*

Les observations de l'auteur le conduisent à proposer que :

> *« [...] si l'on ne se limite pas à la vérification pure et simple des faits, on trouve que tel ou tel phénomène « psi », tout étranger à la situation analytique qu'il puisse paraître au premier abord, est en réalité conditionné par la situation elle-même, et se déroule dans le cadre d'un rapport de transfert et de contre-transfert » (Servadio, 1955, p. 656)*

L'auteur met ainsi l'accent sur les conditions de frustration nécessaires pour que des phénomènes de transfert de pensée puissent survenir (Servadio, 1956). La frustration provient de la situation analytique et de ses interdits. Le cadre thérapeutique, espace d'expression et de formalisation de prescriptions qui concernent le patient et le thérapeute, est garant d'interdits relationnels qui catalysent le transfert (Laplanche, 1987b). Dans les situations de transfert de pensée, il existe un transfert positif fort de l'analysant envers l'analyste, tandis que ce dernier est préoccupé par des intérêts externes à l'analyse. Balint (1955) parle ainsi de *« l'hypocrisie »* de l'analyste qui, pour des raisons techniques, garde secrètes ses préoccupations et se comporte

comme si son attention était entièrement disponible pour l'analysant. Celui-ci perçoit de manière inconsciente cette hypocrisie, mais s'il tente de formuler à l'analyste que celui-ci est distant, il ne reçoit en retour qu'une interprétation d'un transfert négatif. Dans ces conditions, le transfert de pensée est une manière pour l'analysant de communiquer quelque chose d'important à l'analyste et de retrouver son intérêt total. Cette situation relationnelle favorise la mise en marche de mécanismes de défenses chez l'analysant et l'analyste qui conduisent au transfert de pensée :

> *« Si mes expériences de traitement psychanalytique se vérifient pour ces conditions en général, alors nous devons nous attendre à rencontrer des situations très ambivalentes, très tendues, qui seront couvertes de part et d'autre par des formations réactionnelles, notamment par la projection et l'idéalisation. » (Balint, 1955, p.35)*

Le transfert de pensée, en psychanalyse, serait donc une réponse trouvée par l'analysant face à son angoisse d'être abandonné par l'analyste. Les dispositifs de divination peuvent dès lors être analysés comme des moyens de faire émerger ces situations relationnelles dans lesquelles le transfert de pensée est susceptible de se produire. L'utilisation de procédés magiques participerait à l'avènement d'une telle situation. D'un côté, le client manifeste une demande essentielle pour lui, et idéalise le thérapeute en croyant à ses capacités magiques. D'un autre côté, le magicien sait que son art est faillible, puisqu'il dépend de sa disposition psychique, de la bonne exécution de la technique, et surtout du comportement des esprits et du monde invisible auquel il s'adresse. De surcroit, les procédés de divination peuvent être considérés comme des techniques *« hypocrites »*, dans le sens ou leur efficacité n'est pas de l'ordre de l'effet mécanique qu'elles laissent observer mais se situent dans un domaine différent. La brièveté de la rencontre avec le voyant catalyse donc cette situation de frustration et d'ambiguïté qui conduit à l'émergence d'interactions psychiques étranges entre les deux protagonistes.

Ce type de rencontres feraient émerger chez le voyant des *« pensées paradoxales »* (de M'Uzan, 1976), c'est-à-dire des pensées qui ne lui appartiennent aucunement. Dans la cure psychanalytique, ces pensées sont sous-tendues par la création d'une *« chimère transférentielle »*, une *« néo réalité psychique en partie autonome vis-à-vis du psychisme des deux protagonistes de la situation analytique »* (Martin-Vallas, 2015). Ce concept, qui propose que l'interaction complexe des processus de communication en analyse puisse faire émerger des forces psychiques qui lui sont propres, se retrouve également dans les processus de groupe et l'appareil psychique groupal (Kaës, 2010). Hors du champ psychanalytique ou académique,

des auteurs férus d'occultisme ou de métaphysique, comme René Guénon, ont également formalisé ce processus. L'auteur rapporte l'existence des *« égrégores »*, entités invisibles produites par les pensées d'un groupe et qui s'alimentent de l'énergie des sujets qui l'ont créé (Guénon, 1952, Chapitre 6). L'égrégore peut devenir autonome et influer en retour sur la psyché ou sur le monde visible. Cette conception peut également se retrouver dans les théories contemporaines des énergéticiens.

Plusieurs psychanalystes ont également noté le rôle d'une construction psychique intermédiaire et indépendante aux deux protagonistes de la cure. Thomas Ogden (2005) parle ainsi du *« tiers analytique »* comme d'un troisième sujet du travail analytique :

> *« Cette troisième subjectivité, le tiers analytique intersubjectif, est le produit d'une dialectique unique engendrée par/entre les subjectivités séparées de l'analyste et de l'analysant au sein de la situation analytique. Il s'agit d'une subjectivité qui semble acquérir une vie qui lui est propre dans le champ interpersonnel créé entre l'analyste et l'analysant. » (Ogden, 2005, p. 752)*

De la même manière que pour Winnicott (1960) le nourrisson n'existe pas en dehors de sa relation avec une figure d'attachement, pour Ogden, la relation intersubjective sous-tend l'existence même de la cure et le sujet analysant n'existe pas indépendamment de l'analyste avec lequel il s'est engagé. La rencontre entre l'analyste et l'analysant crée ainsi un *« champ analytique »* (Baranger & Baranger, 1985), un espace psychique irréductible aux seules singularités individuelles de la dyade.

D'autres perspectives théoriques se dessinent autour de cette notion de champ analytique. La première, portée par les Baranger (1985), se focalise sur la boucle formée par les processus transféro-contre-transférentiels dans l'analyse, et la manière avec laquelle l'interaction des protagonistes de la cure l'amène à se rendre toujours plus indépendante et à déployer des effets inconscients sur eux. Ici, la situation analytique globale est différente de la somme de ses parties, les subjectivités des deux protagonistes. La seconde perspective théorique s'inspire davantage des théories de Winnicott (1971). Le champ analytique se rapproche alors de l'aire transitionnelle, cet espace entre le soi et le non-soi sur lequel repose le jeu (Oca, 2018). L'aire transitionnelle formée par le champ analytique constitue une strate de base de la relation interpersonnelle. Sa présence permet aux sujets de l'analyse de faire l'expérience de l'intersubjectivité et des processus d'individuation qui y sont associés. Comme elle est au fondement du processus de subjectivation, elle est *« davantage liée à l'être qu'au faire et, en*

ce sens, elle a des caractéristiques féminines et presque maternelles » (Vermote, dans Ferro, 2015, p. 144).

En rapport avec les théories de Bion (1982), c'est à partir de ce champ que peuvent advenir des changements subjectifs profonds. Bion distingue la transformation en O de celle en C. C désigne un lien de connaissance à l'objet, et la transformation dans ce registre traduit la liaison, modulée par une expérience de plaisir ou de déplaisir, entre un élément non représenté et une rêverie. Les transformations résultent de la mise en pensées d'une expérience sensorielle située dans le *« O »*, un espace psychique inconscient non-organisé par le temps et l'espace. Selon Bion, la transformation en O peut survenir lorsque l'analyste se résout à *« un acte de foi »* suspend sa pensée et son désir lors de la rencontre avec l'analysant. Cet acte de foi nécessite parfois que l'analyste énonce ses *« pensées paradoxales »*, malgré leur caractère étrange ou absurde. Cela provoque des *« moments de rencontre »* (Stern et al., 2010) entre la pensée de l'analyste et le vécu émotionnel de l'analysant.

Vermote (2013) présente une situation clinique qui laisse entrevoir un tel processus avec une de ses analysantes :

> *« Quelques séances plus tard, alors que je l'écoutais, le mot « Treezebeese » sauta à mon esprit, sans raison évidente. En hollandais (la langue de cette analyse), ce mot dénote un genre de vieille fille mal fagotée et naïve. Je fus très surpris car ce mot ne lui allait pas d'un point de vue objectif et sensuel. Je devins soucieux de ne pas faire d'interventions sauvages, de ne pas juger ni de la bouleverser, et je restai silencieux. Après un moment, je décidai cependant de partager cela avec elle, en indiquant qu'il ne s'agissait que d'une association personnelle qui ne représentait pas forcément une réalité, mais qui pouvait avoir affaire avec une dynamique de son monde psychique. Cette intervention que je ressentais comme assez crue eut néanmoins un impact puissant. Elle dit avoir ressenti que quelque chose commençait de couler, de courir en elle. Ce quelque chose lui paraissait nouveau, comme une ouverture, comme si elle avait été touchée à un autre niveau.*
>
> *La patiente ressentit cette séance comme un tournant. Elle pleura et pleura et dit qu'elle se sentait capable de se laisser aller à ses sentiments, que j'étais là pour la tenir si elle tombait. L'expérience brute qu'elle se permit de vivre et les pensées qu'elle y associa constituèrent une expérience nouvelle tant dans le*

transfert que dans sa vie. Dans les termes de Bion, nous pourrions voir le « Treezebeese » comme un « langage d'accomplissement » qui transperça la césure et résulta en T(O). » (Vermote, 2013, p. 134-135)

Ces réalisations peuvent ainsi avoir une apparence magique et donner l'illusion d'un transfert de pensée. Par ailleurs, dans les textes de Freud, le travail de l'analyste se rapproche parfois de celui du devin :

« Nous savons tous que l'analysé doit être amené à se remémorer quelque chose qu'il a vécu et refoulé, et les conditions dynamiques de ce processus sont si intéressantes qu'en revanche l'autre partie du travail, l'action de l'analyste, est reléguée à l'arrière-plan. De tout ce dont il s'agit, l'analyste n'a rien vécu ni refoulé ; sa tâche ne peut pas être de se remémorer quelque chose. Quelle est donc sa tâche ? Il faut que, d'après les indices échappés à l'oubli, il ***devine*** *ou, plus exactement, il construise ce qui a été oublié. » (Freud, 1937, p. 271)*

Dans les textes psychanalytiques, cette proximité entre travail de construction et divination reste toute relative, puisque d'un point de vue théorique, ce sont les réponses de l'analysant qui définissent la justesse d'une telle interprétation, ce qui place le travail de l'interprétation dans le champ d'une herméneutique intersubjective (Rabeyron, 2018). En pratique toutefois, à cause de la nature de l'activité de l'analyste entre archéologie, construction et divination, le travail thérapeutique peut s'orienter vers ces différentes facettes. En ce sens, la psychothérapie peut bien s'intégrer dans des dispositifs qui font la part belle à des démarches explicites de divination non pas comme tentatives d'interroger un monde invisible extérieur, constitué d'esprits, de défunts ou de lois cosmiques, mais plutôt comme moyens de faire apparaître une monde invisible intérieur et propre au sujet. Les soins énergétiques pourraient s'inscrire dans ce renversement de la technique thérapeutique.

Toutefois, les théories psychanalytiques sur l'intersubjectivité et les faits étranges qu'elle produit peuvent-elles vraiment s'appliquer à des situations hors du strict cadre de l'analyse ? En effet, le travail de l'intersubjectivité primaire se produit dans l'investissement intense et continu que suppose la psychanalyse. Cependant, le soin énergétique se caractérise plutôt par une grande hétérogénéité des pratiques et par un usage bien plus limité de la parole au profit de techniques du corps. Cela interroge sur les paramètres relationnels nécessaires à l'établissement de cette intersubjectivité primaire, et plus largement, à l'entrée en jeu de tout processus relationnel de nature psychothérapeutique dans ces dispositifs. Le recours à des

techniques corporelles, exclues de l'analyse, pourrait dans ces dispositifs remplacer l'investissement actif du langage. En effet, selon Cicconne :

> *« Le corps impose toujours une exigence de travail psychique, c'est là un énoncé de base de la psychanalyse. C'est d'abord la définition même de la pulsion, de l'effet ou de la fonction de la vie pulsionnelle, qui est intimement liée à la vie émotionnelle, corporelle, somatique, et qui est au cœur, au fondement de la vie psychique.*
>
> *Si le corps est au fondement de la vie psychique, ce n'est pas seulement du point de vue de la pulsion – sur laquelle reviennent toujours les psychanalystes et à laquelle s'arrête souvent la psychanalyse du côté du corps –, mais c'est aussi du point de vue de la perception, de la sensorialité, du soma, et de l'acte, du mouvement » (2018, p. 19)*

Par son rôle fondamental dans la construction de la vie psychique, le corps pourrait lui aussi être lieu d'émergence d'interactions transférentielles télépathique. Balint dresse ainsi un parallèle entre les phénomènes télépathiques et les guérisons anomales. Ces dernières seraient elles aussi enracinées dans les vicissitudes de la relation transférentielle, c'est-à-dire dans les désirs et angoisses inconscients qui motivent les thérapeutes et leurs clients :

> *"Il y a le malade en proie à des angoisses bien fondées et à des craintes mortelles, qui souffre généralement aussi de douleurs physiques, et il y a son médecin qui est obligé de prétendre qu'il peut l'aider. Il est fort possible que cette situation tendue, ambivalente et hypocrite permette à certaines personnes talentueuses, de la même manière que nous l'avons constaté avec les phénomènes télépathiques au cours d'une analyse, de résoudre la situation de manière "parapsychologique". Peut-être que pour étudier profitablement les phénomènes parapsychologiques, nous ne devrions pas nous concentrer sur les pouvoirs réceptifs du sujet ou sur les pouvoirs d'influence du guérisseur ou de l'agent, mais sur les pouvoirs inhérents à leur relation mutuelle." (Balint, 1955, p. 35)*

Balint admet que le médecin puisse être lui aussi un *« hypocrite »*, lorsqu'il sait qu'il ne pourra pas guérir son patient et se comporte comme s'il allait le faire. Balint invite alors à considérer que la guérison anomale est une modalité paranormale de résolution de cette situation inconfortable. Selon lui, les personnes les plus susceptibles de guérir par ce biais présenteraient plutôt des *« maladies psychosomatiques, des tumeurs à évolution lente ou des*

états chroniques invalidants. » (Ibid. p.34). Si la voyance tient alors à des effets paradoxaux de la pensée sur la pensée, l'efficacité du soin énergétique peut alors s'inscrire dans le champ d'effets psychosomatiques paradoxaux, ou plutôt, dans ce que nous proposons d'appeler « psychosomatique anomale ».

4.2.3. Psychosomatique

Les dispositifs magico-thérapeutiques ont souvent été analysés sous l'angle de la psychosomatique. Les idées de Levi-Strauss (1949a) sur la mort par sorcellerie reposent par exemple sur une telle conception. Cependant, adopter un point de vue psychosomatique ne réduit pas la complexité de l'analyse de ces dispositifs, contrairement à l'argument qui est avancé par les partisans de ce type d'interprétations, car cela nécessite de penser également les interactions entre corps et psyché d'une manière tout à fait spécifique, au-delà des seuls aspects anthropologiques ou psychologiques. La psychosomatique, dans la tradition psychanalytique, s'inscrit dans un monisme théorique. Son axiome principal est qu'il n'existe aucune distinction entre la causalité biologique et la causalité psychique (Ciccone, 2018). L'activité corporelle sous-tend ainsi l'activité psychique, et la seconde peut influer sur la première. L'objet de la psychosomatique est donc l'analyse des liens qui existent entre la vie psychique et l'activité du corps (Smadja, 2012), et l'enjeu de la pratique thérapeutique est donc de situer dans quelle mesure l'activité psychique participe à l'organisation ou à la désorganisation du somatique.

La psychosomatique a des racines aussi anciennes que la psychiatrie elle-même, mais elle ne se distingue véritablement de cette dernière qu'à la suite des travaux de Freud, puisque le modèle de la pulsion constitue le socle de la pensée psychosomatique psychanalytique (Smadja, 2015). La paternité de ce terme est attribuée au psychiatre Johann Christian Heinroth en 1818 (1773-1843), à propos de la vie psychique des sujets atteints de cancer et de tuberculose (Cupa, 2008b). Par la suite, en 1917, Ferenczi se questionne sur les répercussions psychiques des lésions organiques et propose désigner les réactions névrotiques consécutives aux atteintes somatiques sous le terme de *« pathonévrose »* (Ferenczi, 1917). Puis, au cours du XXè siècle, la psychosomatique psychanalytique se distingue la médecine psychosomatique (Smadja, 2012).

Le médecin et psychanalyste Franz Alexander (1891 – 1964), disciple de Ferenczi, développe l'approche médicale qui vise à étudier le rôle étiologique de facteurs psychiques pour des affections somatiques (Alexander, 1962). Selon les conceptions d'Alexander et de son école de Chicago, il est possible de spécifier et répertorier l'existence d'associations entre les

émotions et leur pathologies organiques pour former une caractérologie psychosomatique (Smadja, 2012). La médecine psychosomatique suppose que les émotions réprimées par la névrose provoquent un repli de la libido qui atteint alors le fonctionnement des organes. Les mécanismes de défenses névrotiques sont alors susceptibles de déclencher par ce biais des troubles fonctionnels qui deviennent au long cours des maladies organiques.

L'école de Paris, siège de la psychosomatique psychanalytique, se démarque de l'école de Chicago par l'intérêt porté sur le transfert, l'analyse des conditions d'apparition et du sens du symptôme somatique. Le questionnement étiologique est mis en suspens pour favoriser l'exploration de liens entre la dynamique psychique du patient et son vécu corporel. Pierre Marty, Michel Fain et Christian David posent les bases de cette méthode dans l'*Investigation psychosomatique* (1963). Marty concentre sa théorie autour de la topique économique freudienne, et plus particulièrement sur l'organisation de la pulsion dans l'appareil psychique.

Dans cette perspective, la somatisation se différencie du symptôme de conversion hystérique auquel il peut parfois ressembler. Le symptôme de conversion, en psychanalyse, désigne ainsi la voie d'expression corporelle prise par un conflit intrapsychique. Les fonctions somatiques touchées entretiennent un rapport symbolique avec les représentations refoulées par le névrosé (Laplanche & Pontalis, 2004). La somatisation résulte d'une *« chaîne d'événements psychiques qui favorisent le développement d'une affection somatique »* (Smadja, 2012, p. 197). Les raisons de la survenue de la somatisation, et les mécanismes qui la déterminent sont sujet à discussion au sein de l'Ecole de Paris. Pour Marty, l'activité psychique préconsciente de mentalisation, c'est-à-dire de création de fantasmes et de représentations, est primordiale pour lier les pulsions provenant de l'intérieur du corps dans l'appareil psychique. Cette activité de mentalisation peut s'interrompre momentanément, par exemple à cause d'une réaction à des évènements extérieurs ou d'irrégularités naturelles du fonctionnement psychique. La libido peut alors régresser vers les organes d'où elle est issue, ce qui entraine une variété de troubles fonctionnels bénins.

Par ailleurs, Marty (1980) conçoit l'humain comme une *« unité somatopsychique »* organisée en différents niveaux et régie par un principe homéostatique. La vie humaine démarrerait à un stade de chaos somato-psychique, qui s'organiserait progressivement à partir de la répétition de mouvements primaires. Marty fait de cette rythmicité un *« principe d'automation »*, une fonction d'étayage du système (Pirlot, 2007). Lorsque l'automation est ancrée, un *« principe de programmation »*, déterminé à la fois par des paramètres innés et des expériences acquises, permet la construction de liaisons et d'organisation entre les différentes

fonctions du vivant[93]. L'être vivant se construirait ainsi par le passage d'un groupe de fonctions automatisées à une fonction globale qui ordonne le groupe de manière programmée. La vie psychique constituerait l'apex de ce processus. Le lieu privilégié d'opération du principe de programmation serait le préconscient, conçu comme un espace de travail psychique à la limite entre les contenus inconscients et les exigences du monde extérieur gérées par le Moi. Les fonctions du Moi et de la pensée imaginaire sont ainsi de préserver le fonctionnement général de la vie intérieure, de réguler les pulsions en les dérivant vers l'activité fantasmatique.

La théorie psychosomatique de Marty se concentre donc sur l'économique psychique, l'organisation et la liaison de l'énergie psychique aux représentations. De M'Uzan précise ce point de vue :

> *« Pour 98%, l'énergie vient des petites usines intracellulaires qu'on appelle les mitochondries. C'est une énergie sans qualité qui va par le biais de l'intervention de la séduction[94], se qualifier, devenir libidinale. La pulsion est donc une fabuleuse invention de l'appareil psychique. L'énergie non qualifiée est au service du programme que je nomme "vital identitaire" auquel s'oppose le "sexual" de J. Laplanche que je reconnais comme ordre psychosexuel. » (Cupa, 2008a, p. 46).*

L'énergie du corps se qualifie psychiquement lors du développement et par les contacts intersubjectifs, qui participent à fournir à cet énergie un objet, un but et une direction. L'énergie-excitation se fait énergie-pulsion, elle s'humanise au contact de la mère :

> *« L'excitation, comme l'a écrit A. Green, part du corps et va au corps. Elle n'a ni histoire, ni projet, ni mémoire. Elle ne peut donc avoir de sens. Elle est anti-vité psychique. Au contraire, la pulsion a une histoire, un projet — histoire et un projet humain. Elle a un sens, qui peut-être progrédient ou régrédient. Elle est porteuse d'investissements, de désinvestissements, de contrinvestissements, de*

[93] Avec cette théorisation originale, Marty tente de préciser les notions de pulsion de vie et de pulsion de mort proposées par Freud. Cependant, il remanie profondément l'appareil psychique et le dote de différents niveaux de fonctionnement qui s'organisent au cours de l'ontogénèse. Il fait également émerger un inconscient primaire automatique et un inconscient secondaire programmable, et en ce sens préfigure les développements ultérieurs de Laplanche puis Dejours. Enfin, la fonction homéostatique du psychisme, de même que la nature adaptative et labile que Marty attribue aux liaisons somatopsychiques nous rappellent surtout les conceptions de Reich (voir chapitre 1). Ce dernier a d'ailleurs fait de la pulsation l'unité de fonctionnement du vivant, tout comme Marty et son principe d'automation.

[94] Michel de M'Uzan fait réference à la théorie de la séduction généralisée de Laplanche

surinvestissements. Elle est ce qui advient de l'excitation lorsque les conditions d'une trace psychique sont présentes et opérantes, ces conditions étant représentées de par la qualité de la structure œdipienne mise en place au sein de la famille humaine, dans laquelle la mère joue un rôle déterminant. Elle est l'objet même du travail psychique. C'est ce que P. Marty appelle l'épaisseur du préconscient et M. Fain la régression formelle, le modèle de référence de ce travail psychique restant le travail du rêve. » (Smadja, 1993, p. 12)

Dans la perspective de Marty, la somatisation constitue une régression temporelle, le retour d'une partie ou de la totalité du système somato-psychique à un niveau d'organisation antérieur. Ceci se traduit cliniquement par la *« pensée opératoire »* : *« le malade se présente avec un mode de penser en accord avec un comportement fonctionnel et concret. Sa façon d'être dans la vie, son mode de relation ne distingue pas l'autre et ne le distingue pas de l'autre, sinon en lui attribuant certaines fonctions. L'univers est en quelque sorte, presque défini par un mode d'emploi. »* (Fain, 1966, p. 451). Cette pensée caractérise bien souvent la *« dépression essentielle »*, une entité clinique qui *« constitue l'essence même de la dépression, à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal, sans contrepartie économique positive quelconque.»* (Marty, 1968, p. 595). Un sujet qui manifesterait un tel état n'entretiendrait aucune fantasmatique dépressive qui témoignerait de l'activité de mentalisation. Cette présentation clinique caractérise le mécanisme de déliaison pulsionnelle à l'œuvre dans les situations psychosomatiques les plus extrêmes. Elle a une fonction défensive et permet de diminuer temporairement l'exigence du travail représentatif. En cela, elle témoigne d'un travail du négatif, d'une tentative de diminuer le niveau d'excitations par le biais de la pulsion de mort (Smadja, 2014). La somatisation, dans cette idée, correspondrait à une forme de délire du corps qui maintiendrait la cohérence du monde extérieur au prix de celle du monde intérieur.

Les membres de l'école de Paris, à la suite de ceux de l'école de Chicago, ont proposé des hypothèses étiologiques à la somatisation. Selon eux, certains sujets seraient plus disposés que d'autres à la somatisation en raison de leur caractère. Michel De M'Uzan (1984) propose qu'il existe une structure psychosomatique, caractérisée par la faiblesse de l'activité de mentalisation et des capacités de régression formelle du psychisme. Les conflits psychiques ne peuvent alors pas s'élaborer via ses mécanismes habituels (notamment le rêve) et la pulsionnalité se délie des représentations avant de se replier vers ses sources organiques. Le symptôme psychosomatique tient dans cette organisation une valeur de décharge, un passage à l'acte vers les organes internes (Melon, 1978). Certains sujets structurés ainsi manifesteraient

des solutions intermédiaires qui, s'ils ne permettent pas de déployer une vie fantasmatique, évitent parfois la somatisation. Il s'agit des procédés auto-calmants décrits par Smadja (1993). Les sujets recourent à des *« formes motrices primaires »*, qui sont habituellement le support des investissements moteurs ultérieurs, mais d'une manière répétitive et hors de la pensée. Ces comportements marquent alors une tentative de décharge des excitations par le système sensori-moteur. Les sujets qui manifestent de telles conduites sont caractérisés par de M'uzan (1984) *« d'esclaves de la quantité »* d'excitation psychique : ils sont voués à agir pour évacuer le surplus d'excitation, parfois dans par le passage à l'acte pervers, ou encore par ces procédés auto-calmants, mais le plus souvent par la voie de la somatisation.

L'origine de ces dysfonctionnements de la mentalisation serait à rechercher dans la vie infantile et notamment du côté des vulnérabilités narcissiques de ces sujets (de M'uzan, 1984). En effet, ce serait l'expérience infantile de la détresse psychique, dont le caractère traumatique a été souligné par Winnicott (1975), qui ouvrirait dans le narcissisme une première brèche, un espace d'arrêt de la pensée. Les excitations provenant de cet espace seraient alors inélaborables, conduisant le psychisme à rechercher des moyens répétitifs de décharge de l'excitation, au lieu de les intégrer dans la pulsionnalité par le travail du préconscient. Des analystes (Dejours, 2008; Laplanche, 1987a) proposent d'étendre ce modèle et de penser une topique du clivage. En effet, selon Dejours (2008), les modèles de Marty ou de Fain ne permettent pas d'expliquer les manifestations cliniques de phénomènes de somatisations chez des sujets psychotiques, la coexistence de somatisations et de délires, ou même la somatisation chez des névrosés à la vie psychique riche. Il faut donc considérer qu'au-delà de la question caractérielle avancée par la psychosomatique, il existerait des dispositions humaines communes à la somatisation.

L'équilibre somato-psychique repose selon cette théorie sur le maintien d'un clivage entre un inconscient de deux natures. Dejours ajoute à la théorie topique classique de Freud un nouvel espace psychique, qu'il dénomme d'abord inconscient *« premier »* puis inconscient *« amential*[95] *»*. Cet inconscient se caractérise par l'absence du mécanisme de refoulement qui concerne l'inconscient sexuel, et son remplacement par le clivage. Il est formé de *« […] pensées d'emprunt, non personnalisées, données de l'extérieur par le sens commun et l'imaginaire social, déposées dans le système conscient. »* (Dejours, 2008, p. 39). Il contient des messages transmis dans un contexte traumatique qui ne peuvent s'inscrire psychiquement et donc faire

[95] Theodor Meynert, un médecin du XIXè siècle, est à l'origine du terme *amentia*, qui désigne *« une confusion mentale où toute possibilité de liaison psychique a disparu »* (Dejours, 2008, p. 39)

l'objet du refoulement. Ceux-ci sont alors intégrés clivés au fonctionnement psychique. Le Moi devient cependant menacé de déstructuration par un *« retour du clivé »*, il risque d'être submergé par ces éléments impensés. Cela se traduit cliniquement par *« une angoisse de décrocher »*, décrite dans sa forme typique par Dejours : *« […] une sensation de glissement atroce dans un gouffre sans fond, avec l'impression que le sol se dérobe, cependant que le corps devient froid et se désubstantialise »* (2008, p. 39). Cette angoisse précède souvent le délire ou l'hallucination, qui sont autant de tentatives du Moi pour maintenir l'activité de liaison psychique. La somatisation forme ici un compromis de conservation des liens entre le Moi et le corps.

La somatisation ne se produirait cependant pas au hasard. Selon la théorie de Dejours, la somatisation serait déterminée par dispositions formées dans la vie infantile et chaque sujet pourrait y être vulnérable. Les lieux du corps propices à la somatisation seraient des zones *« proscrites »* du corps érotique. Dans une perspective similaire à celle de la théorie de la séduction généralisée de la Laplanche (2007), Dejours propose que les zones du corps de l'enfant qui ont subi la violence des gestes de l'adulte soient autant de trous dans le corps érotique et donc des lieux d'élection pour le retour du clivage. Ces zones ne peuvent produire de manière adéquate certains *« agir expressifs »* qui sont, dans la vie psychique adulte *« les modalités de mobilisation du corps en vue d'agir sur l'autre, de provoquer en lui telle ou telle émotion, tel ou tel désir, telle ou telle retenue, voire telle ou telle peur.»* (Dejours, 2004, p. 63). De plus, la sollicitation ultérieure de ces zones amentiales dans les activités érotiques pourrait également provoquer la levée accidentelle du clivage, ce qui engendrerait une reviviscence du trauma ou une somatisation.

Sur le plan technique, la psychosomatique préconise des adaptations, motivées par les caractéristiques psychiques des sujets et par les contraintes de la situation de la consultation (Marty et al., 1963). En effet, le lieu de consultation psychosomatique est fréquemment le lieu des investigations et traitements médicaux (Marty et al., 1963). De surcroit, la situation psychosomatique met le psychisme à l'épreuve de la présence réelle de la mort (Cupa, 2008b). Ajoutons que le travail psychosomatique donne à l'effet signifiant des mots une extension sur le corps. A l'instar des dispositifs de sorcellerie, les mots deviennent capables de guérir le corps mais aussi de le blesser (Cupa, 2008b; Dejours, 1995). De ce fait, la position de l'analyste doit s'adapter, pour soutenir le travail de mentalisation qui fait défaut dans la pensée opératoire. Le psychosomaticien *« prête son préconscient à son patient »* (C. Smadja, 2001) et veille à

privilégier sa fonction maternelle (Ciccone, 2012), c'est-à-dire à s'accorder au mieux avec le sujet.

Une attention toute particulière est portée sur le transfert, car la relation est teintée d'un mécanisme de *« réduplication projective »* (Marty et al., 1963). Ce processus désigne selon Alain Fine (1995) un processus psychique qui renverse le travail d'objectalisation. Afin *« d'écarter toute mise en tension de l'intersubjectivité que la mentalisation n'arrive pas à réduire »*, la réduplication projective veille au *« véritable déni de l'existence propre de l'objet »* (Fine, 1995, p. 175). Dans cette perspective, *« ce que le sujet projette, c'est lui-même »* (C. Botella, 2014, p. 84). Le Moi du sujet psychosomatique se représente alors comme *« un double se répétant à l'infini »* (C. Botella, 2014, p. 84), créé à la fois par un émoussement affectif endogène, mais aussi par un Surmoi écrasant.

Le psychanalyste doit alors veiller à soutenir le mouvement d'investissement des objets, en vertu d'une *« équivalence énergétique »* entre la relation à l'objet et l'activité de mentalisation. Il faut donc amener l'analysé à développer son expressivité pour soutenir son élaboration (Marty et al., 1963). L'analyste doit veiller à repérer tous les signes que peut prendre cette expressivité et notamment les gestes, les mimiques, la respiration où la sudation. Parfois, cette position plus impliquée de l'analyste reste nécessaire à très long terme pour éviter la démentalisation et le retour de la somatisation :

> *« […] nous devons nous résigner à poursuivre le traitement indéfiniment. Il n'est pas rare en effet qu'une interruption du traitement, alors même que l'état psychique et somatique du patient semble stabilisé, puisse générer une reprise évolutive du processus de la maladie avec son potentiel létal. » (C. Smadja, 2001, p. 182).*

Cependant, la psychosomatique psychanalytique ne résout pas totalement la question des relations de causalité entre corps et psyché (Dejours, 1995). En effet :

> *« […] une chose est de constater que nombre de patients somatisants ont un fonctionnement opératoire, autre chose d'affirmer un lien de causalité entre ce fonctionnement et la survenue d'une somatisation. Il faut avouer que la méthodologie nécessaire à prouver le lien de causalité entre fonctionnement opératoire et risque de somatisation paraît d'une complexité et d'une lourdeur qui en rendent l'application problématique. » (Press, 2008).*

Il est donc aisé de se laisser prendre dans le *« psychosomatisme »* et ses dérives (Jadoulle, 2003). Feder (1990) évoque en ces termes l'association magique entre la vie psychique et l'activité somatique et qui conduit à rendre la pensée responsable des lésions organiques. Cette perspective, qui est entrée dans les représentations populaire de la maladie, *« est à la psychosomatique ce que l'astrologie est à l'astronomie »* (Jadoulle, 2003, p. 278). Elle conduit à la construction d'un symbolisme organique univoque, au développement d'une pensée qui, à l'instar des dictionnaires de rêves, voudrait attribuer à chaque organe une fonction émotionnelle, de manière à ce qu'une affection organique corresponde forcément à un conflit psychique ou à une émotion non mentalisée. Des maux de gorge pourraient ainsi résulter arbitrairement d'un évènement *« dur à avaler »*[96], tandis qu'il serait possible *« d'en avoir plein le dos »* d'une situation, ce qui causerait des douleurs lombaires. Ce type de descriptions rappelle la cartographique énergétique du corps établie par Brennan, dans laquelle les centres de circulation énergétique, les chakras, correspondent symboliquement à des émotions ou à des comportements.

Pour Jadoulle (2003), ce psychosomatisme témoigne d'une pensée magique qui voudrait doter le psychisme d'un contrôle total sur le somatique. Cette pensée entraine un fantasme de réparation, qui consiste à penser qu'une mentalisation parfaite ou qu'un fonctionnement psychique irréprochable permettrait d'éviter tout risque de maladie. Un thérapeute habité par ce fantasme serait susceptible ainsi de rendre son patient coupable d'une maladie physique dont il serait totalement la victime, en lui attribuant la responsabilité de sa survenue. De plus, elle conduit à mésestimer le rôle de certains facteurs biologiques, infectieux, génétiques dans les affections. Elle peut également parfois conduire les thérapeutes à envisager de traiter totalement psychiquement une affection somatique et ainsi mettre la santé de leur patient en danger[97]. La psychosomatique se distingue alors du psychosomatisme par son épistémologie :

> *« Si la question de la cause ne peut être abordée frontalement en psychanalyse et en psychosomatique, la question de la souffrance, quant à elle, ne peut pas être traitée indépendamment de celle du sens de la situation pour le sujet ; parce que*

[96] Une interprétation est justement adressée à Fanny Charrasse (2019) pendant ses observations auprès d'un magnétiseur. Alors qu'elle est prise d'une quinte de toux, le praticien lui indique que c'est parce qu'elle essaie d'étouffer sa vraie nature : devenir guérisseuse.

[97] Le Décodage Biologique, initié par le Dr Ryke Hamer à partir de 1980, est une de ces méthodes « psychosomatisantes » (Sarradon-Eck & Caudullo, 2011). Elle est particulièrement sollicitée par les malades atteints de cancer et repose sur l'idée que les cancers sont causés par des chocs psychologiques, qu'il convient d'identifier et de traiter, sur la base d'une correspondance symbolique entre organes et psyché. Un cancer des testicules ou des ovaires, par exemple, serait causé par un trauma relatif à la perte d'un enfant.

le sens assigné à la souffrance peut changer la souffrance elle-même. Du point de vue doctrinal donc, je proposerais d'abandonner la causalité psychique et de poser la psychosomatique dans un champ se déployant entre souffrance et sens et non entre cause et maladie (ou guérison). » (Dejours, 1995, p. 64)

Le symptôme somatique n'est pas porteur de sens en lui-même, et la psyché ne peut pas être tenue causalement responsable de sa création (Dejours, 1995; Feder, 1990). Il existe par contre un sens, une organisation entre le symptôme corporel et la vie psychique qui peut se dessiner dans l'après coup via le long processus analytique (Sami Ali, 1990), mais qui ne *« ne lève pas le mystère de l'origine »* du trouble (Feder, 1990). Ce *« sens trouvé »* est à différencier du sens donné, l'interprétation rapide qui peut parfois faire écran à un réel travail psychique en saturant le processus élaboratif (Jadoulle, 2003). Ainsi, la psychosomatique reste un modèle théorique et clinique, il ne se destine pas à faire des prédictions causales sur l'origine et la finalité des symptômes (Press, 2008).

Dès lors, peut-on suivre entièrement la psychosomatique pour comprendre l'action des thérapeutes énergétiques ? Il serait aisé d'affirmer que la totalité des maux dont souffriraient les sujets qui vont voir les guérisseurs seraient résolus par des effets psychiques. Les énergéticiens deviendraient alors des psychothérapeutes malgré eux. Par ailleurs, ce serait attribuer à la plupart des clients des thérapeutes énergétiques un fonctionnement opératoire ou un clivage à l'origine de la somatisation. Cependant, le traitement psychosomatique s'applique de manière similaire à la psychanalyse, il nécessite des rendez-vous répétés, fréquents, et un juste maniement du transfert. A ce titre, nous pouvons comprendre que le désorcèlement, parce qu'il offre des possibilités de contact répétés et une dynamique transférentielle, puisse suivre cette logique et s'instaurer comme une *« thérapie du collectif familial des exploitants d'une ferme »* (Favret-Saada, 2009, p. 22). Par contre le cadre de l'énergéticien est bien différent, il est labile, protéiforme, syncrétique. De surcroit, si l'énergéticien développe une action sur le corps à partir des mots, elle serait sûrement à rapprocher du *« psychosomatisme »*, c'est-à-dire de l'interprétation superficielle du symptôme et non d'un travail profond de compréhension de sa structure symbolique. En dernière analyse, il resterait donc à juger ces thérapeutes pour leur souscription à la pensée magique et pour une forme d'usurpation des principes psychothérapiques de la psychosomatique.

Ce point de vue nous semble insoutenable pour plusieurs raisons. S'il existe certainement un substrat corporel ou physiologique aux effets psychosomatiques, par l'intermédiaire des hormones ou du stress par exemple (Pirlot, 2007), cela ne semble pas

autoriser de réduire la psychosomatique à la neurophysiologie, puisque la première se distingue de la seconde par le rôle déterminant du sens. En effet, la causalité psychosomatique appartient à un ordre différent de la causalité neurophysiologique, puisqu'elle se construit dans l'après-coup et dans le processus intersubjectif que constitue transfert. De surcroit, les dispositifs thérapeutiques sont également déterminés par des logiques sociales. Ainsi, toute tentative de construction d'un dispositif thérapeutique s'accompagne de la production des conditions qui le légitiment (Nathan & Stengers, 2016; Stengers, 2006b), dans un processus de décrire-construire (Méheust, 1999a). Ces conditions sont alors adoptées comme faisant partie de la *« nature »*, c'est-à-dire sont instaurés comme des éléments de base de l'expérience humaine, préalables et nécessaires aux déroulements des opérations thérapeutiques qui vont suivre[98]. Les pratiques magiques sont alors celles qui ont trait à une *« nature »* suffisamment éloignée des références d'une culture donnée. Dans ce contexte, comment dépasser le « relativisme thérapeutique », qui prescrit simplement que chaque civilisation possède ses propres remèdes, et étudier le soin énergétique de manière plus structurée ?

[98] Cela ouvre également sur l'idée, déjà bien abordée par les historiens de la psychiatrie, de la fabrique des maladies, c'est-à-dire des processus socialement déterminés par lesquels se forment les représentations des maladies (Borch-Jacobsen, 2013; Hacking, 2006).

Deuxième Partie : Méthodologie et cas cliniques

Chapitre 5. Problématique, hypothèses et méthodologie

5.1. Problématiques et hypothèses

Les perspectives ainsi ouvertes nous amènent à poser la problématique suivante:

Comment comprendre l'essor actuel du soin énergétique dans notre culture ? Quels sont ses effets psychiques et par quels processus sont-ils générés ? Comment ces effets reposent-ils sur des représentations d'une énergie ? Cette pratique peut-elle être thérapeutique, et si oui, par quel moyen ? Que peut-on en conclure sur les fondements du travail thérapeutique ?

Nos lectures et nos réflexions nous ont conduits à développer quatre hypothèses qui répondent à cette problématique et constituent les axes de réflexion que nous poursuivrons dans ce travail :

Première hypothèse : du rôle des processus primaires

Le soin énergétique reposerait sur les logiques primaires et originaires de l'activité de représentation psychique. Ces processus apparaitraient lors d'états non-ordinaires de conscience caractérisés par une exacerbation de la sensorialité et une plus grande fluidité associative.

Seconde hypothèse : du transfert primaire

Les processus primaires se déploieraient autant chez le thérapeute que chez le client, dans une forme spécifique de transfert, teintée des logiques des niveaux archaïques des processus représentatifs. Ce transfert se différencierait des modalités de transfert des dispositifs thérapeutiques plus courants par son organisation hors du langage et son inscription dans la sensorialité.

Troisième hypothèse : des propriétés thérapeutiques du soin énergétique

Le soin énergétique induirait des transformations psychiques. En ce sens, il serait potentiellement thérapeutique. Il produirait des effets de symbolisation des contenus psychiques via l'activité associative et fantasmatique, structurée par les rites et les mythes qui fondent ces thérapies.

Quatrième hypothèse : des fonctions thérapeutiques des états non ordinaires de conscience

Les états non-ordinaires de conscience seraient à la racine de certains processus thérapeutiques qui reposent sur la pensée magique et dont les théories de l'énergie vitale seraient des représentations. Le développement du soin énergétique serait la conséquence de l'exclusion de ces modalités de soin par les pratiques médicales et scientifiques contemporaines.

5.2. Cadre épistémologique et méthodologie

S'interroger sur les effets d'une pratique thérapeutique aux limites de la science, de la magie et de la religion, implique de réfléchir à la notion de causalité (Stengers, 2006a, 2006b). Isabelle Stengers (2006) pose le problème auquel nous sommes confrontés vis-à-vis du soin énergétique lorsqu'elle questionne les transformations psychologiques que connaissent les pèlerins sur les sites d'apparition de la Vierge. Si l'on ne peut attribuer à la Vierge, en tant qu'entité surnaturelle autonome, d'être la cause du changement profond que relatent les pèlerins, comment penser alors l'action de ce contexte en dehors de l'attribution causale qu'exige la science ? Car dans ce type de situations, ce n'est pas une *« cause »* qui *« fait »*, comme c'est le cas par exemple en mécanique, lorsque l'on applique une force sur un objet. La foi est intangible, mais elle reste tout de même l'opératrice du changement : les pèlerins ne changent pas au hasard, mais bien en fonction de certaines caractéristiques de la Vierge, qui pourtant n'existe pas au même titre que d'autres objets susceptibles d'être étudiés par les sciences physiques. En ce sens, la figure de la Vierge possède tout de même une forme d'efficacité, que l'on pourrait certainement qualifier de symbolique (Lévi-Strauss, 1949b).

Par ailleurs, Stengers (2006a) ajoute qu'étudier la Vierge risque de détruire les chemins par lesquels elle opère, de profaner les conditions préalables à son action. En effet, placer le pèlerinage sur le terrain de l'expérimentation scientifique conduit nécessairement à influer sur l'origine, le déroulement et la finalité de la démarche. L'erreur consisterait donc, selon Stengers, à établir la preuve scientifique comme seul critère d'efficacité d'un dispositif thérapeutique. Cela revient à affirmer, contrairement au discours d'une médecine ou d'une psychothérapie fondée sur les preuves, que de déterminer scientifiquement les causes des phénomènes thérapeutiques ne peut parfois pas suffire à les expliquer. Il faut encore prendre en compte les éléments contextuels au même titre que les éléments spécifiques, glisser d'une étude de la seule causalité objective vers la description d'une *« culture des causes »* (Stengers, 2006a,

p. 270), c'est-à-dire observer les dispositifs thérapeutiques en tant que systèmes de représentations qui possèdent leur propre cohérence interne et qui déterminent leurs lois de causalités (Laplantine, 1986).

S'intéresser à une telle culture des causes consiste alors à étudier les manières spécifiques qu'ont les acteurs de ces thérapies de *« domestiquer le réel »* (Stengers, 2006a). Cela revient alors à observer les démarches de production de sens bien plus qu'à tenter de discerner les éléments objectivables du soin énergétique. Dans cette perspective, il s'agirait par exemple de se pencher sur ce que fait le thérapeute lorsqu'il soigne, sur les représentations qu'il mobilise et les outils qu'il emploie plutôt que sur la quantité de photons qui sortiraient de ses mains. Ce dernier élément constitue un indicateur objectif nécessaire pour se prononcer sur l'éventuelle efficacité du soin, mais il reste indissociable des effets de contexte. Par ailleurs, toute observation qui porte sur de tels effets est relative, elle met en lumière les propres préconceptions de l'observateur, lui-même baigné dans cette même culture ou dans une autre (Stengers, 2006a). De ce point de vue, le but de notre recherche est donc de souligner ce que la situation thérapeutique énergétique implique pour notre regard de psychologue clinicien. Une telle approche met entre parenthèses la question de la stricte causalité sans l'éluder[99]. L'objectif de ce travail est de caractériser le vertex[100] de transformation qui se déploie dans le soin énergétique, c'est-à-dire la manière avec laquelle il organise le biologique, le social et le psychologique. Notre approche vise ainsi à préciser les processus intrapsychiques et intersubjectifs qui se manifestent dans le soin énergétique et leur façon de polariser le rapport du sujet à lui-même, son corps et à son environnement. Un tel travail consiste à explorer et analyser ces dispositifs afin d'en déterminer les composantes psychiques, à la suite des travaux de Laplanche (1987), Roussillon (1992) et Favret-Saada (1991, 2009). Dans cette même perspective, nous étudions préférentiellement les thérapeutes, car leur parcours d'apprentissage véhicule toujours la globalité des éléments qui caractérisent la culture des causes qu'ils incarnent (Stengers, 2006a).

[99] En effet, elle présente l'intérêt indéniable de s'extraire de l'opposition entre la médecine basée sur les preuves et les thérapies alternatives et contribue en cela aux deux camps (Friesen, 2019). Cette même approche des soins énergétiques permettrait potentiellement de dépasser la contradiction qui existe entre les approches qualitatives et quantitatives (Myers, 2010).

[100] Le terme de vertex est employé par Bion pour désigner comment des éléments de pensée peuvent s'organiser de manière vectorielle et se représenter sous la forme de constructions mythiques, d'une *« coordination de faits choisis »* (Rabeyron, 2018, p. 9).

5.2.1. Méthodologie qualitative

Nous choisissons de mettre en œuvre une méthodologie qualitative pour étudier le soin énergétique et nous écartons donc d'emblée de pouvoir déterminer l'efficacité objective de ces méthodes. En effet, selon les standards actuels de la médecine fondée sur les preuves, une telle démonstration impliquerait a minima d'organiser un essai randomisé en double aveugle avec des thérapeutes énergétiques. Ce type de travaux a déjà été mené et risque de se heurter à la problématique évoquée plus tôt : même si aucun résultat objectif n'est visible, un changement est rapporté par les malades (Guy et al., 2017). Nous entendons donc proposer une autre approche de l'objet de recherche, et nous intéresser davantage aux aspects intrapsychiques et intersubjectifs du soin énergétique. Pour pouvoir étudier cette subjectivité, il faut éviter d'objectiver les acteurs du soin énergétique.

Jeanne Favret-Saada a été confrontée à cette impasse durant sa recherche sur les désorceleurs. Le désorcèlement se résume aux actes et aux discours d'un ensorcelé, d'un désorceleur et d'un éventuel annonciateur. Les acteurs du désorcèlement se dérobent à toutes les observations par des effets discursifs, qui consistent principalement à disqualifier cette pratique et à se ranger dans le camp de l'observateur. Dès lors, l'anthropologue ne peut accéder au désorcèlement que s'il est *« affecté »*, c'est-à-dire s'il participe à la production du désorcèlement en tant qu'ensorcelé ou désorceleur (Favret-Saada, 2009). Ce changement de position radicale, de l'observateur au participant, apparait comme condition nécessaire pour faire advenir un discours sur le désorcèlement, ce que l'auteur résume par cette scansion entendue sur le terrain : *« Le désorcèlement, il faut y être pris pour en parler »* (Favret-Saada, 1977). Dominique Camus (1995), de même que Deborah Kessler Bilthauer (2013, 2017), témoignent également de cette nécessité d'être affecté et montrent comment cela constitue une méthodologie spécifique pour étudier cet objet.

Notre objet admet des positions de paroles similaires : seul un thérapeute et un client sont autorisés à participer au soin (Charrasse, 2019). Un regard sceptique ou purement scientifique sera rapidement écarté de la scène. Ainsi, nous savons a priori que l'approche directe des praticiens et le recueil du matériel clinique s'annoncent difficile, car il s'agit de trouver/créer[101] une place d'observateur habituellement inexistante dans la pratique. De plus,

[101] Nous affirmons ici, de manière paradoxale, qu'il n'existe que deux places auprès du guérisseur, celle du malade ou celle du thérapeute, et que la place à laquelle nous comptons nous situer auprès de ces thérapeutes est distincte des deux précédentes, mais pré-existe avant notre arrivée. Dans ces modalités thérapeutiques existent toujours un témoin, un personnage observateur dont la présence est parfois désirée et parfois fortuite, et dont le rôle est de

les praticiens nourrissent généralement une méfiance à l'égard des institutions publiques et de ceux qui les représentent. S'ils pratiquent dans le secret ou dans des espaces privés et confidentiels, c'est aussi parce qu'ils peuvent être accusés de pratique illégale de la médecine, de charlatanisme, ou d'abus divers. Ces pratiques reflètent ainsi les interdits moraux d'une culture[102].

L'anthropologie et sa méthode d'enquête de terrain offre la possibilité au chercheur de s'immerger dans une culture, de prendre part à la dynamique sociale du terrain et ainsi de contourner les réserves et les protections qui freinent l'observation. Dans le contexte du soin, cela conduit parfois le chercheur à devoir incarner une place de malade ou de thérapeute, ce qui est souvent rapporté dans l'introduction des ouvrages des auteurs, les notes de bas de pages, dans les marges du corpus d'observations (Camus, 1988; Favret-Saada, 1977). Dans une perspective plus actuelle, le chercheur en sciences sociales peut considérer ce glissement progressif comme une épreuve de la même sorte que celle que traversent les enquêtés lorsqu'ils deviennent thérapeutes ou malades (Charrasse, 2019). L'analyse réflexive de cette épreuve donne ensuite de précieuses informations sur l'objet d'étude.

D'un point de vue psychanalytique, une telle position méthodologique repose sur une dynamique d'identification réciproque entre le sujet investigué et le chercheur. L'anthropologue, pour pouvoir accéder à son objet, doit accepter dans la relation avec les sujets de la recherche les mouvements d'identification projective auxquels ceux-ci vont le soumettre. Ces mouvements visent à gommer les différences entre le chercheur et les sujets qu'il étudie. Pour s'en prémunir, l'anthropologue doit donc développer sa propre réflexivité par tous les dispositifs à sa disposition (séminaires, analyse d'enregistrements, écriture). La tenue d'un carnet de bord, support de la fonction symbolisante de l'écrit, révèle bien ce processus. Le récit de Jeanne-Favret Saada, dans *Désorceler,* met en évidence cette dynamique : *« Le jour où un ancien ensorcelé m'annonça que j'étais « prise », que mes symptômes et l'état de ma voiture en témoignaient à l'évidence, et qu'il me demanderait un rendez-vous chez sa désorceleuse,*

médiatiser le rapport entre l'intérieur et l'extérieur de la scène thérapeutique. Cette position de témoin se retrouve par exemple dans le désorcèlement avec l'annonciateur, un proche qui va nommer la source de la répétition du malheur sous l'hypothèse sorcellaire. Le journaliste participe également à former ces liens entre intériorité de la thérapie et extériorité. Si de telles positions semblent donc exister dans un rapport structurel de médiation entre l'interne et l'externe, l'entrée d'un nouvel interlocuteur dans l'intériorité nécessite toujours un travail d'acclimatation, que les carnets de terrain anthropologiques donnent fort bien à saisir. En cela, notre place se soutient sur la figure tierce du témoin, mais va, dans le contact avec les thérapeutes, s'affiner et s'ajuster dans l'interaction réciproque.

[102] L'exemple du rapport secret du Roi sur le magnétisme animal met en lumière ce fait (Méheust, 1999a).

Madame Flora, j'en fus presque soulagée. […] Je tentais pendant plusieurs semaines de me dérober jusqu'au jour où j'acceptai que le désorcèlement requiert la même force d'engagement qu'une psychanalyse. À partir de là, je parlais régulièrement de moi, sur des modes fort différents, et à mon psychanalyste parisien, et à ma désorceleuse bocaine, les deux pratiques étant d'ailleurs imperméables l'une à l'autre.[103] » Ce processus semble se dérouler sur une temporalité assez longue et il n'est pas rare que les anthropologues développent cette réflexivité plusieurs années après s'être ainsi identifiés, ici *Désorceler* paraît environ quarante ans après *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, le premier ouvrage de l'auteur.

Nous entendons adopter ici une position méthodologique différente, inspirée de la psychanalyse, qui consiste plutôt à soutenir la différence intersubjective et à révéler ces effets d'identification, dans le but de mettre en évidence les modalités relationnelles spécifiques du soin énergétique. Car si notre objet était seulement la culture énergétique, alors notre thèse consisterait en une étude de l'efficacité symbolique. Nous entendons aller plus loin et suivre les perspectives ouvertes par les anthropologues : *« Depuis le fameux texte de Lévi Strauss sur l'efficacité symbolique, beaucoup se sont appliqués à relever les succès des faiseurs de rituels en tout genre […] »* et l'auteur commente, en note de bas de page *: « Rares sont les chercheurs qui ont essayé de préciser ce que soigne, exactement, ces guérisseurs et d'expliquer quels ressorts, exactement, sont actionnés pour obtenir la guérison. » (Favret-Saada, 2009, p24-25).* La compréhension de cette culture des causes constitue à nos yeux un préalable nécessaire pour s'intéresser plutôt au *« rapport magnétique »*, cette relation entre le magnétisé et le magnétiseur (Méheust, 1999a), potentiellement source d'effets psychothérapiques (Cuijpers et al., 2019). En résumé, si l'anthropologie s'intéresse surtout à la structure sociale par l'étude des positions d'énonciation (qui dit quoi à qui, et à quel moment) comme ressorts de la pratique, nous allons plutôt porter notre attention sur les processus intrapsychiques et intersubjectifs qui se déroulent dans ces thérapies.

Il s'agira donc d'être suffisamment affecté pour pouvoir observer les phénomènes du soin énergétique, sans pour autant entrer dans une position participante, qui appartient d'avantage au registre de la recherche anthropologique qu'au registre de la recherche psychologique. Dans ce contexte, nous devons choisir une méthode d'investigation qui s'intéresse à la subjectivité, et qui puisse apporter des outils pour comprendre ses enjeux.

[103] On peut se demander d'ailleurs si cette configuration renvoie à une situation oedipienne et à un jeu d'identification entre un versant plutôt maternel psychanalytique et un versant plutôt paternel sorcellaire.

L'entretien clinique, comme l'étude de cas, possèdent ces deux caractéristiques (Pedinielli & Fernandez, 2011) et la perspective psychanalytique s'impose ici comme la théorie permettant le mieux de saisir les enjeux intrapsychiques et intersubjectifs du soin énergétique, car la prise en compte de la dynamique transféro-contre-transférentielle garantit la réflexivité nécessaire pour traiter les questions d'identification que nous avons évoquées.

Cette perspective s'inscrit dans une tradition française instaurée par les premiers *« psychistes »*, qui décrivaient finement les perceptions des somnambules au XIXè siècle (Méheust, 1999a). Nous proposons de nous pencher sur l'activité psychique des individus, au-delà des frontières établies par la cartographie du psychisme établie depuis cette période. En effet, la répartition des phénomènes psychiques observés dans le magnétisme animal entre la psychologie, l'hypnose, le spiritisme et la métapsychique conduit à développer un point de vue fragmentaire sur l'ensemble de ces phénomènes[104]. La clinique des expériences exceptionnelles ainsi que la persistance de théories et de pratiques thérapeutiques jugées irrationnelles invitent à examiner à nouveau cette répartition. De ce point de vue, il nous faut désormais être capable d'entendre les expériences exceptionnelles rapportées par les énergéticiens et leurs clients. C'est aussi dans le but de développer un regard scientifique et non un regard folkloriste que nous devons veiller à attribuer à ces faits le même statut que peuvent avoir les rêves, les souvenirs ou n'importe quel autre matériel psychologique. Cela nous conduit vers une sorte d'ethnopsychiatrie du proche, c'est-à-dire l'étude d'une culture thérapeutique de sujets qui, au sein même de notre société, constituent une sous-culture qui s'articule avec un environnement culturel plus général. Dès lors, nous devons conserver une *« position d'indécidabilité »* (Rabeyron, 2010) à l'égard des phénomènes que nous entendons observer, c'est-à-dire ne pas présumer à priori de leur existence ou inexistence objective.

Notre approche méthodologique se dessine ainsi autour de trois propositions qui correspondent aux prérequis épistémologiques, théoriques et techniques pour étudier notre objet de recherche :

a) Une position de chercheur engagé dans la relation avec les participants et une attention particulière portée à la dynamique transférentielle,

[104] Le rôle du transfert de pensée dans le développement de la théorie du transfert en psychanalyse est un bon exemple de la manière avec laquelle certains faits psychiques ont ouvert des perspectives fécondes avant d'être rejetés au dehors du champ d'étude de la psychologie (Evrard & Rabeyron, 2012).

b) Un intérêt particulier porté sur les processus psychiques et sur la relation dynamique entre les phénomènes évoqués,
c) Une posture d'indécidabilité sur la réalité objective de ces interactions.

5.2.2. Choix de la perspective psychodynamique

L'approche psychodynamique est fidèle aux conditions que nous avons énoncées, en ce qu'elle propose la notion de réalité psychique, et affirme donc que *« les productions psychiques ont, en elles-mêmes et non pas seulement du fait du constat de leurs effets, une réalité propre dont la concrétude est au moins égale à celle de la réalité matérielle. »* (Le Guen, 1995, p. 10) Par approche psychodynamique, nous désignons une approche de la psychologie issue de la psychanalyse, c'est-à-dire d'une application des concepts et méthodes psychanalytiques à un objet d'étude donné. Cette approche ne peut se priver d'une comparaison systématique entre le champ psychanalytique originel et le dispositif de recherche qui en est dérivé. Dans une telle perspective, le champ psychanalytique constitue ainsi le maitre-étalon à l'aune duquel les phénomènes observés dans la recherche doivent être mesurés.

Cette perspective, déjà employée par Laplanche (1987) et Roussillon (1992) à propos du baquet mesmérien, consiste donc à mettre en parallèle le cadre thérapeutique du soin énergétique et le dispositif analytique de la cure-type. Ce dernier a largement évolué depuis les premiers développements de la psychanalyse (Mijolla, 2001). Sans reprendre l'historique complet de ce cadre et de ces évolutions, précisons tout de même plus explicitement à quels éléments nous faisons référence. La cure-type se caractérise déjà par son cadre, c'est-à-dire les limites qui définissent le temps et le lieu de la psychanalyse (Bleger, 1979). La cure se déroule le plus souvent dans un cabinet, à raison de 3 à 5 séances par semaine d'une durée d'environ 45 minutes. L'analysant a pour consignes de s'assoir sur un divan — il ne voit pas l'analyste — et d'énoncer tout ce qui lui vient à l'esprit, selon la règle de l'association libre. De son côté, l'analyste se garde de toute proximité physique avec l'analysant et l'écoute avec une attention flottante. Ce cadre constitue un modèle de la scène sur laquelle les processus psychiques repérés par la psychanalyse apparaissent le plus librement et avec la plus grande clarté. En ce sens, elle représente autant un dispositif clinique qu'un « laboratoire » (Stengers, 2006b).

Sur le plan théorique, la théorie psychanalytique repose sur plusieurs fondements métapsychologiques énoncés par Freud (1923[105]) qui sont l'hypothèse de l'existence de processus psychiques inconscients, la reconnaissance des phénomènes de transfert et enfin l'importance de la sexualité et du complexe d'Œdipe dans le développement et l'organisation de la psyché. Par la suite, le champ d'application de la théorie psychanalytique s'est étendu et la cadre de la cure-type a été adapté en fonction des terrains cliniques. Cela a notamment conduit aux développements ultérieurs sur la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent de Mélanie Klein et Donald Winnicott, la psychosomatique de l'école de Paris. Les théories principales de Freud, et notamment celles sur l'Œdipe ont également été largement débattues et révisés, à l'intérieur comme à l'extérieur de la psychanalyse. Ce sont ces avancées pratiques et théoriques vis-à-vis de la cure-type que l'on désigne le plus souvent sous le nom d'approche psychodynamique[106].

Afin d'être totalement explicites, précisons maintenant à quelles modification du corpus psychanalytique nous souscrivons dans notre approche psychodynamique, de même que les raisons qui nous motivent à le faire.

La première et la plus notable évolution consiste à attribuer une plus grande importance aux processus psychiques qu'à leur contenus. De ce point de vue, les contenus psychiques sont virtuellement illimités et l'analyse du seul contenu des pensées ou des symboles ne représente pas un moyen fiable pour connaître les mécanismes généraux de la pensée[107] (Rabeyron, 2018). Selon Bion, les contenus psychiques tiennent au rôle de variables pour des fonctions, des processus mentaux qui les transforment (Bion, 1962). L'activité psychique consiste donc à perpétuellement transformer les contenus psychiques, c'est ce qui produit la pensée réflexive. Il existe donc, entre la réalité même (nommée O par Bion), et les strates les plus abstraites du raisonnement, des processus psychiques qui permettent de transformer des contenus tout en préservant leurs invariants (Bion, 1982). Une telle approche consiste donc à choisir un certain nombre de ces processus (ce que Bion nomme « un vertex ») pour rendre intelligible une telle

[105] S. Freud (1923), Psychanalyse et Théorie de la libido, Résultats, idées, problèmes, t. II, Paris, puf, 1985, p. 65

[106] La psychodynamique n'est donc pas une forme dégradée ou édulcorée de la psychanalyse. Elle est une évolution de corpus psychanalytique centrée sur le processus thérapeutique et s'inscrit dans l'évolution historique de la psychanalyse (Shedler & Rabeyron, 2020).

[107] Ce problème s'observe aisément à propos des dictionnaires de rêves, qui mettent à égalité les symboles et les faits qu'ils représentent. Cette dérive conduit à un « psychologisme », voire un « psychanalysme » naïf dans lequel des objets sont associées arbitrairement à des représentations symboliques, tel le serpent-pénis. La méthode psychanalytique invite au contraire à explorer les liens signifiants propres à chaque sujet en fonction de son histoire et de sa culture.

transformation : on passe ainsi d'une construction infinie à une construction finie (Rabeyron, 2018). Ce processus permet le passage de l'observation clinique à la modélisation théorique.

La seconde modification consiste à mettre l'accent sur la relation transférentielle et à considérer que les évènements psychiques sont produits dans l'intersubjectivité (Bohleber, 2014). Du point de vue psychanalytique, la relation primordiale entre la mère et le bébé constitue la matrice du fonctionnement psychique et des relations intersubjectives ultérieures (Jung & Roussillon, 2013; Klein, 1952; Winnicott, 1960). Ces théories proposent que cette intersubjectivité primaire précède le développement de la vie subjective (Golse, 2011). En analyse, les associations de l'analysant doivent donc être interprétées à l'aune de la relation intersubjective. Le transfert, le déplacement de modalités relationnelles de l'analysant par rapport à ses figures d'attachement sur l'analyste, et son reflet le contre-transfert — les réactions émotionnelles de l'analyste à son patient — se comprennent comme des cas particulier d'un processus intersubjectif plus général qui participe à la construction des faits de la séance analytique. De même que Winnicott formule qu'un bébé *« n'existe pas sans sa mère »*, un analysant n'existe pas sans analyste (Ogden, 2005).

La troisième modification découle des deux précédentes, en même temps qu'elle reflète les oppositions, les débats et les dialogues entre la psychanalyse et l'anthropologie au milieu du XXème siècle (Smadja, 2014). Cette réflexion invite à décentrer le complexe d'Œdipe[108] de la position hégémonique qu'il connait dans la théorie de Freud, pour le penser d'Œdipe comme une formation essentielle de la psyché dans la société à laquelle nous appartenons, et non comme un élément universel de la psyché humaine. Nous adoptons une vision structurale, qui consiste à attribuer au contexte culturel et aux symboles des propriétés psychiques qui déterminent la manière dont les conflits psychiques se forment et s'expriment. Cette conception se rapproche donc de celle de Jung, selon laquelle les mythes et les symboles sont ainsi conçus comme des principes organisateurs de la psyché (Allain-Dupré, 2004). Elle en diverge cependant dans l'idée qu'il n'existe pas de formes de ces principes organisateurs qui soit culturellement indépendantes, universelles et qui auraient une ontologie hors des rapports intersubjectifs.

[108] Comme le propos n'est pas de débattre ici de sa pertinence du complexe d'Œdipe et que cette considération est secondaire dans notre travail, nous avançons rapidement nos arguments et renvoyons le lecteur aux références citées pour poursuivre la réflexion.

Enfin, la dernière modification consiste à appliquer des modifications techniques au cadre de la cure-type pour respecter les exigences des situations cliniques auxquelles nous sommes confrontés. Cela nous amène à devoir trouver une réponse satisfaisante à l'équation suivante : jusqu'à quel point peut-on modifier le cadre de la cure-type sans altérer sa cohérence par rapport aux théories sur lesquelles il se fonde ? L'analyse du cadre psychanalytique montre bien que les théories et les processus qui se déroulent dans la rencontre sont intimement liées au cadre et aux techniques employées par le thérapeute (Bleger, 1979; Chertok & Stengers, 1989; Roussillon, 1992). Nous devons donc préciser les modifications que nous entendons faire subir au cadre analytique.

Notre approche psychodynamique se caractérise notamment par l'abandon du divan, car cette règle est inapplicable aux conditions de recherche que nous avons posées plus haut. La durée comme la fréquence des rendez-vous sont aussi modifiés et le rythme d'un entretien toutes les semaines ou toutes les deux semaines est privilégié pour des raisons matérielles d'organisation qui déterminent ce travail de thèse, mais aussi parce que l'objet n'est pas de faire une psychanalyse ou psychothérapie des guérisseurs. Notons toutefois que ce cadre formel correspond à celui dans lequel se déroulent habituellement les psychothérapies psychodynamiques (Shedler & Rabeyron, 2020). Par ailleurs, mener une recherche selon l'approche psychanalytique est différent de mener une recherche à partir d'une psychanalyse. L'enjeu n'est pas d'extraire du matériel de psychanalyses en cours ou déjà terminées afin de construire des théories, comme c'est le cas dans les écrits classiques de Freud (1935), mais plutôt de penser le cadre psychanalytique comme méthode de recueil de données. De ce point de vue, la finalité des entretiens est différente de celle de la cure-type, ce qui nécessite quelques ajustements dans la technique d'entretien, à savoir :

- L'allègement de la règle d'associations libres. Comme cette recherche a pour but de répondre à des questions précises, nous devons nécessairement restreindre les associations de nos participants autour de certains thèmes que nous définissons en amont[109]. Toutefois, nous laissons libre court aux associations libres des participants autour de ces thèmes.

- L'absence d'interprétations du transfert dans les entretiens. La cure-type repose sur le rôle prépondérant de l'interprétation des projections transférentielles faites par

[109] Ces thèmes forment une grille d'entretien semi-directive présentée plus bas.

l'analysant sur l'analyste. De surcroit, le transfert est catalysé par la récurrence des séances et l'asymétrie des positions de parole. En analyse, les interprétations ont pour fonction d'élucider le transfert et par la même occasion de réveler les conflits intrapsychiques des analysants. Notre objectif est de faire apparaître les enjeux psychiques du soin énergétique chez les thérapeutes et non de résoudre leurs éventuelles névroses. Nous ne nous autorisons à aucune interprétation de transfert durant les entretiens, et nous cantonnerons donc à repérer dans nos écrits ce qui se joue dans le transfert afin de proposer des hypothèses sur les processus psychiques en jeu dans le soin énergétique.

Nous avons également dû apporter une autre modification de notre dispositif lorsque nous avons commencé à recruter des participants pour des entretiens téléphoniques. Les raisons de ce choix sont détaillées plus bas et nous préciserons simplement ici que l'entretien téléphonique induit des effets dans le cadre des entretiens. Le dispositif téléphonique est souvent décrié notamment car il isole du rapport corporel qui existe entre l'analyste et l'analysant. De ce point de vue, il n'est certainement pas anodin que nous ayons pu faire la majeure partie de nos entretiens au téléphone, vu la position centrale que tient le corps dans l'énergétique. En ce qui concerne notre méthodologie, nous soulignons que le téléphone rapproche paradoxalement la pratique de l'entretien clinique psychodynamique de celui de la cure-type. Au téléphone, le participant ne voit pas le chercheur, tout comme l'analysant ne voit pas l'analysé. Cela peut donc produire des effets transférentiels qui sont à prendre en compte. Par ailleurs, même dans des situations d'entretiens à distance, le rapport corporel n'est jamais totalement absent. Il se manifeste dans la texture ou la tonalité de la voix, les respirations et les silences.

De plus, l'utilisation d'une webcam participe parfois à récréer virtuellement l'impression d'un entretien en présentiel. Notons encore que l'entretien en vidéoconférence produit nous transporte virtuellement chez les participants, et s'apparente donc à la clinique du domicile. Ainsi, le choix de recevoir ou non le chercheur chez soi traduit déjà l'investissement du participant dans l'égard de celui-ci et de la recherche. Le chercheur s'immerge davantage dans la vie psychique du participant, ce qui catalyse les mouvements transférentiels. Le succès de la recherche dépend alors de la capacité du chercheur à écouter et analyser ce transfert pour révéler le maximum d'éléments cliniques significatifs. En cela, la participation à des séminaires de recherche, des séminaires cliniques ou une démarche d'analyse des situations ou d'analyse

personnelle est indispensable pour favoriser cette réflexivité. Nous avons pu, à différentes étapes de ce travail, profiter de tous ces dispositifs.

Nous avons précisé en quoi notre approche de recherche psychodynamique se constituait en la comparant à la psychanalyse et au dispositif de la cure-type. Les adaptations théoriques et pratiques pour lesquelles nous avons optés ont été motivées soit par les avancées dans la théorie psychanalytique depuis ses premières formulations, soit par des aspects relatifs à la clinique que nous avons détaillés et dont les enjeux ont été précisés. Ce cadre pratique et théorique vise à nous permettre de travailler sur les aspects intersubjectifs de la pratique. Pour augmenter la portée heuristique de ce travail, nous nous intéressons également aux aspects intrapsychiques par le biais de la phénoménologie.

5.2.3. Approche phénoménologique

Le philosophe Edmund Husserl (1859-1938) est à l'origine de la phénoménologie. Dans *Idées directrices pour une phénoménologie* (Husserl, 1913), l'auteur propose une méthode philosophique qui vise à atteindre une connaissance de l'essence des objets. Il entend instituer sa méthode comme moyen d'articuler l'objet de la connaissance, le sens de la connaissance et l'acte de connaitre (Biemel, 1984). Il souhaite se démarquer radicalement des sciences naturelles, basées sur l'empirisme, car celles-ci mènent systématiquement au scepticisme, tandis que la phénoménologie vise à saisir l'acte de connaissance lui-même et donc à se séparer de la simple connaissance de l'objet. Pour cela, il faut procéder à une réduction phénoménologique, une mise entre parenthèse (aussi nommée *épochè*) des connaissances préalablement acquises sur le monde, afin de réfléchir sur la manière dont le réel apparaît. Cette démarche réflexive s'étend encore avec la réduction eidétique, qui permet d'accéder à l'essence des objets en observant des variations de ces objets ou en provoquant celles-ci par imagination[110]. L'aboutissement de cette démarche conduit à une dernière réduction dite transcendantale, qui mène à étudier la conscience elle-même à travers le sens qu'elle donne aux phénomènes (Biemel, 1984).

Comme nous restons dans le domaine des sciences naturelles et que nous nous intéressons aux faits, nous n'entendons pas mener la démarche phénoménologique à son

[110] Un parallèle existe avec la pensée de Bion. Dans *Transformations*, le psychanalyste cherche également à trouver l'essence des objets par le biais des processus de transformations qu'ils subissent. Ces essences constituent le domaine O, accessible uniquement de manière indirecte par le biais des transformations psychiques produites par l'analysant et l'analyste. La réduction éidétique, en ce qu'elle tente d'accéder à O, par l'intermédiaire d'une série de transformation psychiques, semble donc similaire au processus analytique développé par Bion.

aboutissement transcendental. En revanche, suspendre son jugement est nécessaire pour sortir d'une position sceptique pré-déterminée par l'empirisme. En effet, comme il n'existe aucun moyen d'observer l'énergie en dehors de l'expérience directe qui peut en être faite par ceux qui s'engagent dans les soins énergétiques, nous devons déjà l'imputer à des manifestations psychologiques, ce qui constitue une première démarche sceptique par rapport à l'existence de l'énergie. Ce raisonnement amène finalement à considérer l'énergie comme une erreur de perception. Cela ne permet cependant pas de comprendre comment l'énergie est un phénomène vécu par les thérapeutes et leurs patients, ce qui est précisément ce que nous souhaitons étudier.

Dans cette perspective, la démarche phénoménologique ouvre donc la porte à *« une science sociale du point de vue de l'observé »* (Laplantine, 1986, p.35). Elle constitue un moyen de partager, de rendre explicite le point de vue de l'observé, car elle permet d'entrer dans le domaine des *« petites perceptions*[111] *»*, d'étudier les atomes de l'activité perceptive (Gil, 2000). Lors de nos explorations préalables à ce travail de thèse, les énergéticiens mentionnaient la manière avec laquelle leur sensation énergétique se manifestait de manière immédiate et évidente. Dès lors, nous devons nécessairement porter notre attention sur ce qui se passe à une échelle micro-phénoménologique, en dehors de l'activité consciente et manifeste, car étudier le magnétisme, et plus largement la clinique des expériences exceptionnelles, renvoie à tenter de cerner l'activité aux frontières de la pensée, et donc à entrer dans le domaine de l'irreprésenté et de l'indicible (Rabeyron, 2009).

Par ailleurs, la phénoménologie participe ainsi à la *« mise à plat »* des fondements psychiques du soin énergétique, comme l'attention flottante du psychanalyste permet de le faire pour la dynamique de l'inconscient. En effet, dans la cure analytique, l'analyste écoute et attribue une égale valeur aux contenus évoqués par l'analysant, ce qui les rapproche au plus près du fonctionnement de l'inconscient (Laplanche, 1987b). La réduction phénoménologique garantit ainsi cette écoute qui permet de mieux saisir, en-deça des faits, l'activité psychique avec laquelle ils sont en rapport.

Notre approche phénoménologique s'incarne sur deux plans différents de ce travail : le recueil de données et l'analyse des résultats. Sur le plan du recueil de données, l'entretien phénoménologique consiste à se centrer sur le vécu perceptif et sensoriel du participant afin de

[111] L'utilisation de ce concept de Leibniz m'a été inspirée par Pierre, un participant qui en faisait lui-même usage pour désigner sa perception de choses « cachées » dans la parole et qui pourtant lui « font quelque chose », le traversent sous la forme d'une « énergie ».

restituer le plus fidèlement possible son expérience d'un évènement ou d'une pratique (Vermersch, 2006). Par ailleurs, cette méthode permet également de rendre explicites des opérations mentales, des décisions, des gestes ou des représentations qui seraient restées inconscientes ou auraient été occultées lors d'une narration ordinaire. Cette méthode d'entretien repose sur plusieurs conditions. D'abord, elle nécessite l'établissement d'une relation de confiance et la formulation de buts communs clairs entre le chercheur et le participant, afin que celui-ci puisse pleinement s'autoriser à explorer son vécu. Le chercheur doit alors mettre entre parenthèse ses pré-conceptions sur la situation évoquée pour laisser advenir le récit du participant. Ensuite, le chercheur guide le participant vers *« une position de parole incarnée »*, un état dans lequel *« la situation passée est plus présente pour le sujet que la situation actuelle d'interlocution »* (Vermersch, 2006, p. 57). Enfin, la méthode prescrit l'utilisation de techniques d'entretiens qui permettent au chercheur de naviguer avec le participant dans la situation évoquée[112]. Avec ces techniques, les participants développent souvent leurs capacités réflexives, ce qui fait de l'entretien d'explicitation un outil particulièrement pertinent lorsqu'il est utilisé dans un contexte pédagogique. Des applications psychothérapiques de ces techniques existent aussi et sont mises en œuvre dans la clinique des expériences exceptionnelles telle qu'elle est pratiquée au CIRCEE[113]. L'entretien d'explicitation offre une occasion de revivre dans des conditions sécurisantes une expérience exceptionnelle potentiellement traumatique, de la *« détoxifier »* — selon la conception de Bion (1962) — avec le concours du thérapeute.

Nous employons les techniques de l'explicitation dans des occasions où le participant évoque certains éléments de sa pratique que nous cherchons à explorer précisément. Elles sont également employées afin d'obtenir un récit d'expériences exceptionnelles évoquées par le participant. Nous réservons l'usage systématique de ces techniques à l'élucidation des *« petites perceptions »* énergétiques, du vécu sensoriel du soin et des représentations mentales mobilisées par le thérapeute en séance. Dans cette perspective, nous avons utilisé l'entretien d'explicitation après avoir observé des séances de soins (notamment avec Daniel), dans le but d'accéder au travail intérieur du thérapeute et de pouvoir le mettre en lien avec nos observations. Dès lors, il serait plus juste d'affirmer que la phénoménologie sous-tend notre conduite d'entretien[114].

---

[112] Métaphoriquement, cela consiste à observer un souvenir comme une vidéo, que l'on pourrait mettre en avance rapide, rembobiner ou ralentir. Il est même possible de zoomer ou de dézoomer sur les évènements.

[113] Nous présentons en quelques mots notre activité au CIRCEE en introduction (page 1). Pour un regard plus détaillé sur cette pratique, voir aussi Rabeyron (2020, 2022).

[114] Nous avons appris à maitriser les techniques de l'entretien d'explicitation lors de notre travail d'étude et de recherche de Master I portant sur l'approche phénoménologique des expériences de sortie hors du corps. Ce mémoire a abouti à une publication (Rabeyron & Caussié, 2016). Depuis, nous avons continué à employer cette

Incorporer ces techniques à une approche plus clinique favorise ainsi la mise en place d'une dynamique d'entretien fluide et propice aux échanges. Elle nous permet de nous approcher des conditions théoriquement idéales de l'association libre, dans les limites de ce qu'induit l'utilisation d'une grille d'entretien semi-directive.

Sur plan du traitement des données cliniques, nous employons l'analyse phénoménologique interprétative (Interpretative Phenomenological Analysis ou IPA, Pietkiewicz & Smith, 2014), qui se fonde sur trois principes : la phénoménologie, l'herméneutique, et l'idiographie. Nous ne reviendrons pas sur la perspective phénoménologique, car nous l'avons déjà décrite. Précisons maintenant que la démarche herméneutique dans l'IPA consiste à tenter de déterminer le sens donné par les sujets aux phénomènes étudiés. Cette démarche herméneutique inscrit bien l'IPA dans le registre des sciences sociales, dans lesquelles n'existe aucun phénomène qui ne soit pas interprété (Smith & Osborn, 2008). Le chercheur participe activement à cette démarche, en ce qu'il aide le sujet à formuler ce sens qui est toujours le fruit d'une élaboration psychique. Ce processus de création de sens repose alors sur une double interprétation : le sujet interprète son expérience et le chercheur interprète ensuite cette action de construction de sens du sujet.

Ce travail repose sur l'idiographie, l'étude approfondie de cas individuels. Contrairement à la perspective méthodologique habituelle qui consiste à extraire des tendances générales à partir d'un corpus de données, le travail idiographique repose sur une analyse fine et détaillée de situations singulières. Chaque cas doit ainsi être analysé séparément de manière à faire émerger des thèmes individuels autour duquel il s'organise. L'analyse globale émerge en dernier, à partir de la mise en relation générale de ces thèmes. Ce travail se veut exhaustif et particulièrement couteux, c'est pourquoi les recherches qui adoptent cette méthodologie portent souvent sur un nombre très restreint de participants (moins d'une dizaine, selon Pietkiewicz & Smith, 2014). Cette méthodologie vise à répondre des questions de recherches et non à infirmer ou confirmer des hypothèses, ce qui la destine plutôt à des travaux exploratoires ou cliniques, dans lesquels la connaissance et l'analyse des cas individuels prime souvent sur la formulation de conclusions générales.

En résumé, L'IPA propose un cadre théorique et méthodologique relativement souple, qui consiste à chercher un équilibre entre la finesse analytique, la portée interprétative et la

méthode dans notre travail clinique au sein du CIRCEE, de même que dans notre activité de psychologue en recherche clinique.

généralisation des résultats. Des exemples d'utilisation de cette méthodologie auprès des guérisseurs existent (Schmitt, 2019; Sefotho, 2016)[115], ce qui montre sa double pertinence pour notre sujet et dans notre perspective psychodynamique. Dans sa thèse portant sur les guérisseurs traditionnels corses, Schmitt a analysé le verbatim de 6 entretiens avec des guérisseuses, avec le concours d'une autre psychologue et dans un processus de double-cotation. La thèse s'inscrit dans une perspective quasi ethnographique[116] et ce type d'approche maintient une parenthèse phénoménologique totale sur le sujet. Notre objectif est plutôt de problématiser, d'observer ce qui se produit au contact entre ces thérapeutes alternatifs et les thérapeutes conventionnels, entre guérison traditionnelle et modernité du soin (Charrasse, 2019). Cela implique de ne pas se cantonner à une indécidabilité sur les faits abordés, mais plutôt de favoriser un dialogue dans l'indécidabilité entre les modèles étiologiques et thérapeutiques du soin énergétique et les modèles scientifiques. L'objectif final de ce travail est ainsi d'apporter des éléments de réflexion concrets qui permettent de dépasser un certain relativisme culturel qui consisterait à dire que *« ça marche, parce que l'on y croit »*. Autrement, cette thèse ne servirait à rien de plus, pour les thérapeutes conventionnels, médecins, psychiatres, psychologues, qu'à longuement formuler ce qu'ils peuvent déjà conclure par eux-mêmes. Nous avons donc souhaité dépasser l'approche d'une série d'études de cas individuels pour davantage nous immerger dans une *clinique de la thérapie alternative*[117]. C'est pourquoi nous avons choisi de multiplier les observations pour gagner en représentativité, quitte à perdre en finesse d'analyse. Par ailleurs, nous avons écarté l'idée de travailler avec les verbatims, vu le volume important d'entretiens que nous avons réalisé[118]. Nous nous éloignons donc du cadre typique de l'IPA car nous ne développons pas au maximum l'analyse idiographique.

---

[115] D'autres travaux étudient les réactions contre-transférentielles des psychanalystes au moyen de l'IPA, sous l'angle théorique Jungien de l'archétype du guérisseur-blessé (Burda, 2014; Telepak, 2010). Cette méthodologie semble donc pertinente pour comprendre ce qui se joue hors de nos cultures mais aussi en leur sein.

[116] Ces entretiens se sont tous déroulés au cours d'un même voyage de quelques jours en Corse. Ainsi, l'ambiance, les lieux des discours et les modalités de contact participent à créer une situation anthropologique plutôt qu'une situation « analytique » semblable à celle que nous avons délimitée.

[117] Ce choix est également motivé par le contexte dans lequel se déroule cette thèse. Comme nous l'avons exposé en préambule, notre travail trouve sa source dans la rencontre clinique avec des thérapeutes alternatifs et dans le travail psychothérapique avec des sujets qui avaient consulté ce type de thérapeutes. C'est dans cette double démarche recherche/clinique que nous avons progressivement construit et élaboré notre cadre. Nos observations plus ethnographiques faites auprès des thérapeutes sont ainsi mises en perspectives avec des données plus cliniques, mais aussi avec des réflexions sur le rôle du psychologue et sa posture professionnelle de thérapeute qui précédent et débordent le cadre de cette thèse.

[118] Certains entretiens ont été enregistrés et retravaillés à l'aide des enregistrements, mais nous avons toujours préféré utiliser la prise de notes à l'enregistrement, pour des raisons d'économie de temps. Si le travail de recherche tend toujours vers un idéal d'exhaustivité, les conditions matérielles de son exécution ne permettent pas toujours d'atteindre cet idéal. Enfin, nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que la recherche dans la perspective phénoménologique ne permet jamais l'exhaustivité totale, car le travail de recherche est une mise en sens

En revanche, pour garantir l'intégrité du travail interprétatif de l'IPA, à l'instar de Schmitt (2019), nous appuyons sur un travail de réflexion de groupe, mené avec trois psychologues cliniciens, doctorants et sensibilisés à notre sujet de recherche. Nous avons partagé avec eux les cas cliniques rédigés, afin de les discuter lors de séminaires. Chaque cas présenté dans le corpus de la thèse a été travaillé indépendamment par chaque psychologue et par le groupe. La méthode d'analyse des cas est thématique et clinique, elle repose sur l'association libre des participants du groupe à partir du matériel abordé. Par ailleurs, l'organisation des séminaires garantit également de consacrer à chaque cas un temps d'analyse dédié, ce qui nous inscrit tout de même dans la perspective idiographique de l'IPA. De surcroit, ce travail de groupe constitue une troisième herméneutique, un nouvel espace de symbolisation qui permet au chercheur de revenir dans l'après-coup sur les restes de la symbolisation qui a eu lieu lors de la rédaction de cas. Cet espace groupal permet ainsi de relever et de penser tous les éléments cliniques qui auraient été ignorés, oubliés ou bien souvent refoulés — notamment les éléments contre-transférentiels — depuis les entretiens originaux. En ce sens, l'espace groupal participe ainsi d'un travail du négatif, de l'impensé, centré autour du processus d'écriture du cas.

5.2.4. Ecrire la pensée, penser l'écrit

Les méthodes qualitatives et plus particulièrement celles basées sur l'étude de cas cliniques sont parfois critiquées sur la base de leur manque d'objectivité. Comparées aux méthodologies quantitatives, les études de cas présentent plusieurs inconvénients : le recueil de données n'est pas standardisé, le nombre souvent limité de participants rend la généralisation des conclusions de la recherche impossible, l'analyse des résultats est peu contrôlée et elle est susceptible d'être biaisée. De plus, le recueil et la mise en forme des données des entretiens se déroule sur de nombreuses étapes, depuis la prise de notes pendant l'entretien, puis la reconstitution de l'entretien à partir d'elles ou d'un enregistrement audio ou vidéo, jusqu'à la mise en forme finale dans une communication scientifique. Par ailleurs, la masse d'informations non-pertinentes est potentiellement grande dans un entretien, ce qui induit que l'exploitation de ces données passe par un tri préalable pour éliminer les éléments superflus. Ce type de méthode expose donc le chercheur à des biais, comme par exemple conserver uniquement les données qui vont dans le sens des hypothèses énoncées et à éluder celles qui les contredisent.

---

d'éléments du réel : il ne peut donc être le réel lui-même. Une recherche qualitative totalement exhaustive ne serait donc pas une recherche, elle serait le miroir de l'objet étudié.

La rigueur scientifique invite à se prémunir contre ce risque en définissant au préalable les hypothèses de la recherche et en présentant la méthodologie de recueil et d'analyse des données dans le détail. La recherche qualitative ne fait pas exception à ces impératifs (Levitt et al., 2017). De ce point de vue et pour que ce travail puisse s'inscrire dans le domaine scientifique, nous avons posé nos hypothèses à partir de lectures préparatoires et pensé notre méthodologie en amont du recueil de données. Cependant, ce travail diffère d'une recherche expérimentale en ce qu'il provient et s'inscrit dans une pratique clinique. L'observation de certains faits dans notre pratique clinique (l'existence d'énergéticiens et la singularité de leurs méthodes) a inspiré la formulation d'hypothèses (sur le rôle des variables psychologiques dans la pratique de ces praticiens), qui a motivé une observation plus approfondie dans des conditions précises (le dispositif de recherche), puis l'analyse de ces observations selon une méthode systématique et enfin le retour à des observations. Le processus d'écriture de la thèse, qui implique à la fois lecture de la littérature et rédaction des idées, s'est déroulé en parallèle et a ponctué ce travail de recherche empirique, de sorte que le développement de notre pensée ait continuellement engendré des modifications sur la structure de cette thèse[119]. Ce travail résulte donc d'une répétition cyclique des étapes d'observation, d'analyse et de rédaction, dans laquelle la réflexion s'intrique avec le recueil de données.

Pour pouvoir prétendre à être reconnue comme « scientifique », une telle démarche se doit donc de préciser chacune de ses étapes pour pouvoir être justement évaluée, reproduite, confirmée ou contredite. Dans cette démarche empirique, l'approche psychanalytique permet d'intégrer théoriquement et techniquement ce processus de construction comme un observable pertinent, au même titre que les observables propres à l'objet de recherche. Cela implique cependant de réfléchir et d'analyser le processus de l'écriture même, en tant qu'il représente une manière singulière d'être affecté par la clinique. Pour Bion, la réalité (*« les faits absolus de la séance »* p.24, *« la chose en soi »* p.20, ou la notation plus abstraite *« O »* Bion, 2002) échappe à toute connaissance directe car elle est toujours prise dans les processus de transformation qu'impliquent la perception et la communication[120]. Les faits de la séance ne peuvent donc être obtenus qu'après avoir subi un processus de transformation lors de leur intégration dans un certain nombre de processus psychiques et de communication qui sont représentés par la

[119] Nous avons veillé à ce que ces modifications restent toutefois marginales. En réalité, elles correspondent plus à des ajustements dans la formulation des hypothèses et de la méthodologie qu'au contenu de celles-ci.
[120] Comme la perception de l'objet nécessite la construction de catégories pour le représenter, il existe toujours une différence entre l'objet observé et l'observation qui en est faite.

« grille » de Bion (1979, 1982). De ce point de vue, les discours, les attitudes, les émotions ou pensées du participant sont toujours objectivées relativement, à partir de catégories prédéfinies par la relation, le contexte, la théorie du chercheur... Observer, dans le champ de la psychologie clinique, consiste ainsi à transformer le réel en fonction de différents critères. L'écriture du cas clinique est une itération particulièrement importante de ce travail de représentation, car elle répond à des exigences pragmatiques : *« […] puisque le travail scientifique exige que l'on en communique les résultats à d'autres chercheurs, le psychanalyste doit transformer son expérience privée en une expérience publique. […] »* (Bion, 1982, p. 41)

Dans cette perspective, l'écriture du cas clinique — dans une dynamique propre au processus de symbolisation (Roussillon, 2012) — constitue donc le travail de transformation tout autant que l'objet transformé. Bion (1982) nomme *« invariants »* les caractéristiques du réel qui permettent de le reconnaitre malgré ces transformations. Il devient alors essentiel d'affiner la précision de l'écriture pour la mettre au service de la communication des invariants : *« [L'écrit psychanalytique] doit stimuler chez le lecteur l'expérience émotionnelle que l'auteur entend communiquer, son pouvoir de stimulation doit être durable, et l'expérience émotionnelle ainsi stimulée doit constituer une représentation précise de l'expérience psychanalytique (Oa[121]) qui a stimulé l'auteur au départ. »* L'objectif de l'écrit est donc d'affecter le lecteur, de créer chez celui-ci la représentation la plus fidèle de l'expérience clinique première, dans une perspective bien différente du storytelling, une modalité du récit narratif qui engage émotionnellement le lecteur afin de le persuader d'une idée (Katz, 2013).

A partir de ces propositions, nous avons dégagé une méthode d'écriture des cas cliniques dans laquelle notre intérêt se porte davantage sur le processus d'écriture que sur l'écrit lui-même (Korff-Sausse, 2010). Notre méthode d'écriture implique un travail de réflexion après-coup sur les effets de transferts produits dans la clinique et leur impact sur la rédaction. Cette méthode se décompose en trois temps.

1) La première rédaction tente de suivre la règle psychanalytique classique de tout dire, transposée à l'écrit. Il faut écrire tout ce qui reste du cas chez le chercheur. La prise de note pendant et après l'entretien, de même que les souvenirs et les impressions plus ou moins récentes de l'entretien constituent ainsi les éléments de base de cette rédaction. La tension entre l'organisation thématique et chronologique dans

[121] La notation « Oa » renvoie ici aux énoncés du patient (issus de O) qui sont transformés par l'analyste.

l'écriture est relevée. Les éléments transférentiels sont les plus durs à identifier et nécessitent souvent, à ce stade, un effort spécifique de remémoration et d'identification. Ils sont souvent rédigés en dernier. Cette rédaction est la trace des premières transformations d'un O évoqué par le participant.

2) La deuxième rédaction se produit après une relecture et un travail de mise en forme à distance de la précédente. Elle correspond au processus qui transforme les faits de la séance à une description transmissible. Les catégories thématiques s'affirment, la chronologie des entretiens est bouleversée pour être mise au service de la cohérence du récit général. Ce travail suscite souvent un vécu pénible lié à la difficulté du processus, aux affects évoqués à la relecture ou au souvenir de l'entretien. Le choix des premiers mots est analysé comme caractéristique des premières transformations du transfert dans la psyché de l'auteur. Cette phase d'écriture implique également un tri des données pertinentes, elle permet d'interroger virtuellement le participant et de chercher les réponses aux questions de recherches. Le transfert, précédemment écrit d'une manière inappropriée au partage académique, est alors ré-écrit d'une manière plus littéraire. A ce stade, la première relecture par des pairs permet de souligner la présence ou l'absence d'informations, les imprécisions, elle dévoile d'autres mouvements transférentiels, soit à partir du contre-transfert des relecteurs, soit en venant interroger celui du chercheur. Les éléments cliniques ajoutés dans les discussions avec les relecteurs pour servir la compréhension du cas sont notés pour l'étape suivante. Ces éléments sont souvent significatifs car ils ont fait l'objet d'une censure lors des deux premières rédactions.

3) La troisième rédaction est cruciale car l'objectif est de transformer à nouveau le récit afin de le rendre le plus fidèle possible aux entretiens. Comme l'évoque Bion, l'écriture doit s'effacer au profit du discours du participant, dans le but d'organiser la rencontre entre le lecteur et les *« invariants »*. Cela signifie que l'écriture doit susciter chez le lecteur les mêmes effets que ceux éprouvés par le chercheur pendant l'entretien clinique. De ce point de vue, le rédacteur cherche à équilibrer la tension entre l'organisation chronologique et thématique des entretiens, ainsi qu'à réinjecter le transfert dans le corps du texte. Ce mouvement de transformation, et particulièrement de travail du transfert, rappelle la fonction de detoxification évoquée par Bion : les éléments transférentiels sont d'abord difficilement pensables

> et sont projetés dans le texte, soit sous leur forme écrite, soit dans le choix des mots ou dans toutes les caractéristiques indirectes qui constituent l'écrit (emphase, citations, ponctuations, surlignage, commentaires…) et sa rédaction (rature, suppression, omission, répétitions…). Ils sont ensuite sélectionnés, identifiés, discutés avec des pairs et enfin réinjectés dans le corps du texte.

Ce travail d'écriture ancré dans l'approche psychanalytique trouve ainsi un grand intérêt méthodologique, puisque notre objet de recherche nécessite de travailler à partir de l'affect du chercheur (Kessler-Bilthauer, 2017; Favret-Saada, 1977). Cependant, si notre méthode représente un moyen pertinent et élaboré d'accéder à une connaissance des aspects intrapsychiques et intersubjectifs du soin énergétique, elle ne permet pas de donner une quelconque preuve en faveur ou en défaveur de l'inexistence de l'énergie, ou de tout effet objectif des soins énergétiques. Les résultats de cette recherche s'inscrivent dès lors sur un registre différent de ceux attendus d'un essai clinique randomisé en double-aveugle, ou encore d'un protocole impliquant des appareils de mesure de la conductance électrique ou de captation d'émissions photoniques. Nous soutenons que ces différents types de résultats permettent d'éclairer les enjeux thérapeutiques du soin énergétique dans des approches complémentaires. Enfin, nous souhaitons que nos résultats aident les cliniciens confronté à ces problématiques. Après avoir clarifié ainsi le cadre épistémologique général de cette thèse, nous allons entrer dans les détails de notre procédure de recueil et d'analyse des données.

5.3. Dispositif de recherche

Nous avons proposé à des thérapeutes (énergéticiens, magnétiseurs, thérapeutes alternatifs) de participer à une série de 3 à 5 entretiens[122] semi-directifs, visant à décrire et expliciter leur pratique et leur vécu. Nous leur avons également demandé à pouvoir observer des séances de soins. Lors du premier entretien, les thérapeutes ont été informés oralement des conditions de participation à la recherche[123] et de leur possibilité de cesser de participer à tout moment. Ils ont donné leur consentement oral à l'issue de cet entretien. Dans le cas des observations, les thérapeutes demandaient leur consentement à leurs clients en amont, et le

[122] Ce nombre était indicatif et basé sur une approximation du temps nécessaire pour répondre à toutes les questions de notre grille d'entretien. Avec plusieurs participants, nous avons dépassé le nombre de cinq entretiens, ce qui nous a permis de collecter plus de données.

[123] Les conditions de participation à la recherche prévoient simplement la participation à plusieurs entretiens et l'anonymat du participant dans toutes les publications qui pourraient être issues de ce travail.

demandaient à nouveau oralement au début du rendez-vous. Dans le cas des observations vidéo, un consentement écrit a été demandé au participant par le thérapeute. Nous n'avons jamais été en contact direct avec les thérapeutes ou leurs clients en dehors des séances ou des entretiens de recherche.

Nous avons tout d'abord contacté par mail ou par téléphone des thérapeutes installés en cabinet libéral à Nantes. Cette méthode s'est révélée très chronophage et peu efficiente car nous avons essuyé plusieurs refus. Dès lors, la diffusion d'un appel à participants nous a semblé être le moyen le plus pertinent pour recruter ces thérapeutes. Nous avons ensuite placé une annonce sur le site du CIRCEE[124]. Les participants nous ont contactés via le mail indiqué puis nous avons eu des échanges téléphoniques ou par vidéoconférence. Le premier entretien permettait de les informer des conditions de participation, avant de précéder à une série d'entretiens de recherche. De plus, cette annonce a été relayée sans notre concours par différentes sources : réseau personnel, mais aussi professionnel (patients, confrères, participants à la recherche). Enfin, dans le but d'obtenir un nombre satisfaisant d'environ vingt participants, nous avons recontacté plusieurs personnes qui avaient précédemment sollicité le CIRCEE et qui avaient signifié leur envie de participer à des recherches scientifiques ultérieures sur cette thématique. Notons cependant que le recrutement par l'annonce sur le site du CIRCEE nous expose à un biais de sélection. En effet, les personnes qui consultent ce site sont intéressées par l'approche scientifique des expériences exceptionnelles et peuvent ne pas être représentatifs de la population générale des thérapeutes alternatifs. Nous serons donc prudents sur ce point dans nos interprétations.

5.3.1. Dispositif clinique

Le dispositif clinique du CIRCEE nous a également permis de recruter des participants. Ce dispositif fonctionne habituellement de la manière suivante : après un premier contact par mail, les psychologues cliniciens du CIRCEE proposent un entretien gratuit à distance (téléphonique ou vidéoconférence) aux personnes francophones ayant vécu des expériences exceptionnelles, ce qui leur permet d'en parler dans un cadre confidentiel et sécurisant. Comme les expériences exceptionnelles constituent parfois une porte d'entrée vers un travail psychothérapique plus approfondi, ces entretiens marquent régulièrement le début d'une psychothérapie à court, moyen ou long terme. Ces psychothérapies se déroulent aussi à distance.

[124] Voir annexe p.649

Dans le cadre de la thèse, des personnes nous ont contactés pour des demandes de conseil ou pour témoigner d'expériences exceptionnelles. Elles mentionnaient alors soigner leurs proches grâce à un *« don de guérison »*. Nous avons demandé à ces sujets leur permission pour utiliser les données issues des entretiens dans le cadre de notre thèse. Comme la plupart de ces personnes ne sont pas des thérapeutes, ils ne sont pas l'objet principal de la thèse et sont plutôt présentés en annexe.

5.3.2. Critères d'inclusion

Nous avons inclus les sujets qui correspondaient aux critères suivants : être majeur, francophone, capable de consentir à participer au protocole et mener des soins énergétiques, dans le cadre professionnel ou privé, au moins une fois par mois et plusieurs fois au cours de l'année précédente. La pratique régulière de soins énergétiques était un marqueur indispensable de l'engagement de ces sujets dans ce domaine, même si nous avons également accepté des énergéticiens qui répondaient parfois partiellement à ces critères car ils étaient en période de transition professionnelle, en formation ou au début de leur activité. Le projet professionnel clair et établi de ces nouveaux thérapeutes était alors un indicateur de leur engagement. Les personnes proposant des pratiques connexes à l'énergétique comme la médiumnité ou le chamanisme ont également été acceptées, sous réserve que leur pratique s'appuie sur une conception énergétique du soin.

Dix cas principaux sont exposés dans la thèse. Le choix de ces cas a été déterminé par trois critères :

1) Les conditions de passation des entretiens, car celles-ci influent sur la quantité et la qualité des observations. Nous avons choisi de présenter en priorité les sujets auprès desquels nous avons pu faire des rendez-vous en présentiel. La présence d'observations de séance (en présentiel ou en vidéo) a également conditionné notre choix et constitué le principal critère de sélection. Nous avons également privilégié la vidéoconférence au téléphone.

2) Le volume de données cliniques, qui représente plus particulièrement la quantité d'observations. Les cas exposés en priorité sont ceux pour lesquels nous disposons du maximum de données. Ce sont les personnes avec lesquelles nous avons mené le plus d'entretiens.

3) La pertinence du matériel au regard de l'objet de recherche, indicateur de la qualité des observations. Nous avons choisi d'exposer en priorité les sujets qui s'investissaient continuellement dans le soin énergétique, afin qu'ils soient les plus représentatifs possible des

autres praticiens[125]. Les participants pour lesquels la théorie, la technique et le vécu sont les plus explicites sont présentés dans le corpus de la thèse. Par ailleurs, l'expérience du métier de thérapeute entre bien dans cette catégorie, car un thérapeute plus expérimenté développe davantage sa réflexivité.

Les cas présentés en annexe sont les quinze cas qui ne satisfont pas aux critères précédemment évoqués[126], c'est-à-dire les participants qui témoignaient surtout de pratiques annexes à l'énergétique ou ceux avec lesquels nous n'avons pas pu mener suffisamment d'entretiens (moins de 3). Toutefois, d'un point de vue clinique, la présence ou l'absence de certaines informations signe les processus transférentiels qui se sont joués dans la rencontre avec ces participants. À ce titre, certaines des situations cliniques rapportées en annexe sont tout aussi pertinentes que celle rapportée dans le corps de la thèse et nos analyses portent sur la totalité des cas, même si nous jugeons les cas principaux plus pertinents.

5.3.3. Grille d'entretien semi-directif

Cette grille représente les questions générales adressées aux énergéticiens durant les entretiens. Les rubriques et les questions sont ouvertes dans le but de solliciter l'associativité des participants et d'éviter d'éventuels effets d'induction. Le premier thème renvoie à la vie personnelle du thérapeute, tandis que les thèmes suivants se concentrent sur des aspects plus concrets du travail de thérapeute. Les méthodes de l'entretien d'explicitation sont plus souvent utilisées lors des entretiens centrés sur les thèmes trois et quatre. Le développement d'un thème occupe généralement un entretien de recherche complet.

Thème 1 : Genèse de la pratique

Comment êtes-vous devenu(e) énergéticien(ne) ? Comment avez-vous appris à soigner ?

Thème 2 : Cadre de la pratique

Dans quelles conditions soignez-vous ? Comment est constituée votre clientèle ? Quelles sont les problématiques que vous traitez ? Quels sont les motifs de consultation habituels ? Combien de temps dure une séance et quel est son prix ?

Thème 3 : Théorie et techniques

Comment travaillez-vous ? Comment se déroule une séance ?

[125] La question de la représentativité est centrale, car l'hétérogénéité des pratiques nous invite à avoir la plus grande prudence sur l'extrapolation qui pourrait être faite de nos résultats. Nous entendons, avec les critères que nous avons fixés, saisir de manière assez large la diversité de ces pratiques et leur caractère composite. Tout l'enjeu d'un travail portant sur les thérapeutes alternatif est d'obtenir un échantillon homogène de leur hétérogénéité.

[126] Nous avions à l'origine choisi de présenter quinze cas dans le corpus de la thèse. Dans un souci de concision, nous avons préféré en sélectionner dix.

Thème 4 : Vécu de la pratique
Qu'est-ce que vous éprouvez quand vous soignez ?

5.3.4. Population

Au total, nous avons mené une centaine d'entretiens auprès de vingt-cinq participants (dix hommes et quinze femmes), d'âge variable (moyenne quarante-deux ans, à maximum, soixante-cinq ans, âge minimum, vingt-trois ans), pratiquant des soins énergétiques ou le magnétisme dans des contextes privés, semi-professionnels ou de pratique libérale. Leur expérience pratique est extrêmement variée, car certains thérapeutes considèrent qu'ils soignent les autres depuis leur plus jeune âge. Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques des participants (figure 1). Par ailleurs, un cas été exclu de l'analyse des données. En effet, cette participante ne s'était engagée d'aucune manière pour proposer ses soins dans un contexte professionnel ou privée, même si elle pensait avoir un *« don de guérison »*.

Précisons par ailleurs que nous avons, notamment lors d'observations directe de séances, rencontré des personnes consultant les énergéticiens. Les contacts avec ces sujets se cantonnaient généralement à des échanges de courtoisie, mais nous nous sommes assurés d'obtenir leur consentement à participer à la recherche de deux manières. Premièrement, le thérapeute informait son patient ou client de sa propre participation à une recherche universitaire, et lui demandait s'il acceptait la présence d'un observateur lors de son rendez-vous. Deuxièmement, je me présentais et m'assurais du consentement du patient ou du client au début de la séance. Aucun client n'a refusé que j'assiste à une consultation. Pour faciliter la lecture, nous avons attribué à ces personnes des pseudonymes. Plus globalement, les termes de *« patient »* ou *« client »* seront employés de manière interchangeable dans le corps de la thèse mais, dans les études de cas, nous reprendrons le plus souvent le terme choisi par les thérapeutes eux-mêmes, afin d'être le plus fidèle possible de leur propos[127].

[127] Nous sommes bien conscients des différences de sens et de conception de la relation thérapeutique que la terminologie implique (Pierron, 2007). Le patient est habituellement le sujet qui s'adresse au médecin, tandis que le client vient acheter un service ou une prestation. Le terme de malade met l'accent sur la souffrance du sujet qui va consulter un soignant. Cette dernière appellation suscite aussi l'emploi du mot « soigné » pour désigner la dyade du malade et de son thérapeute. Enfin, le terme de « consommateur » de soins est utilisé par les institutions publiques depuis le début du XXIème dans un effort de rétablir l'asymétrie entre soignant et soigné. Dans cette perspective, l'expression « sujets qui recourent aux guérisseurs » nous paraît la plus explicite et la plus neutre, mais également la plus redondante et la moins agréable.

	Nom	Age	Nombre d'entretiens	Modalités d'entretiens	Années de pratique	Type de pratique
Cas principaux	Daniel	38	6	Présentiel + observation de cas	9	Magnétisme
	Christine	52	5	Téléphone + présentiel + observation	3	Médium, magnétisme
	Sabrina	28	4	téléphone + observation vidéo	3	Coach personnel
	Clément	45	2	Présentiel + observation de cas	5	Magnétisme
	Benoit	41	1	Présentiel	3	Magnétisme, médiumnité
	Sarah	29	9	Téléphone	2	Magnétisme, énergétique, chamanisme
	Cécile	45	7	Téléphone	5	Coaching, magnétiseuse, énergéticienne
	Pierre	42	7	Téléphone	20	magnétisme
	Gilles	52	6	Téléphone	40	Magnétisme
	Sophie	38	10	Téléphone + Visio	1	soin énergétique

Figure1a. —Participants à la recherche

	Nom	Age	Nombre d'entretiens	Modalités d'entretiens	Années de pratique	Type de pratique
Cas présentés en annexe	Véronique	39	5	Téléphone	7	Magnétisme, désorcellement occasionnel
	Gisele	63	5	Téléphone	60	Magnétisme, thérapie holistique, astrologie
	Matthieu	23	3	Téléphone	2	énergétique, LaHoChi
	Patrick	65	4	Téléphone	15	Radiesthesie, geobiologie, Magnétisme
	Michel	60	4	Visio	2	magnétisme
	Pascal	45	3	Téléphone	2	Magnétisme
	Magalie	35	3	Téléphone	1	Energeticienne
	Romain	54	3	Téléphone	7	Magnétisme
	Sylvie	42	3	Téléphone	6	magnétisme
	Sandrine	40	2	Téléphone	2	Hypnothérapie, shamanisme
	Françoise	47	1	Téléphone	10	Radiesthesie, geobiologie, Magnétisme
	Antoine	39	1	Téléphone	0	magnétisme, psychose
	Lucie	26	1	Téléphone	2	soin énergétique
	Camille	37	6	Téléphone	4	Magnétisme
	Anaïs	42	7	Téléphone	7	Magnétisme, massages

Figure1b. —Participants à la recherche

Chapitre 6. Cas cliniques

Pour préserver l’anonymat des participants, cette section a été retirée de la diffusion. Les vignettes cliniques restent présentes dans le corps du texte pour étayer le propos.

Troisième Partie : Analyse théorico-clinique

Chapitre 7. Sociologie et phénoménologie de la pratique

Ce chapitre a pour but de rassembler et de présenter nos observations sur le soin énergétique. Dans un premier temps, nous présenterons le contexte sociologique plus général dans lequel s'inscrivent les thérapeutes avec lesquels nous avons été en contact. Dans un second temps, nous entrerons dans le détail de la pratique des soins énergétiques sous un angle plus phénoménologique et descriptif, afin de décomposer, d'analyser puis de modéliser une séance de soins énergétiques. Pour cela, nous nous attacherons plus particulièrement à décrire le cadre et les outils de ces thérapeutes. Nous exposerons également les contraintes que peut avoir cette pratique pour les thérapeutes à partir de rites que nous avons observés. Dans un troisième temps, nous décrirons, à partir des éléments évoqués plus haut, le modèle étiologique et thérapeutique du soin énergétique. Cette présentation introduira l'analyse des processus psychiques en jeu dans cette thérapie.

7.1. Le soin énergétique, contexte et modalités du soin

7.1.1. Statut légal et professionnalisation des énergéticiens.

Les situations professionnelles évoquées par les vingt thérapeutes de notre recherche sont particulièrement hétérogènes. L'expérience des thérapeutes varie fortement entre plusieurs profils de guérisseurs. Certains thérapeutes, à l'instar de Gisèle, considèrent ainsi qu'ils possèdent un *« don de guérison »* depuis toujours. Ce don, une prédisposition souvent innée à percevoir et soigner les souffrances d'autrui, se déclare souvent dans l'enfance ou plus tard dans l'adolescence, comme chez Gilles. Le don est parfois déclenché ou introduit par le contact avec un guérisseur, ce que relate Pierre, qui avait été fortement impressionné par une séance chez un magnétiseur à ses neufs ans. Le *« don »* se révèle aussi au fil de l'acclimatation de l'enfant à un contexte ésotérique, comme ce fut le cas pour Gisèle, régulièrement amenée par ses tantes sourcières. Ces thérapeutes revendiquent alors une expérience de plusieurs dizaines d'années.

Il paraît judicieux de différencier ces guérisseurs *« doués »* de thérapeutes formés plus tardivement à des techniques de soins énergétiques, comme Sophie, Lucie, Sylvie, Sarah, ou encore Sabrina. L'expérience de ces thérapeutes est généralement moindre, avec en moyenne quatre ans d'exercice thérapeutique (écart-type : 3,5), ce qui peut traduire l'émergence plus récente de ces nouvelles modalités de soins énergétiques, par rapport aux pratiques des guérisseurs traditionnels. Toutefois, il existe aussi des situations dans lesquelles le sujet se découvre un *« don de guérison »* tardivement, par exemple à la suite d'expériences exceptionnelles. Celles-ci légitiment l'exercice thérapeutique en dehors d'un dispositif de

formation ou de transmission. Ces situations invitent donc à repenser la catégorisation des thérapeutes entre guérisseurs, sujets *« doués »*, immergés dans une culture paranormale depuis l'enfance, et nouveaux thérapeutes alternatifs formés à des techniques relationnelles. De surcroit, il semble même que l'existence du *« don »* de guérison en tant que tel soit débattue au sein des communautés de thérapeutes[128], du fait de la coexistence de ces différents profils de guérisseurs. La possession ou non du don est ainsi au centre de débats sur la légitimité à exercer la thérapie. A défaut de don de guérison, les thérapeutes plus jeunes mettent en avant le sérieux de leurs formations, la rigueur de leurs techniques et un arsenal d'outils. Les guérisseurs plus traditionnels revendiquent plutôt leur inscription dans une culture locale, leur *« don de guérison »* et leur longue expérience dans l'art thérapeutique.

Par ailleurs, la professionnalisation des énergéticiens est loin d'être systématique, même s'ils sont nombreux à témoigner de l'envie de se consacrer pleinement au soin. Parmi nos participants, trois catégories se détachent. La première est formée par des thérapeutes comme Gilles qui ne demandent aucune rétribution pour leurs soins, mais qui souvent limitent leur activités thérapeutiques au maximum et emploient leur capacités pour leurs proches ou ceux qui leurs sont envoyés par eux (sept participants). La seconde catégorie est constituée de sujets qui ont fondé leur identité professionnelle sur le soin, travaillent à temps plein (sept participants sur vingt-cinq) ou à temps partiel et déclarent leur activité professionnelle. Treize participants sont dans cette situation. Il existe différentes modalités de déclaration de cet exercice thérapeutique à l'Etat : travailleur indépendant, association ou portage salarial. Dans le cadre du statut de travailleur indépendant, les pratiques du bien-être sont répertoriées comme *« activité de santé humaine non classées ailleurs »* de la Nomenclature d'activités française (NAF rév. 2, code APE-8690F)[129]. Ces professions s'inscrivent dans le vide juridique laissé par les décrets qui encadrent les titres protégés des professions de soins conventionnelles.

La troisième catégorie rassemble les thérapeutes aux frontières des deux autres catégories, comme Christine et quatre autres participants. Ces thérapeutes pratiquent parfois d'une manière peu régulière, en complément ponctuel d'une activité salariée, ou encore réservent leurs soins à un cercle très restreints de proches ou de connaissances, à qui ils peuvent demander une rétribution financière ou non. Dans ce type de situations, l'activité thérapeutique rémunérée est rarement déclarée à l'Etat. Lorsqu'il s'agit d'une pratique en marge de l'activité

[128] F. Charrasse, communication personnelle, le 02/12/2019.
[129] Les psychologues s'inscrivent aussi dans cette catégorie

professionnelle principale du sujet, ce mode de fonctionnement est souvent temporaire et correspond d'avantage à une manière de contrer les risques financiers ou sociaux liés à une installation professionnelle régulière. Il s'agit alors parfois d'une transition vers la professionnalisation. D'un point de vue plus psychologique, nous pouvons lire ici les difficultés qu'éprouvent certains praticiens à se sentir légitime dans cette profession de thérapeute, comme l'évoquent Sarah, Cécile ou encore Sabrina. D'autres thérapeutes, comme Magalie, expliquent qu'ils ne se sentent ni aptes, ni désireux de gérer les enjeux propres à la relation de soin.

Cet enjeu de légitimité se retrouve à un niveau plus global dans les débats entre thérapies alternatives et complémentaires (Charrasse, 2018). Les thérapeutes alternatifs ne peuvent, contrairement aux professionnels conventionnels comme les médecins, s'appuyer sur une légitimité en droit, acquise par le statut social de l'ensemble du corps professionnel. Dès lors, cette recherche de légitimité s'appuie sur d'autres fondements. La possession d'un don de guérison, forgé dans des expériences de vie douloureuses ou lors des rites initiatiques (Cuzzocrea, 2000; Kessler-Bilthauer, 2013), est encore la trace d'un parcours, d'une prédestination et d'une aptitude à l'exercice thérapeutique. Toutefois, les praticiens tentent aussi de s'inscrire dans les exigences culturelles contemporaines. Ils se soumettent, comme les thérapeutes conventionnels, à une démarche de formation continue qui passe par l'apprentissage de nouvelles méthodes et de nouveaux outils thérapeutiques. Le recours à des modèles théoriques issus de la physique quantique, par exemple, aux termes d'ondes ou de vibrations, deviennent alors des moyens de produire un discours aux allures scientifiques, quand les pratiques thérapeutiques conventionnelles sont elles aussi fondées sur le discours de la science.

En marge des modalités d'exercice que nous venons de décrire, il en existe une autre, plus rare, qui est celle de la clandestinité intra-professionnelle. Parmi les thérapeutes qui pratiquent des soins énergétiques à temps partiel, certains exercent une autre profession, dont le titre est souvent règlementé par l'état. Il semble ainsi exister, d'après nos observations, des masseurs kinésithérapeutes ou ostéopathes (comme Sarah), des professionnels d'EHPAD (comme Matthieu à ses débuts), des infirmiers, voire des psychologues ou des psychothérapeutes qui pratiquent le soin énergétique pendant leurs activités régulières. Le cumul des deux titres est parfois affiché au public et les bénéfices déclarés alors sous la même référence, notamment lorsque le praticien est psychologue. Par ailleurs, ce fait ne concerne pas que les professions thérapeutiques, nous pouvons le constater avec Véronique :

« L'univers force à transgresser les règles fixées », dit cette thérapeute qui s'était interdit de pratiquer le magnétisme dans le cadre de son activité professionnelle principale en entreprise. Après avoir commencé à magnétiser, elle s'est rapidement observée entrer en état magnétique lors de rendez-vous d'affaires. Ses collaborateurs lui parlaient de leurs problèmes personnels — souvent sentimentaux ou familiaux — qui *« appellent au magnétisme ». « On peut pratiquer le magnétisme sans dire ce qu'on fait »*, explique Véronique pour présenter le *« travail »* qu'elle exerce quelque fois lors de ses rendez-vous en entreprise. Lorsqu'elle sent que la demande des personnes avec lesquelles elle travaille se double d'une ouverture pour les thérapies alternatives, elle propose aussi des consultations à son cabinet de magnétisme.

Nous n'avons eu que peu d'exemples explicites de cette configuration, ce qui semble logique au regard des conditions de secret que nécessite une telle situation. En effet, pour ces professionnels conventionnels qui pratiquent aussi des soins énergétiques, l'emploi de ces méthodes est parfois sanctionné par le jugement social des pairs. De surcroit, ces praticiens pourraient faire l'objet de dénonciation aux ordres professionnels et être inquiétés par des commissions déontologiques. Cependant, cela n'empêche pas certains praticiens d'afficher conjointement leurs titres professionnels et leur activité de thérapeute alternatif. Ainsi, si de nombreux énergéticiens veillent à bien différencier leurs méthodes et celles des thérapies conventionnelles — en particulier la médecine, l'exercice illégal de cette discipline étant passible de sanctions juridiques — ces frontières sont parfois bien plus floues dans la pratique. Cela pose dès lors un problème d'information et de consentement éclairé, notamment lorsque les thérapeutes conventionnels mêlent des actes qui peuvent engager des mécanismes et des gestes apparemment similaires mais dont les fondements sont radicalement différents, comme les messages kinésithérapiques ou l'imposition des mains.

Les énergéticiens travaillent parfois en pluridisciplinarité, dans des réseaux composés d'autres thérapeutes alternatifs comme de thérapeutes conventionnels. La place des énergéticiens auprès des thérapeutes conventionnels est sujette à de nombreux débats dans la littérature (Falissard, 2019). Les thérapeutes énergétiques et leurs clients, en revanche, véhiculent l'idée d'une complémentarité des soins. Les récits de maladies et de guérisons peuvent s'entendre comme des mythes dans lesquels sont forgés les oppositions et surtout les alliances entre les médecines. Des praticiens, comme Daniel, expliquent effectivement être sollicités par des services hospitaliers ou par les EHPAD. L'objet de ces sollicitations est *le feu*, c'est-à-dire toutes ces affections qui brûlent (Brûlures graves, problèmes dermatologiques,

effets secondaires des cancers…), et renvoient à l'efficacité symbolique du guérisseur barreur de feu pour ce type de problématiques[130] (Camus, 2015; Perret, 2007). Ce discours de cohabitation heureuse des guérisseurs et du système hospitalier cache une réalité plus nuancée (Perret, 2009). Les sollicitations des guérisseurs sont surtout le fruit d'initiatives personnelles de soignants ou de familles de malades qui se communiquent officieusement les coordonnées de guérisseurs. Ainsi, l'appel aux guérisseurs se fait souvent dans le secret, dans les interstices de liberté laissés au malade sur sa prise en charge[131]. Parfois, le recours se fait aussi à l'insu du malade, lorsqu'un membre de sa famille s'inquiète et demande qu'un travail à distance soit effectué.

En revanche, des praticiens conventionnels adressent fréquemment des patients à des guérisseurs, ou des thérapeutes alternatifs (Eisenberg et al., 1993). Nous avons nous même rencontré Benoit par ce biais. De surcroit, et cela est d'autant plus surprenant d'un point de vue déontologique, certains professionnels conventionnels pratiquent des soins énergétiques, comme Sarah, kinésithérapeute devenue *« thérapeute holistique »*. Les infirmiers ou aides-soignants sont souvent en demande de formation à ces méthodes qui résonnent avec le caractère manuel de leur travail[132] (Johannessen, 2009). Les psychologues semblent également enclins à employer ces méthodes, et en observant les plaques des cabinets libéraux de nos collègues, nous avons pu observer que le titre de psychologue était parfois accompagné de celui de maître Reiki, ou de la mention *« psycho-énergétique »*, ce qui n'est pas sans poser de questions déontologiques. Notons enfin qu'il existe aussi des cabinets libéraux dans lesquels les thérapeutes conventionnels et alternatifs travaillent de concert (Hollenberg, 2006).

7.1.2. Les modes de rétribution : logiques du don et rémunération

La rémunération des guérisseurs s'inscrit le plus souvent dans une dynamique de don contre don déjà longuement décrite dans la littérature (Cuzzocrea, 2000; Friedmann, 1981;

---

[130] Les propos de Daniel sur les barreurs de feu illustrent le caractère mythique de ces récits. Les barreurs peuvent être placés en opposition à la médecine, car ils interviennent là où la médecine ne peut aller et réussissent là où elle échoue, mais ils se trouvent aussi en alliance avec elle, lorsqu'il est dit qu'ils sont appelés par les services hospitaliers pour aider les grands brulés.

[131] Nous en avons eu un exemple dans l'EHPAD ou nous travaillions. Une résidente, atteinte d'une infection envahissante des plaies de grattage autour d'un kyste sur le nez, a appelé par elle-même un guérisseur, qui est venu la voir deux fois à quelques semaines d'intervalle. Le guérisseur lui a « fait quelque chose », qui a visiblement apaisé l'irritation. Une rémission a été observée par l'équipe soignante dont la majorité des membres n'était pas au courant de la visite du guérisseur. Cependant, les lésions ont fait retour assez rapidement et le deuxième passage du guérisseur n'y a rien changé.

[132] Dans notre travail clinique, nous avons accompagné psychologiquement pendant plusieurs années une infirmière et énergéticienne. Sa problématique concernait des vulnérabilités psychiques et relationnelles révélées au contact de ses clients de « psychologie de l'énergie » (Caussié, Lansley, Rabeyron, 2021).

Julliard, 1982). Mauss (1923) décrit le *« don »* comme un *« fait social total »*, c'est-à-dire qui concerne et structure l'ensemble de la société. La forme élémentaire du don est tripartite : *« donner – recevoir – rendre »*, ce qui implique une relation d'interdépendance et de création de lien sociaux. La pratique des guérisseurs traditionnels français se fonde sur cette dynamique, en particulier lorsque les thérapeutes ont reçu un *« don de guérison »*. Ce dernier oblige en effet le sujet à rendre ce qui lui a été donné, mais pas seulement, comme le précise Gilles :

> Depuis plusieurs expériences exceptionnelles dans son enfance, Gilles se sent habité par une force et un profond sentiment d'amour, qu'il met à profit dans le magnétisme. De plus, il a la conviction que s'il se comportait mal, *« cette chose s'en irait »*. De ce fait, Gilles doit être *« humble et neutre »*. *« Si on m'a donné quelque chose, je dois le servir avec le plus d'humilité possible »*, nous dit-il. Pour cette raison, il ne fait pas payer ses soins : *« je ne prends rien du tout, je refuse. Si j'ai reçu quelque chose que je ne peux pas totalement expliquer, il faut que je le donne »*. Par ailleurs, il importe à Gilles de transmettre ce qu'il a vécu d' *« anormal »* et c'est pour cela qu'il écrit un livre sur son histoire.

La question de la rémunération est ainsi appréhendée singulièrement par chaque thérapeute. Là encore, l'hétérogénéité prévaut. Les thérapeutes énergétiques tendent à davantage travailler suivant le principe de l'échange de services. En effet, selon Mauss, la dynamique du don nécessite du temps. C'est le délai passé entre l'acte de donner et sa rétribution qui confère au don son caractère singulier, puisque ce délai engendre une dette et une relation d'interdépendance. Dès lors, demander une rétribution immédiate situe les thérapeutes sur le registre de l'échange, voire du contrat propre aux lois du marché (Godbout, 2000). Selon ce modèle, il est donc attendu que les thérapeutes énergétiques, qui s'inscrivent davantage dans une recherche de la modernité, aient plus recours à la rémunération qu'au don-contre-don, ce que nous retrouvons dans nos entretiens, par exemple avec Sophie ou Sabrina. Ce fonctionnement par rémunération s'accompagne toutefois de davantage de doute chez ces thérapeutes qui se questionnent souvent sur leur légitimité.

En effet, la relation d'échange les place hors de la situation d'interdépendance du don et de la dette. Ces thérapeutes énergétiques se retrouvent dès lors dans le domaine de la contractualisation, dans lequel l'échange pécuniaire implique une contrepartie de même valeur : la guérison. Ces thérapeutes sont donc plus régulièrement préoccupés par des questions portant sur leur propre efficacité et les preuves qu'ils peuvent fournir. Ils doivent formuler clairement ce qu'il est possible d'attendre et d'obtenir par leur biais, puisqu'il ne s'agit plus d'une pratique

altruiste telle que celle des guérisseurs traditionnels. De plus, la contractualisation implique une forme de réciprocité pendant le soin. Chez les guérisseurs traditionnels, le malade est passif et le guérisseur à la seule charge de donner de lui-même pour l'aider. La guérison motive ensuite le sujet à rendre quelque chose à son bienfaiteur, conformément aux logiques du don-contre-don. En revanche, chez les thérapeutes énergétiques, la contractualisation appelle à la responsabilité et à un partage de celle-ci. Le malade doit ainsi accepter de prendre pour lui une certaine responsabilité sur sa guérison, ce que nous explique Sophie :

> Sophie a appris dans sa formation que le soin énergétique n'est pas *« du bien-être »* mais bien *« de la thérapie »* et que *« le but, c'est pas d'être passif »*. Sophie pense que lorsqu'on reçoit un soin énergétique, *« il faut vraiment vouloir aller mieux »*. Elle s'interroge donc sur le fait que ses clients s'endorment fréquemment lors des soins. *« Je vais pas leur en vouloir »* commente-t-elle. Sophie pense qu'une des conditions pour que le soin se déroule bien est la confiance : *« Il faut me faire confiance aussi, pour lâcher prise et tout. »* Toutefois, ce qui influe certainement le plus sur la qualité du soin, c'est la relation entre elle et son client. *« J'ai tendance, raconte-t-elle, quand je suis avec un praticien, à établir une relation avec la personne »*. Le soin est *« un moment d'échange »*, à l'instar du massage bien-être dont elle a l'expérience.

Cette contractualisation entraîne même parfois un renversement de la logique du don qui s'incarne dans la recherche de légitimité. Le thérapeute peut ainsi développer le sentiment que la contractualisation n'est pas suffisamment équitable, ce qui génère chez lui un sentiment de dette à l'égard de ses clients, une responsabilité vis-à-vis de la confiance qu'ils placent en lui, comme l'évoque Sabrina :

> Depuis qu'elle a pris la décision de devenir thérapeute, Sabrina consulte chaque mois une praticienne en PNL et en hypnose. *« En tant que coach, je dois m'attaquer à ce qui ne va pas. Avant, j'avais une phobie des poissons… Je vivais très bien, mais en tant que coach y'a une responsabilité d'affronter ses problèmes. Un leader doit marcher avec les gens, il faut que j'en passe par là pour pouvoir les accompagner »*, explique Sabrina.

Ce sentiment de dette peut aussi s'entendre comme un besoin de ces thérapeutes de manifester de la reconnaissance pour leur parcours de vie singuliers, car le développement de leur activité est souvent ponctué d'expériences exceptionnelles (Sophie), d'accumulation de malheurs (Véronique) ou de succès inespérés (Cécile), qui peuvent provoquer une grande

culpabilité. Chez les guérisseurs traditionnels, cette dette peut être résolue par la voie religieuse, le don étant parfois attribué à la volonté divine. Le guérisseur s'astreint alors à des rites et des prières pour remercier Dieu de son cadeau. Le don de soi, par l'aide altruiste apportée aux autres, permet également de diminuer ce sentiment de dette. En revanche, chez les thérapeutes modernes, les références religieuses sont moins présentes, et le caractère contractuel de la pratique n'inscrit plus le thérapeute dans le don-contre-don. De ce fait, cette culpabilité semble se transformer en une exigence individuelle de perfection, sous-tendue par les idéaux de spiritualité ascétique du New Age et les objectifs d'accomplissement du potentiel humain répandus dans le développement personnel.

Par ailleurs, certains thérapeutes, comme Clément, ont débuté dans le modèle traditionnel du don et regrettent la généralisation de la rémunération. Cela implique qu'au-delà du simple intérêt matériel, les modèles de rétributions sont liés à la conception de l'acte thérapeutique en lui-même. Ainsi, pour un guérisseur inscrit dans le modèle du don, la rémunération pécuniaire immédiate serait susceptible de dénaturer le soin. En effet, selon les propositions de Mauss (1923), l'objet, le service donné contient toujours un fragment de son donateur, il ne cesse jamais vraiment de lui appartenir, ce qui motive une précaution particulière à l'égard de l'objet mais aussi du donateur. Dès lors, transformer la dynamique de don, pour le guérisseur, c'est transformer la relation entre lui et son malade, et finalement se transformer soi-même. Pour se prémunir de cela, certains thérapeutes aménagent leur dispositif pour permettre une rétribution libre, ou différentes modalités de rétribution en fonction de leur pratique comme nous le constatons avec Christine :

> Christine laisse ses clients lui donnent de l'argent *« en remerciement »*. Cette formulation renvoie elle-même à la dynamique du don par le sacrifice, puisque Christine accepte en quelque sorte de recevoir un objet dont elle ne veut pas. Les clients ont le libre choix du montant lorsqu'il s'agit d'une séance pendant laquelle ils restent assis. Toutefois, lorsque Christine utilise sa table de massage, elle demande un tarif fixe. Selon notre observation, le travail sur la chaise implique une spontanéité et un don de la part de Christine, qui se met alors aux pieds de ses clients, dans des positions qui semblent inconfortables. Elle travaille alors selon ses sensations, au fur et à mesure de l'entretien. A l'inverse, lorsque ses clients sont sur la table, sa pratique devient plus structurée et implique moins d'échange verbal. Le mode de rétribution semble ainsi bien lié à la nature des actes de soins chez Christine, entre don et rémunération. Plus généralement, Christine s'inscrit toujours dans une relation de don-contre-don, malgré le paiement. En effet, en fin de

séance, elle donne régulièrement des objets aux gens, comme des papiers, des bijoux ou des bougies.

Sur un plan plus psychologique, la rétribution s'inscrit également dans les logiques du plaisir et de la culpabilité. A ce titre, les modalités de rétribution peuvent avoir un rapport avec l'histoire des thérapeutes, et il semble que plus les expériences qui motivent l'exercice thérapeutique surviennent tôt et sont positives, plus le thérapeute va s'inscrire dans le champ du don-contre-don. Ces expériences semblent ainsi provoquer de la culpabilité qui peut se déplacer vers la situation thérapeutique par l'intermédiaire de la relation transférentielle entre le thérapeute et le client. De surcroit, les expériences exceptionnelles qui précèdent l'apparition tardive d'un don de guérison, comme les expériences mystiques (Matthieu, Cécile) ou les expériences de Kundalini (Sarah, Michel), sont souvent traumatiques. L'intensité émotionnelle associée à ces expériences dépasse les capacités d'élaboration psychique et produit parfois une régression temporaire vers une forme de toute-puissance de la pensée (Freud, 1924). Le *« don de guérison »* se traduit alors comme un produit des processus projectifs. L'abandon de cette toute-puissance, nécessaire pour se réadapter à la vie commune, passe alors par le retour de la castration, symbolisée par cette dette générale et permanente, qui fait office de signifiant du manque. Nous discuterons plus longuement des implications de ces processus sur le travail thérapeutique dans le chapitre suivant.

7.1.3. Les lieux de la pratique

Nous avons observés trois modalités différentes de pratique, qui semblent choisies selon l'inscription professionnelle des thérapeutes. Tout d'abord, notons que les thérapeutes dont le soin énergétique est l'activité professionnelle principale pratiquent le plus souvent dans des locaux professionnels dédiés, comme des cabinets de consultation. Lorsque leur activité est moins officielle, à temps partiel, ou ne leur permet pas de financer la location d'un local professionnel, la plupart des énergéticiens reçoivent leur clientèle chez eux, soit dans une pièce aménagée spécialement pour l'occasion comme c'est le cas pour Clément ou Daniel, soit dans leur pièce à vivre, comme l'explique Sylvie. Recevoir un client à son domicile, dans le soin énergétique, s'apparente à accepter un corps étranger en soi. En effet, chaque client laisse une sorte d'empreinte, car son énergie constitue un résidu susceptible de se transmettre, par contiguïté, au lieu qu'il visite. Le lieu, comme le thérapeute, peuvent alors être contaminés par ces énergies qui sont susceptibles d'interférer sur le soin suivant, ou sur la vie quotidienne et la santé du thérapeute, puisque le lieu de consultation est aussi lieu de vie. Pour garantir la

salubrité énergétique de l'espace de travail, le thérapeute doit se contraindre à faire périodiquement des rituels de purification ou de protection de son appartement. Ainsi, pour un thérapeute comme Clément, consulter à son domicile implique d'être en capacité de contrôler totalement son environnement, afin d'éviter un éventuel *« mélange énergétique »* que les allées et venues du public pourrait générer.

Plus généralement, recevoir des clients au domicile implique des adaptations du lieu et du cadre de consultation. Par exemple, lorsqu'une chambre est consacrée entièrement à la pratique, le thérapeute la meuble en conséquence avec une table de massage, des chaises, un tabouret et parfois un bureau. L'équilibre entre la sphère professionnelle et la sphère privée est donc un enjeu important pour les énergéticiens qui pratiquent chez eux. Car laisser le client aller aux toilettes, ou se laver les mains, implique parfois de le voir parcourir son appartement, en dehors des lieux désignés pour le soin. De plus, il n'existe pas de salle d'attente dans ces configurations, ce qui peut parfois être problématique, certains clients venant accompagnés de leurs conjoints ou de leurs enfants. Par ailleurs, les énergéticiens réfléchissent également à l'accessibilité de leur domicile pour les personnes handicapées, comme nous l'avons constaté chez Christine. Ainsi, cette configuration peut susciter des effets sur la vie familiale et nous pouvons nous interroger sur l'adaptation des habitudes familiales nécessaire à une telle activité. Parmi les énergéticiens qui pratiquent ainsi, la vaste majorité de ceux que nous avons rencontrés vivent seuls (seul Daniel vit avec son conjoint). De surcroit, une telle pratique entraine potentiellement des risques d'effraction ou de vols, comme le précise Clément.

Les thérapeutes qui se rendent chez leurs clients semblent aussi nombreux que ceux qui exercent depuis un cabinet ou chez eux. Souvent, cela leur évite l'investissement couteux que demande la location d'un local et du matériel nécessaire. Pour cette raison, quand l'activité thérapeutique est encore partielle, ces thérapeutes préfèrent faire des visites à domicile. Par ailleurs, la plupart des énergéticiens acceptent aisément de se rendre auprès des sujets malades, affaiblis, handicapés ou en institution qui ne peuvent venir les voir. Le déplacement du thérapeute, dans ce cas, est un acte de don de soi motivé par la vocation de guérisseur (Cuzzocrea, 2000). Ainsi, bon nombre d'énergéticiens, comme Daniel ou Clément, gardent la possibilité d'intervenir hors de leurs locaux même lorsqu'ils sont installés. Clément a même investi dans une table de massage pouvant se plier et se transporter. Notons qu'il existe aussi des praticiens pour qui le travail à domicile est la modalité d'exercice par défaut, à l'instar de Pascal. Ce dernier apprécie d'être plongé dans l'environnement de vie des sujets qui le

sollicitent, et le fait de se rendre chez ses clients lui permet d'obtenir des informations sur leurs problèmes et de comprendre leur mode de vie.

Enfin, d'autres praticiens préfèrent parfois proposer un travail à distance, comme Camille. La possibilité de travailler à distance est souvent découverte initialement pour pallier à un problème d'accessibilité au soin. Dans ce type de situations, l'énergéticien est appelé par un sujet en grande détresse, mais ne peut se rendre auprès de lui pour le soulager, souvent parce que l'éloignement géographique est trop grand, mais parfois aussi parce que l'accès au lieu est interdit au thérapeute, comme dans les institutions de santé qui encadrent les visites autorisées. Le thérapeute propose alors un soin à distance et découvre en même temps les effets de cette méthode (le cas de Romain est exemplaire de ce type de situations). Cette modalité de travail est généralement adoptée en cas d'impossibilité de rencontre physique entre le thérapeute et le malade, mais peut aussi être utilisée comme une manière de prolonger les effets d'une séance en présentiel. Dans ce contexte, le soin va être dispensé dans les jours ou les semaines qui suivent la consultation suivante. L'un des usages courant du travail distance est de répondre à une urgence, notamment lorsque les soins conventionnels ne peuvent être donnés dans des délais jugés suffisamment courts par le malade ou son entourage, mais également lorsque ceux-ci ont été dispensés et que leurs bienfaits se font attendre. Le soin à distance est donc une modalité de soin souvent appréciée pour son adaptabilité, c'est pourquoi certains thérapeutes, comme Camille ou Matthieu, en ont fait leur modalité principale d'exercice. Daniel indique toutefois que le soin à distance induit parfois une mise à disposition du thérapeute qui doit répondre dans l'immédiateté à des problèmes finalement peu urgents, ce qui peut rapidement devenir désagréable et épuisant pour le praticien.

Par ailleurs, si la modalité classique du travail à distance reste le téléphone, le soin par internet se démocratise de plus en plus via les réseaux sociaux et apparait comme intermédiaire entre le travail à distance traditionnel et la pratique en cabinet. La disponibilité de nombreux outils de visioconférence et leur accessibilité[133] contribue aussi à favoriser la dématérialisation du soin. Comme nous l'observons dans les descriptions de Matthieu, les pratiques en ligne s'appuient sur la communauté croissante d'adeptes des thérapies alternatives sur les réseaux sociaux. Thérapeutes et malades se rencontrent très facilement sur ces groupes d'entraides qui mêlent souvent spiritualité, partage de remèdes, développement personnel, mais qui ont aussi

[133] Nous avions observé ce fait avant la crise sanitaire. Depuis, d'autres témoignages obtenus par le biais du CIRCEE confirment que ces pratiques continuent à se développer. Une consultante nous a appelée car elle était capable de guérir les symptômes résiduels du COVID (perte de gout et d'odorat, fatigue) à distance.

du contenu politique, en particulier centré autour de l'écologie ou de l'éducation. Par ailleurs, Internet permet de conserver un anonymat relatif mais suffisant pour que l'activité occasionnelle des thérapeutes énergétiques reste dissociée de leur vie professionnelle et pour que les malades puissent se confier sans craindre de répercussions dans leur vie personnelle. En effet, recourir à un thérapeute alternatif expose parfois au jugement de ses proches, et l'espace numérique propose alors un cadre apparemment bienveillant (puisque ces groupes rassemblent des sujets qui partagent des points de vue proche) et privé (il faut une validation pour rejoindre ces groupes et il existe une possibilité de recourir à des messageries privées).

Plus généralement, nous observons que l'énergétique ne se pratique pas n'importe où et nécessite souvent un minimum de confidentialité et de confort, contrairement au reboutement plus traditionnel, comme l'explique Pierre. Cela nous invite à considérer qu'il s'agit d'une pratique qui s'appuie sur un cadre temporel et spatial susceptible de supporter son exercice. Pour garantir ce cadre, l'énergéticien doit consacrer un temps et un lieu à la pratique. Les rituels marquent ainsi la séparation entre le domaine de la vie quotidienne et celui du soin, de la même manière que les rituels religieux forment la démarcation entre le profane et le sacré.

7.1.4. Population et motifs de consultations

La population reçue dans ces dispositifs est essentiellement féminine et la quasi-totalité des thérapeutes interrogés s'accordent sur ce point. D'après plusieurs participants, les rares hommes sont souvent amenés par leurs femmes, même si cette tendance tend à se réduire parmi les clients plus jeunes. L'argument le plus fréquemment avancé par les énergéticiens pour expliquer cet effet de genre consiste à attribuer aux femmes une sensibilité accrue aux choses psychiques, spirituelles et énergétiques. Toutefois, cette disparité très marquée ne se retrouve pas dans notre échantillon, puisque celui-ci est composé à seulement 60% de femmes (nous n'avons adopté aucun critère de sélection lié au genre des participants). Comme nous ne disposons d'aucune donnée nous permettant de juger de la représentativité de notre échantillon vis-à-vis de l'ensemble des praticiens[134], nous ne pouvons pas tirer de conclusions définitives de ces observations. En revanche, l'unanimité des participants sur la fréquentation féminine de leurs soins concorde avec les profils des consommateurs de médecine alternative dégagés par les recherches quantitatives (Ernst, 2000).

[134] Un recensement national des praticiens et de leurs modalités d'exercice serait pertinent pour les recherches ultérieures. Cependant, toute entreprise de recensement à large échelle de ces professionnels se heurte à la diversité des pratiques, des techniques et des statuts d'exercice.

Les thérapeutes interrogés rapportent que les motifs de consultations sont très diversifiés et concernent autant les problèmes somatiques que psychologiques. Nos participants peuvent être sollicités pour traiter la plupart des maux courants et chroniques dont chacun peut souffrir au quotidien : l'insomnie, le stress, les maux de ventre ou de tête, les douleurs articulaires ou musculaires, les problèmes de peaux et les verrues. Ces symptômes forment un cortège de manifestations communes du mal-être et ne semblent appartenir à aucune pathologie ou syndrome précis qui motiverait les clients à aller vers ces thérapeutes. La répétition extraordinaire de malheurs ordinaires (Favret-Saada, 1977) vécue par les clients induit chez eux le sentiment d'être « bloqués » dans leur évolution personnelle et les motive à se diriger vers un thérapeute dont il est plausible qu'il puisse les aider, car les médecins ou les psychologues ne semblent pas être identifiés comme tels[135]. Ces problèmes semblent souvent s'inscrire dans une dynamique psychosomatique, et le malade arrive fréquemment en consultation avec un récit de maladie, construit au fil d'échanges avec son entourage et avec les précédents thérapeutes qui ont précédé le guérisseur. Dans ce récit, le symptôme fait souvent effraction, son arrivée soudaine et exceptionnelle motive alors le recours au guérisseur, comme nous le constatons avec la paralysie du bras de la première cliente de Christine. Mais le symptôme peut également durer au-delà du supportable, malgré les traitements, comme la sécheresse vaginale dont souffre Madame G. lorsqu'elle sollicite Daniel. Enfin, le récit s'inscrit parfois dans le discours culturel du bien-être, et les demandes de consultation reflètent les exigences contemporaines d'autogestion de la santé (Le Breton, 2017).

Plus généralement, les énergéticiens sont capables de recevoir des individus de tous âges. Les enfants sont souvent amenés chez ces thérapeutes par leurs parents, pour des problèmes de sommeil, de verrues, d'entorses, en tout cas des problèmes pour lesquels les guérisseurs sont réputés être efficaces. Nous retrouvons ici un autre fait dégagé dans la littérature : l'usage des thérapies alternatives est répandu en milieu pédiatrique, et notamment lorsque les mères elles-mêmes recourent à ces méthodes (Libera et al., 2014). Parfois, ces dispositifs sont sollicités parce que les enfants vivent des expériences exceptionnelles, comme des hallucinations visuelles ou auditives, ou encore des parasomnies, que les parents

[135] Ces motifs peuvent également ouvrir vers le désorcellement. Daniel note que certains thérapeutes le proposent parfois. Si nous avons eu des allusions à cela, par lui, ou par Véronique, aucun énergéticien n'a mentionné explicitement le pratiquer. Deux hypothèses sont possibles : où le désorcellement n'était pratiqué par aucun des thérapeutes que nous avons rencontré, ce qui indique plutôt que l'énergétique et le désorcellement sont des champs distincts, où nous ne nous sommes pas laissés « prendre » (Favret-Saada, 1977) suffisamment par le discours sorcellaire — c'est-à-dire reconnaitre être ensorcelé ou sorcier — pour pouvoir en parler avec eux. Quoi qu'il en soit, le désorcellement n'était pas notre objet de thèse et nous n'avons pas souhaité approfondir sur cet aspect.

comprennent comme des manifestations mystiques, ésotériques, énergétiques. La souffrance des enfants, ou leurs problématiques de comportements sont fréquemment interprétées par le prisme des représentations des adultes, qui leur attribuent souvent une certaine sensibilité aux phénomènes paranormaux ou énergétiques[136] (Evrard & Le Maléfan, 2010). Le thérapeute peut lui-même alimenter ces interprétations, comme nous l'observons avec Sarah.

Notons également que les énergéticiens peuvent régulièrement être sollicités pour des animaux. Le travail sur les animaux fait souvent office d'initiation — c'est d'ailleurs par ce biais qu'a débuté Christine — et il est fréquent que les guérisseurs s'exercent sur leurs animaux lorsque leur pratique est encore balbutiante. Certains thérapeutes font même du travail vétérinaire une spécialité. Le plus souvent, ce travail se mêle avec de la communication animale, employée dans une visée diagnostique ou psychothérapeutique. Ce dernier objectif est particulièrement explicite dans les problématiques de deuil d'animaux où la communication télépathique permet de retrouver un lien avec l'animal perdu. L'énergéticien se fait alors l'intermédiaire entre le sujet endeuillé et son animal défunt. Parfois, ce soutien permet de mieux intégrer le décès de l'animal, mais souvent, la présence imaginaire de l'animal doit persister, ce qui motive le maintien de séances de communication, ou l'apprentissage par le sujet endeuillé des mêmes méthodes de communication afin qu'il puisse se passer du thérapeute.

Par ailleurs, les thérapeutes reçoivent souvent des demandes en fonction de leur renommée, ce qui fait parfois d'eux des « spécialistes ». Ainsi, les guérisseurs qui possèdent des dons spécifiques, comme Camille et son *« S'cret »* pour les brûlures, sont amenés à recevoir très fréquemment des demandes correspondantes. Véronique est reconnue pour son *« truc avec les enfants qui ne dorment pas »*, tandis que Daniel est capable de soigner les vers ou les verrues. Les énergéticiens dont la pratique repose sur le don, ou l'héritage d'un guérisseur traditionnel, reçoivent donc des problématiques plus récurrentes et identifiées. Les énergéticiens n'ont pas bénéficié d'une transmission rituelle d'un don mais ont plutôt suivi un parcours de formation en thérapie alternative reçoivent souvent des demandes plus diversifiées. Pourtant, Daniel, ainsi que Cécile, remarquent que les demandes parviennent par *« vagues »* de problèmes similaires. Par exemple, il soigne souvent de nombreuses verrues à la fin de l'été, ce qu'il attribue aux

[136] Les thérapies alternatives offrent ainsi des grilles étiologico-thérapeutiques différentes de celles de la psychiatrie moderne et des catégories diagnostiques plus reconnues par les institutions. S'il s'agit dans les deux cas de modèles psychopathologiques essentialisant, avec du côté de la pédopsychiatrie la vague diagnostique des troubles neurodéveloppementaux et du côté des thérapies alternatives la question de la « sensibilité », les issues proposées par les modèles alternatifs du soin sont souvent plus favorables. Elles offrent la possibilité de penser la différence de l'enfant comme une force qu'il s'agirait d'apprivoiser et non comme un handicap à compenser.

retours de vacances et au contact des pieds avec les sols des campings et des piscines. Cécile voit plutôt dans la répétition des motifs de consultation identiques un signe du destin : elle est confrontée chez les autres aux problématiques qu'elle rencontre dans sa vie, ce qui l'aide à évoluer personnellement et professionnellement.

Enfin, il existe chez ces thérapeutes des consultations d'urgences. Celles-ci concernent des problèmes aigus comme les entorses ou les brûlures, qui peuvent avoir des conséquences douloureuses et invalidantes, pour lesquelles la médecine ne peut parfois pas donner de réponse immédiate ou suffisante. Anaïs, par exemple, soigne grâce à ses mains l'entorse de son petit cousin qui doit avoir une compétition sportive dans les jours à venir. Il ne voulait pas manquer cette compétition importante pour lui, et savait que le médecin lui aurait demandé de se reposer. Un autre exemple de ce type de problème aigu est la patiente au bras paralysé de Christine, qui, après être allée à l'hôpital sans succès, se retrouve chez elle sur la recommandation d'une proche. Ces urgences sont fréquemment demandées par téléphone, et les thérapeutes répondent alors par un soin à distance. Certains thérapeutes, comme Camille, proposent préférentiellement leurs services dans ces situations afin de satisfaire leur vocation de guérisseur sans s'épuiser dans le métier de thérapeute. En effet, ces demandes peuvent rapidement devenir envahissantes, comme l'explique Daniel :

> Ce thérapeute remarque une évolution consumériste des demandes, car ses patients désirent maintenant trouver la solution la plus rapide et efficace à leur problème de santé. Il déplore ce changement de *« culture »* dont il donne quelques exemples : un homme demande un rendez-vous d'urgence pour une verrue présente depuis déjà dix ans, ou encore un autre homme l'appelle au milieu de la nuit pour un problème de peau bénin.

De nombreux thérapeutes se réservent ainsi le choix de juger du caractère *« urgent »* de la demande. Par ailleurs, ces interventions peuvent parfois interroger du point de vue de l'éthique et du consentement aux soins. Imaginons un exemple extrême : une personne a un accident qui provoque de graves brûlures, elle est inconsciente et doit être amenée à l'hôpital. Elle n'est donc pas en capacité de consentir à la présence d'un barreur de feu, sollicité par un membre de la famille inquiet. Quelle pourra ensuite être la réaction de cette personne, lorsqu'elle apprendra que le guérisseur a été appelé avant que les premiers soins aient été donnés ? Heureusement, ces situations sont rares, car les thérapeutes ont pour habitude de rechercher activement le consentement des personnes qu'ils vont traiter.

7.1.5. Fréquence et durée des suivis

Les énergéticiens travaillent habituellement avec un nombre assez faible de séances par client. Le fait que les clients ne reviennent pas chez le thérapeute est souvent interprété comme un signe de l'efficacité des soins. En revanche, il existe des situations dans lesquelles plusieurs séances de soins énergétiques sont nécessaires. Tout d'abord, il arrive que le problème du malade ne puisse pas être traité en une seule séance. Par exemple, Daniel aborde les symptômes en plusieurs séances. La première est dédiée au traitement *« d'attaque »* et les suivantes à la *« consolidation des effets »*, comme nous l'avons observé lors de la séance de Madame G.

Ensuite, lorsque le problème du client est chronique, l'énergéticien n'apporte parfois qu'un soulagement temporaire. Il va alors s'engager dans un travail au long cours. Ces consultations peuvent donc constituer un accompagnement fréquent sur plusieurs mois voire années, avec des consultations à la périodicité variable (hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle…). La plupart des énergéticiens, à l'instar de Daniel, témoignent suivre ainsi des patients atteints de pathologies chroniques graves, comme les cancers. Ils situent leur fonction autour du ré-équilibrage du niveau d'énergie et pensent apaiser les effets secondaires des rayons ou de la chimiothérapie. Ils disent être fortement sollicités pour cela, ce que la littérature semble également mettre en évidence (Guy et al., 2017).

Enfin, le thérapeute et le client ont parfois un lien interpersonnel fort qui motive la répétition des rencontres : ils sont voisins, amis, ou de la même famille. Le soin est alors envisagé comme une forme de service au sein d'une relation plus intime, comme nous l'avons constaté à deux reprises chez Christine. Dans ce type de situation, les sentiments du thérapeute sont parfois ambivalents, et il peut reconnaitre le rôle psychothérapique de cette relation. Christine, Gisèle et Sylvie ont ainsi évoqué que leurs amis sollicitaient fréquemment leurs conseils et leurs soins. Par ailleurs, lorsque les consultations sont motivées par des problématiques purement psychiques, comme la dépression, le travail thérapeutique finit souvent par s'inscrire dans ce cadre. Les énergéticiens n'hésitent alors pas à se montrer disponibles, même s'ils souhaitent éviter autant que possible la dépendance psychique, comme l'évoque Cécile par rapport à son groupe de méditation. En effet, quand la gravité des troubles psychiques est trop importante, notamment dans les dépressions sévères ou les troubles anxieux, *« l'énergie négative »* manifestée dans les propos des patients sous la forme d'un pessimisme, de ruminations ou de dénigrement, semble insupportable pour les énergéticiens, qui peuvent alors clore leur accompagnement. En revanche, pour les thérapeutes, comme Sabrina, Sarah ou

Matthieu, qui sont davantage sensibilisés aux troubles psychiques, la négativité n'entraîne pas le même rejet, au contraire, elle est traitée par le transfert d'énergie.

7.2. Phénoménologie du soin énergétique

7.2.1. Une consultation de soins énergétiques

Tout comme les conditions d'exercice des thérapeutes sont très variables, leurs méthodes se caractérisent aussi par une grande hétérogénéité. La majorité des techniques incluent à minima des manipulations et des passes magnétiques, auxquelles s'adjoignent plusieurs rites propres à l'histoire de chaque guérisseur. Ainsi, les méthodes de traitement sont établies singulièrement par chaque thérapeute et connaissent d'infinies variations. Certains, à l'instar de Benoit, de Véronique ou de Christine, font confiance à leur intuition pendant la séance pour organiser leur soin. Cet usage prédominant du corps du thérapeute comme dispositif de divination est souvent désigné sous l'expression *« travailler au ressenti »* par les thérapeutes. Pour d'autres énergéticiens, comme Daniel, Matthieu ou Pascal, la méthode de travail se fonde sur l'expérience, elle se systématise au fur et à mesure des soins et peut parfois être formalisée en protocole. Certains thérapeutes construisent des méthodes à partir de ces protocoles, pour les publier ensuite dans des manuels, à l'instar de celui du Dr Bodin auquel se réfère Sylvie. Les techniques du soin énergétique peuvent donc s'apprendre par la lecture et la formation à des méthodes, contrairement au don de guérison qui s'obtient par initiation. Ainsi, bon nombre de thérapeutes, à l'instar de Sabrina, Sarah, Sophie ou Matthieu ont dérivé leur technique thérapeutique de formations qu'ils ont suivies.

Si les pratiques des énergéticiens sont très hétérogènes, nous avons cependant remarqué, au fil de nos observations, qu'il est possible de reconstituer une trame générale d'une consultation de soins énergétiques. En effet, la séance obéit à une rythmicité fondée sur une séparation des temps et des espaces au moyen de rituels. Les différents temps et lieux des consultations sont variables d'un thérapeute à un autre, mais s'organisent autour d'une structure et d'un nombre plus restreints de processus, que nous allons faire apparaitre ici et dont nous analyserons les effets dans le chapitre suivant. Ainsi, la consultation de soins énergétiques est organisée en trois séquences, traversées par un travail de divination dont les produits émergent à différents moments du soin. Ces séquences servent différentes fonctions au sein de la consultation et se caractérisent par une répartition spécifique de la parole, mais surtout, nous allons le voir, par des modifications de l'activité psychique des thérapeutes et de leurs clients.

Nous découpons ainsi une séance de soins énergétiques en trois séquences : l'entretien initial, le travail énergétique et la restitution. La séquence d'entretien initial débute lorsque le client entre dans l'espace de consultation et se termine lorsque le thérapeute se concentre sur les manipulations de la force vitale. La séquence du travail énergétique se distingue par une diminution de l'usage de la parole au profit des passes magnétiques. La restitution succède au travail magnétique qu'elle vient appuyer et étendre. Ces différentes séquences apparaissent plus clairement dans la Figure 2. Les parties suivantes détaillent le contenu de ces séquences.

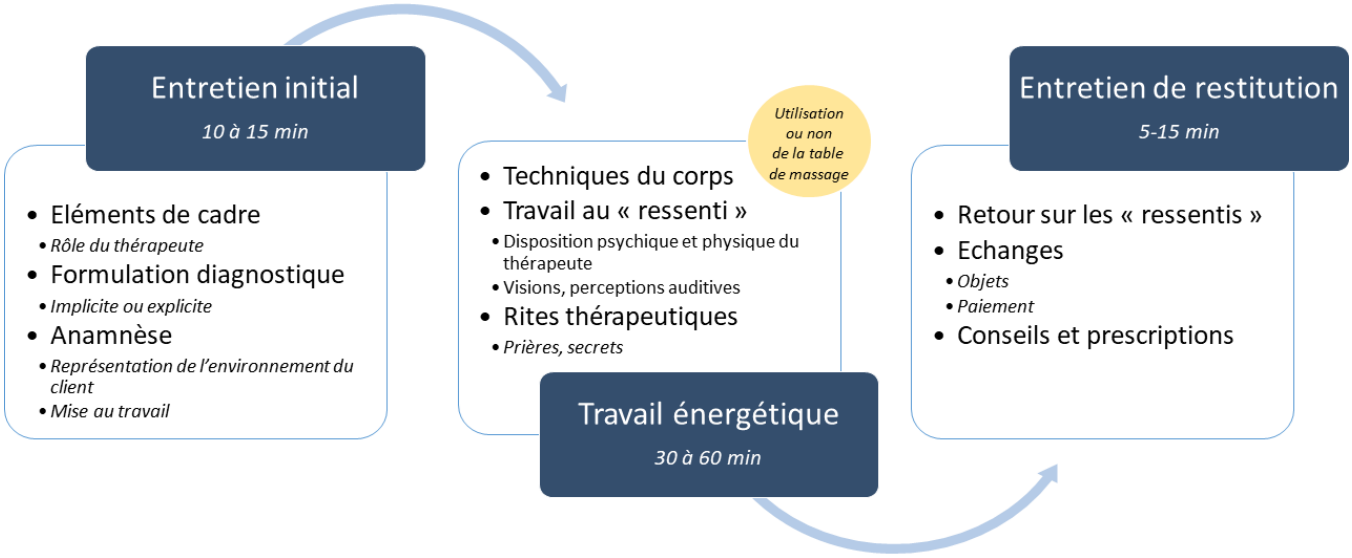

Figure 2. séquences d'une consultation de soins énergétiques

L’entretien inital

La première séquence d’une consultation de soins énergétiques vise le plus souvent à remplir deux fonctions principales : poser le cadre et préciser la problématique du client. Nous le verrons, cette séquence possède également toutes les autres fonctions qu’il serait possible d’attribuer aux étapes préliminaires d’un entretien clinique (c’est-à-dire développer une relation de confiance, reformuler le problème en vue d’aboutir à diagnostic, choisir ses méthodes). Cependant nous l’avons rarement entendu exprimé ainsi par nos participants, à la différence des deux fonctions principales qui ont le plus souvent été rapportées explicitement.

> En début de séance, Sarah détaille la façon dont *« le soin est fait, en théorie et en pratique »*. Elle *« aime faire avancer, lire, se documenter, comprendre comment ça fonctionne »* et entretient l’idée que *« le patient adhère beaucoup plus à la technique s’il la comprend »*. *« C’est pour que les gens voient que je ne fais pas ça en comprenant rien, précise Sarah, il faut que ça soit clair des deux côtés »*. Après ces explications, elle demande la permission de toucher son client, l’informe de son *« droit à dire non, à ne pas hésiter à couper la séance si ça ne va pas »*. Enfin, elle indique qu’elle ne se substitue pas à une prise en charge ou à un diagnostic médical.

Le cadre thérapeutique et la demande du client peuvent être abordés librement au cours de cette séquence souvent assez brève. Certains thérapeutes, comme Benoit ou Sabrina accordent une durée minimale à ce temps. Ils n’évoquent alors que le cadre thérapeutique, nécessaire pour garantir le consentement du client, et éludent la demande afin de se concentrer sur leur *« ressenti »*. Dans ce type de méthodes, l’échange verbal initial ne constitue que quelques phrases, souvent à l’initiative du thérapeute. Il laisse ensuite la place à un dispositif de voyance, comme nous l’avons observé chez Benoit. Chez les autres participants (Daniel, Clément, Christine), nous avons constaté que cette séquence durait habituellement entre une dizaine et une quinzaine de minutes d’entretien, soit environ un quart du temps de consultation. La répartition de la parole est plus ou moins égale entre le magnétiseur et le patient.

Les énergéticiens précisent souvent peu d’éléments du cadre de la consultation. Par exemple, la durée de la séance, les modalités et le montant de la rétribution, le secret professionnel sont rarement évoqué. Le thérapeute mentionne plutôt sa fonction et ses moyens d’opération. Il énonce aussi qu’il n’est pas habilité à établir un diagnostic et dit ne pas se substituer au médecin. Ce discours est une formalité nécessaire, puisque l'exercice illégal de la médecine est un des motifs principaux pour lesquels un thérapeute peut être poursuivi et

véritablement inquiété par la justice. Dans la pratique, le thérapeute ne peut éviter de formuler un énoncé sur la cause de la souffrance, puisque cela est structurel à l'activité thérapeutique (Laplantine, 1986). Il signifie donc par cette affirmation qu'il se situe bien hors du champ médical conventionnel, ce qui déplace les modalités de représentation de la maladie et des soins sur un registre différent. Ce faisant, le thérapeute instaure une première rupture d'avec la médecine conventionnelle. Nous avons ici un exemple de ce que Roussillon (1992) évoque à partir du magnétisme animal: le magnétiseur et le client doivent être innocentés de leur relation sulfureuse, le sexuel doit être évacué du dispositif pour que le transfert puisse advenir. Dans notre cas, la formulation du thérapeute suit la célèbre formule de Mannoni (1969) *« Je sais bien mais quand même »* : Elle a pour caractéristique d'écarter une partie de la réalité, afin de faire de la scène thérapeutique le théâtre d'une illusion. *« Je ne suis pas médecin, mais je vais tout de même vous soigner »*, énonce en substance l'énergéticien.

Par la suite, les énergéticiens formulent effectivement ces représentations de la maladie et de son traitement. Ils introduisent quelques éléments du fonctionnement de l'énergie, à partir de théories familières et instinctives, telle que celle que nous évoque Magalie :

> *« Je n'aime pas le terme « guérisseur »,* dit Magalie, je n'ai pas la prétention à guérir. Une énergéticienne, c'est un peu comme une box Wi-Fi, je capte l'énergie qui m'entoure et je la retransmets dans le corps des gens qui viennent me voir. ».

Sarah mentionne la physique quantique pour légitimer l'interconnexion des êtres, tandis Clément emploie l'image plus commune du corps-batterie. D'autres thérapeutes précisent plutôt ce qu'ils sont capables de percevoir au contact de leurs clients, ce qui sert souvent à expliquer — en même temps qu'à suggérer — au client ce qui va lui être fait et comment cela va l'aider.

Le travail sur la table de massage est énoncé selon les mêmes principes de suggestion. Le thérapeute précise au client qu'il va pouvoir s'allonger et découvrir certaines sensations et images qui vont émerger en lui. Par ailleurs, le rôle du toucher est rarement laissé à l'interprétation. Il est important pour les énergéticiens de circonscrire, lorsqu'il est effectué, le toucher à un acte soignant et non à un acte de séduction[137]. Les énergéticiens précisent ainsi

[137] Soulignons que la séduction est toujours perçue comme un indésirable du soin, tandis que la présence de douleur semble bien mieux tolérée. Nous n'avons entendu aucun thérapeute parler de douleur dans le soin, alors qu'eux-

s'ils touchent ou non leurs patients, à quels endroits et pour quels motifs. Parfois, la formulation du cadre s'accompagne aussi d'interdits, comme chez Clément, qui demande à ses clients d'éteindre leur téléphone car l'appareil peut interférer avec les énergies du soin. Certains bijoux ou effets personnels peuvent aussi être mis de côté car leurs *« charges »* énergétiques seraient susceptibles d'influer sur le soin proposé.

Ce temps d'entretien initial intègre souvent une forme d'anamnèse plus poussée que celle d'autres systèmes thérapeutiques traditionnels (Favret-Saada, 2009; Nathan, 2001), ou de dispositifs de divination (Rabeyron & Abchiche, 2017; von Franz, 1995), dans lesquels le patient reste muet tandis que le guérisseur ou le voyant énonce la cause du mal. Hormis les cas de Benoît ou Sabrina, les énergéticiens que nous avons rencontrés questionnent leurs clients sur leurs symptômes et leurs demandes, d'une manière parfois très systématisée. La finalité de cette anamnèse, pour le thérapeute, est double : elle permet de se formuler une représentation des troubles et de leurs causes, mais également de mettre au travail le client, lui faire entamer une réflexion sur lui-même, ce qu'évoquent Sarah ou Pierre.

Les formes de cet échange anamnestique s'échelonnent entre l'entretien semi-directif et la discussion informelle. Pascal a par exemple établi une fiche de renseignements à remplir systématiquement, et Véronique rassemble des informations dans un document qui lui sert de grille d'entretien. Christine, au contraire, se laisse aisément entrainer dans les échanges à partir de quelques questions initiales. Les informations recueillies par le biais de l'anamnèse ne concernent pas uniquement le sujet souffrant et son mal. Elles incluent aussi son contexte de vie et son entourage : Est-il marié ? A-t-il des enfants ? Vit-il dans un appartement ou une maison ? En ville ou à la campagne ? Quel est son métier ? Comment est sa vie professionnelle, familiale, amicale ? Ces questions témoignent ainsi de la préoccupation marquée de ces thérapeutes pour comprendre et capturer le mode de vie de leurs clients[138]. Par ailleurs, ces thérapeutes s'intéressent d'une manière singulière à des domaines bien précis de la vie de leurs clients. Ces informations sont alors particulièrement évocatrices pour eux. Clément, par exemple, s'intéresse surtout à l'environnement matériel des personnes qu'il reçoit, notamment

mêmes comme leurs clients peuvent parfois avoir des sensations vives qui s'en rapprochent. La douleur, dans ce type de dispositifs, signe souvent le travail de la guérison, la crise qui conduit au salut. La sexualité, en revanche, change la tonalité de l'interaction, elle détruit l'illusion thérapeutique, l'innocentation que produit le dispositif (Roussillon,1992). La présence de sexualité distingue même souvent le thérapeute alternatif du charlatan.

[138] Ce sont peut-être ces simples questions qui manquent parfois cruellement dans les consultations médicales conventionnelles, le propos étant centré sur l'organe ou la pathologie à traiter et non sur le malade en tant que personne.

le lieu de vie. Cela est à mettre en perspective avec le modèle énergétique de ce thérapeute qui repose sur le principe de sympathie. Clément s'entoure et soigne au moyen d'objets naturels, qui transfèrent les propriétés guérisseuses de la nature à son énergie par sympathie. Par ce même biais, l'environnement immédiat du sujet est donc susceptible d'être responsable de la pathogenèse et mérite donc toute l'attention de Clément.

Dans les consultations observées, cette anamnèse était souvent superficielle. L'énergéticien approfondit assez peu sur les informations données et écoute sans questionner le point de vue de son client[139]. Par exemple, le thérapeute dit peu de choses des propositions étiologiques amenées par le client et se contente d'appuyer ou d'écarter l'explication avec des termes vagues (cela est visible chez Daniel avec Madame D, ou encore chez Clément). Il s'enquiert assez peu de l'impact des symptômes, de leur évolution, de ce qui les aggrave ou les soulage. En somme, tout porte à croire que le thérapeute se préoccupe moins de savoir comment le sujet « fonctionne » avec son mal — contrairement aux thérapeutes conventionnels — que de se former une idée de sa manière d'être au monde, inférée à partir de critères significatifs pour le guérisseur lui-même.

Par ailleurs, nous avons remarqué que la spiritualité, ou la croyance du client dans des représentations énergétiques est rarement abordée (seul Pascal a mentionné en parler dans son anamnèse). Cela est assez surprenant, compte-tenu de l'origine de ces méthodes qui dérivent pour une large part d'une approche spirituelle de l'humain, les pionniers ayant reçu leur savoir thérapeutique de guides dans l'au-delà (Brennan, 1993; Pierrakos, 1987). Il serait donc logique de s'attendre à ce que la question spirituelle soit abordée dans les entretiens, au moins à des fins performatives, comme modèle étiologico-thérapeutique (Laplantine, 1986) ou comme discours de légitimation (Charrasse, 2018). Pourtant, il n'en est rien. La raison de cette absence tient peut-être au fait que la spiritualité New-Age s'inscrit dans l'individualisme. De ce fait, les croyances sont avant tout individuelles, elles ne s'opposent pas et n'ont donc pas valeur de vérité (Voisenat & Lagrange, 2013). Dès lors, le thérapeute n'a que peu d'intérêt à se renseigner sur les croyances de ses clients, car il suffit que l'énergie soit réelle pour lui afin de l'autoriser à soigner. A l'instar de la consultation de voyance, où il n'y a pas besoin que le client croie en le voyant pour que celui-ci puisse percevoir (Matschuck, 2011), le client n'a donc pas besoin d'être *« converti »* à l'énergétique pour être soigné.

---

[139] En ce sens, l'anamnèse de l'énergéticien se différencie bien de celle du psychologue, car ce dernier s'interroge autant aux faits relatés qu'à leur impact pour le client et à ce qui se produit lors de leur énonciation.

L'anamnèse se termine lorsque l'énergéticien semble avoir une représentation suffisante du traitement à mener. Cependant, il semble en réalité que les éléments qui servent à formuler le diagnostic et le traitement[140] proviennent assez peu du contenu de l'échange anamnestique en lui-même. En effet, de nombreux énergéticiens, comme Cécile, Sarah, Pierre, Gilles, Sabrina, Benoit ou encore Clément, portent une grande attention à leurs propres perceptions durant l'anamnèse. Cette attention vise à identifier les images, les pensées ou les sensations qui peuvent se présenter à eux. Lorsque de telles perceptions adviennent, les énergéticiens les attribuent systématiquement au client. Cette attribution repose sur des différences de qualité perceptives bien précises qui justifient d'imputer ces vécus au client, à son histoire ou à son entourage. Ces perceptions s'accompagnent régulièrement d'un sentiment *« d'évidence »*, elle *« s'imposent »* à la pensée de l'énergéticien, comme le précise Véronique.

Au-delà de cette qualité singulière d'évidence qui accompagne le percept, la nature même du vécu induit souvent ce sentiment d'externalité. Dans le cas de Sarah, par exemple, c'est la différence d'intensité et de localisation des douleurs qui lui indiquent la différence entre une perception endogène et une perception exogène. Cette thérapeute sait que ses propres douleurs sont intenses et ressenties *« au niveau de l'os »*, tandis que les douleurs attribuées à ses clients restent superficielles. Par ailleurs, les mots, les phrases qui apparaissent dans la psyché de l'énergéticien ont pour lui une certaine étrangeté. Leur champ lexical est différent de celui du praticien, le sens des mots lui échappe. Les mots peuvent être perçus directement dans la pensée ou parfois être entendus sous la forme d'une voix externe. Dans les deux cas, la tonalité de la voix, son intonation indiquent à l'énergéticien qu'il ne s'agit pas du dialogue intérieur habituel.

Si ces éléments sont généralement suffisamment explicites pour que l'énergéticien s'autorise à imputer leur origine au client, il existe des situations plus limites qui complexifient ces attributions. C'est notamment le cas lorsque une idée apparait à l'énergéticien dans son propre fil associatif sans ce sentiment d'évidence. Cécile remarque par exemple que porter son attention sur elle pendant qu'un client expose ses problèmes génère des associations d'idées sur la problématique du client. Il devient alors difficile de trancher sur la provenance de ce contenu entre idée formulée par elle-même et connexion avec la pensée de son client. Dans de tels cas, tout l'enjeu pour l'énergéticien réside dans la communication. Le thérapeute ne doit pas

[140] Nous utilisons ces termes pour leur sens thérapeutique général, sans référence à un référentiel théorique spécifique. Le diagnostic consiste en la formulation brève du problème à partir des signes présents. Le traitement est la marche à suivre pour soigner.

nécessairement annoncer ses idées comme une vérité, mais plutôt les proposer à son client. Si celui-ci s'en saisit, alors la perception lui était bien attribuée. C'est la démarche que nous avons pu observer chez Clément, lorsqu'il énonçait régulièrement des prénoms à sa cliente.

> Clément écoute attentivement Mme E se plaindre de ses insomnies. Soudain, il se saisit d'un temps mort dans les propos de sa cliente pour lui demander si le prénom *« Florence »* lui évoque quelque chose. Celle-ci entend *« Laurence »* et précise qu'il s'agit de sa sœur qui est stressée car elle a changé de travail récemment. Clément explique qu'il a parfois des *« choses qui viennent, comme ça »*, et que cela peut avoir du sens pour ses clients. Plus tard dans la séance, lorsque Mme E est installée sur la table pendant le travail magnétique, Clément mentionne plusieurs prénoms à différents moments. A propos de *« Justine »*, Madame répond qu'il s'agit *« d'une petite jeune du boulot »*. La pertinence des prénoms énoncés diminue au fur et à mesure : avec le prénom *« Martin »*, Madame E reconnait *« Mr Martin »*, un cadre de son travail, mais les six propositions suivantes de Clément n'ont aucun écho.

Les énergéticiens savent également que leurs perceptions peuvent être attribuées au client lorsqu'ils sont plongés dans un état de conscience spécifique. Cet *« état magnétique »*, comme le nomme Pierre, est atteint au moyen de rites avant ou pendant la séance. Nous décrivons plus en détail cet état par la suite. Notons simplement ici que lorsque l'énergéticien entre dans cet état de conscience modifié, alors il n'existe aucun doute sur l'origine externe de ses perceptions. Cet état signe une *« connexion »* au client et prédétermine en quelque sorte que toute sensation, toute idée provient directement du client.

Plus largement, les évènements vécus par le praticien avant, pendant ou après la séance sont souvent directement associés à la problématique du client. Les évènements de vie, parfois anodins, qui marquent l'énergéticien par leur caractère imprévu, étrange, ou par leur répétition inhabituelle, trouvent un nouveau sens lors de l'anamnèse. Sarah nous en donne un exemple : En surfant sur Internet, elle voit une publicité ciblée pour du Reiki, et cela lui parait inhabituel puisqu'elle ne le pratique pas. Plus tard dans la semaine, elle reçoit un client pour qui ces soins énergétiques japonais lui semblent appropriés. Elle comprend dès lors que la publicité était une information qui lui avait été donnée pour qu'elle puisse mieux accompagner ce client. Selon Cécile, la répétition des problématiques abordées par les clients ont souvent un sens commun avec l'histoire personnel de l'énergéticien. Ce lien signifiant devient alors un lien de causalité : résoudre les épreuves de la vie du client participe à résoudre celles du thérapeutes, et vice et versa. Parfois, de tels évènements a priori extérieurs à la consultation semblent compter

davantage que les informations apportées par le client lors de l'anamnèse. Ceci tient au fait que ces éléments résonnent parfois fortement avec le vécu du client et apportent de précieuses informations à propos de l'origine ou de la nature du problème. C'est pourquoi certains thérapeutes, comme Clément, Sabrina, ou encore Benoit focalisent plus largement leur travail sur ces dimensions *« intuitives »* de la pratique, et usent parfois de dispositifs de divination afin de provoquer ces émergences d'informations. L'utilisation d'outil mantique reste cependant accessoire, puisque l'essentiel du travail de perception se déroule dans le rapport de corps-à-corps, comme nous allons le voir maintenant.

Le travail énergétique

Toute séance de soins énergétiques implique ce moment si particulier que constitue le *travail*. Auparavant, les passes magnétiques étaient nécessaires pour produire ce travail, c'est pourquoi il était aussi nommé « *magnétisation* » (Mesmer, 1785). Ces passes sont encore aujourd'hui les gestes qui permettent à l'énergéticien de déplacer et de manier la force vitale, mais elles ne sont plus les seuls moyens à la disposition du thérapeute. Nous allons à présent voir comment l'énergéticien, par la mobilisation de son corps, mais surtout de ses ressources psychiques, met en mouvement sa force vitale pour accomplir le traitement. Nous décrirons le travail énergétique à partir de la table car celle-ci rappelle le baquet mesmérien et incarne donc, en quelque sorte, l'archétype du travail magnétique. Elle rappelle aussi la dimension clinique de cette pratique thérapeutique : comme le psychanalyste, l'énergéticien reconstitue le chevet du malade en allongeant son client.

Le traitement énergétique à proprement parler se déroule souvent dans un temps spécifique, marqué généralement par l'installation du patient sur une table de massage. Cette étape dure entre trente et soixante minutes. L'énergéticien invite le client à s'allonger, l'installe confortablement avec un coussin sous sa tête et parfois un plaid ou une serviette sur son corps pour éviter le froid. Le praticien dispose habituellement d'un petit tabouret sur lequel il s'assoit pendant le soin, afin d'éviter de devoir se cambrer trop longtemps au-dessus du client. Le siège du praticien est petit, discret et mobile pour pouvoir circuler pendant la séance. L'intérêt est aussi de pouvoir le ranger sous la table pour gagner de la place ou le dissimuler, car les énergéticiens travaillent souvent dans des locaux exigus ou à leur domicile.

L'utilisation d'une table de massage est fréquente mais n'est pas nécessaire. En effet, les guérisseurs non-professionnels, comme Gilles, n'investissent ni dans des locaux, ni dans du matériel. Chez les thérapeutes semi-professionnels, certains énergéticiens comme Matthieu ou

Camille travaillent intégralement à distance et sans se servir de table de massage. En revanche, les thérapeutes plus professionnalisés disposent plus fréquemment d'une table de massage, même s'ils ne l'utilisent pas systématiquement. Ainsi, nous avons observé que Christine ou Cécile traitent souvent leurs clients assis. Il semble que le recours à la table de massage soit plutôt guidé par une logique de confort : lorsque le soin dure plus d'une trentaine de minutes, la plupart des énergéticiens préfèrent travailler sur une table de massage, cela évite à eux et leurs clients d'adopter des positions inconfortables.

Par ailleurs, le choix de l'utilisation de la table est également dicté par son caractère symbolique. Pour Clément par exemple, le bois de la table rappelle la nature, source importante d'énergie chez ce thérapeute. Il a pensé l'agencement de la pièce selon des principes géobiologiques, afin de conférer des propriétés thérapeutiques au mobilier. Sa table est orientée vers le nord, ce qui faciliterait le travail énergétique. A l'inverse, Christine, une autre thérapeute, délaisse la table car celle-ci lui rappelle la maladie et les lits d'hôpitaux, à l'opposé des guérisons qu'elle cherche à produire. Dans une autre perspective, la fréquence accrue de la table parmi les énergéticiens professionnels s'explique également par la large utilisation de tables de massage dans de nombreuses pratiques du bien-être, comme l'acupuncture ou les massages. Cette pratique est souvent une porte d'entrée vers l'énergétique, et Sarah, Sophie ou encore Pascal font partie de ces masseurs qui se sont dirigés vers les thérapies alternatives sans oublier leurs outils initiaux.

Dès lors, nous comprenons que le travail énergétique correspond avant tout à la disposition psychique de l'énergéticien et de son client plutôt qu'à la présence ou non d'outils de travails comme la table de massage. En effet, l'entrée dans le travail énergétique s'accompagne systématiquement d'une modification souvent volontaire de l'état de conscience du thérapeute, ce qui marque justement la transition entre la séquence d'entretien initial et celle du soin. Sur le plan phénoménologique, la transition entre l'état de conscience ordinaire et l'état magnétique peut être très progressive ou extrêmement rapide. Parfois, l'énergéticien recherche activement ce changement d'état, à l'aide de techniques de méditation (Sarah, Matthieu) ou de rites (Sophie), sinon de prières (Pierre). Le plus souvent, l'énergéticien reste dans cet état pendant toute la durée du soin et le retour spontané à une pensée ordinaire signe l'arrêt du traitement. Ainsi, cet état non ordinaire de conscience est primordial car sans lui, il ne peut y avoir de soin énergétique. Il permet au thérapeute de percevoir les souffrances de son client et de manier l'énergie pour les apaiser.

D'un point de vue plus théorique, le travail énergétique semble relever de processus de l'hypnose décrits par Roustang (2003). La recherche de l'état non-ordinaire de conscience susceptible de favoriser la connexion entre thérapeute et client s'inscrit dans un processus de rupture entre la logique plus formelle de l'entretien initial, dans lequel le thérapeute tente de se forger une impression de la problématique de son client, et l'approche plus instinctuelle du travail énergétique. Dans le travail du corps, le thérapeute a pour objectif de mettre sa réflexion de côté pour se concentrer sur sa sensorialité qui fait alors office de lien entre lui et son client. Cet état se rapporte à la *« disposition »* hypnotique, une *« humeur neutre »*, qui autorise *« une disponibilité égale face aux extrêmes possibles qui se présentent […] »* (Roustang, 2003, p.110) et qui permet, dans le soin énergétique, de laisser émerger les sensations, représentations et actes automatiques qui dirigent le soin. Ceci se retrouve dans la pensée de Roustang, puisque la disposition caractérise non seulement une attitude psychique, mais traduit aussi une transformation de la perception, dont la description résonne avec les propos des énergéticiens :

> *« Pour entendre, voir ou sentir selon une seconde manière, il ne faut pas d'abord entendre, voir ou sentir. Il faut ne rien entendre, mis laisser résonner, ne rien voir, mais laisser la lumière se réfléchir, ne rien sentir, mais laisser se fondre les modalités propres à chaque sens. […] Abolir les modalités des cinq sens permettra à tous les rythmes de s'amplifier et de se répondre. Celui qui entend ne sera plus un observateur à distance, il sera englobé dans ces mouvements, il prendra part, il partagera, il participera. » (Roustang, 2003, p.95)*

L'importance accordée par les participants à cette disposition physique et psychique semble aller dans le sens de notre première hypothèse. Celle-ci propose que le soin énergétique repose sur la sollicitation des processus psychiques primaires qui sous-tendent l'entrée et le maintien dans un état non ordinaire de conscience nécessaire à l'activité thérapeutique.

Être à disposition, dans l'énergétique, est ainsi une nécessité pour permettre le développement d'une connexion profonde avec le client qui se déroule pendant l'étape de *prise de contact*. Le travail thérapeutique débute toujours par celle-ci. Remarquons, dans certains cas plus rares et moins formalisés, que la prise de contact est très brève, ce qui pourrait faire douter de sa présence. Nous avons observé cela chez Christine, qui glisse progressivement de l'entretien initial vers le travail énergétique sans marquer formellement de transition. Toutefois, les premiers contact physiques avec le client sont souvent hésitants et s'accompagnent de verbalisations qui signent bien l'entrée dans un autre registre d'interaction. Ces contacts sont suivis d'un temps de silence, qui traduit alors le repli dans l'intériorité nécessaire au travail

énergétique. Hors de ce type de situations, cette prise de contact s'étaye sur des rites destinés à protéger le thérapeute et le client pendant le soin.

Ces rites consistent le plus souvent à formuler une prière. Cette dernière est rarement scandée à voix haute, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la prière est surtout destinée au thérapeute, car elle lui permet d'attendre rapidement l'état recherché. Ensuite, le thérapeute respecte le fait que son client ne partage pas ses croyances, il ne souhaite donc pas imposer les siennes par ce biais. Enfin, cette formulation s'inscrit souvent dans une forme de secret, soit parce qu'elle a été transmise selon les modalités classiques chez les guérisseurs (Camus, 2015; Kessler-Bilthauer, 2013), soit parce qu'elle revêt pour le thérapeute lui-même un caractère étrange, en raison de sa formulation ou de sa provenance. Par ailleurs, cette prière s'accompagne fréquemment de gestes, comme le signe de croix lorsque la prière est chrétienne. L'allumage d'encens, de bougies, de musique, participe parfois de ce rite, qui différencie de manière évidente le temps de l'entretien de celui consacré au travail. En complément de ce rite, quelques consignes peuvent également être données au client, comme *« se laisser aller »*, ou encore *« être attentif à ses perceptions »*. Il est parfois demandé au client de formuler quelques mots mentalement ou verbalement, afin de le rendre plus réceptif à la circulation de l'énergie provoquée par le thérapeute.

La prise de contact, c'est-à-dire la première interaction physique ou énergétique entre le thérapeute et le client, se fait généralement à une extrémité du corps, par exemple au niveau des pieds (Daniel), ou de la tête (Clément, Sabrina), sinon à distance, par le truchement de l'intention (Matthieu). Les extrémités sont perçues comme des zones corporelles plus neutres et cette mise en relation progresse de la périphérie vers le centre. En revanche, la tête est parfois représentée comme une partie du corps plus signifiante, car elle renvoie au caractère du patient (cela se retrouve dans les propos de Véronique). La prise de contact dépend donc du style relationnel du thérapeute. Cette entrée en relation dure de quelques secondes à plusieurs minutes, pendant lesquelles le thérapeute est absorbé dans l'écoute de ses sensations et de ses émotions. Comme le corps de l'énergéticien est son outil de travail, ce moment de rencontre nécessite ainsi que l'énergéticien ait préalablement porté attention à ses propres perceptions, comme s'il devait étalonner un instrument de mesure. Dès lors, c'est en étant affecté en lui-même qu'il peut connaitre les souffrances de son client (Friedmann, 1981). La vignette clinique suivante illustre la singularité de ce moment :

Lorsqu'elle travaille sur la table, Cécile installe ses clientes sur le dos et les invite à se détendre et à écouter *« la musique planante »* qu'elle diffuse dans le cabinet. Cécile suppose qu'il y a moins de violence a d'abord éviter les *« zones sensibles »* comme le ventre, c'est pourquoi elle demande l'autorisation de toucher, puis se met pieds nus et place ses mains derrière la tête afin de *« se connecter »*. Par ce procédé, Cécile cherche à *« se mettre dans la peau »* de ses clientes. *« C'est un peu comme une sangsue, comme si une partie de moi, mon corps énergétique, allait se coller à l'autre »*, dit-elle. Des sensations de fourmillement et d'engourdissement émergent et affluent du centre vers la périphérie de son corps tandis qu'elle se met à y percevoir *« des choses qui ne lui appartiennent pas »*. Il y a *« une ambiance différente »* à l'intérieur de son corps, *« ça résonne différemment »*. Elle est capable d'amplifier ou de diminuer cette *« connexion »* via un *« système de oui/non avec la poitrine qui s'expanse ou se contracte »*. Par ce biais, elle arrive à percevoir des douleurs, des engourdissements ou des zones sensibles de ses clientes dans son propre corps. Elle accède également à *« leur ressenti émotionnel »*, qui se manifeste sous des formes physiques au niveau du ventre ou de la poitrine.

Le travail énergétique repose autant sur l'adoption d'un état de disponibilité psychique et physique que sur l'établissement d'un mode de relation particulier entre clients et thérapeutes. Ces derniers mettent en place des procédés spécifiques pour établir cette connexion, ce qui témoigne de toute l'importance de la relation intersubjective dans ce dispositif thérapeutique. Dès lors, notre seconde hypothèse, qui propose que le soin énergétique repose sur une relation transférentielle singulière, dégage un axe de réflexion pertinent pour mieux comprendre les enjeux du travail énergétique.

En outre, comme les propos de Cécile le laissent entrevoir, le travail de connexion préfigure d'importantes variations de la sensorialité des thérapeutes. Celles-ci vont orienter et signer le travail de l'énergie dans les étapes suivantes du soin. Cette focalisation sur le registre de l'éprouvé évoque ainsi les logiques des premiers niveaux de représentation psychique que sont les pictogrammes (Aulagnier, 1975) et les signifiants formels (Anzieu, 1985). Cela laisse supposer, d'après notre première et notre troisième hypothèse, que ces modalités de représentations puissent ouvrir la voie à des processus de symbolisation. Poursuivre ici notre approche structurée de la phénoménologie de ces variations sensorielles nous permettra dans le chapitre suivant de mieux préciser la nature de ces processus et leurs potentiels effets thérapeutiques.

Pour mieux délimiter les composantes sensorielles du travail énergétique, nous suivrons les perspectives ouvertes par Thomas Rabeyron (2009) sur la phénoménologie des expériences exceptionnelles. L'auteur propose de distinguer deux registres, celui des expériences qui impliquent davantage les processus perceptifs d'un côté, celui des expériences qui font appel aux processus projectifs de l'autre. Nous proposons, de la même manière, de séparer schématiquement le vécu du travail thérapeutique en fonction de sa phénoménologie perceptive ou projective. Notons que dans le soin énergétique, la distinction entre perception et projection s'organise à partir de l'usage de l'intention et de l'attention. En effet, l'énergéticien peut, avec les mêmes gestes, percevoir l'énergie ou l'émettre. Seule compte l'intention portée sur les mouvements. Le terme projectif est donc ici employé dans un sens phénoménologique. Il désigne le fait d'imprimer par sa volonté un mouvement *« d'aller-vers »* le corps du patient.

Le registre perceptif, tout d'abord, concerne tout ce que l'énergéticien va être susceptible de connaitre de son client par ses sens, notamment la proprioception, et qui était autrefois nommé *« sens interne »* (Méheust, 1999a). L'énergéticien se fait écran pour se laisser émerger des sensations au contact du client. La douleur (Sarah), le gout, la texture, l'odeur (Véronique), les sensations de contraction ou de détente (Cécile), la chaleur ou la fraicheur (Daniel) qui apparaissent et disparaissent dans différentes parties du corps du thérapeute sont autant d'indicateurs de la quantité comme de la qualité de l'énergie en circulation. Comme l'explique Véronique, ces sensations permettent parfois de déduire le régime alimentaire du client, ses habitudes de vie, ou le fonctionnement de ses organes.

Les mains sont les vecteurs essentiels de ces informations. Qu'elles touchent ou non le patient, elles restent actives et semblent parfois agir comme si elles étaient dotées de leur propre volonté, comme l'évoquent plusieurs thérapeutes (Daniel, Sarah, Christine ou encore Gilles). L'énergie vitale se manifeste dans les mains sous différentes qualités sensorielles, mais toujours sous la forme d'une variation de quantités : température (chaud ou froid), pression (résistance contre la main), flux (mouvement et densité de l'air) ou de tension (électricité, fourmillements dans les mains, paresthésies). Ces sensations peuvent s'accompagner de représentations visuelles plus ou moins figuratives[141]. Par exemple, Sarah indique percevoir des couleurs au passage de sa main, ce qui la renseigne sur la nature de l'énergie (selon une correspondance

[141] Ceci évoque les modalités de représentations psychiques primaires que sont les signifiants formels (Anzieu, 1987) et les pictogrammes (Aulagnier, 1975).

symbolique des couleurs dans un référentiel occidental, comme cela a pu être proposé par Barbara Brennan).

Il convient, à ce propos, de faire une parenthèse au sujet du sens du mot *« voir »* tel qu'il est employé par les énergéticiens. L'action de voir désigne couramment faire l'expérience du monde par les informations reçues par ses yeux. Dans l'énergétique, *« voir »* implique également de se fier aux représentations visuelles internes qui émergent pendant le soin. Cependant, l'énergéticien distingue la vision interne l'imagination ou du souvenir, qui renvoient à une activité psychique de production endogène de la représentation visuelle. Hors, les perceptions visuelles internes de ces thérapeutes sont perçues comme étrangères à leur propre pensée. Ils ne peuvent donc dire qu'ils imaginent où qu'ils se souviennent, mais seulement qu'ils voient à l'intérieur d'eux-mêmes. Patrick parle ainsi d'une sorte de *« télévision intérieure »* grâce à laquelle il peut percevoir les lignes énergétiques qui parcourent la Terre. Dans d'autres contextes, la vision peut aussi renvoyer à la perception visuelle externe d'un élément communément invisible. C'est notamment le cas, dans l'énergétique, de la lecture de l'aura, ou de la vision d'entités, qui se manifestent souvent comme des formes brumeuses colorées autours des sujets à qui ils appartiennent. Nous interrogerons les liens entre cette vision et les processus hallucinatoires dans le chapitre suivant.

Les visions, qu'elles soient internes ou externes, se produisent sous trois formes : l'image simple, la séquence d'images (qui inclut le souvenir), et la perception visuelle externe. La première et la plus courante est l'image simple, comme celle évoquée par Véronique, lorsqu'elle a en tête l'image d'un carton non déballé dans l'entrée de la maison de sa cliente. Ces images sont souvent perçues d'une manière interne, et sont parfois accompagnées de sensations correspondant à leur contenu. Par exemple, Véronique voit des bonbons lorsqu'elle ressent qu'un patient est diabétique, et cette représentation peut se doubler du goût du sucre. Tous les praticiens ne perçoivent pas de telles images, et ce type de perceptions semble davantage présent chez les nouveaux énergéticiens qui ont appris via des livres ou des ateliers de formation. Ceci tient peut-être au fait que les manuels de formation, tels que celui de Brennan, insistent fréquemment sur des techniques d'entrainement à la perception de l'invisible. Cela créée donc une différence avec la transmission initiatique observée chez les guérisseurs, qui semble davantage centrée sur les gestes, la corporéité et les rites nécessaires à la pratique (Kessler-Bilthauer, 2013). Les capacités perceptives sont en quelque sorte laissées à l'état brut dans ce registre apprentissage, et c'est à la charge du guérisseur d'apprendre à maitriser cet aspect du don de guérison.

La seconde modalité visuelle est une séquence d'images qui peut parfois former un court film, perçu de manière interne par l'énergéticien. Ce dernier peut aussi bien avoir une position d'observateur de la scène, qu'incarner un ou plusieurs de ses protagonistes. Les énergéticiens expliquent que les scènes qu'ils voient ainsi ne sont pas issues de leurs propres souvenirs. Pourtant, des images ou des évènements que les thérapeutes ont vécus sont susceptibles d'émerger lors des soins. L'énergéticien identifie alors les émotions et sensations associées à ces souvenirs afin d'en déduire ce qu'éprouve leur client. Ces remémorations sont involontaires, comme l'explique Sabrina qui précise que ces réminiscences servent à ce qu'elle comprenne ce qui se joue pour le client. Habituellement, ces perceptions visuelles dévient significativement du contenu habituel des pensées du thérapeute, ce qui signe leur origine exogène. Bien souvent, ces visions internes sont d'une importance capitale pour le client, et provoquent chez lui des émotions vives lorsqu'elles sont évoquées, comme l'évoque Gilles. Nous l'avons observé avec Madame R., qui pleure lorsque Sabrina évoque le souvenir de son chien. La description par l'énergéticien d'une scène vécue par le client, qui était parfois oubliée, mais dont le thérapeute ne pouvait pas avoir connaissance, produit souvent un effet de sidération et des effusions émotionnelles (Matschuck, 2011; Rabeyron & Abchiche, 2017).

La troisième catégorie de perceptions visuelles est celle des visions externalisées seulement visibles du thérapeute. Les perceptions externes, plus rares, sont décrites comme floues et brumeuses. La précision de ces visions est souvent moindre, et il nous semble que les visions les plus précises sont systématiquement internalisées. Les thérapeutes observent par ce biais l'aura, l'énergie ou des *« entités »*. Magalie témoigne ainsi avoir observé des sortes de brumes grisâtres autour de ses clients :

> Après une séparation conjugale douleureuse, Magalie a traversé une période de vie difficile, marquée par un retour massif *« d'entités »* et de défunts qu'elle était la seule à voir. De plus, certaines zones du corps des autres se teintaient de noir ou de gris clair, ce qui signait *« le positif ou le négatif »* de leur personnalité. Elle précise que ces ombres l'effrayaient : *« C'était comme si ça allait me sauter dessus, je faisais tout pour que ces gens ne me touchent pas, même si je ne pouvais pas expliquer aux gens pourquoi.»* Par ailleurs, elle s'est mise à *« revoir des entités »* constamment, et ne pouvait parfois plus discerner *« qui était vrai ou pas »*. *« La nuit, j'avais des gens qui me parlaient »*, dit-elle.

La présence de telles manifestations dans un contexte psychopathologique renvoie nécessairement aux processus hallucinatoires. Il faut cependant éviter de faire des liens hâtifs

entre ces perceptions et la personnalité sous-jacente du sujet (Evrard, 2010). En effet, ces visions se produisent fréquemment chez les thérapeutes dans des contextes non-pathologiques. Ceux-ci peuvent parfois voir l'énergie sous forme de boules lumineuses, ou deviner quels organes doivent être traités car ils apparaissent en surbrillance sur le corps. Cet exemple, évoqué par Véronique, montre toute l'ambiguïté de ces perceptions visuelles :

> Véronique peut être témoin de « *superpositions bizarres* » entre sa vision de ses clients et le portrait d'étrangers : *« J'ai un monsieur en consultation, et bien je vois une dame avec des cheveux longs sur le visage, une grand-mère. C'est comme un ajustement entre ce qui est perçu et ce qui est dans le champ de vision »*.

Par ailleurs, le registre perceptif inclut également des perceptions auditives, qu'il faut distinguer selon leur modalité d'apparition. Nous en avons dénombré trois : l'idée ou le mot écrit, la perception auditive internalisée apparentée à la voix intérieure, et la perception auditive externalisée. Tout d'abord, dans le cas de l'idée ou du mot écrit, il s'agit d'un surgissement du mot dans la conscience, qui se présente soit directement comme une idée amenée dans le fil de la pensée, mais sans représentation visuelle ou auditive associée immédiatement, soit comme l'image d'un mot. Ensuite, les perceptions auditives internes se distinguent des précédentes par la présence d'une voix. Il peut souvent s'agir de la voix du thérapeute, qui s'entend dire un mot en lui-même, comme lors d'une lecture ou de l'apprentissage d'un numéro de téléphone. Plus rarement, la voix que le thérapeute entend par ce biais n'est pas la sienne. Chez certains praticiens, la voix est toujours identique, ils l'identifient alors comme celle d'un guide qui leur transmet les informations appropriées pour traiter le client. Pour d'autres, les voix sont variables et sont attribuées aux esprits ou défunts qui accompagnent le client. Enfin, la dernière manifestation est celle d'une voix étrangère au thérapeute perçue de manière externe. Comme les perceptions visuelles externes, ces perceptions auditives sont plus rares.

Le registre des processus projectifs inclut tous les gestes, mais surtout les actions mentales que le thérapeute va entreprendre pour émettre son influence thérapeutique sur le client. Les passes magnétiques appartiennent à cette catégorie, comme les prières, les canalisations d'esprits ou tout autre moyen que l'énergéticien peut mettre en œuvre pour soigner son client par le biais de l'énergie. Séparons l'activité projective en deux catégories : l'activité projective interne et l'activité projective externe. La première est le support de la seconde, mais nous ne

pouvons pas affirmer, pour le moment, et d'un point de vue uniquement phénoménologique, que l'activité externe ne peut se produire qu'avec une activité interne.

L'activité projective interne est essentiellement psychique, car elle repose sur deux processus mentaux, que la plupart des thérapeutes nomment *« visualisation »* et *« intention »*. La visualisation désigne l'activité psychique consciente de construction et de modifications de l'imagerie mentale. L'aire perceptive virtuelle sur laquelle viennent s'imprimer les images mentales est le lieu de cette activité projective qui permet à l'énergéticien de moduler son énergie. Les thérapeutes parlent de *« travailler avec l'intention »* pour désigner le fait de formuler mentalement un but ou une direction, souvent au moyen de la subvocalisation, avant de se concentrer intensément sur celui-ci. La visualisation construit la représentation, l'intention la met au travail. Le soin implique donc d'importantes ressources psychiques de la part de l'énergéticien, qui se focalise sur son vécu interne pendant toute la séance. De ce fait, comme l'évoque Daniel, l'énergéticien est tributaire de ses capacités d'attention, car l'aptitude à se concentrer suffisamment longtemps et intensément sur ces représentations mentales détermine directement l'efficience de l'énergie émise. Cécile donne un exemple explicite de ces processus.

Une fois la connexion propice établie, Cécile pose ses mains sur les clavicules pour mesurer *« l'ouverture du cœur »*, et la possibilité d'entretenir un lien de *« de cœur à cœur »*. Si c'est le cas, une sensation de *« flux »* proportionnelle à la qualité du *« rapport de confiance »* émerge au niveau de son cœur, *« comme de l'eau qui coule quand on met sa main dans un ruisseau »*. Ensuite, elle perçoit les *« charges émotionnelles »* de son client qu'elle va *« interroger »* en son for intérieur. Elle en distingue deux types : la tristesse, dont elle va aller chercher l'évènement source, et la colère qui marque selon elle une émotion non exprimée qu'il faut retrouver. Elle enquête en découpant en deux possibilités chaque question, par exemple *« est-ce un problème privé ou professionnel ? »*, *« le père ou la mère ? »*, et cherche confirmation dans ses sensations corporelles. Elle travaille aussi à *« faire le vide »* afin de pouvoir *« observer ce qui vient »* et qui se manifeste souvent *« par un effet "eurêka !" »*.

Lorsqu'elle en sait assez, elle demande en son for intérieur *« où se positionner pour soulager ? »* et sa main obéit à l'impulsion de se déplacer. Elle perçoit parfois des *« zones chargées »*, qui lui donnent le besoin de respirer plus profondément, de faire des grands soupirs. Ces zones ne semblent pas toujours reliées à un contenu émotionnel plus intense. Lorsqu'elle travaille de cette manière, Cécile se trouve dans un état d'*« hypersensibilité »* et prête une attention à toutes les sensations qui se présentent, *« les sens, les gouts, les odeurs, tout est décuplé »*. Elle perçoit parfois des gouts et odeurs différents de ceux présents dans la pièce aperçoit parfois des

« fumées » se libérer du corps des clientes. Elle éprouve la sensation d'une *« douceur »*, d'un état qui *« fluidifie l'autre »* et elle prend du plaisir à se sentir *« disponible, complètement tournée vers l'autre »*.

Sarah, ou encore Sophie, visualisent des couleurs qui symbolisent l'effet attendu du soin. Dans un registre similaire, Daniel, lorsqu'il traite la verrue, la visualise mentalement se dégonfler et disparaître. Parfois, les thérapeutes ont aussi recours à la subvocalisation, et l'intention du traitement est alors formulée mentalement sous différentes formes. Il s'agit le plus souvent d'ordres simples, comme l'explique Camille qui se concentre sur l'ordre *« refroidis »*, pour guérir le feu. Une demande plus complexe peut aussi être formulée, ce qu'évoquent d'autres magnétiseurs (Cécile, Patrick, Sarah). L'adresse de la demande de soin est variable et dépend des croyances du thérapeute, certains parlent aux esprits, tandis que d'autres, comme Pierre, s'adressent aux *« photons du soleil »*. Dans tous les cas, la pensée est focalisée sur le problème à traiter.

L'activité projective externe rassemble les différents gestes faits par le thérapeute pour manipuler l'énergie vers le corps du client. Les passes magnétiques sont le processus emblématique de cette catégorie. Si chaque énergéticien possède une palette de passes qui lui sont propres, nous en avons observés globalement quatre types[142] : les passes à grand courant, les passes à petit courant, les appositions, et enfin les passes que nous qualifierons d'outillées, parce qu'elles ne correspondent à aucune des autres catégories et impliquent la formation d'un *« outil »* fait d'énergie. Les passes à grand courant sont des balayages amples des bras, effectués à quelques centimètres du corps du client et qui permettent à l'énergie du praticien de se diffuser sur toute la surface du corps, le tronc, ou les jambes. Les passes à petit courant se distinguent seulement des précédentes par leur ampleur plus réduite : elles portent uniquement sur une zone précise du corps.

Les appositions des mains sont des passes fixes qui impliquent ou non un contact physique. Ces passes sont employées pour concentrer l'énergie en un point et donc en catalyser les effets. Souvent, elles s'accompagnent d'un travail interne plus intense chez l'énergéticien, voire d'une prière, comme nous l'avons vu chez Daniel. Elles alimentent aussi le travail

[142] Nos observations chez Daniel ont inspiré cette catégorisation. Cette liste n'est certainement pas exhaustive, puisque des manuels anciens de magnétisme référencent d'autres types de passes, notamment l'utilisation de certains doigts, et de procédés, comme le baquet, la magnétisation par les aimants ou les cordes (Mesmer, 1785).

perceptif, et permettent pour certains thérapeutes d'obtenir davantage d'informations du client à partir de l'énergie emmagasinée dans les zones de son corps. Celles-ci sont reliées symboliquement à des représentations, à des affects ou à des souvenirs d'une manière propre à chaque thérapeute. De nombreux énergéticiens adhèrent à la théorie des chakras qui formalise exactement ce principe de correspondance entre l'histoire de vie, les relations intersubjectives et certains points-clés du corps. Dans cette perspective, les pieds correspondent bien souvent à *« l'ancrage »*, lointain écho du concept d'enracinement de Lowen, et qui désigne chez ces thérapeutes la manière dont un sujet s'inscrit dans le monde matériel et dans la pensée rationnelle. Ces représentations sont particulièrement présentes chez Véronique :

> Au début de ses séances, Véronique s'attèle à chercher au niveau des pieds une *« couche énergétique »*, *« une espèce de résistance »* qui constitue *« l'ancrage »*. À cet endroit, elle sait *« si la personne est connectée à son corps, si elle fait du sport, si elle marche beaucoup, ou si sa vie sexuelle est épanouie »*. Une fois cet ancrage trouvé, Véronique y *« appelle l'énergie »* du reste du corps. Parfois, elle observe cette énergie comme *« une forme blanche »*, mais la sensation constitue l'essentiel du vécu : *« c'est comme sentir de la vapeur dans un sauna »*. Elle cherche à *« fixer l'énergie »* aux chevilles et pour cela *« place des menottes »* aux tibias du patient, ce qui semble parfois provoquer chez eux un inconfort.

Sabrina et Cécile évoquent des représentations similaires :

> Selon l'endroit où Sabrina touche le patient, les informations qu'elle obtient diffèrent : *« La tête c'est plutôt le registre de l'identité, les jambes c'est l'ancrage, comment la personne est dans sa vie »*, explique-t-elle.
>
> Cécile, après s'être connecté à son client, pose ses mains sur les clavicules pour mesurer *« l'ouverture du cœur »*, ressentir *« le poids qui pèse sur leurs épaules »* ainsi que la possibilité d'entretenir un lien de *« de cœur à cœur »*. Si c'est le cas, une sensation de *« flux »* proportionnelle à la qualité du *« rapport de confiance »* émerge au niveau de son cœur, *« comme de l'eau qui coule quand on met sa main dans un ruisseau »*.

Par ailleurs, l'imposition des mains peut aussi impliquer de séparer les mains pour les poser à deux endroits différents. Dans ce cas-là, la circulation de l'énergie obéit souvent à un principe de polarité des mains. Ce principe, déjà présent dans le magnétisme animal de Mesmer et de ses successeurs, attribue au côtés gauche et droits du corps une polarité opposée

susceptible d'être renforcée, inversée ou détruite par le magnétiseur (Durville, 1895; Mesmer, 1785). Donc, en plaçant ses mains à deux extrémités du corps, le magnétiseur est capable de créer des courants pour favoriser le flux et reflux du fluide dans les organes. Les énergéticiens ont repris ce principe qui permet ainsi de faire *« travailler »* le corps par le mouvement énergétique.

La dernière catégorie de passes est particulièrement singulière. Dans les passes que nous avons nommées *« outillées »* l'énergie est employée par le magnétiseur comme un objet malléable qui prend la forme d'un outil invisible destiné à opérer le patient. Daniel utilise régulièrement ce type de passes et nous les avons aussi retrouvées chez Pierre. Lorsqu'il doit extraire un surplus d'énergie d'une zone spécifique, Daniel forme une longue aiguille faite d'énergie au moyen des processus projectifs internes que nous avons décrit plus haut. Ses gestes complètent l'activité imaginative et matérialisent cette aiguille pourtant invisible. Selon les mêmes procédés, il modèle plutôt une boule lorsqu'il doit ajouter de l'énergie, tandis que le *« rateau »* lui permet de retirer l'excédent d'énergie d'une large zone. Pierre manie ces *« outils »* d'une manière plus brute. Il décrit simplement l'apparition spontanée de griffes ou de gants, destinés à protéger ses mains du contact direct avec les énergies de son client.

Notons que si les passes sont souvent le produit d'une activité intentionnelle, le corps et surtout les mains de l'énergéticien agissent parfois de manière autonome ou semblent influencées par une force extérieure à lui. De nombreux énergéticiens ressentent ainsi l'appel de leurs mains vers les zones à traiter, où à l'inverse, le déplacement des mains d'une zone déjà saturée d'énergie. Le soin énergétique donne parfois au thérapeute une sensation d'inquiétante étrangeté liée à cette dépossession de son propre corps, mais cet automatisme est aussi source de réassurance pour l'énergéticien, car son corps saura en temps venu faire les gestes appropriés, comme l'évoque Véronique.

La fin de la séance s'appuie souvent sur cet automatisme, elle correspond au moment où les mains cessent de s'activer par elle-même. La rupture du sentiment de connexion, la sortie de l'état particulier de sensitivité dans lequel se trouve le thérapeute indique également la fin de la séance, de même que le déclin des sensations énergétiques habituelles (température ou pression). Lorsque le soin est établi selon un forfait horaire, l'horloge peut aussi sonner la fin de la séance. L'arrêt de cette étape du travail énergétique s'accompagne souvent d'un rite, propre à chaque thérapeute. Parfois, ce rite implique la formulation intérieure ou à voix haute d'une prière destinée aux esprits ou aux forces qui ont permis le soin :

La séance se termine quand Sarah n'est *« plus dedans »*, c'est-à-dire que la connexion est interrompue pour une raison interne ou externe à sa volonté. Le client peut rompre la connexion de lui-même. Alors, Sarah remercie mentalement *« les guides »* de leur présence et la fin du soin se passe *« comme un réveil d'une séance de relaxation »*. Elle propose à son client de s'assoir, lui masse les pieds ou le met en contact avec le sol pour faciliter son *« ancrage »*. Elle offre un verre d'eau ou des mouchoirs si des émotions fortes sont exprimées pendant la séance.

L'idée générale du rite de fin est que l'énergéticien doit aider son client à revenir à son état de conscience habituel. Plusieurs participants expliquent retourner au niveau des pieds de leurs clients pour les stimuler et ainsi faciliter leur ancrage. Il peut s'agir de stimulation énergétique comme de stimulation physique (un massage, une imposition des mains). D'autres magnétiseurs optent pour laisser le client se réveiller seul après lui avoir signifié la fin du soin, et les endormissements sont fréquents. Certains énergéticiens aident et accompagnent leurs clients à se relever, ou leur indiquent différentes étapes : ouverture des yeux, s'assoir sur la table, se mettre debout. Les thérapeutes ont parfois recours à d'autres rites de purification dès le réveil du client, comme se laver les mains. L'exemple suivant met ces différents éléments en évidence :

A la fin de la séance, Véronique formule parfois une prière : *« je demande à ce que la personne soit accompagnée, par une entité, une âme, un ange, on peut dire ce que l'on veut »*. Elle visualise le retour progressif de l'énergie dans ses doigts et reste vigilante quant à rejeter *« quelque chose qui pourrait l'atteindre »*. Elle laisse ses patients profiter *« d'un réveil en douceur »*, et discute avec eux de leur vécu de la séance. Souvent, elle remarque qu'ils semblent très fatigués. Certains manifestent *« un besoin de tendresse »*, ou encore se recroquevillent en position fœtale, tandis que d'autres semblent tomber en *« béatitude »*. Lorsque la consultation est terminée, et que le client a quitté son cabinet, elle se lave longuement les mains à l'eau froide. Mentalement, elle *« demande à évacuer la mémoire du soin »*, ce qui entraine régulièrement la sensation *« d'évacuer de la vapeur par la bouche »* et provoque parfois *« un rot magistral »*.

Le travail énergétique à proprement parler se termine en douceur pour mieux ouvrir sur un temps d'entretien non moins important.

L’entretien de restitution

La séance se poursuit souvent après le travail sur la table par un temps d’échange d’une durée parfois équivalente au temps de l’entretien préliminaire, sinon plus courte. Il s’agit véritablement d’un temps d’échange, puisqu’il donne lieu à toutes sortes de transactions, contrairement aux deux premières séquences de la consultation dont la dynamique est à sens unique : le client parle dans l’entretien initial, puis le thérapeute administre son soin dans la séquence de travail énergétique. Dans ce dernier fragment de séance, les objets sont autant échangés que les mots. Le thérapeute peut donner à son client de l’eau magnétisée, des mouchoirs, voire des objets qui lui appartiennent ou qui lui ont été donnés par d’autres clients. C’est également le temps de la rétribution, le client peut alors payer sa séance, mais aussi donner au thérapeute des objets (aliments, cadeaux, livres) selon l’économie du don-contre-don. Ce temps obéit ainsi à une loi implicite de ce système thérapeutique : *l’énergie doit circuler.* Une énergie qui stagne est source de pathologie, c’est pourquoi ces échanges sont encouragés. Les échanges verbaux accompagnent ces opérations.

Les énergéticiens s’intéressent tout particulièrement à savoir ce qui a été perçu par leur client pendant la séance. Leurs questions portent souvent sur les sensations ressenties par ces derniers lors du soin, et, lorsque des éléments plus personnels ont été évoqués, l’enjeu est pour eux d’entendre les émotions suscitées chez le client. Pour certains énergéticiens, comme Cécile l’entretien final est capital, parce qu’il fait émerger à nouveau des éléments de la problématique du client :

Après le temps de soins vient le *« débriefing »* particulièrement important pour Cécile. Dans cet entretien qui peut durer parfois jusqu'à 45 minutes, Cécile fait part de ce qu'elle a perçu durant le soin et *« continue de creuser »* pour *« accompagner sur les émotions »*. Elle s'enquiert aussi de ce que ses clients ont pu ressentir sur la table afin d'obtenir un feed-back sur son action. Durant ce temps de reprise, *« la petite Cécile est spectatrice »*, quelque chose à travers elle énonce des *« théories »*, *« des formes de règles universelles »* puisées dans le *« pot commun »* et adaptées au *« référentiel de la personne »*. Ces échanges lui donnent la sensation d'être mue par *« un gros moteur dans le ventre »*. Ce moment particulièrement intense se révèle souvent *« porteur de transformation »* et à la fin de l'entretien *« les gens sont vidés, tout a bougé »*. Elle clôt la séance avec *« des recommandations, des exercices »* issus de ses connaissances en coaching, car elle souhaite éviter la dépendance de ses clients à son égard.

L'entretien permet donc de synthétiser les informations relevées depuis l'anamnèse dans un véritable travail d'élaboration psychique entre l'énergéticien et le client. Cela amène souvent les énergéticiens à donner ensuite des conseils, souvent inspirés des médecines alternatives (naturopathie, homéopathie, lithothérapie…), du développement personnel (comme *« le lâcher-prise »*), ou de leur intuition et du bon sens, pour que le client puisse résoudre les difficultés de sa vie. Ce dernier peut également questionner le thérapeute et lui demander un retour sur ce qu'il a perçu. Cette demande s'apparente parfois implicitement à une recherche d'un contact avec les défunts, ou à de la voyance, ce que remarque Daniel, ou encore Pierre :

Pierre constate qu'au terme de l'imposition des mains, ses clients sont surpris et parlent *« des choses bizarres qui arrivent dans leurs corps »*. Il est souvent ardu de *« retourner dans le discours »* et plusieurs minutes sont parfois nécessaires pour que l'entretien puisse reprendre. Ils discutent alors de ce qui a été perçu de part et d'autre et Pierre restitue les éléments qui lui sont parvenus durant le soin. Toutefois, il se méfie de ce moment, car *« certains sont trop avides de ça… les gens sont en attente d'une médiumnité »* qu'il ne peut pas fournir. Il confie également son malaise vis-à-vis de la prise de rendez-vous supplémentaires : *« si je les fais revenir, j'ai l'impression de les arnaquer »*. Il voudrait avoir plus de fermeté à *« convoquer les gens »*, mais cela impliquerait pour lui *« d'affirmer la réussite »*. Il apprécie toutefois la *« chaleur au moment de dire au revoir »* et souligne que *« les gens repartent détendus… gonflés »*.

Durant ces échanges, l'énergéticien peut aussi formuler des prescriptions destinées à prolonger les effets thérapeutiques. Daniel demande par exemple à ses clients de porter pendant

une semaine un mouchoir magnétisé. Les thérapeutes informent également leurs clients des conséquences après coup de la séance. Celles-ci sont variables et peuvent être désagréables. Les énergéticiens mentionnent diarrhées ou vomissements, et la sortie critique des fluides corporels témoigne de l'expulsion des énergies négatives comme conséquence du soin. Ils mettent aussi en garde contre une sensation de fatigue intense liée à l'épuisement du corps suite aux manipulations énergétiques. Cela peut même aller jusqu'à des maux de tête ou des difficultés de sommeil. Les émotions peuvent aussi être exacerbées et la tristesse, les pleurs, la colère ou l'exaltation témoignent tous de l'effet de la séance. L'énergétique se conforme ainsi aux lois du magnétisme animal : l'aggravation de la maladie, la crise, signe bien le travail de guérison du corps et l'amélioration à venir (Mesmer, 1785). Aujourd'hui ces effets négatifs légitiment le soin, car il s'inscrivent aussi dans un mythe selon lequel un remède a des effets indésirables à la hauteur de son efficacité (Laplantine, 1986).

Des conséquences positives existent aussi, notamment une sensation de légèreté du corps et de fluidité de la pensée, une élévation de l'humeur, une diminution du stress ou de la fatigue. La résolution des problématiques somatiques est rarement immédiate, sauf pour les brûlures ou les entorses, qui se résolvent parfois dans les quelques heures, et il est généralement admis que le corps s'améliore sous une semaine. Parfois, pour certains problèmes, comme les verrues ou les problèmes cutanés, l'énergéticien peut proposer plusieurs séances à quelques semaines d'intervalle. Enfin, l'énergéticien précise dans quelles circonstances le client peut le recontacter. Si la problématique est physique et ne se résout pas, alors un rendez-vous peut-être envisagé à nouveau dans les semaines qui suivent le rendez-vous. Par contre, si la problématique est plutôt psychologique (deuil, stress, dépression), des rendez-vous plus réguliers peuvent être proposés par certains thérapeutes comme Sabrina. Des explorations médicales supplémentaires peuvent également être sollicitées, notamment lorsque le praticien a repéré des dysfonctionnements graves ou des masses suspectes dans le corps de leur client. Ces thérapeutes se réinscrivent ainsi dans la continuité du parcours de soin du malade, dans un dialogue entre pratiques conventionnelles et alternatives.

Le travail à distance

Les séances à distance sont des cas particuliers de consultation de soins énergétiques. Ils ne sont pas particuliers par leur rareté, mais plutôt pace qu'ils nécessitent des pratiques et un engagement différent de la part de l'énergéticien. Parmi les thérapeutes que nous avons interrogé, plusieurs ont fait du travail énergétique à distance leur approche de prédilection, notamment Matthieu ou encore Camille. D'autres récits, comme celui de Véronique avec Marie

Lourdes, montrent que le travail à distance s'impose parfois comme option thérapeutique spontanée. Nous allons exposer les spécificités de cette modalité singulière d'exercice thérapeutique.

Le travail à distance est employé dans une variété de configurations. Par exemple, il peut être proposé pour prolonger les effets d'une séance chez le thérapeute. Il est également employé dans les situations d'urgence (brûlures, fracture…) dans lesquelles le guérisseur ne peut pas nécessairement se déplacer. L'objectif est alors de provoquer un soulagement immédiat. Parfois cette modalité de soins se présente plus trivialement comme solution de convenance pour pallier à des difficultés de planification de rendez-vous. Fréquemment, la demande de soins énergétiques à distance porte sur un tiers. Dans de telles situations, un sujet sollicite le thérapeute pour *travailler sur*[143] un proche malade. Il s'agit souvent d'un membre de la famille dont l'autonomie est diminuée, soit par son âge ou son rôle dans la famille[144] (enfant, adolescent ou personne âgée), soit du fait de la maladie (entorses, fractures, hospitalisation). Il est donc courant que le thérapeute n'ait eu aucun contact avec le malade qu'il devra pourtant soigner.

Pour cette raison, la connexion énergétique, habituellement créée par le contact direct lors des soins en face à face, doit être obtenue d'une autre façon. Pour former cette connexion les énergéticiens demandent des informations minimes sur la personne à traiter, comme son nom, prénom, date de naissance et symptômes. Le moyen le plus direct et le plus sûr d'adresser le soin est de se concentrer sur une photo, car celle-ci renvoie supposément à un sujet unique, contrairement aux informations personnelles (les homonymes existent). Ces prérequis peuvent varier selon les thérapeutes, mais aucun ne peut travailler sans un minimum d'informations. Camille assimile la fonction de ces renseignements à celle de *« coordonnées sur une carte »*. Les informations personnelles permettent ainsi d'adresser le soin, de focaliser l'attention de l'énergéticien sur un individu en particulier parmi une foule d'êtres humains. L'énergie peut

---

[143] L'expression « travailler sur quelqu'un » renvoie au vocable de la sorcellerie repéré par Jeanne Favret-Saada. Cette expression est employée pour désigner l'influence maléfique d'un sorcier sur un ensorcelé. Elle renvoie donc à l'influence exercée à distance par un sujet détenteur d'un certain pouvoir sur un autre.

[144] Il semble que ces configurations reposent souvent sur une certaine autorité de la personne demandeuse sur la personne malade. A ce titre, une mère peut tout à fait demander un soin pour son animal, ses enfants, mais également pour ses parents, ou pour son mari. Les proches de la personne demandeuse sont ainsi dans son « domaine » pour reprendre l'expression de Favret-Saada, à la différence que cela n'implique pas forcément un lien d'appartenance, mais plutôt un lien de contiguïté. Dans la sorcellerie, tous les éléments du domaine d'un agriculteur sont sa propriété, et en les visant, c'est le chef de famille que le sorcier cherche à atteindre. Dans le soin énergétique, au contraire, c'est parce que la personne demandeuse est en contact avec son domaine que l'énergie du thérapeute peut agir sur eux. La personne demandeuse facilite la circulation de l'énergie au sein de son domaine.

ainsi être canalisée vers une personne cible. Par ailleurs, le consentement de la personne soignée est souvent recherché, par le thérapeute lui-même ou par la personne demandeuse, car il est entendu que la participation psychique au soin facilite le processus de guérison. Ce consentement n'est cependant pas toujours indispensable et le soin peut donc avoir lieu à l'insu de la personne malade[145].

La pratique du soin à distance demande un fort investissement du thérapeute. Celui-ci, au moyen de rites ou de méditation, doit se mettre dans un état non ordinaire de conscience qui se caractérise par une absorption intense et un fonctionnement accru de l'imagerie mentale. Les modalités techniques du soin sont différentes d'un thérapeute à un autre. Matthieu, par exemple, dirige toute son attention sur ses perceptions corporelles, et particulièrement sur les sensations qui peuvent émerger dans une jambe. Ces sensations sont pour lui le reflet des processus énergétiques à l'œuvre dans le soin. Pour Camille, le soin à distance s'appuie sur un espace mental visuel et virtuel qui se juxtapose au monde extérieur. Le traitement passe alors par la modélisation d'un corps virtuel, une sorte de mannequin qui prend ensuite la forme de la personne à soigner. Camille projette son énergie en formulant des *« intentions »*, change sa nature en se concentrant sur des couleurs symboliquement liées au remède. Une brûlure doit donc être traitée en se concentrant sur la couleur bleu. Ces soins à distances produisent chez l'énergéticien des sensations similaires à celles de séances en face à face, notamment la chaleur, la fraicheur, le mouvement d'un flux, ou la sensation de présence.

La durée des soins à distance est souvent beaucoup plus brève que celle de travail habituel et semble se cantonner à une trentaine de minutes. Parmi les thérapeutes, plusieurs opinions à propos de l'efficacité et la potentialité de ces soins existent. Certains énergéticiens, comme Sarah, Matthieu ou Camille, considèrent que les soins à distances ne produisent aucune déperdition d'effet. Dans cette perspective, l'intensité de l'énergie ne diminue pas avec la distance, le temps, ou les obstacles qui pourraient se trouver sur son chemin[146]. D'autres thérapeutes restent plus prudents et valorisent davantage le contact, comme Pascal.

---

[145] Cela ne va d'ailleurs pas sans poser de problèmes éthiques. Sur un groupe Facebook de la communauté sceptique un jeune homme raconte ainsi sa fureur lorsqu'après deux jours de coma aux urgences suite à de graves brûlures, sa mère attribue sa guérison aux soins à distance d'un magnétiseur qu'elle a contacté pour le traiter. Le consentement du patient est donc ici au cœur du débat de cette démarche de soins invisibles.

[146] Notons que cela contredit l'explication qui veut que l'énergie vitale se propage sous forme d'ondes, puisque les lois physiques de propagation des ondes impliquent forcément une déperdition d'énergie en fonction de la distance parcourue.

Les soins à distance reposent autant sur l'activité représentative du thérapeute que les soins en présentiel. Une séance commence souvent par la recherche d'un état non ordinaire de conscience, au moyen de techniques méditatives, ce qu'évoquent Romain, Matthieu et Camille. A ce moment, le thérapeute peut formuler des prières à l'attention des guides afin de s'octroyer leur protection ou leur secours. Lorsque l'énergéticien est entré dans l'état de conscience approprié au soin, souvent caractérisé par un sentiment de fluidité associative et d'apaisement, il se concentre sur la personne à traiter à partir des informations dont il dispose. Chez Camille, ce processus s'appuie sur la visualisation.

> À l'aide du nom, prénom, et date de naissance qui constituent *« des coordonnées »*, elle *« se connecte à la personne »* pour agir. Sans la présence directe de l'autre, son procédé s'adapte. Après son temps d'ancrage indispensable, elle visualise un corps humain *« en 3D, pas habillé, un peu comme en plastique et sans détails »*. Celui-ci flotte debout ou assis sur *« un fond noir »* dans l'espace mental visuel de Camille. Ensuite, elle *« met la personne dedans »* : elle convertit les informations personnelles en *« écritures blanches »* et les fait *« glisser »* dans le mannequin, ce qui produit une *« surimpression, une image 2D dans l'hologramme 3D »*. La corpulence de *« l'hologramme »* se transforme et un visage apparait. Cette étape franchie, Camille perçoit par transparence *« l'énergie »* de l'organisme, sous la forme de courants de lumière pâle : *« les endroits où ça circule mal, c'est souvent là où c'est problématique »*.

Toutefois, le passage par la représentation visuelle n'est pas indispensable pour que la connexion puisse se produire. Celle-ci se manifeste dans le travail à distance sous les mêmes aspects que dans le travail en présentiel : l'énergéticien perçoit dans son propre corps des sensations (douleurs, chaleur, fraicheur, goûts), des images ou des sons qu'il attribue à son client. Le traitement implique parfois, comme l'explique Camille, de faire des passes magnétiques autour du corps virtuel, mais la plupart des énergéticiens ne témoignent pas de cela. Dans une autre perspective, Matthieu a développé une pratique singulière. Tout d'abord, les sensations de ses clients émergent uniquement dans sa jambe droite et non dans l'intégralité de son corps. Ensuite, il conserve un contact écrit pendant toute la durée du soin via une application de messagerie instantanée, là où les autres énergéticiens interrogés ne gardent pas de lien avec leur client pendant le soin. Enfin, il associe le travail énergétique au dialogue, à l'instar de Sabrina.

Les effets de ce type de soins ne semblent pas pâtir de la distance, comme le montre le cas de Romain. Ils sont souvent rapides et durables. Certains énergéticiens, comme Camille,

demandent confirmation immédiatement, tandis que d'autres n'attendent d'appel que si la séance n'a pas été efficace. L'entretien de reprise a parfois lieu par téléphone mais n'est pas toujours nécessaire. Cela vient certainement du fait que les problèmes traités sont souvent moins importants, et le soin énergétique se cantonne alors à un travail de *« premiers soins »*, sans donner lieu à un traitement en profondeur. Cet entretien, comme lors des séances en présentiel, constitue une occasion de discuter des ressentis du client.

De nombreux énergéticiens rapportent — parfois à leur grande surprise, comme l'évoque Romain — que les personnes soignées perçoivent des sensations inhabituelles d'énergie pendant le soin, même lorsque ces personnes ne savaient qu'elles en étaient l'objet. L'interprétation de sensations inhabituelles mais banales donne le plus souvent lieu à la représentation de l'action à distance de l'énergéticien : chaleur, fraicheur, lourdeur ou légèreté, picotements, sensation d'être touché, observé ou *« scanné »*. Ces impressions sont parfois formulées rétrospectivement, lorsque l'énergéticien évoque au sujet le moment où il a travaillé sur lui, ce dernier identifie alors la trace de son travail. La concordance temporelle entre la séance de soins et les sensations inhabituelles du malade est toujours frappante pour l'énergéticien. En même temps, elle légitime la possibilité de soigner à distance.

Parallèlement, la possibilité de soigner à distance est aussi soutenue par le fait que les passes magnétiques ne constituent pas l'essentiel du traitement. Des énergéticiens comme Sarah n'attribuent aux passes qu'un effet rassurant. Selon elle, le travail énergétique ne se produit pas par une transmission énergétique directe de corps à corps, il est médiatisé par l'intention du thérapeute et des demandes qu'il formule à l'attention des esprits, des guides, de la Source, ou de l'énergie universelle. De ce point de vue, la source de l'énergie dans le soin à distance reste imprécise, puisqu'elle provient du cosmos ou de guides spirituels.

Enfin, pour Camille, le travail à distance implique la perception d'un véritable déplacement vers le malade. Le corps physique ne connait aucun transport, et ce déplacement concerne seulement un corps souvent dit *« subtil »*, *« astral »* ou *« éthérique »*. Dans les théories du soin énergétiques, ce corps est constitué d'énergie pure, il forme le lien entre le monde spirituel et le monde physique (Brennan, 1993). Il existe chez Brennan une multiplicité de corps subtils qui possèdent chacun des propriétés énergétiques et spirituelles différentes. Camille mentionne ainsi une forme de voyage de l'esprit lors du soin à distance.

Lorsqu'elle traite une brûlure à distance, Camille se sent *« projetée vers la personne »*, comme si elle se réduisait à *« un bout de l'esprit qui va directement dans les zones »*. Elle impute cela à une impression de chute, ou de *« glisser sur un toboggan »*, accompagnée d'un *« mal des transports »* qui précède une sensation vivace de proximité : elle *« voit les dégâts sur la peau »*. Ensuite, elle *« donne l'intention »* à l'inflammation de s'arrêter en lui verbalisant mentalement un *« ordre »*. À la fin de cette séance qui dure environ 15 minutes, elle regagne progressivement son état habituel puis demande à être rappelée dans l'heure qui suit pour connaitre l'effet du traitement.

Ces perceptions pourraient se rapprocher des sorties hors-du-corps, ces expériences exceptionnelles dans lesquelles un sujet à l'impression d'être hors de son corps et voit souvent l'environnement d'un point de vue élevé[147] (Rabeyron et Caussié, 2015). Toutefois, le vécu phénoménologique est ici légèrement différent. Dans le soin à distance, il ne semble pas s'agir d'un véritable déplacement du corps mais d'une sensation d'absorption de la conscience, voire de changements brefs et successifs de l'environnement virtuel. L'énergéticien ne se déplace donc pas hors de son corps, mais voit et ressent *comme si* il s'était déplacé, ce que peuvent formuler Camille ou Christine.

Christine explique que certains soirs après ses séances, lorsqu'elle se relâche dans son canapé, elle se retrouve *« dans la tête des gens »*. Elle ne reconnait plus la forme des traits de son visage, à son étonnement : *« ce n'est plus mes yeux, ce n'est plus ma bouche, ce n'est plus ma gorge »* explique-t-elle. Parfois, elle ne reconnait plus son appartement et voit plutôt ce qu'elle pense être le mobilier de ses clients, comme si elle était à leur place. Dans ces moments qui la questionnent, elle dit percevoir le bien-être ou le mal-être de ceux qu'elle a soigné, elle *« ressent le soin, ce qu'[elle] leur a fait »*.

Devant la difficulté à mettre cette expérience en mot, l'énergéticien peut alors expliquer être sorti de son corps, tout en y étant resté[148].

[147] Sabrina évoque une sortie hors du corps dans un contexte traumatique.

[148] Dans la perspective que nous avons précédemment ouverte sur les sorties hors du corps, ces perceptions renforcent l'idée qu'il existe un continum perceptif d'incorporation, et que celui-ci est déterminé par le traitement en continu des sensations kinesthésiques et visuelles. De ce point de vue, la sortie hors du corps se distingue du voyage énergétique par la notion de rupture : il existe toujours une rupture de l'état de conscience dans la première, tandis que la seconde est un processus continu. Des images et des perceptions prennent progressivement la forme d'un déplacement, le sujet donne à ce qu'il voit le sens d'un mouvement, alors que dans la sortie hors du corps, la

Le travail à distance représente une modalité originale et fréquemment mise en œuvre de soins énergétiques. Il s'appuie en pratique sur des techniques psychologiques identique et fait également appel à des rites destinés à favoriser l'enracinement du thérapeute, la connexion au client et le travail thérapeutique lui-même. Le soin à distance fait parfois lui-même l'objet d'une ritualisation, il peut être pratiqué à des heures fixes afin d'en accroitre les effets. Nous allons maintenant approfondir notre réflexion sur le rôle structurant de cette dimension rituelle du soin énergétique.

7.2.2. Les rites

Fonctions sociales et psychiques des rites

Le rite, tel qu'il est défini dans les perspectives sociologiques, anthropologiques ou ethnologiques, renvoie généralement aux comportements répétitifs effectuées par un ou plusieurs sujets pour structurer un groupe social autour de mythes (Piette, 1997). Dans cette optique, *« le mythe apparaît comme un récit matriciel à schématisme dynamique, ancré dans la psyché collective, qui raconte une histoire sacrée à caractère symbolique, afin de justifier l'être-au-monde et d'instituer un ensemble d'archétype fonctionnels »* (Baros, 2009, p. 96). Les rites — parfois appelés aussi rituels — forment des démarcations et des cadres organisateurs de contextes sociaux donnés, ils constituent l'expression concrète et formelle des mythes en même temps qu'ils servent à les perpétuer (Piette, 1997). En pratique, les rites sont des actes répétitifs à l'efficacité *« extra-empirique »*, c'est-à-dire *« qui se recommandent et se justifient par des motifs et des conséquences d'ordre surnaturel »* (Cazeneuve, 1957). L'exemple-type du rite est la cérémonie religieuse.

Notons que plusieurs auteurs discutent du statut à accorder au New Age et le considèrent comme une nouvelle forme de religiosité qui comprend alors des mythes et des rites partagés par ceux qui adhèrent à ces croyances (Geoffroy, 2000; Rocchi, 2000; Tucker, 2002). Dans cette perspective, les pratiques thérapeutiques diffusées dans ce mouvement peuvent donc être analysés comme des rites, au sens sociologique du terme. Par exemple, le stage de découverte de lieux énergétiques auquel a participé Sophie, se lit alors sous l'angle du rite initiatique, parce qu'il ancre en elle des mythes partagés dans les croyances du New Age. Cependant, en ce qui concerne la pratique thérapeutique des énergéticiens, nous entendons également nous intéresser

---

conscience est perdue puis est retrouvée à l'extérieur de soi. Le processus de constitution du Moi est perturbé et la scène se reforme d'un point de vue externalisé sous l'influence des processus inconscients qui permettent de recréer la pensée et la représentation. Le Moi n'est altéré que secondairement dans le voyage énergétique, et cette altération est une métaphore de la démarche mentale entreprise par l'énergéticien pour se connecter au malade.

à ces rites dans une perspective psychologique, c'est-à-dire pour leur rôle et leur finalité intrapsychique.

Nous distinguons les rites des techniques. Ces dernières diffèrent des rites parce qu'elles sont avant tout caractérisées par leur visée pragmatique : selon la définition de Mauss (1936), la technique est *« un acte traditionnel efficace »*[149]. Ainsi, les rites incluent souvent des techniques, sans pour autant pouvoir s'y résumer. Nous allons maintenant articuler les quelques éléments de technique des thérapeutes développés au cours de la partie précédente, que nous continuerons à exposer dans la partie suivante consacrée aux outils, avec des rites dont les fonctions dépassent le seul but thérapeutique.

D'un point de vue psychologique, les mythes et les rites répondent *« au besoin d'affronter les situations de crise intérieure grâce à l'existence d'un état supérieur, surnaturel des choses »* (Baros, 2009, p. 97). Une telle conception se retrouve notamment dans les descriptions psychanalytiques des rituels, ces actes paradigmatiques de la névrose obsessionnelle qui permettent à un sujet de réprimer, déplacer puis décharger une quantité d'angoisse par la voie motrice et qui, paradoxalement, en produisent souvent davantage. Nous souhaitons ici envisager le rite sous un angle moins psychopathologique, et pour différencier cet usage, nous utiliserons le terme *« rituel »* pour désigner le mécanisme de défense obsessionnel. Nous réservons le terme *« rite »* pour désigner *un ensemble de comportements au caractère singulier et répétitif, dont la finalité est de structurer, d'organiser et de perpétuer certaines modalités d'activité psychique*[150]. Ces rites, dans le domaine du soin énergétique, ont pour fonctionner d'induire ou d'entretenir certains processus psychiques.

Nous allons maintenant décrire les différents rites que nous avons observés. Les rites pratiqués par les énergéticiens se distinguent par leurs fonctions. La forme des rites est susceptible de varier d'un thérapeute à un autre, mais leurs fonctions sont le plus souvent constantes et partagées par les énergéticiens. Le *« nettoyage »*, la *« protection »* ainsi que la *« connexion »* sont les fonctions principales de ces rites. Leur efficacité repose sur des techniques de *« décharge »* ou de *« charge »* énergétique des corps, des objets ou des lieux. Ces

[149] Mauss insiste notamment sur le rôle de la tradition et de la transmission dans la formation des techniques. Ici, hormis les cas de transmission des techniques de guérisseurs décrites habituellement dans la littérature, il nous est impossible de clarifier les voies par lesquelles peut se produire, de sorte que certaines techniques du soin énergétique apparaissent comme de véritables créations subjectives hors de toute transmission instituée.

[150] Cette définition peut donc inclure le cas particulier du rituel obsessionnel. Les rituels obsessionnels, selon notre définition, ont donc pour fonction de structurer les mécanismes de répression des affects et des représentations. Leur exécution répétée participe ainsi à consolider un fonctionnement psychique exempt d'angoisse.

rites incluent parfois des modalités d'appels aux divinités, aux défunts ou aux esprits, notamment par le biais de prières. La présence et le concours du client dans l'exécution de ces rites n'est pas nécessaire, bien qu'il est généralement admis que cela en accroisse les effets, surtout lorsque les rites soutiennent le bon déroulement du processus thérapeutique, comme pour les rites de connexion. Nous exposerons d'abord le rôle central des rites et technique de charge et de décharge énergétique, avant d'entrer dans le détail des rites de nettoyage et de purification, ceux de protection, puis nous terminerons en abordant les principes des rites de connexion et le rôle de rites négatifs. La figure 3 en page suivante donne une vue synthétique de ces rites.

Rite	Fonction	Objet	Fréquence	Mythe ou représentation
Charge et décharge	Faire varier la quantité d'énergie vitale et transmission des qualités entre objets	Corps, outils thérapeutiques (cristaux, eau)	Quotidienne	Corps-batterie
Nettoyage et purification	Délimitation bon/mauvais	Corps, lieu de consultation	Quotidienne, dates spécifiques (jours saints, lunes…)	Symboles du bien et du mal
Protection	Démarcation des espaces	Thérapeute, lieu de consultation	Très variable suivant les thérapeutes	Symboles du bien
Connexion	Créer un état de transe, une relation thérapeutique	Corps du thérapeute et du client	Début de chaque soin	Energie
Rites négatifs	Eviter l'apparition du mal	Objets technologiques, personnes déprimées	Permanente	Energie négative

Figure 3. Typologie des rites du soin énergétique

Rites de charge et décharge

La charge et la décharge énergétique sont des concepts et pratiques axiomatiques du soin énergétique. Elles sont tantôt intégrées à des rites, tantôt utilisées comme des techniques thérapeutiques, mais leur fonction reste la même : la charge sert à accumuler de l'énergie, la décharge à l'évacuer. Ces rites sont garants de la quantité et la qualité de l'énergie dont les énergéticiens disposent. Comme ces deux facteurs déterminent la santé d'un sujet, il faut que l'énergéticien possède une quantité suffisante d'énergie de bonne qualité. Ainsi, le thérapeute doit entretenir sa propre vitalité, mais surtout avoir un surplus d'énergie vitale qu'il peut mettre au service de son prochain. Ce surcroit de vitalité lui est souvent accordé par des expériences exceptionnelles singulières, comme dans le cas de Gilles, et il doit alors être entretenu tout au long de la vie, sans quoi il est source de souffrance (la vitalité diminue). Le thérapeute s'impose également de mener une vie saine, de sorte à garder au mieux son équilibre énergétique. L'alimentation, l'activité professionnelle, le sommeil et surtout les fréquentations entrent en ligne de compte dans la qualité et la quantité de l'énergie dont le thérapeute dispose. Dans cette perspective, les rites de charge et décharge participent à réguler cette vitalité.

Ces pratiques s'étayent sur le modèle du corps-batterie. Le corps, semblable à un accumulateur électrique, est capable de stocker et restituer l'énergie vitale, comme l'expliquent par exemple Clément, ou encore Magalie. Par extension, tout être vivant ou objet issu de la nature possède cette même propriété de stockage et restitution. De surcroit, les lieux et les objets manufacturés peuvent également contenir de l'énergie. Toutefois, il semble que certaines catégories d'objet ne puissent contenir de l'énergie. Si les bijoux, bracelets ou vêtements sont des réceptacles énergétiques de choix, les téléphones, les ordinateurs, ou encore l'électroménager, ne semblent jamais être chargés énergétiquement. Au contraire, la présence des téléphones freine parfois la bonne transmission de l'énergie dans les consultations, c'est pourquoi des énergéticiens comme Clément demandent à leurs clients de les éteindre[151]. Ainsi, les objets manufacturés susceptibles d'emmagasiner de l'énergie sont souvent des effets personnels susceptibles d'avoir une valeur sentimentale particulière, ou de se démarquer par leur caractère contenant. Par exemple, les boîtes de toutes sortes sont plusieurs fois citées par les énergéticiens (voir les cas de Gilles et de Sabrina). En revanche, les objets technologiques, malgré la présence en leur sein d'un véritable courant énergétique, sous la forme de l'électricité,

[151] Que le téléphone soit effectivement éteint ou non ne semble pas véritablement produire de différence dans la pratique de Clément, qui n'a pas remarqué que celui de Madame E était toujours allumé mais simplement sur silencieux.

et d'une batterie qui permet de l'accumuler, ne sont jamais élus comme réceptacles énergétiques[152].

Par ailleurs, deux conceptions de la circulation énergétique existent, et elles sont parfois associées à différentes méthodes de traitement. Sarah explique par exemple qu'avec le magnétisme, le thérapeute emploie sa propre énergie, tandis qu'avec le Reiki ou la transe-guérison, il se fait canal d'une énergie universelle. Toutefois, un magnétiseur aguerri comme Daniel indique qu'utiliser l'énergie contenue dans son propre corps est un écueil à éviter. Il emploie donc une méthode ou il puise l'énergie de *« la Source »* pour traiter ses clients. Il existe donc une distinction théorique et pratique entre utiliser sa propre énergie vitale ou celle du cosmos pour soigner. Lorsque l'énergéticien met à contribution sa propre énergie, il doit sans cesse trouver des moyens de remettre son énergie vitale à son juste niveau, sans quoi il risque de prendre pour lui le mal de ses clients, ou de développer des affections chroniques liées à ce défaut d'énergie. Si le thérapeute puise dans l'énergie ambiante, il n'a pas besoin de ces précautions, mais doit tout de même être vigilant d'une part aux phénomènes de contamination énergétique et d'autre part à d'éventuelles déperditions d'énergie qui peuvent survenir au cours de son exercice. Par ailleurs, le thérapeute doit maintenir une connexion durable avec la source énergétique à laquelle il puise. Pour cela, selon le principe de contiguïté, il doit rester à son contact pour s'attribuer ses qualités. C'est pourquoi la plupart des énergéticiens, peu importe leur technique, développent des rites destinés à se recharger. De plus, comme les énergéticiens courent toujours le risque d'accumuler de *« l'énergie négative »* lors des soins, les rites de décharge sont souvent indispensables.

Les rites de charge sont donc les rites les plus courants et les plus répandus chez les énergéticiens, car ils permettent au thérapeute de garder une balance énergétique suffisante pour pouvoir vivre en bonne santé et proposer ses soins. Notons que la qualité prime à la quantité énergétique. En effet, l'énergéticien doit veiller à fréquemment se charger d'énergies dites

[152] Ceci peut s'expliquer si l'on admet que l'énergie vitale soit identique à la libido. Dans cette perspective, il est possible d'investir psychiquement un objet, de projeter en lui la valeur affective du souvenir d'une personne perdue, ou encore d'un être désiré. Par contre, les objets technologiques sont peu sujets à cet investissement, certainement car ils bénéficient déjà d'un investissement négatif lié à leur représentation culturelle défavorable intériorisée dans le Surmoi. Comme ces objets sont déjà remplis d'électricité (investissement négatif), ils ne peuvent en plus être remplis d'énergie (investissement positif). Pourtant, nous investissons bien psychiquement les téléphones en leur confiant nos données les plus personnelles et en les gardant au bout de nos doigts la plus grande partie de la journée. Pour les énergéticiens toutefois, ces objets technologiques sont contre-nature. C'est-à-dire que la virtualité qu'ils proposent s'inscrit ostensiblement dans le registre de l'illusion. Elle va donc à l'opposé de leur sentiment d'avoir accès à une vérité sous-jacente au monde, celle de l'énergie. De ce fait, l'illusion virtuelle fait écran à la virtualité de l'énergétique, c'est pourquoi les deux ne peuvent coexister dans le même objet.

bonnes ou positives, à savoir celles de la nature (les forêts, les plages ou autres étendues d'eau) ou des lieux hautement symboliques, aussi dits *« chargés »*, comme les lieux de culte ou les crop-circles.

> Clément a régulièrement besoin de *« se connecter à la Terre »*. Pour cela, il fait de longues promenades et se mets pieds nus sur la plage ou sur le sol d'une forêt et se munit d'un bâton. Celui-ci fait office d'une sorte d'antenne, il permet de boucler un circuit en série entre le magnétiseur et le sol, de sorte que l'énergie puisse librement circuler. Clément visualise donc l'énergie quitter son corps pour partir dans le sol, de même qu'il sent l'énergie de la Terre entrer en lui par ses pieds.

Ceci met en évidence que la charge se produit par un contact direct et actif avec l'objet dont on souhaite absorber les propriétés énergétiques. Dans cette perspective, Cécile pratique la communion avec les arbres, elle se concentre et demande mentalement la permission au végétal de l'enserrer dans ses bras.

Cependant, ce contact n'est pas toujours nécessaire, il suffit souvent de se trouver dans un lieu propice à la recharge énergétique pour que celle-ci puisse avoir lieu. Cela implique donc que l'énergéticien développe une appétence pour les activités de plein air pour qu'il puisse se charger pendant celles-ci. Gisèle, par exemple, a besoin de jardiner pour se décharger et entretenir son lien avec la nature.

> Gisèle explique qu'il existe *« une influence invisible de l'environnement sur la pensée du magnétiseur »* et il faut savoir *« trouver des circonstances pour capter des énergies »*. De ce fait, elle aime se relaxer, couper internet, téléphone et radio pour sortir dans son jardin, *« faire le vide, ne pas penser à la personne »* avant les séances de magnétisme. En effet, les soins lui demandent un effort de relaxation, de *« recentrage »*, sans quoi elle peut *« attraper des maladies »*. Si *« l'hypersensibilité »* de Gisèle la rend capable de sentir *« le mieux, le beau, quand un organe est guéri »*, son corps est souvent *« fatigué »* à la fin des séances, comme si elle avait pris une partie du mal. Il est impératif alors qu'elle se *« nettoie »* en faisant *« des choses naturelles »*, telles que le jardinage.

Notons que le contact direct est souvent réservé à la nature, car l'ambiance dégagée par le caractère sacré d'une église, d'une cathédrale, d'un dolmen suffit à accroitre l'énergie du guérisseur, là aussi selon un principe sympathique : l'énergie sacrée transite du lieu vers le

corps de l'énergéticien par leur simple proximité, ce qu'évoquent Sophie ou Clément. De plus, les objets peuvent être chargés ou déchargés tout comme le corps. Clément enterre ses pierres favorites quelques minutes dans le sable lorsqu'il va se recharger, de sorte que celles-ci puissent aussi être infusées avec les énergies de la nature. La présence d'énergie dans les pierres potentialise leurs effets, et celles-ci peuvent également restituer l'énergie au thérapeute, à la manière de batteries. En dehors de toute proximité avec la nature ou avec des lieux chargés, l'usage d'incantations ou de prières peut parfois constituer un rite de charge. Le thérapeute s'attire alors l'énergie d'un dieu ou du cosmos en lui adressant sa demande.

Par ailleurs, même si nous n'avons obtenu aucune description explicite qui permette de l'affirmer, tout porte à croire qu'il est possible de puiser l'énergie vitale d'autres individus. En effet, un des principes thérapeutiques du soin énergétique est basé en partie sur cette interaction : lorsqu'un sujet souffre d'un manque d'énergie, le thérapeute lui en rajoute. Par ailleurs, le fait qu'il existe des sorciers invite donc à considérer que les êtres humains sont des sources d'énergie vitale (Favret-Saada, 1977). Quelques commentaires de participants montrent que le transfert d'énergie durant le soin participe à les recharger. Soigner les autres devient alors auto-thérapeutique :

> Selon Christine, sa pratique la protège. *« Si je ne m'occupais pas des gens, je ne serais plus, je m'assècherais complètement, dit-elle »*. Il s'agit pour elle d'entretenir *« son chemin de vie »*. Cette thérapeute ne se sent jamais fatiguée après les séances : *« je cannibalise un peu l'énergie des gens… mais l'énergie qui n'est pas bonne pour eux, je la récupère »*. Les soins lui apportent *« un bien-être qu'elle n'avait pas avant »*.

L'énergéticien, à la différence du sorcier, est réticent à envisager de se recharger en toute connaissance de cause sur un autre être humain. Le guérisseur moderne adhère à des principes moraux d'altruisme qui fondent sa vocation. Les thérapeutes obéissent ainsi le plus souvent à la maxime d'Hippocrate, *primum non nocere* et doivent se défendre de puiser de l'énergie chez les autres pour préserver leur propre vitalité[153]. Le dispositif thérapeutique constitue alors un levier puissant d'innocentation[154] des pulsions d'autoconservation du guérisseur.

[153] Cela rejoint les observations de Favret-Saada sur le fait que le désorceleur possède les mêmes pouvoirs que le sorcier, mais qu'il les emploie seulement « pour le bien ».
[154]Roussillon évoque l'innocentation en ces termes :

De surcroit, les rituels de charge servent à potentialiser les effets bénéfiques que le thérapeute est capable de générer. Les objets chargés acquièrent par contact les propriétés curatives du thérapeute, avant d'être donnés aux clients. Les objets sont offerts pour deux raisons. La première, et la plus rare, est parce que ces objets tiennent de leur attributs un lien figuratif ou symbolique avec des éléments psychologiques manifestés par le client durant le soin. Leur présence dans le bureau du thérapeute a alors le caractère d'une synchronicité (Jung, 1952). Une fois le lien établi entre l'objet et la vie psychique du client, l'énergéticien ne peut conserver l'objet, car, par contiguïté, l'énergie de l'objet change de nature, elle n'est plus la sienne mais celle du client et le thérapeute doit lui donner. En effet, l'énergéticien doit avoir un lieu nettoyé des énergies tierces pour pratiquer et ne peut donc se permettre de garder un objet chargé par un client.

La seconde raison de ces dons, plus commune, est parce que l'objet a été chargé par le thérapeute, et que par contiguïté, l'énergie communiquée à l'objet va permettre au soin de se poursuivre en dehors de la présence du thérapeute. Daniel magnétise ainsi un mouchoir en papier quelques minutes avant de le donner à ses clients. Il leur donne pour consigne de le laisser deux semaines sous l'oreiller ou dans une poche, afin de prolonger l'effet du magnétisme. Clément, lui, catalyse les effets de la séance en proposant un verre d'une eau chargée. Soulignons à ce propos que la charge se fait ici dans non pas par Clément lui-même, mais au moyen d'une *« fleur de vie »*, un dessin géométrique dont la fonction est d'amplifier l'énergie. La carafe d'eau — en verre, car le plastique est néfaste — est posée toute la journée sur le dessin qui augmente la vibration du liquide. Cette eau chargée peut également être bue par le thérapeute lui-même afin de maintenir sa vitalité, comme l'évoquent Clément ou Sophie. Nous voyons donc que les rites de charge peuvent prendre des formes relativement variées, mais que le principe sous-jacent reste le principe de contiguïté. L'énergie vitale circule alors d'un corps à un autre, à un objet, à un lieu, et lui communique différentes propriétés. La charge sert à la fois de rite, lorsqu'elle vise à entretenir la vitalité du thérapeute, mais également de technique thérapeutique lorsqu'elle est mise au service du soin.

La décharge fait moins l'objet de rites spécifiques et s'utilise plutôt comme une technique au sein de rites de nettoyage. Lorsqu'elle est ritualisée, elle se présente dans des éléments plus discrets de la pratique et s'observe plus fréquemment pendant le soin, ou juste après. Tout l'enjeu pour l'énergéticien est d'évacuer l'énergie en surplus ou l'énergie *« négative »* susceptible de pouvoir l'affecter. Par cette action, le thérapeute signifie aussi au malade qu'il

ôte quelque chose de lui. Dans le magnétisme, la décharge se produit lorsque le thérapeute jette l'énergie cumulée pendant le soin et restée accrochée au bout de ses doigts.

> Daniel, par exemple, ponctue chaque séquence du soin par ces gestes vifs, comme s'il se débarrassait de gouttes d'eau. Selon lui, il faut prendre soin à envoyer l'énergie ainsi dégagée vers des surfaces inertes, comme les murs ou le sol, car un être vivant ou un objet pourrait la recueillir.

Si ces gestes sont les formes les plus courantes de la décharge, celle-ci se produit aussi fréquemment par des manifestations physiologiques qui mobilisent notamment la bouche. Les baillements (Clément) ou les rots (Véronique) effectués après la séance signalent bien que l'énergie ou que quelque chose sort du corps du praticien. La décharge s'inscrit le plus souvent comme technique des rites de nettoyage, que nous allons maintenant exposer.

Rites de nettoyage et de purification

Les énergéticiens s'adonnent à des rites de nettoyage afin d'ôter d'une personne, d'une partie du corps, d'un lieu ou d'un objet la trace d'énergies négatives ou inappropriées (car appartenant à un tiers). Selon Clément, de telles énergies sont susceptibles de contaminer le client comme le thérapeute. Il semble aussi qu'elles puissent perturber les capacités perceptives du praticien (ses sens sont brouillés) et inhiber ses capacités projectives (il ne parvient pas à émettre sa propre énergie). Cette énergie négative est le plus souvent un résidu immatériel laissé par la souffrance psychique d'une personne, elle est produite dans des états émotionnels jugés *« négatifs »* (ou *« de basse vibration »*), comme la colère, la tristesse ou l'angoisse. Dans des cas plus rares, l'énergie négative peut aussi signer une intentionnalité malfaisante. Elle est alors attribuée à l'influence d'un esprit, d'une entité, ou d'un individu mal intentionné qui aurait chargé le lieu, le client, ou une de ses possessions d'une énergie mauvaise afin de lui nuire. Ce type de rites a pour fonction première la consécration de son objet, elle sépare l'espace du rite, qui devient sain et exempt de projections, du monde extérieur traversé de toutes sortes d'énergies. Sur un plan plus psychologique, ce rite permet d'expurger l'angoisse en la projetant vers l'extérieur. En exécutant ce type de rites, le thérapeute se départit de ses états émotionnels négatifs et mobilise ses capacités de contenance psychique.

Comme nous l'avons vu avec Clément, la fonction de nettoyage est souvent d'une importance capitale pour l'énergéticien. Ce dernier nettoie son environnement de travail de la même manière que le chirurgien stérilise son bloc opératoire. Il accomplit son rite avant et après chaque soin. La forme la plus typique de ce rite est le lavage de mains. Comme celles-ci sont

un lieu privilégié de la circulation de l'énergie, elles sont donc des zones particulièrement sensibles à l'accumulation énergétique, qui se traduit même physiquement chez certains thérapeutes :

> Pendant les soins, la main de Gilles devient *« une sorte de seringue »* qui aspire le mal, ce qui lui provoque des douleurs dans les bras. Il se conçoit comme un *« récipient propre et sain »*, qui échange, *« donne le bon et se remplit de mauvais »*. Pour se *« vider »* à son tour, il passe ses mains longuement sous l'eau et se *« recharge »* auprès des arbres et des lieux naturels dans lesquels il médite. Cette pratique s'accompagne d'une sensation désagréable de *« saleté intérieure »*, *« comme quand on bricole dans le jardin, on a les mains sales, mais là, c'est à l'intérieur »*. Même si soigner le *« remplit »*, Gilles se sent parfois extrêmement fatigué et lourd après un soin. Il lui arrive également de percevoir, lorsqu'il soigne, une douleur qui grandit dans ses mains, au fur et à mesure que les *« filaments »* entrent en lui. De ce fait, Gilles a besoin de se laver les mains pendant un long moment pour que *« le mal disparaisse »*.

Le lavage des mains permet deux choses. Lorsqu'il est fait avant le soin, il vise à éviter toute interférence d'émission ou de perception causée par une énergie résiduelle dans les mains. Lorsqu'il est fait après le soin, il permet d'éviter la contamination de l'énergéticien, que celui-ci prenne le mal de son client. La transmission de la maladie est un des risques principaux que court un praticien qui n'utiliserait pas ces rites de nettoyage, comme a pu l'évoquer Daniel.

> Après avoir traité une verrue, Daniel frotte des tranches de pommes sur celle-ci. *« C'est pour m'éviter d'attraper les verrues »*, explique-t-il. Il me précisera plus tard qu'il avait constaté une tendance à attraper des verrues après ses soins. Cette technique, enseignée par son grand-père, permet à *« l'énergie de la verrue de se communiquer à la pomme »* plutôt qu'à son propre corps.

Notons qu'il existe d'autres formes de ce rite, comme Clément a pu le formuler. Ce thérapeute prend de longues douches en début et en fin de journée dans lesquelles il se décharge, en supplément du lavage de mains habituel après la séance.

Remarquons que les rites comme le lavage de mains impliquent souvent une sollicitation particulière de la sensorialité. La représentation d'un transfert d'énergie s'étaye sur des perceptions corporelles, comme cela est manifeste dans les propos de Gilles. Selon un principe similaire, l'évacuation de l'énergie s'appuie sur la sensorialité. Le thérapeute doit ainsi se laver les mains à l'eau pendant plusieurs minutes, afin que celle-ci s'imprègne des énergies

extérieures et les charrie hors du corps de l'énergéticien. Sur un plan plus psychologique, le fait de sentir l'eau couler pendant plusieurs minutes sur la peau semble ainsi avoir trait à la nécessité psychique de se représenter des frontières corporelles, de reconstituer une enveloppe sensorielle. Cette recherche sensorielle s'incarne également par un contraste entre la chaleur dégagée par le magnétisme et la fraicheur de l'eau. Il existe ainsi une correspondance symbolique entre le mal, souvent représenté comme un *« feu »*, et sa disparition, incarnée par son antagoniste, l'eau. Le rite permet ainsi un parallélisme entre mythes et opérations thérapeutiques.

D'autres rites de nettoyage, nettement inspirés par les traditions ésotériques, nécessitent de faire brûler de l'encens ou de la sauge dans le lieu de consultation, afin que les propriétés des parfums éloignent les mauvaises énergies et les esprits qui les véhiculent. Sylvie les évoque lors de nos entretiens :

> Pour Sylvie, le soin implique certains impératifs : elle doit *« purifier et préparer »* son salon pour recevoir ceux qu'elle soigne. Cette *« protection »* lui évite de *« capter des énergies »* qui pourraient agir sur elle ou entrer en résonance avec l'ambiance de son lieu de vie. Afin *« d'éviter les énergies négatives »*, cette thérapeute occasionnelle met en place de nombreux rituels. Elle circule dans sa maison tout en récitant des prières et en faisant brûler des bâtonnets de sauge qu'elle fabrique elle-même. Elle sélectionne, selon leurs vertus curatives, des pierres importées de l'étranger. Elle les place avec attention sur un autel constitué de mandalas et de bougies. Elle purifie ensuite ses *« pierres de soins »* avec de l'encens. Ce rituel représente pour elle la méthode la plus simple pour les entretenir ses pierres, comparativement avec d'autres sortes de rituels dont elle a connaissance.

Ces rites ne s'intègrent généralement pas dans des croyances païennes développées et se cantonnent souvent à de simples fumigations du domicile, loin du raffinement que peut connaître la sorcellerie. Si ces rituels sont parfois quotidiens, ils sont souvent pratiqués périodiquement, à l'occasion à certaines dates spécifiques et notamment en fonction du calendrier lunaire dont les évolutions sont propices aux actes magiques (Mauss & Hubert, 1904). Des formules, prières ou incantations accompagnent souvent ces rites. Elles appuient et soutiennent la fonction de nettoyage. Ces formules sont le plus souvent rudimentaires et ne s'inscrivent pas dans le champ religieux, même si elles s'adressent parfois à des Saints Chrétiens. Ces rites pourrait donc être qualifiés de magiques, selon les perspectives ouvertes par Marcel Mauss.

Les rites de nettoyage s'accompagnent parfois d'une fonction de purification, qui repose sur une combinaison de techniques. Jusqu'ici, nous avons décrit les rites de nettoyage essentiellement sous l'angle de la décharge, c'est-à-dire de la mise en œuvre de moyens pour expulser une énergie hors du lieu du rite. L'eau, en ce sens, est un véhicule qui permet, par le principe magique de contiguïté, de charrier l'énergie négative des mains vers l'extérieur. Les mouvements répétitifs de jet que les guérisseurs font avec leurs mains traduisent aussi ce processus de décharge énergétique. En revanche, la purification double généralement le nettoyage d'une technique de charge énergétique. Une fois que l'objet du rite est débarrassé de ses énergies négatives, l'énergéticien y convoque une énergie positive au moyen de prières visant à s'attribuer les faveurs de Dieu, de saints, de guides protecteurs, ou de toute autre symbole de la force vitale et du bien. La purification diffère donc du nettoyage en ce qu'elle consiste non seulement à évacuer le mauvais, mais aussi à ajouter du bon[155]. En ce sens, elle est donc à l'intermédiaire entre les rites de nettoyage et les rites de protection que nous allons maintenant aborder.

Rites de protection

Les rites de protection se confondent parfois avec ceux de nettoyage, mais leur visée diffère légèrement. Si le rituel de nettoyage vise principalement à préparer le soin, le rituel de protection est un moyen de garantir qu'aucun mal ne pourra être fait au praticien comme à son client. En ce sens, comme la purification, le rite de protection intègre souvent des techniques de charge. Le rite de protection se fait souvent avant de recevoir un client, mais il se double régulièrement d'un deuxième rite lorsque le client est sur la table. Un dernier rite de protection peut parfois être effectué pour le client à la fin de la séance.

Comme le notent Mauss et Hubert (1904) à propos de la magie, celle-ci doit nécessairement emprunter des éléments à ses voisins car elle se concentre sur des effets pratiques, mêle actes et représentations, ce qui entraîne un défaut de théorisation. Dans cette perspective, nous observons que les rites de protection du soin énergétique ne sont pas véritablement *« énergétiques »*. Nous entendons par là que ces rites se fondent surtout sur l'action de symboles propres à l'énergéticien et non sur un raisonnement énergétique, c'est-à-dire sur une mécanique des fluides vitaux. Les rites de protection sont spontanément générés, ou adoptés de manière syncrétique à partir de la religion ou de l'occultisme. C'est pour cela,

[155] Ces rituels semblent donc s'appuyer sur des logiques de clivage de l'objet que nous analysons plus en détail dans le chapitre suivant.

certainement, que ces rituels impliquent souvent la formulation d'une prière destinée aux *« anges »*, aux *« guides »*, à une divinité, aux esprits, ou à une énergie universelle, parfois qualifiée de cosmique ou divine. Cette prière prend la forme de quelques courtes phrases qui demande à protéger le lieu et les sujets d'éventuelles influences néfastes. Parfois, ces influences ne sont pas explicitement mentionnées et il est simplement attendu que cette prière favorise le bon déroulement du soin.

Par ailleurs, l'énergéticien peut également utiliser divers objets pour garantir sa protection. Tout d'abord, il peut placer du gros sel, ou d'autres éléments destinés à le protéger (feuilles de sauge, encens), à différents endroits de la maison, comme il est coutume de le faire dans les pratiques magiques. Ensuite, les bijoux ont parfois un usage protecteur. Il faut alors souvent les recharger énergétiquement pour alimenter leur fonction. En outre, les orgonites et autres dispositifs réputés anti-ondes ou anti-énergies forment un ensemble de solutions de protections plus modernes à disposition des thérapeutes. Ces objets représentent un cas assez particulier d'outils de protection, car elles reposent bien sur une conception énergétique du monde. Il est attendu par exemple que les vibrations de l'orgonite fassent office de barrière et protègent une zone proportionnelle à la taille de la pyramide. Enfin, même si nous ne pouvons l'affirmer avec certitude, il est fort probable que les effigies de saints participent également à protéger les lieux.

Dès lors, le rôle de ces objets se situe entre l'outil et le rite, puisque leur seule présence apparaît offrir une protection suffisante du lieu de consultation. En effet, nous n'avons pas eu connaissances de rite spécifiques à pratiquer sur ces objets pour garantir leur fonction de protection. Par exemple, prier devant les effigies de saints n'est jamais évoquée comme une nécessité pour s'octroyer leur protection, et il semble que se rendre dans des lieux symboliquement liés à ces effigies ne suffise. En définitive, la protection est surtout recherchée au moyen de formules, elle est peu systématisée et ne nécessite aucune offrande, contrairement au domaine religieux.

Rites de connexion

Nous désignons par *« connexion »* le processus, mais également l'état, qui unit le thérapeute au client. La connexion est fondamentale dans le soin énergétique, car elle permet au thérapeute de commencer à ressentir en lui-même les perceptions de son client. Elle s'accompagne d'un vécu perceptif et cognitif singulier que nous décrivons dans le chapitre suivant. Nous mettons ici l'accent sur l'existence de rites spécifiques qui ont pour but de

développer cette connexion. Le plus souvent, ces rites ont lieu quelques instants avant la connexion, et sont donc fréquemment conduits en séance de soins.

Cependant, les cas de Benoit et Sarah nous permettent d'affirmer que ces rites ont aussi lieu avant la séance pour certains thérapeutes.

> Chaque matin, avant ses consultations, Benoit s'installe à son bureau, se concentre et observe virtuellement devant lui un corps réduit et allongé sur sa table. Il peut voir et noter les problématiques physiques et psychiques des clients qu'il va recevoir dans la journée.

> Sarah commence souvent à travailler sur un client après la prise de contact téléphonique, dès qu'elle a pris connaissance de son nom et de sa date de naissance. Elle médite, se concentre sur sa respiration, prend la mesure de l'état de son corps et de son humeur. Elle entre dans un *« état modifié de conscience »* pour se *« connecter »* à la personne qu'elle va soigner, avec l'accord de *« l'énergie universelle »* et des *« guides »*.

Le rite de connexion est hautement répétitif et suit généralement la séquence suivante : le thérapeute s'installe dans une position spécifique par rapport à son client, par exemple près des pieds, ou de la tête (Sabrina) et appose ses mains, soit directement sur le client, soit à quelques centimètres. Le thérapeute formule mentalement, rarement à voix haute, une prière ou quelques phrases à destination de ses *« guides »* (Sarah) ou de forces naturelles (comme Pierre)[156]. Par ailleurs, les rites de connexion se caractérisent également par la recherche d'un état non ordinaire de conscience, ce que Pascal illustre :

> Pendant l'induction, Pascal *« canalise l'énergie »* : il prend une grande inspiration, et visualise *« quelque chose qui s'ouvre, comme une porte »*, puis imagine à l'expiration *« l'énergie, comme une pluie qui tombe »* sur lui. Par ce procédé, il *« se connecte »* au patient et *« ouvre le canal »*.

Camille nomme cette étape *« l'ancrage »* :

[156] Ces rites peuvent ainsi se confondre avec les rites de protection. Nous devons donc préciser que l'adresse à une entité supérieure n'implique pas forcément une demande de protection, même si cela peut être le cas, mais plutôt une demande de permission, voire de facilitation : Pierre évoque par exemple *« demander l'aide des neutrinos du soleil »*. Cela nous permet ainsi de faire la différence entre ces deux rites.

Une fois ses clients allongés et recouverts d'un plaid, elle diffuse des sons binauraux qui l'aident à se *« mettre dans un état modifié de conscience »* préalable à tout travail. En effet, elle cherche à vider son esprit de toute *« intention »* afin de *« laisser le monde spirituel travailler »*. L'*« ancrage »*, c'est-à-dire l'attention qu'elle porte à la position de ses pieds sur le sol, participe à la focaliser sur *« l'instant présent »*.

Certaines étapes de ce rite intègrent et nécessitent la participation du client, comme l'évoque Pierre, qui couvre systématiquement ses clients afin de *« refaire le moi-peau »* et de ne plus avoir *« affaire à un corps avec des organes »*. La consigne donnée au patient après ces gestes a donc toute son importance, et Pierre invite ses clients à ne rien faire et à rester allonger. Cette *injonction à la passivité,* que nous analyserons dans le chapitre suivant, précède souvent la mise en œuvre de techniques qui visent plus ou moins explicitement à rendre le client plus attentif à ses sensations internes.

Ainsi, il apparait clairement que l'utilité première du rite de connexion est de permettre au thérapeute d'entrer en état non ordinaire de conscience, de se signifier à lui-même le début du soin, et de mettre en suspens toute activité superflue à ce but. Camille évoque qu'à l'extrême, ce rituel de connexion implique un abandon du thérapeute à la situation rituelle, ce qui se traduit par un état de transe et parfois des vécus de possession : *« Je ne suis pas prête à lâcher prise et laisser une entité prendre le contrôle du soin »*. D'autres thérapeutes, comme Sarah, se laissent volontiers aller dans cette direction :

Sarah pratique la *« transe-guérison »*, ce qui implique que le thérapeute se place d'abord à côté de la personne avant d'entrer en état modifié de conscience : *« c'est comme si on n'était pas là, même si on a toujours le contrôle »* explique-t-elle. Ensuite, elle *« canalise »* des messages qui lui viennent sous des formes perceptives variées, et enfin elle formule des demandes de soins à ses guides.

Le soin prend alors des formes similaires aux rituels thérapeutiques employés par les chamans traditionnels, sous-tendus eux aussi par un appel à la cosmologie. Il apparait alors que le rite de connexion peut se diriger autant vers l'autre sujet que vers le cosmos. En ce sens, ce rite signe surtout une démarcation nette entre le registre habituel des interactions entre l'homme et l'environnement, il fait entrer le thérapeute et son client dans un espace mythique — *« consacré »*, pour reprendre les mots de Pierre.

Rites négatifs

Dans les perspectives ouvertes par Mauss, la magie se caractérise également par la présence de rites négatifs, c'est-à-dire de *« […] prohibitions, ou tout au moins de rétentions observées par des groupes entiers à l'égard de certaines choses et de certains actes. »* (Mauss, p.202). Nous avons observé des faits de cette sorte dans le soin énergétique, même si ces rites négatifs ne sont pas véritablement répétés partout et par tous. Cependant, si l'on considère que le soin énergétique est une magie qui se développe dans des groupes restreints, et donc qu'il n'existe jamais d'uniformité des pratiques parmi tous les énergéticiens, on peut voir que certaines prescriptions se dessinent naturellement dans le comportement des énergéticiens.

Par exemple, de nombreux énergéticiens, comme Clément, Christine ou Cécile évoquent qu'il faut éviter de rester trop proche des personnes dégageant une énergie négative. Cette négativité semble le plus souvent être associée aux sujets qui présentent des symptômes dépressifs. L'humeur basse, la perte de volonté, la dévalorisation, et surtout les ruminations d'échecs perpétuels sont difficilement acceptés par les énergéticiens. Cela met en évidence un paradoxe de cette pratique, puisque les thérapeutes refusent alors tout contact avec ces personnes en souffrance. Cécile met en cause la demande de guérison *« magique »* attendue par ces malades qui ne souhaitent pas s'en sortir seuls. Pourtant, n'est-ce pas là le cœur de leur souffrance, de ne pouvoir trouver les ressources pour guérir qu'auprès d'un autre ? Quand ces thérapeutes évoquent pouvoir guérir brûlures, entorses et deuils d'une simple apposition des mains, est-il alors bien surprenant que ces malades se dirigent vers eux dans l'espoir d'une guérison magique et immédiate ?

Nous remarquons que cet évitement de la négativité participe ainsi à structurer le champ d'efficacité du soin énergétique. De ce point de vue, ces malades dépressifs ou psychiquement dépendants imposent malgré eux des limites au potentiel thérapeutique des énergéticiens. Comme l'a vécu Cécile, traiter ces personnes conduit à s'engager dans une relation au long cours qui aboutit souvent sur un échec des moyens mis en œuvre et un épuisement du thérapeute. Dès lors, le vécu d'impuissance suscité sinon donne confirmation à l'énergéticien du principe sympathique : l'énergie négative que possède le client se transmet par contact à l'énergéticien, ou plutôt lorsque celui-ci n'arrive pas à traiter un malade dépressif, il déprime à son tour. Dès lors, cette règle *« éviter la négativité »* conduit les thérapeutes à fonder leur exercice sur le traitement de clients qui sont globalement en bonne santé psychique. De surcroit, cet évitement de la souffrance dépressive indique possiblement le caractère réactionnel, défensif que possède la pratique de ces thérapeutes. Pour lutter contre l'effondrement dépressif, ce type

de pratique aux fondements magiques traduisent la mise en œuvre de processus de renversement maniaques. La présence d'une souffrance dépressive aigue précédant l'apparition de la vocation de guérisseur, comme cela se retrouve dans les cas de Sophie, Gilles, Cécile ou Véronique, corrobore également cette hypothèse.

Un autre rite négatif se fonde sur le mythe selon lequel les appareils électroniques et particulièrement les téléphones diffusent des ondes néfastes susceptibles d'interférer avec les traitements. La nocivité de l'appareil est souvent proportionnelle à sa complexité technologique. Selon Clément, il faut donc bannir ces outils de l'espace de consultation ou tout du moins les empêcher d'émettre, et il s'agit dans ce cas d'un rite négatif. En revanche, il n'est pas partagé par tous les praticiens. Nous avons en effet vu plusieurs énergéticiens, comme Daniel, pratiquer au milieu de nombreux d'objets connectés : ordinateur, radio, terminal de paiement par carte bleue, montre connectée, chargeur de téléphone sans fil et téléphone portable. Par ailleurs, il existe des énergéticiens dont la pratique nécessite l'usage de la technologie, comme Matthieu qui consulte via des applications de messagerie instantanés. La tendance à éviter les ondes semble donc être une préoccupation des praticiens qui s'inscrivent dans une approche plus traditionnaliste de la pratique et qui entretiennent des convictions thérapeutiques naturistes.

En définitive, l'ensemble de ces rites participe tout autant à structurer la pratique du soin énergétique et à donner corps à une variété de mythes, qu'à favoriser l'émergence et le maintien d'états psychiques particuliers chez le thérapeute et son client. Les rites négatifs, comme les rites de protection, de nettoyage et de purification s'inscrivent dans la fonction structurante des rites. En effet, ils contribuent à faire de l'espace du soin un lieu particulier dont la fonction est univoque et permettent à l'énergéticien d'incarner parfaitement les mythes énergétiques sur lesquels ils se fondent. Notons tout de même que ces rites possèdent également une fonction psychique, puisqu'ils permettent d'innocenter ceux qui les mettent en pratique, en ce que ces rites impliquent d'éviter, sinon de mettre au dehors tout sentiment conscient d'angoisse, de colère, de tristesse, de honte ou de culpabilité, et de les remplacer par une impression de pureté. La charge et la décharge, qui peuvent être mis en œuvre tantôt de manière ritualisée, tantôt comme des techniques au service d'autres rites, transposent dans le réel deux principes fondateurs du soin énergétique : le principe de sympathie et le modèle du corps-batterie. Au regard du rôle central de ces mythes, nous comprenons mieux qu'il est essentiel que la charge et la décharge soient omniprésentes. Enfin, la connexion représente un rite dont la fonction psychique est particulièrement saillante, puisqu'il permet d'accéder à un état spécifique

nécessaire au soin. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur les processus psychiques que ce rite mobilise, et allons maintenant exposer la variété d'outils qu'emploient les énergéticiens pendant leur traitement.

7.2.3. Les outils et techniques thérapeutiques

Nous avons précédemment décrit que le soin énergétique désigne un ensemble de techniques variées, que nous avons choisi de rassembler sur la base de leur conception commune de l'existence d'une énergie vitale, et de la mise en œuvre de cette conception à des fins thérapeutiques. Hors, comme l'explique Françoise Champion (1993b), les adeptes des croyances New Age structurent leurs convictions autour d'une croyance principale marquée complétée par différents *« îlots »* idéologiques. Ils forment alors, à partir d'un axiome central et généralement commun, une sorte de culte singulier marqué par la coexistence d'idées empruntées à plusieurs écoles de pensées. Dans cette perspective, le soin par l'énergie vitale est une base sur laquelle viennent se greffer des rites ou des techniques diverses, empruntées à la religion, à la sorcellerie, à la psychothérapie ou à des pratiques thérapeutiques traditionnelles. Ces emprunts sont souvent dénommés comme des *« outils »* par nos participants. Cette construction continue du dispositif thérapeutique renvoie aux logiques du « bricolage » décrites par Claude Levi-Strauss (1962). Le propre du bricolage est ainsi *« d'élaborer des ensembles structurés, non pas directement avec d'autres ensembles structurés, mais en utilisant des résidus et des débris d'évènements […], témoins fossiles de l'histoire d'un individu ou d'une société. »* (p.33). Dans la pensée de Levi-Strauss, le bricolage désigne un acte créateur, une manière de faire tenir ensemble des éléments disparates et unis par leur fonction. En pratique, la construction des techniques des énergéticiens semble s'organiser autour de cette logique. Les thérapeutes choisissent et agencent leurs outils en fonction de leur subjectivité, de leur histoire et de leurs rencontres. Nous allons préciser les grandes catégories d'outils thérapeutiques qui figurent dans ces agencements.

Les techniques du corps : le thérapeute comme outil

Dans le soin énergétique, le corps du thérapeute est son premier outil. L'utilisation du corps s'appuie sur la représentation d'un sujet divisé en trois domaines : le corps, le mental et l'esprit[157]. L'esprit désigne l'âme humaine, la dimension spirituelle de l'homme, mais il peut

[157] Cette conception tripartite de l'humain fait ainsi écho d'une part aux racines religieuses chrétiennes de la pensée occidentale, mais également à la tradition spirite du début du XXè siècle dont certaines représentations du soin énergétique émergent (voir chapitre 1).

parfois être rattaché à des fonctions cognitives. La représentation du corps est souvent celle d'un corps multiple. Elle inclut souvent le corps physique mais aussi les corps *« étheriques »*, ces enveloppes subtiles constituées d'énergie provenant d'autres plans d'existence cosmique (Brennan, 1993). Le mental désigne la plupart du temps les fonctions cognitives et correspond, dans une perspective topique psychanalytique, au moi, à une partie du surmoi, au conscient et au préconscient. Les fonctions de l'inconscient sont distribuées entre l'esprit et le corps. La nature pulsionnelle de l'inconscient et son rôle déterministe est associé à l'esprit, tandis que sa fonction de contenant mnésique est souvent réparties entre le mental, l'esprit et le corps[158].

Dans ce contexte, le corps matérialise l'énergie vitale, car il emmagasine sa propre énergie, en même temps qu'il est le vaisseau des énergies externes (divine, cosmique, tellurique). En pratique, toutes les parties du corps de l'énergéticien sont mises à contribution dans le travail thérapeutique. Les mains ont cependant une place prépondérante, puisqu'elles permettent à la fois ce qui permet de sentir la douleur et de la guérir. Pour cela, il existe quelques gestes techniques précis, comme les passes magnétiques, l'apposition des mains ou les signes de croix accompagnées d'un secret. La main modèle l'énergie, qui devient à la fois vaisseau du remède et remède lui-même. Il existe également des techniques qui impliquent le reste du corps. Comme l'évoque Daniel, les yeux servent à focaliser l'énergie sur un point, tandis que le souffle permet d'ajouter de l'énergie s'il est chaud, ou d'apaiser une souffrance s'il est froid. Ces méthodes font parfois l'objet d'une systématisation, se retrouvent dans des manuels ou des formations comme celle qu'a suivie Sophie. Mais aucun protocole ne suffit à la pratique, et tous les énergéticiens convergent généralement vers une méthode fondée sur les mouvements instinctifs.

De ce fait, ces thérapeutes développent de véritables techniques de l'instinct qu'ils appliquent sous le vocable de *« ressenti »*. Entre perception sensorielle, mais aussi intuition et création, le ressenti a une fonction primordiale dans le contexte du soin énergétique, car il guide l'application des techniques du corps. Notons que cette capacité à travailler au ressenti n'est pas donnée immédiatement. Si la perception de l'énergie peut être innée chez un sujet, il ne

---

[158] Dès lors, dans le soin énergétique, la mémoire se dénomme plus souvent au pluriel. Il devient possible de *« nettoyer les mémoires »* (du corps ou de l'esprit), ou de faire appel à d'autres registres mémoriels, comme celui des *« mémoires akashiques »*, un concept développé par les théosophes à partir de l'Akasha hindou, qui désigne également une forme d'énergie nécessaire aux pratiques magiques (Blavatsky, 1913). Aujourd'hui, le philosophe Ervin Laszlo (2005) met en parallèle les propriétés de conservation et de transmission d'informations du champ Akashique aux découvertes de la physique quantique sur l'énergie du vide. Ce type de modèle théorique spéculatif offre toute latitude à des thérapeutes pour proposer des méthodes qui permettent de consulter ses « dossiers Akashiques » et de *Guérir grâce aux mémoires Akashiques* (Howe, 2019).

devient thérapeute que lorsqu'il apprend à l'employer en bon escient. Cela nécessite souvent un long parcours d'apprentissage qui est source de profondes remises en question, comme l'évoque Sophie. Ces perceptions, lorsqu'elles surviennent en dehors du contexte thérapeutique, sont parfois source de souffrance, comme nous l'avons entendu de Magalie ou de Sandrine.

Lors des soins, l'énergéticien est toujours à l'écoute de son propre ressenti. C'est en fonction de celui-ci qu'il va établir son diagnostic et choisir ses modalités d'intervention. Le thérapeute est même parfois absorbé totalement dans les perceptions sensorielles qui se manifestent au cours du soin et qui sont toujours attribuées à des manifestations de l'énergie du malade sur le thérapeute. Ces ressentis se présentent sous des formes sensorielles variées : chaleur, fraîcheur, flux ou écoulement d'eau, courant d'air ou courant électrique, le plus souvent dans la paume de la main au bout des doigts. Ces sensations peuvent parfois remonter aux avant-bras, voire se manifester dans la poitrine. Nous en retrouvons des manifestations chez la quasi-totalité des énergéticiens. Ces sensations sont habituellement simples à détailler et à expliciter, mais il existe aussi des sensations plus diffuses, qui s'incarnent plutôt dans le registre de l'impression ou du sentiment. Ce sont parfois des émotions qui se manifestent ainsi, comme de la colère, de la tristesse, de l'angoisse ou de la joie. La sensation de bien-être, par exemple marque souvent la fin de la séance car elle indique que le malade a été soulagé. Ce type de sensations est plus difficile à expliciter et l'origine corporelle n'apparaît pas toujours. Cette phénoménologie se retrouve dans les propos de Matthieu.

> Matthieu me parle d'Amélie, une jeune femme victime de violences conjugales qui fuit les relations amoureuses depuis sa séparation d'avec son compagnon violent. Matthieu prend la consultation en exemple pour illustrer son travail. Il rapporte qu'il a éprouvé un sentiment de grande sérénité et d'apaisement pendant qu'il écoutait Amélie. Cette dernière, au contraire, pleurait et souffrait de *« nœuds dans le ventre »* lorsqu'elle livrait son histoire intime. Matthieu a interprété son propre calme comme *« une absence de jugement »* sur l'ex-compagnon violent d'Amélie. Son sentiment était une incitation à se concentrer sur la guérison.

Certaines de ces perceptions sont des marqueurs de transition, d'évolution ou de transformation. Il s'agit des sensations de fermeture ou d'ouverture. La sensation d'ouverture se manifeste souvent par un mouvement corporel d'expansion, le plus souvent dans la poitrine, qui est proche de la décontraction ou de la détente. Le mouvement de fermeture s'apparente tantôt au relâchement et à l'apaisement, tantôt à l'absence de ressenti, ce qui indique alors la présence de résistance au travail chez le malade. La fermeture est un obstacle à dépasser si elle

se produit en début ou milieu de séance, alors que lorsqu'elle survient en fin de séance, elle est le signe que la limite du malade a été atteinte et qu'il faut terminer le soin. Enfin, les sensations de présence sont parfois rapportées par les énergéticiens et traduisent la proximité de l'esprit d'un défunt ou d'une entité surnaturelle. Cette fine connaissance de la perception s'accompagne également de techniques psychiques qui permettent au thérapeute d'exercer son influence sur le malade.

Les psychotechniques

Les techniques psychiques employées par les thérapeutes s'inscrivent dans deux catégories distinctes. La première comprend tous les actes mentaux faits par l'énergéticien pour manier l'énergie, la seconde rassemble toutes les techniques discursives utilisées par le praticien pour servir son but thérapeutique. La plupart des énergéticiens préfèrent employer des procédés de la première catégorie et font usage important de leurs capacités d'imagination et de visualisation. Pour soigner, ils formulent mentalement de courtes phrases, des prières, ou de simples intentions comme l'évoque Sophie. Bien souvent, des représentations visuelles s'ajoutent secondairement à ces formulations mentales. Certains énergéticiens, comme Camille, Véronique ou encore Cécile préfèrent directement imaginer visuellement les effets de l'énergie. Ces représentations visuelles prennent parfois la forme de l'organe guéri, ou celle de faisceaux lumineux d'énergie qui se projettent vers le corps du malade, ce qu'évoque Michel.

Le soin énergétique s'appuie souvent sur un discours du changement, formulé dans les séquences qui entourent le travail sur la table, ce qu'expliquent Sarah, Pierre ou Cécile. D'autres thérapeutes, à l'instar de Sabrina, sont formés à l'utilisation de techniques psychothérapiques, comme la programmation neuro-linguistique, l'hypnose ou les approches systémiques. Ils appliquent alors ces techniques comme des outils complémentaires pour appuyer le processus de changement, comme chez Cécile par exemple, où le travail de coaching et de méditation alimentent le soin énergétique. Ces procédés discursifs permettent aussi de répondre à des problématiques spécifiques : Sabrina applique des techniques de coaching pour traiter la dépression. Ainsi, l'introduction de ces techniques pallie aux difficultés de traitement énergétique des problématiques dépressives et relationnelles persistantes que nous avons évoquées plus tôt. Elles sont choisies et employées lorsqu'une relation thérapeutique à moyen ou long terme se noue et que l'énergétique ne suffit plus, comme le décrit Cécile à propos des clientes de son groupe.

Les outils complémentaires et magiques

En sus des techniques corporelles et psychologiques, les énergéticiens ont recours à une variété d'objets qu'ils utilisent dans un but thérapeutique. Soit ces objets s'intègrent directement dans le travail énergétique en lui-même, comme les cristaux, les crucifix, les bols chantants, les cartes colorées ou les pendules, soit ils sont prescrits au terme de la consultation, notamment lorsqu'il s'agit de consommables, comme les compléments alimentaires, l'homéopathie ou les élixirs floraux de Bach. Ces outils, pourtant issus de doctrines hétérogènes, peuvent être utilisés ensemble grâce aux principes magiques de sympathie et de contiguïté qui assurent la circulation et les effets de l'énergie. La conception énergétique sous-tend le choix et les techniques d'utilisation de ces outils à plusieurs niveaux. En effet, ceux-ci peuvent être employés consciemment pour leurs propriétés de transmission de l'énergie, mais la nature symbolique de ces objets peut également guider leur usage.

Dans cette perspective, les recommandations de consommables sont dictées d'une manière largement inconsciente par les principes de sympathie ou d'antipathie. Ainsi, le caractère naturel de ces produits est associé par sympathie au *« naturel » « bon »*, au *« soin »*, au *« traditionnel »*, par opposition à la technologie, aux *« mauvaises ondes »*, et tout ce que la modernité représente de toxique pour l'humain. Clément donne un exemple édifiant de ce processus :

> Clément bannit de son espace de consultation le téléphone portable, susceptible d'influencer la séance par les ondes qu'il émet. Il a disposé partout dans ce lieu des objets naturels qui représentent son lien avec *« la terre »* et lui permettent de s'en d'attribuer les vertus. Il dispose aussi d'un catalogue de compléments alimentaires et d'autres produits dits naturels qu'il recommande à ses clients en complément de son action. Il ne vend pas directement ces produits mais reçoit une commission pour tout achat passé sur internet provenant de ses clients.

De surcroit, le fait que les procédés mêmes de fabrication de certains de ces consommables, comme l'homéopathie ou les élixirs floraux de Bach reposent justement sur l'application technique des principes de sympathie facilite leur importation dans le contexte de l'énergétique : l'énergie naturelle et bénéfique qui s'est transmise par contact au granule de sucre homéopathique peut également se transmettre au client, tout comme l'énergie du thérapeute se communique par le contact corporel.

Cependant, le recours à de tels principes de fabrication n'est absolument pas nécessaire pour que ces consommables soient efficaces. En effet, la consommation de compléments alimentaire s'inscrit ainsi dans des fantasmes d'oralité et d'identification par incorporation : *« je suis, je deviens ce que je mange ; le mangeur est transformé analogiquement par le mangé, acquiert certaines de ses caractéristiques »* (Fischler, 1996, p. 1). Cette pensée magique appliquée au corps fait ainsi le lit de pratiques alimentaires à visée thérapeutique dont le caractère rituel est souvent marqué, comme dans le jeune thérapeutique. La consommation de produits *« détox »*, ou le crudivorisme reposent également sur ce principe selon lequel ingérer du *« naturel »* ou du *« sain »* permet de le devenir. Ces fantasmes d'incorporation, mais aussi d'excorporation dans le cas de la *« détox »*, font finalement appel à la proximité qui peut exister entre la santé et la sainteté (Prades, 2014). En ce sens, l'incorporation ou l'excorporation participe à purifier le corps, à le sanctuariser, à se rapprocher de l'idéal divin.

De ce point de vue, il n'est pas étonnant de retrouver des emprunts à la religion parmi les outils du soin énergétique. Notons que la dimension religieuse doit ici être envisagée à partir de la perspective thérapeutique, à la différence d'autres conceptions dans lesquelles la thérapie n'est qu'une fonction de la religion (Dericquebourg, 1997). En effet, si le New-âge propose une véritable dimension religieuse (Tucker, 2002), l'écart que nous observons entre les textes fondateurs et les pratiques thérapeutiques nous conduisent à affirmer, comme Valérie Rocchi (1999), que la principale dimension des rites et croyances religieuses dans le soin énergétique est celle d'un outillage au service d'une entreprise thérapeutique. Par ailleurs, les emprunts religieux ne se résument pas au New Age et incluent également le christianisme ou le bouddhisme. Il apparaît alors plus clairement que la logique thérapeutique prime sur la recherche d'une communion avec le Divin. Par exemple, lorsque Clément fait appel aux Saints Chrétiens durant ses rites de protection avant ou pendant la séance, lorsqu'il signe son patient en formulant son secret, il s'agit avant tout de guérir et de protéger le corps. De ce point de vue, les éléments religieux (prières, crucifix, effigies) semblent bien faire office d'outils.

La référence religieuse structure parfois entièrement la technique thérapeutique par le biais des rites, comme cela peut être le cas chez les guérisseurs ruraux ou chez les exorcistes. Dans ce cas, le rite de guérison par le secret, accompagné par un signe de croix, est véritablement moulé dans le creuset religieux. Le secret témoigne de la *« position religieuse obligée »* du guérisseur, qui a été doté par Dieu d'un surcroit de force vitale, d'un don de guérison et qui en retour doit rester vertueux (Julliard, 1982). Cependant, le recours exclusif au

secret, qui témoigne de la vocation du guérisseur, cède peu à peu sa place, dans les cabinets thérapeutiques, à de nouvelles représentations et usages des forces divines.

Dans le soin énergétique, les rites sont importés de la religion puis sont épurés, travaillés, recontextualisés, sans pourtant se dissocier de leur corpus initial. Ainsi, chez Clément, les effigies de St Anne d'Auray, ou de St Michel ne renvoient pas de manière univoque au corpus religieux Chrétien dont elles sont issues. Leur présence s'inscrit au sein d'un édifice mythique composite dans lequel ces figures véhiculent une certaine énergie à la nature imprécise et polymorphe. Dans une telle conception, Anne d'Auray ou St Michel côtoient aussi Bouddha, détenteur du même potentiel énergétique. Cette apparente contradiction religieuse se résout lorsque l'on considère que ces éléments ont été extraits de leur corpus initial sur la base de leur importance symbolique. Les représentations associées à ces figures ont ensuite été remaniées dans un but purement pragmatique, ici la protection contre des mauvaises énergies. Ce recours pragmatique aux éléments religieux traduit la tendance magique de ces dispositifs thérapeutiques.

Le dernier registre d'outils que nous avons identifié s'inscrit largement dans le domaine de la magie, car ils se démarquent des croyances religieuses par leur singularité. Ces outils sont d'abord employés pour leur fonction. Les outils de divination par exemple, soutiennent la perception aigue du thérapeute et l'aident à savoir où appliquer son énergie :

> Clément énumère les fonctions des différents objets de sa salle de consultation. Il saisit délicatement un pendule en améthyste qu'il laisse pendre au bout de son doigt. Il m'explique qu'il l'utilise en radiesthésie, pour déterminer les problèmes de ses clients et le remède approprié. Pour cela, il *« calibre »* les mouvements du pendule puis formule des demandes par la pensée. Les mouvements de balancier lui donnent ses réponses. Il le repose soigneusement sur un petit coussin violet foncé.

Les énergéticiens peuvent ainsi utiliser des pendules de radiesthésie, mais d'autres objets peuvent être détournés de leur usage habituel pour favoriser le processus divinatoire. Clément tient ainsi une pierre particulière dans ses mains, qui lui permettrait de *« percevoir la bonne vibration »* et de se rendre capable de *« clairvoyance »*. Dans la géobiologie, les bâtons de sourcier, comme les antennes de Lecher, ou d'autres dispositifs à l'apparence hautement technologique peuvent remplacer le pendule (Schmitz, 2006a). Patrick se sert par exemple de

plans satellites pour situer les zones des maisons sur lesquelles il doit intervenir au moyen d'un rite.

Bon nombre de ces outils reposent sur les théories du fonctionnement du champ d'énergie humaine. Par exemple, certains auteurs des soins énergétiques revendiquent que la physique quantique démontre que les corps vibrent à l'échelle moléculaire, et donc que l'essence de la matière est une vibration (McKusick, 2014). Ils attribuent, souvent au moyen d'une mesure en radiesthésie, que certains objets vibrent à différentes fréquences. Les fréquences basses, associées à la maladie, peuvent être corrigées grâce à des outils magiques, comme un diapason, employé pour resynchroniser les vibrations à une tonalité plus harmonique. Des pistes audio diffusées en 432Hz, une tonalité supposée être bénéfique pour l'organisme et refléter la résonnance électromagnétique de la terre, peuvent également être employées à cet effet. Le thérapeute énergétique peut ainsi utiliser des sons, qu'ils soient produit par un instrument (bols chantants, diapasons, carillons), par la voix ou par des enceintes d'ordinateurs, pour influer sur l'énergie. Sophie, comme Camille, diffusent par exemple des sons binauraux pour apaiser leurs clients.

Les formes géométriques complexes peuvent également être employées selon l'idée qu'elles sous-tendent l'architecture des êtres vitaux. Cette géométrie *« sacrée »* est ainsi susceptible d'être appliquée en accord avec le principe de contiguïté pour *« harmoniser »*, corriger les défauts d'organisation des systèmes vivants. Les propriétés géométriques des *« fleurs de vie »* que nous avons vues chez Clément sont supposées polariser l'énergie vitale. Par ailleurs, les cristaux incarnent souvent la perfection géométrique, et leurs caractéristiques (couleurs, taille, transparence) en font des réceptacles énergétiques privilégiés. Les poser à différents endroits du corps, en accord avec la cartographie énergétique dessinée par les chakras, produit des fluctuations de la circulation énergétique. En raison de cet effet sur le fluide vital similaire à celui des aimants d'autrefois, l'application de cristaux peut, elle aussi, ainsi remplacer les passes magnétiques, comme nous le montre Sophie :

> Sophie explique qu'elle a appris à travailler sur les *« points d'acupuncture »* avec ses doigts, ou avec un *« cristal de roche »*, qu'elle sort de sa trousse, place au-dessus de son poignet et avec lequel elle dessine des petits mouvements circulaires. *« On le met pas à même la peau, sinon ça brûle, prévient Sophie. Pour activer le point, on tourne vers la droite et pour calmer, c'est l'inverse, on tourne vers la gauche. Pour équilibrer, on tourne dans les deux sens. »* Je lui demande ce qui motive le choix de ce cristal plutôt qu'un autre et elle répond, avec une légère

hésitation que *« ça focus l'énergie dans une direction, la structure moléculaire du cristal focus l'énergie vers la pointe »*. Selon l'enseignement qu'elle a reçu, l'utilisation de pierres dans la *« cristallothérapie »* doit se faire en fonction de la structure moléculaire des roches bien plus qu'en fonction de leur forme, même si il existe des *« ondes de forme »* susceptibles de produire des effets énergétiques. Les pierres doivent être placées *« au niveau des chakras »* qui *« correspondent à des glandes endocrines »* du corps.

L'utilisation de ces outils passe souvent par une découverte empirique de leurs effets sur le propre corps du thérapeute.

Quelques mois après sa première formation en Reiki, Cécile s'inscrit au deuxième niveau, et s'intéresse en parallèle *« aux cristaux »* qui sont à ce moment *« un nouveau jouet à découvrir »*. Pour en comprendre les effets, elle place des pierres à différents endroits de son corps ou de celui des personnes qu'elle soigne afin d'en mesurer l'impact. Avec amusement, elle confie que cela lui vaut parfois de *« se mettre en vrac »* : l'action des pierres déclenche des maux de tête ou des bouffées d'angoisse soudaines.

En dernière analyse, il apparaît que l'outillage du thérapeute énergétique est fréquemment emprunté au monde du bien-être et à sa conception utilitariste (Illouz et al., 2018). Ainsi, dans cet objectif d'atteindre le mieux-être et le développement du potentiel humain, n'importe quelle méthode, technique ou rite peut virtuellement s'intégrer dans le soin énergétique, pour peu que cela puisse être rattaché à une conception énergétique de l'être humain. En effet, l'attribution de l'effet thérapeutique réside dans la conversion symbolique que subissent ces emprunts. Nous allons faire apparaître plus clairement cela en exposant maintenant le modèle de relations entre souffrance et guérison qui sous-tend le soin énergétique.

7.3. Le modèle étiologico-thérapeutique du soin énergétique

Selon Laplantine (1986), toutes les pratiques thérapeutiques reposent sur des représentations de la souffrance et des procédés à mettre en place pour la faire disparaître. Ces représentations s'organisent au sein de modèles théoriques implicites ou explicites qui régissent les modalités pratiques du soin. La biomédecine, par exemple, repose sur un modèle anatomo-clinique de la pathologie, c'est-à-dire sur la localisation dans le corps de lésions à l'origine des symptômes. Elle s'appuie donc sur des observables objectifs, se fonde sur l'étude du corps

humain et sur une forme de géographie du corps. Notons que ces modèles peuvent évoluer au cours du temps, et qu'il existe une dialectique entre des modèles opposées : la maladie peut d'abord être comprise comme un désordre causé par l'extérieur du corps, avant de devenir un symptôme d'un dysfonctionnement intérieur. Etudier ces modèles permet de mieux situer la place et le fonctionnement des dispositifs thérapeutiques. Nous proposons donc de décrire les conceptions de la maladie et du traitement dans les soins énergétiques.

7.3.1. Fonctionnalisme et anatomie dans le soin énergétique

Dans les perspectives ouvertes par Laplantine, le soin énergétique semble s'inscrire dans un modèle étiologique fonctionnel. Le modèle fonctionnel repose sur l'interprétation des symptômes comme des traces d'un déséquilibre ou d'une rupture de l'harmonie des fonctions du corps (Laplantine, 1986). En effet, le raisonnement énergétique porte toujours sur une quantité de mouvement (Jung, 1947). Ainsi, comme nous allons le voir par la suite, la souffrance s'explique dans le soin énergétique par l'arrêt du mouvement de l'énergie vitale, ou par son écoulement dérégulé. Par ailleurs, dans le fonctionnalisme, l'intérêt anatomo-géographique cède sa place à une préoccupation pour l'histoire du corps, ce qui permet d'identifier quand et comment s'est créée la maladie. La recherche étiologique est résolument tournée vers l'histoire du malade, sa vie, les évènements qui l'ont touché et ont amené son corps énergétique à dysfonctionner. Le recours à ce type de modèles est particulièrement courant dans la pratique des désorceleurs (Favret-Saada, 2009; Nathan, 2001), puisque la mise en récit du problème participe à situer les rôles des différents protagonistes d'importance. Le malheur peut alors être expliqué par l'irruption du sorcier.

Précisons toutefois que des représentations étiologiques géographiques existent également dans le soin énergétique. L'import de la philosophie indo-tibétaine et de ses chakras (Brennan, 1993) forment une théorie anatomo-pathologique du soin énergétique. De nombreux énergéticiens adoptent aujourd'hui le concept hindou de chakras pour désigner les centres énergétiques principaux du corps. Au nombre de sept, chacun est le symbole d'une dimension spécifique de la vie d'un être humain. Même sans emprunter à l'hindouisme, les énergéticiens dessinent fréquemment une cartographie des mouvements de l'énergie dans le corps. Cette cartographie correspond à un système organisé par les grandes fonctions physiologiques, ou les organes d'importance deviennent des pôles névralgiques de la circulation de l'énergie : le cœur, les poumons, la tête, le ventre, le sexe, les mains et les pieds. Les variations énergétiques pathologiques dans ces différentes zones expliquent donc la formation de symptômes auxquels leurs fonctions sont directement liées.

Cette cartographie surajoute au corps biologique un réseau anatomique secondaire et symbolique. La particularité de cette conception anatomique est qu'il ne s'agit pas, à l'inverse de la bio-médecine, d'une anatomie qui repose sur des éléments directement observables, comme les organes et leurs lésions — même si des lésions objectives, comme les cicatrices, peuvent être nouvellement interprétés en des termes énergétiques —, mais plutôt de représentations symboliques et culturellement déterminés. A chaque organe s'associe alors une fonction *« existentielle »*, somme qui symbolise ses fonctions physiologiques, psychologiques et sociales. Par exemple, l'énergie du cœur participe donc à la bonne circulation sanguine, à la vitalité de manière générale, mais aussi à toute la sphère affective et plus particulièrement amoureuse. Chez Sarah, le traitement d'un homme en mal d'amour se fait en visualisant une lumière rose qui descend sur son cœur. Ces symboles apparaissent ainsi socialement déterminés, puisés dans le référentiel culturel dans lequel les thérapeutes s'inscrivent.

Cependant, cette anatomie symbolique n'est pas directement observable, il faut d'abord entrainer, domestiquer l'observation, et ensuite entrer dans l'état particulier qui la permet (Brennan, 1993; Pierrakos, 1987).

Sophie commence à parler du *« bilan énergétique »* qui doit être réalisé avant toute intervention : *« il faut faire son étalon, on met la main au niveau des bras ou des jambes pour mesurer l'énergie »*. Mesurer de cette manière l'énergie lui est difficile car *« le ressenti peut changer selon les personnes, c'est hyper subtil »*. Elle souligne donc l'importance de parvenir à *« interpréter les ressentis »*. Depuis peu, elle parvient mieux à comprendre ce qui se produit dans son corps quand elle soigne : *« Moi, ça me fait des montées. Là où c'est pas bien, j'ai une montée dans le corps »*. Pour elle, ce travail d'interprétation n'est qu'une étape, car l'objectif est de parvenir à *« lâcher le mental, ne pas réfléchir »* et à *« faire confiance à ses ressentis »*.

Elle est encore surprise des nouvelles sensations qui ont émergé depuis sa formation à l'énergétique : *« Ça fait vingt ans que je m'occupe des gens, que je fais des massages, je sens rien, dit-elle. Même encore aujourd'hui, je touche quelqu'un, je sens rien. Par contre, si je me mets en mode énergétique, j'ai plein de choses qui me viennent »*. Je l'interroge alors sur la manière de se mettre en *« mode énergétique »*. *« Je fais ce qu'on nous a dit de faire »* répond Sophie, avant de décrire le processus de *« mise en condition »* : *« alors on se met debout, les pieds bien au sol, puis on fait le quintet préparatoire, tout ça, on visualise un rayon de soleil qui entre dans le coronal puis qui descend vers le sol. »*

Puisque les sujets initiés ou spécialement doués sont les seuls à posséder l'aptitude à percevoir ces zones corporelles, le soin énergétique est incapable de *« produire des témoins fiables »* (Stengers, 2006b) des mécanismes qu'il met en jeu, c'est à dire de garantir que son observation ne dépend pas d'un processus de suggestion[159]. Dès lors, à l'inverse de la biomédecine, le modèle anatomo-clinique ne soutient pas le modèle fonctionnel, mais il s'ajoute simplement à ce dernier qu'il légitime après-coup[160]. Au-delà de cet enjeu de fiabilité de l'observation, le soin énergétique ne peut se baser pleinement sur l'anatomie en raison d'un de ses axiomes fondateurs. En effet, le corps humain est fondamentalement reconnu comme parfait, car il est un produit de la nature, celle-ci étant elle-même parfaite, dans une perspective qui rappelle la *natura médicatrix* d'Hippocrate. Dès lors, aucune pathologie ne peut provenir d'un dysfonctionnement endogène. Ce point inflexible, et largement inconscient de la théorie du soin énergétique sous-tend son modèle étiologique.

7.3.2. L'étiologie sociogénétique des maladies

La conception étiologique du soin énergétique est résolument exogène. Puisque le corps et ses centres énergétiques sont parfaits, la pathologie ne peut apparaître qu'à cause de l'intervention d'un agent extérieur, conformément à une croyance médicale populaire :

---

[159] La psychologie est elle-même saisie par ce processus de construction sociale qui intervient dans toute formulation de maladie, comme cela a pu être discuté dans le débat sur les formes typiques de l'hystérie entre Charcot et Bernheim (Ellenberger, 2001). Faudrait-il alors accepter qu'il existe un processus d'auto-suggestion à la racine de certaines observations sur le fonctionnement humain ? Dans cette perspective, il faut alors se demander si la psychologie est bien une entreprise de découverte de l'inconscient ou si elle n'est pas plutôt un travail de construction.

[160] Cela renvoie notamment, en psychopathologie, à la manière avec laquelle des troubles psychiatriques peuvent être parfaitement étayés sur la base d'une lésion cérébrale, comme les aphasies ou les syndromes frontaux, signant la parfaite concordance entre l'organe et la fonction, et comment d'autres troubles sont pour ainsi dire « pris » dans un processus de construction psychique et sociale que l'anatomie vient légitimer après-coup. Le cas du phénotype autistique féminin semble particulièrement s'inscrire dans cette seconde catégorie (Ridley, 2019).

> *« Peut-être considéré comme sain — Claudine Herzlich l'avait déjà noté dans son enquête effectuée il y a une quinzaine d'années — tout ce qui est à la mesure de l'homme : la nourriture « naturelle », la vie à la campagne au rythme des saisons. Inversement, doit être réputé pathogène, tout ce qui est associé à la vie moderne et en particulier à l'existence urbaine, responsable des cancers, des maladies cardio-vasculaires, des maladies mentales et des accidents. » (Laplantine, 1986, p. 82).*

La remarque de Clément au sujet du tatouage évoque bien cela : après m'avoir questionné avec insistance sur mon bras droit, car il avait senti une perturbation énergétique du côté droit de mon corps, je lui révélais mon tatouage à cet endroit. *« Ah, un corps étranger »*, mentionnait-t-il, satisfait de sa trouvaille. Dans le soin énergétique, les cicatrices, ou les tatouages par exemple, créent des perturbations fonctionnelles : l'énergie sort du corps par les cicatrices, ou sa circulation est perturbée par le tracé du tatouage. Le tatouage représente ici une irruption de la modernité dans la structure parfaite du corps.

Dans cette perspective, le modèle Mesmerien a laissé une empreinte durable dans le soin énergétique. La maladie est toujours sociologiquement déterminée et imputable à des causes externes au sujet, à une forme de rupture de l'harmonie entre l'homme et l'environnement. Au sein d'un tel modèle, l'énergie représente, comme l'a montré Mauss (1923) à propos du *Mana* polynésien, la connexion fonctionnelle entre l'homme et son environnement. Le concept de *« résonnance vibratoire »*, selon lequel l'énergie d'un être vivant vibre sur les mêmes tonalités que le milieu dans lequel il est plongé, est un exemple de ces représentations qui supportent intégralement cette conception étiologique exogène. La pensée psychanalytique, en particulier l'influence des théories de Reich sur le fascisme et sur l'hygiènisme psychosocial ne sont certainement pas étrangers à la formation d'un tel modèle. Ses idées politiques véhiculent un modèle étiologique exogène qui voit la société comme source de pathogenèse. Elles se retrouvent plus tard chez Lewin et semblent ainsi avoir profondément marqué le développement des pratiques thérapeutiques psychocorporelles dans les années 60-70 (Kripal & Shuck, 2005).

Ce déterminisme social circonscrit le lieu de la rupture de l'harmonie parfaite du corps. Dans le soin énergétique, la raison des dysfonctionnements corporels est à rechercher du côté des atteintes du rôle social du corps. Cela se traduit par l'importance accordée dans ces thérapies aux évènements traumatiques socialement déterminés, comme les deuils, les conflits interpersonnels et intrafamiliaux, la souffrance au travail ou encore les maladies chroniques. Le traumatisme se crée alors par effraction du social sur le somatique. La société a imposé au

sujet des contraintes. Celles-ci l'ont amené à la rupture (le burn-out par exemple, que l'on retrouve fréquemment dans les parcours des énergéticiens), ou à réprimer ses émotions vers l'intérieur du corps, ce qui est contre-nature et pathogène. Dans cette théorie du traumatisme, il n'existe que peu de place pour penser la vulnérabilité intrinsèque du sujet aux conditions de son environnement. Celle-ci ne peut être comprise qu'à travers une représentation exogène et socio-historique, qui s'appuie souvent sur des représentations sacrificielles et font appel à la cosmologie et à la mythologie. En effet, les interprétations en termes de *« vie antérieure »*, de monde spirituel, de genèse des âmes, permettent ainsi de situer à nouveau la vulnérabilité du sujet dans un monde d'interrelations.

Nous retrouvons de telles conceptions dans la situation de Sophie :

> Depuis sa deuxième année formation, Sophie souffre de sentiments débordants et d'un désir exagéré pour Emma, une autre élève. Elle perd tous ses moyens lorsqu'elle se retrouve en sa présence, et a le sentiment qu'un lien unique existe entre elles. Emma ne semble pas partager son sentiment, ce qui blesse et interroge beaucoup Sophie, convaincue de la nature magique et indéfectible de leur lien. Ce sujet préoccupe énormément Sophie, et elle entreprend un travail auprès d'une *« thérapeute spécialisée en âme jumelles »* afin de couper ce lien. Sophie adhère rapidement aux théories proposées par sa thérapeute. Elle m'explique que les âmes jumelles proviennent de la division d'une même âme à la Source. Le but de ces âmes, par l'intermédiaire des relations qu'elles auront dans leurs vies humaines, serait de pouvoir fusionner à nouveau. Plusieurs étapes jalonnent le parcours des âmes jumelles et Sophie remarque que ces étapes sont similaires à celles de *« l'éveil »*. Elle pense que sa relation avec Emma agit comme un *« révélateur »* de *« l'amour pur »* et d'un idéal relationnel : *« c'est comme ça qu'on doit être avec les autres »*, dit-elle. Au cours de nos échanges, Sophie prendra de la distance vis-à-vis de ces théories et se mettre à les critiquer. La thérapie que nous engagerons permettra ensuite de reproduire cet attachement à mon égard pour mieux l'analyser.

Dans cet exemple, le phénomène d'âme jumelle ne peut être attribué à une vulnérabilité intrinsèque à Sophie. De plus, l'explication sociale n'offre aucun levier, puisqu'Emma ne fait apparemment rien pour blesser cette jeune thérapeute. L'étiologie de sa souffrance est alors pensée dans un autre monde, dans lequel l'origine du trouble est expliquée par la séparation d'une âme en deux. Notons par ailleurs que cette transposition se situe toujours sur un plan historique (conformément à ce que prévoit le modèle fonctionnel), mais parfois aussi sur un plan géographique : le lieu de la souffrance est différencié de telle sorte à ce que le sujet malade

ne puisse jamais être mis en cause. Dans la perspective énergétique géobiologique, si un sujet souffre dans sa maison, ce n'est pas lui qui va mal, mais bien la maison qui a été construite sur une faille tellurique (Schmitz, 2006a). La lésion est ainsi transposée hors du sujet, ce qui produit une double innocentation : ni le malade, ni son entourage ne sont responsables de la souffrance. Un cas particulier de cette transposition consiste à transposer non pas historiquement mais téléologiquement (ou prospectivement) la source du trouble. C'est-à-dire que le malheur du sujet n'est plus expliqué par un problème dans le passé mais dans le futur. Pour reprendre l'exemple de Sophie et des âmes jumelles, l'explication étiologique donnée consiste à affirmer que Sophie a développé cette relation car c'est ce qui lui permettra dans le futur d'avancer.

Enfin, le point essentiel des modèles sociogènes de maladie, selon Laplantine (1986), est leur recours à une conception quantitative de l'influence sociale :

> *« […] Ce n'est pas le milieu social qui doit être réputé pathogène en lui-même, mais seulement, comme le dit Zorn, sa « quantité ». A partir de là s'élabore la représentation de la maladie (en l'occurrence, du cancer), moins comme un effet de la culture proprement dite que comme conséquence d'un excès de culture […] » (ibid, p.84).*

7.3.3. Diagnostic et traitement : une approche par les quantités

Le modèle du soin énergétique ne fait pas exception à cette règle, bien au contraire, puisque l'énergie représente le plus souvent un fonctionnement psychique en termes de quantité d'une substance (Jung, 1996). De ce point de vue, le diagnostic, la définition du problème à traiter, se fait sous l'angle de la quantité d'énergie présente ou absente à différents endroits du corps. S'il existe quelques références théoriques et des outils techniques, comme la fameuse échelle de Bovis, qui permettent à l'énergéticien *« d'objectiver*[161] *»* les quantités d'énergie dans le corps du client, tout le traitement est entièrement soumis à l'appréciation subjective de l'énergéticien. Le recours à des méthodes de divination (pendules, appel aux esprits) offre cependant la possibilité d'innocenter la part de la subjectivité du thérapeute dans le dispositif.

En effet, l'énergéticien travaille par le biais de *ses propres représentations de la maladie*. Ces représentations sont fondées sur un raisonnement *« intuitif »*. Il est intuitif parce qu'il s'appuie sur la connaissance directe et immédiate d'une information, mais également parce qu'il repose sur une logique quantitative élémentaire. Le diagnostic se fait ainsi par

[161] L'échelle de Bovis est un instrument qui repose sur l'utilisation d'un pendule de radiesthésie.

opposition : dans les zones trop chargées, il faut enlever, dans celles qui le sont moins, il faut remettre. Les outils de chirurgie énergétique de Daniel témoignent bien de cette représentation en trop ou en plein : la seringue permet d'extraire ou d'inoculer, le râteau retire l'excès, la boule ajoute massivement de l'énergie. Le plus souvent, l'énergéticien s'appuie sur la variation d'une perception sensorielle pour savoir si zone est justement chargée ou non. Toute différence significative de quantité des sensations (température, pression, mouvement…) appelle rectification. En revanche, si rien n'est perçu, c'est que l'énergie est à un niveau satisfaisant, comme l'exprime justement Daniel : *« ce que cherche le magnétiseur, c'est ne rien ressentir »*. Cette manière de concevoir la pathologie introduit aussi une notion de mouvement, puisque l'énergie est supposée s'écouler de manière uniforme et continue dans le corps. Les variations de quantité énergétique donnent ainsi secondairement des indications sur ses fluctuations au sein de l'organisme. En ce sens, l'énergéticien se rapproche du magnétiseur mesmérien puisqu'il recherche un retour de l'harmonie, celle-ci se traduisant dans ce contexte par une absence de mouvements critiques de la circulation énergétique.

La représentation des mouvements de l'énergie sous-tend l'explication des troubles. Deux étiologies distinctes peuvent alors se dessiner. Dans la première, la plus fréquente, la circulation énergétique est perturbée et l'énergie s'accumule ou se retire d'une zone. En cas d'accumulation, la zone trop chargée énergétiquement produit un déséquilibre général qui fragilise l'ensemble du corps, puis créée une sorte de processus dégénératif. Les énergéticiens attribuent parfois une origine de cette sorte aux cancers ou aux défaillances des organes internes. Notons que ces troubles organiques peuvent précéder le déplacement de l'énergie qui vient alors alimenter un cercle pathogène. Ensuite, dans le cas où l'énergie a déserté une zone précise du corps, celui-ci perd localement sa vitalité, et la partie de l'organisme dépossédée de son énergie se retrouve exposée aux attaques du monde extérieur (cette explication nous est fournie par Benoît). Cela peut entraîner blessures, entorses, plaies, verrues, infections ou inflammations à répétition. Lorsque l'énergie est déviée ainsi de son parcours d'origine, l'énergéticien suspecte alors que la rupture de l'homéostasie est causée par un évènement symboliquement lié à la fonction de la zone concernée. Par exemple, Sabrina voit, en plaçant ses mains sur les chevilles de Madame R., que le chien de celle-ci est mort. La souffrance de ce décès pèse encore aujourd'hui sur Madame R. Ensuite, Sabrina déduit que l'amour pour ce chien a conditionné le fait que Madame R apprécie les promenades dans la nature. Les chevilles représentent ici la marche et font le trait d'union entre l'amour de la nature et le chien décédé.

Ce raisonnement étiologique peut donc rapidement se rapprocher du *« psychosomatisme »* (Jadoulle, 2003). L'anatomie symbolique du corps développée dans le soin énergétique permet ainsi de rapprocher de manière univoque chaque organe d'une fonction sociale. Toute affection d'un endroit du corps doit alors être mise en lien avec la problématique symbolique correspondante. Nous l'observons dans la rencontre avec Clément lorsqu'il me signifie que ses perceptions inhabituelles au sujet de mon bras droit peuvent s'associer à des conflits avec mon père. Dans cette perspective, l'énergéticien devient ainsi une sorte de décodeur des liens entre psyché, socius et soma. Mieux encore, il est capable d'agir sur ces liens à partir de centres énergétiques spéciaux, les chakras, qui forment l'interface de ces trois registres.

Cependant, si les modèles énergétiques intègrent bien que le corps est baigné dans le langage et les symboles, ils tiennent assez peu compte du fait que la symbolique du corps est socialement et psychiquement déterminée. Pour ainsi dire, le modèle psychosomatique ou même sociosomatique du soin énergétique est entièrement régi par son inscription sociologique, qui dicte structurellement les modes de traductions des symptômes. C'est pourquoi les différentes conceptions énergétiques qui existent dans le monde varient d'une culture à l'autre (Jolliot, 2003). En ce sens, le soin énergétique retrouve, de façon très implicite, quelques éléments essentiels des modèles étiologico-thérapeutiques de la psychanalyse et la psychosomatique, car il s'appuie sur la recherche d'une étiologie historique, intersubjective et symbolique aux troubles. Le mode de traitement proposé, nous le verrons dans le chapitre suivant, partage également certaines similarités avec la psychanalyse mais en diffère largement dans son application.

Le second modèle étiologique porte sur les facteurs perturbateurs externes au corps. Lorsque de telles étiologies sont évoquées, les troubles sont généralement plus sévères. Les causes externes ne diffèrent pas des causes internes sur le plan des troubles qu'elles peuvent provoquer. Les maladies générées par un facteur exogènes sont donc susceptibles de prendre l'apparence de n'importe quelle affection de causalité interne. Ainsi, la mise en cause d'un facteur étiologique extérieur appartient au choix du thérapeute, guidé par ses *« ressentis »*, son intuition au contact du client. Il existe plusieurs types d'étiologies exogènes, qui ont pour point commun d'invoquer sur la scène thérapeutique un tiers dont l'influence est délétère.

Tout d'abord, l'origine des troubles peut être attribuée à l'influence néfaste d'une situation[162] ou d'un individu de l'entourage du client. C'est notamment le cas lorsque des individus sont décrits comme des *« vampires psychiques »,* ou identifiés comme des *« pervers narcissiques »* qui aspirent littéralement l'énergie du client est littéralement aspirée. En dehors de ces cas radicaux, une méfiance diffuse à l'égard d'une situation relationnelle peut suffire à faire adopter à l'énergéticien un tel modèle étiologique. L'énergie du client est insuffisante pour le protéger de celle des autres, elle s'écoule dans un environnement qui l'épuise et ne favorise pas sa croissance. Comme la plupart du temps lorsque des étiologies exogènes sont énoncées, le travail énergétique ne suffit pas à résoudre le problème, et le client doit alors exécuter des rituels ou consentir à changer son comportement. Dans ces situations, l'énergéticien dit fréquemment *« ne pas avoir de baguette magique »*, comme l'explique Sarah. Un travail plus long et de véritables changements dans la vie du sujet s'imposent pour résoudre le déséquilibre chronique et sortir des contextes de déperdition énergétique. Certains thérapeutes préfèrent même se protéger de ce type de clients qui peuvent aussi les vampiriser, comme l'évoque Cécile à propos de ses premières clientes.

Ensuite, une entité ou l'esprit d'un défunt peut être mise en cause comme source de symptômes. Les esprits parasitent l'énergie du client, parfois sans l'intentionnalité de le faire, mais pour maintenir leur propre présence dans le monde. Un esprit ou une entité peut rester accrochée à l'enveloppe énergétique du client. Cela se produit souvent dans des contextes de deuils douloureux. Le sujet endeuillé devient ainsi l'otage vivant d'un morceau du défunt qui draine son énergie vitale pour survivre. Cette conception énergétique matérialise ainsi la célèbre formule de Freud à propos du deuil : *« l'ombre de l'objet tombe sur le moi »* (1917a). Le traitement, comme en psychanalyse, consiste alors à refaire circuler l'énergie bloquée au moment du deuil. Il est entendu que le sujet participe à retenir le défunt dans le monde des vivants. L'énergéticien encourage souvent le client à faire son deuil, à *« laisser partir »* ou *« dire au revoir »* à l'esprit qui le possède. Des rites peuvent être conseillés pour marquer ce travail de deuil.

Par ailleurs, les esprits et entités peuvent aussi se greffer sur un sujet lorsque celui-ci visite des lieux hantés (ces derniers sont souvent *« chargés »* négativement), ou cherche à entrer en contact avec les défunts sans avoir mis en place suffisamment de rites de protection, comme

[162] La géobiologie s'intéresse justement à ces situations dans lesquelles les caractéristiques des lieux, les lignes de l'énergie terrestre, les ondes radio, les signaux émis par les antennes et les appareils technologiques, influencent les lieux d'habitations et leurs occupants (Schmitz, 2006a).

cela peut-être le cas lors de séances d'écritures automatique ou de spiritisme. Dans ces contextes, l'énergéticien reçoit au cours du traitement des flashs ou des visions. Il entend ou canalise l'esprit, révélant ainsi son origine dans le mal du client. Selon nos participants, la révélation s'accompagne souvent, chez le client, d'une réponse émotionnelle très forte, qui suffit parfois à rétablir son état. Lorsque l'entité ou le défunt sont tenaces, leur traitement en appelle à des compétences qui se rapprochent parfois de l'exorcisme ou du désorcellement. Une lutte périlleuse s'engage alors entre le thérapeute et l'entité néfaste, comme cela se retrouve dans le cas de Véronique :

> Véronique s'engage dans un travail avec Jacquie. Frappée par une répétition de malheurs et un sentiment de peur intense, la thérapeute conclut que sa cliente *« a une entité sur elle »*. Une nuit, pendant que Véronique dort avec agitation, elle réalise un *« travail occulte »* dans un *« état de conscience modifié qui n'est pas le sommeil, mais pas l'éveil non plus »*. Elle commence par percevoir, dans un espace intermédiaire entre les espaces externes et mentaux, *« une pelote de laine »* qu'elle *« détisse »*. Des *« petits monstres »* apparaissent alors dans la chambre et viennent *« l'embêter »*. Elle se sent ensuite *« attaquée par des forces démoniaques »* et voit un *« monstrueux chien avec des dents »* contre lequel elle livre un duel : *« il y a une sortie de corps, un vrai dédoublement et une transformation en gros monstre »*, décrit Véronique. Elle triomphe de la bête grâce à *« une force décuplée »* dont elle fait preuve dans cet état. Lors de leur conversation téléphonique du lendemain, Jacquie affirme avoir *« senti quelque chose travailler »* dans la nuit et Véronique perçoit *« un bébé mort »*. La guérisseuse apprendra la guérison de Jacquie quelques semaines plus tard.

Enfin, le dernier cas d'influence externe se caractérise par sa gravité, sa rareté et son caractère occulte. Il s'agit de l'action à distance d'un sorcier, qui se manifeste surtout par la répétition de malheurs (Favret-Saada, 1977). Nous avons eu quelques allusions à cela sans avoir eu l'occasion de l'étudier plus précisément. En effet, les énergéticiens ne sont pas désorceleurs et renvoient souvent leurs clients vers ces derniers lorsqu'ils estiment avoir affaire à la sorcellerie. Véronique nous permet de mieux comprendre pourquoi l'énergétique ne recouvre pas la sorcellerie : la souffrance et la terreur que le désorcellement engendre découragent souvent les énergéticiens qui voudraient s'y consacrer. La sorcellerie reste un domaine d'expertise privilégié de quelques sujets doués.

Au terme de ce chapitre, le soin énergétique apparaît comme une pratique thérapeutique déterminée par son modèle fonctionnel, centré sur les relations entre l'homme et son

environnement. Les principaux modèles étiologiques du soin énergétique sont de deux ordres : le premier porte sur la rupture de l'homéostasie du corps et un déséquilibre des quantités d'énergies dans l'organisme, le second porte sur l'influence néfaste de la société, des individus ou des esprits sur un sujet. Le traitement s'appuie sur un recours important aux sensations corporelles immédiates et à une forme de raisonnement instinctif qui porte sur l'évolution de ces sensations. La souffrance, les atteintes somatiques sont comprises comme des conséquences de lésions d'un corps symbolique, constitué par des représentations déterminées socialement et véhiculées par le New Age, le monde du bien-être et du développement personnel dans lequel naviguent ces thérapeutes et leurs clients. Ces représentations sont plus largement partagées dans les sociétés occidentales.

Si l'énergétique se présente donc de prime abord comme une pratique visant à résoudre des problèmes somatiques, notamment lorsqu'elle s'apparente au reboutement ou au guérissage, elle vient rapidement jouer sur un terrain sociologique et psychologique par les conceptions qu'elle mobilise. L'énergétique traite ainsi des problématiques plus existentielles, elle a recours à des outils de divination et utilise même le corps à cet effet pour mettre en lumière les difficultés qu'un sujet peut avoir à vivre dans son environnement. En revanche, contrairement à la sorcellerie qui met systématiquement en cause un tiers, mobilise le groupe familial autour de la problématique sociale qui fait symptôme, le soin énergétique se passe la plupart du temps dans un espace clos, une relation duelle qui favorise l'exploration de l'intériorité et de la vie psychique. De ce point de vue, le soin énergétique se présente ainsi à l'intermédiaire entre ces pratiques qui travaillent dans et par le groupe social, comme sorcellerie (Favret-Saada, 2009), ou la guérison religieuse (Dericquebourg, 1997) et les pratiques plus intersubjectives, comme la psychothérapie. Nos participants évoquent justement cette place prise par l'énergétique dans le négatif de la religion, de la médecine et de la *« psy »* :

Véronique reçoit de jeunes adultes en pleine réflexion sur leur projet de vie, tout comme des personnes âgées qui consultent pour des douleurs ou des syndromes dépressifs : *« Souvent, dit-elle, c'est le médecin traitant qui les renvoie vers les magnétiseurs parce qu'ils veulent pas voir des psys. »*.

Selon Gisèle, le magnétisme a toujours été là, mais a été *« occulté »* par la modernité. *« Ça revient parce que les gens sont très mal »*, explique-t-elle. Aujourd'hui, *« les gens ne vont plus chez le curé, le psy fait peur, le magnétiseur, la clairvoyante est entre les deux »*, explique-t-elle.

Dans cette perspective, l'énergie s'entend comme métaphore des échanges qui peuvent avoir lieu dans l'espace de la consultation. Le caractère artificiel des rites et techniques employés soulignent également que l'essentiel du travail énergétique ne semble pas résider dans les seuls transferts de force vitale, mais plutôt dans des procédés d'influence complexes qu'il convient de décrire. Nous proposons dès lors d'explorer les soubassements psychiques de cette thérapie, afin de mieux en comprendre les processus directeurs et leurs effets intrapsychiques et intersubjectifs.

Chapitre 8. Modélisation psychanalytique du soin énergétique

Ce chapitre vise à modéliser le soin énergétique selon un référentiel théorique psychanalytique. Pour établir ce modèle, nous allons mettre en perspective nos observations sur le soin énergétique avec le cadre psychanalytique de la cure-type. Cette démarche a pour objectif de rendre les processus thérapeutiques apparents par un effet de contraste entre le dispositif thérapeutique du soin énergétique et le cadre psychanalytique. Ce travail, en finalité, permet de cerner les modalités d'action et les effets du soin énergétique, pour mieux le situer par rapport aux dispositifs de soins déjà existants. De surcroit, s'interroger sur ces pratiques thérapeutiques marginales éclaire les aspects centraux des mécanismes d'influence structurels aux relations de soins (Nathan, 2001).

Pour construire ce modèle, nous allons décomposer le soin énergétique selon une série d'analyses théoriques qui correspondent à nos hypothèses. Nous avons précédemment exposé le travail des thérapeutes sous un angle descriptif et phénoménologique. Cependant, la simple exposition des théories, des mythes et des rites employés par ces praticiens ne suffit pas à comprendre les ressorts actifs de ces dispositifs. En effet, comme le remarque Nathan, la théorie du guérisseur tient le rôle de *« leurre d'illusionniste »* : *« Tel cet objet flamboyant et mobile brandi pour détourner l'attention, elle inscrit le déroulement du processus dans un univers magique, surnaturel ou secret interdisant la perception du subterfuge technique, qui, lui, n'a en revanche rien de magique »* (2001, p. 74). Ainsi, nous avons émis, dans notre seconde hypothèse, qu'en deça des mythes sur lesquels se fondent les thérapies et des rites qui les perpétuent, se cachent des procédés d'influences complexes entre le guérisseur et le malade. Ces procédés s'appuient autant sur le contexte général de la situation thérapeutique, que sur la personne du guérisseur et sur la relation intersubjective qui se noue entre ce dernier et son patient.

La théorie psychanalytique offre des concepts pertinents pour penser les différents éléments constitutifs des dispositifs de soins (Roussillon, 1992). Dans cette perspective, nous proposons de centrer nos analyses sur quelques grandes notions autour desquelles s'articulent les pratiques thérapeutiques. A partir de notre première hypothèse proposant l'idée que le soin énergétique s'organise autour d'une régression vers les processus primaires, nous nous

intéresserons dans un premier temps au cadre (le *setting*), en ce qu'il détermine généralement les modalités d'interactions susceptibles d'avoir lieu dans le dispositif thérapeutique (Bleger, 1979). Dans un deuxième temps, nous suivrons notre deuxième hypothèse et porterons notre attention sur les processus transférentiels qui régissent la dynamique intersubjective de la rencontre entre le thérapeute et son client. Dans un troisième temps, nous examinerons les logiques des processus de transformations à partir de l'énergie comme médium malléable, ce qui nous permettra de discuter notre troisième et quatrième hypothèses qui concernent les propriétés thérapeutiques du dispositif.

8.1. Les soins énergétiques, un cadre paradoxal

Le cadre thérapeutique distingue le domaine de la thérapie de celui de l'interaction intersubjective ordinaire. En effet, *« le cadre délimite les types de réalités différentes qu'il y a à l'intérieur et à l'extérieur de lui »* (Milner, 1955 dans Chouvier, 2000, p. 33). Analyser le cadre thérapeutique revient à analyser les conditions concrètes qui déterminent les modalités de rencontre avec l'autre. Le cadre matériel, constitué du lieu de consultation et de ses objets est classiquement nommé *« setting »* depuis le travail de Winnicott (1956). Les caractéristiques concrètes du setting se doublent également de règles implicites et explicites qui constituent le cadre formel de la situation thérapeutique. Ainsi, en cure psychanalytique, le cabinet et le divan constituent le cadre au même titre que les règles principales de l'interdit du toucher ou de l'association libre (Spitz, 1956). Le cadre matériel, conjugué aux règles de la situation thérapeutique, dictent les processus relationnels qui vont se développer lors des interactions thérapeutiques ultérieures. Selon Winnicott, le thérapeute doit prêter attention à son cadre, peut-être davantage qu'à la technique même de la thérapie : *« Dans le travail que je décris, le cadre devient plus important que l'interprétation »* (1956, p. 387).

Dans le champ psychanalytique, le setting et la situation analytique rappellent celle de l'enfant tenu par sa mère, ce qui induit un fonctionnement psychique régressif qui va amener l'analysant à remettre en scène des modalités antérieures de sa vie psychique dans le transfert à l'analyste (Winnicott, 1956). Le cadre permet ainsi un parallélisme entre différents niveaux d'organisation du travail thérapeutique (Nathan, 2001) : le divan appelle à s'allonger, tout comme l'association libre favorise la régression psychique, et les modalités relationnelles actuelles peuvent ainsi s'effacer au profit de reviviscences de liens affectifs de l'enfance. De ce point de vue, il est alors possible de penser, à partir des conceptions psychanalytiques du cadre, les effets d'autres dispositifs thérapeutiques. Deux propositions théoriques posent les jalons d'une telle démarche : l'analyse du cadre psychanalytique de Bleger (1979) et l'archéologie du

cadre psychanalytique de Laplanche (1987b) et Roussillon (1992) à partir du Magnétisme animal.

Chez Bleger, la situation psychanalytique rassemble les *« constantes »* d'un processus psychanalytique en perpétuelle évolution. Ainsi, le cadre ne se repère que dans le négatif, car il *« se maintient et a tendance à être maintenu (activement de la part du psychanalyste) comme invariable ; et aussi longtemps qu'il existe en tant que tel il semble ne pas exister ou il n'entre pas en ligne de compte, de la même manière que nous ne devenons conscients des institutions ou des relations humaines, que lorsqu'elles font défaut, lorsqu'elles se bloquent ou ont cessé d'exister […] »* (Bleger, 1979, p. 257). Le cadre détermine l'espace à disposition de l'analysant, il est le lieu de projection des éléments du non-Moi et permet, par opposition, de situer et de construire le Moi. Cette propriété réflexive du cadre a pour moteur un travail du négatif qui conduit à délimiter les contours du sujet. Cela implique que le cadre ne fait pas que séparer passivement l'interne et l'externe sur la base de ses composants formels, il impose au sujet un travail psychique de mentalisation de cette séparation. Le cadre apparait alors comme un contenant, un espace à penser les pensées (Bion, 1962).

Selon Roussillon (1992), le cadre est organisé autour de deux processus : la *décharge*, expulsion des contenus de l'intérieur vers l'extérieur, et la *fixation* des contenus expulsés autour d'un élément formel du cadre. Cette expulsion entraine un processus de déconstruction de la situation thérapeutique, dans lequel les constituants du cadre sont séparés en un ensemble d'éléments[163]. Cette conception, développée à partir de l'analyse des évolutions du Magnétisme animal, résonne singulièrement avec les pratiques rituelles du soin énergétique. En effet, de nombreux rites permettent en séance de provoquer l'expulsion de l'énergie vers des contenants externes, comme les surfaces inertes, les cristaux, les tissus ou d'autres objets. Ce mouvement de décharge s'accompagne également de procédés de fixation dans la théorie de l'énergétique, puisque l'énergie du patient est susceptible de s'attacher au lieu de la consultation, au thérapeute ou bien dans les différents objets qu'il manie. Les énergéticiens semblent donc saisir l'essence de ces processus structurels du cadre thérapeutique, jusqu'à leur risque le plus insidieux, le

[163] Ce mouvement de séparation-reconstruction évoque le mouvement schizo-paranoide -> dépressif (Sp-D) théorisé par Bion (1962) qui caractérise le passage d'une organisation centrée sur la décharge et l'introjection (contenant-contenu) à une organisation centrée sur la représentation par transition de l'incohérence à la cohérence. Ainsi, le travail du cadre thérapeutique s'apparente à maintenir et garantir le processus de décharge et d'introjection, ce qui suscite, dans un temps ultérieur de travail psychique pour le thérapeute (et pour le patient) un processus de transition Sp-D, dans lequel les éléments déchargés et éclatés en reste dans le cadre trouvent une organisation autour d'un « fait choisi », un objet qui les représente. Les enjeux de ce processus dans le contexte du soin énergétique sont détaillés en 8.3.1.

totémisme. Selon Roussillon (1992), la libido déchargée dans le cadre se fixe sur un objet qui *« moule »* les processus internes mais peut également les immobiliser. Or, pour que le processus de décharge et fixation puisse être thérapeutique, la projection doit être démentie pour faciliter la circulation des contenus psychiques. Si la projection reste fixée sur l'objet, ce dernier devient un totem, représentant des pulsions menaçantes qui avaient envahi le sujet. Celles-ci ne peuvent se détoxiquer et réintégrer la psyché. Les énergéticiens développent un ensemble de rites pour empêcher cela et permettre aux crises thérapeutiques d'advenir sans entrainer de totémisation (réification des processus psychiques dans les objets du cadre). Parmi ces rites figurent par exemple la réincorporation de l'énergie avec les objets magnétisés en fin de séance, les remerciements aux guides et à l'énergie universelle ou encore le lavage des mains.

Par ailleurs, le cadre est loin d'être immuable. Les interactions thérapeutiques le modifient, entraînent des changements concrets de disposition du lieu, des adaptations techniques, des évolutions théoriques qui tendent à faire évoluer les modalités thérapeutiques elles-mêmes (Roussillon, 1992). Le processus de décharge et de fixation des contenus psychiques sur le cadre produit une déconstruction des contenus psychiques, d'où émerge une *aufhebung*, un reste qui suscite l'élaboration théorico-pratique d'un nouveau dispositif (Roussillon, 1992). Le travail du négatif s'applique alors au cadre lui-même : ce qui est projeté comme du non-Moi fait retour et devient, par fixation, un principe fondateur du nouveau cadre, une de ses conditions d'émergence[164]. Le cadre est donc un espace de transformation aux frontières fluctuantes et dont les changements sont imprimés par les interactions qui se produisent en son sein. En ce sens, le cadre peut être pensé comme un dispositif d'influence, de suggestion : du thérapeute sur le malade par le cadre, du malade sur le thérapeute dans l'interaction. C'est dans cette perspective que nous proposons d'analyser le cadre des soins énergétiques. Nous allons d'abord nous pencher sur les caractéristiques concrètes du cadre, avant de plonger dans la situation thérapeutique du le soin énergétique, pour mieux comprendre, enfin, les processus de transformation psychique qu'il mobilise.

[164] A l'extrême de ce processus, le thérapeute incorpore le cadre, il s'identifie à lui, comme l'évoque Laplanche à propos de la situation analytique : *« On peut le formuler, le reformuler encore. Je m'y suis essayé longuement avec l'image du baquet. Ici, je proposerai trois dimensions, trois fonctions de l'analyste et de ce qu'il instaure : l'analyste comme garant de la constance ; l'analyste comme pilote de la méthode et accompagnateur du processus primaire ; l'analyste comme gardien de l'énigme et provocateur du transfert »* (Laplanche, 2008, p. 430, dans Koellreuter & Naveau, 2014).

8.1.1. Le cadre matériel et la situation thérapeutique

Le choix de l'espace thérapeutique et ses implications

Le cadre matériel se caractérise d'abord par une localisation dans l'espace, un endroit dont les caractéristiques soutiennent la mise en relation du thérapeute et du patient. Pour que le cadre puisse favoriser le déploiement de la relation intersubjective, il faut qu'il forme une membrane fermée et relativement hermétique au monde extérieur, comme l'évoque Laplanche : *« pour faire une psychanalyse, il ne faut pas seulement un divan et un fauteuil, mais aussi une porte fermée »* (Laplanche, 1987, p. 211). Le choix du lieu de consultation teinte la manière avec laquelle cette membrane se constitue et influe donc sur le processus thérapeutique. Parmi les quatre formes classiques de l'exercice thérapeutique en énergétique (la pratique en cabinet, celle au domicile du thérapeute, celle chez le client, et le travail à distance), le travail dans un cabinet de consultation représente une des modalités idéales d'exercice thérapeutique, et ce pour deux raisons. Le cabinet est un lieu neutre et neutralisable, c'est-à-dire qu'il est exempt d'énergie latente et peut être purifié facilement. Le cabinet est aussi un lieu tiers, susceptible de recevoir à la place du thérapeute les processus de décharge dans le cadre.

Cependant, le travail en cabinet n'est pas l'option la plus accessible en raison de son coût et du caractère semi-professionnel de l'activité thérapeutique énergétique. Le domicile du thérapeute ou du patient constitue plus souvent le lieu des soins. Cette option présente de nombreux avantages et notamment financiers, puisque le thérapeute n'a pas besoin de financer une location supplémentaire. En outre, sur un plan plus psychologique, il existe une homologie entre l'investissement corporel et celui de l'espace intime que représente le domicile, et travailler au domicile des patients implique de plonger directement dans leur vie psychique (Crepin et al., 2020; Louit, 2012). Un tel cadre présente alors l'avantage indéniable de permettre au thérapeute d'observer des pans de la vie de son patient qui seraient restés occultés si la rencontre avait eu lieu dans un lieu tiers. Pour les énergéticiens, qui accordent une grande importance au contexte de vie de leurs clients, ces informations sur le mode de vie du client sont précieuses, c'est pourquoi certains thérapeutes, comme Pascal, préfèrent se rendre au domicile de leurs clients. En revanche, se déplacer chez ses clients implique pour le thérapeute une certaine perte de contrôle sur le cadre, puisque celui-ci doit être composé en fonction des singularités de chaque visite.

C'est peut-être pour cette raison que de nombreux énergéticiens optent finalement pour recevoir leurs clients chez eux, dans une pièce aménagée ou non à l'exercice thérapeutique. Cette solution est souvent choisie car elle répond au besoin de contrôle du cadre sans avoir à

prendre de risque financier. Toutefois, elle n'est pas sans risques psychiques pour les énergéticiens. En effet, lorsque le thérapeute choisit de pratiquer chez lui, les limites entre l'identité professionnelle et l'identité personnelle peuvent devenir plus floues. Cela peut induire, en retour, des angoisses d'effraction : le domaine professionnel ou le domaine personnel deviennent susceptibles de se confondre et de s'envahir mutuellement. Comme la technique du soin énergétique est centrée sur l'accueil des sensations du client dans le corps du thérapeute, il se forme alors une homologie de fonctionnement entre le cadre matériel et la situation thérapeutique. Rappelons qu'en psychanalyse, les composantes concrètes du cadre sont complémentaires à la situation thérapeutique. La relation régressive et l'intimité partagée avec l'analyse s'opposent à l'interdit du toucher et à la soustraction du regard. Cette complémentarité entre caractéristiques concrètes et formelles du cadre « *innocente* » la relation intime qui se noue entre analysant et analysée, elle tempère le transfert (Roussillon, 1992). Dans le soin énergétique, l'homologie de fonctionnement du dispositif catalyse au contraire le processus transférentiel.

Dans un tel contexte, des angoisses d'effraction ou de pertes de limites peuvent apparaitre. Pour lutter ou répondre face à ces sentiments d'angoisse, le sujet peut tenter de contrôler son environnement au moyen de rituels (purification, nettoyage), qui tantôt participent à dissiper l'angoisse dans l'agir, tantôt à isoler les représentations qui la sous-tendent. Ainsi, les thérapeutes peuvent mobiliser des processus plus archaïques, comme l'identification projective, pour cliver affect et représentations et les mettre à distance dans le monde extérieur. Les propos de Clément laissent entrevoir ces processus inconscients :

> Nous discutons avec Clément de la fonction rituelle des nombreux objets présents dans la chambre de son appartement qui lui sert d'espace de consultation. Nous abordons alors son cadre de travail et Clément dévie vers les risques de séduction, voire d'agression qu'entraine son activité. Il explique qu'il est vigilant à ce que son regard et son toucher soient perçus comme un procédé thérapeutique. Il dit faire preuve d'une grande prudence lorsqu'il s'agit de femmes. Il me raconte, sur un ton entre la confidence et l'avertissement, avoir identifié des femmes venues pour tenter de le séduire avec leurs attitudes *« très suggestives »*. S'il ne ferme pas la porte à une rencontre amoureuse par le biais de son travail, il dit qu'il prend soin d'affirmer autant que nécessaire sa position de soignant face à de telles tentatives.
>
> Clément s'interroge aussi sur la vulnérabilité de ses consœurs, et raconte des histoires de vol et d'entrée par effraction de personnes mal intentionnées. Lui-même prend de nombreuses

précautions au moment de la rencontre avec les clients. Clément leur demande toujours s'ils seront accompagnés car il n'a pas de salle d'attente. De plus, il vérifie par la caméra de l'interphone et par le judas de sa porte si l'apparence du client concorde avec sa voix au téléphone. Lorsque que quelqu'un entre chez Clément, il se place derrière lui afin d'éviter une possibilité d'agression. Clément me confie que certains de ses confrères auraient été de cette manière les victimes d'individus mal intentionnés. Il a par ailleurs reçu d'autres thérapeutes venus incognito pour *« tester »* ses dons de guérisons.

Le cadre de la rencontre thérapeutique en énergétique génère donc une grande quantité d'excitation liée à des fantasmes de séduction, d'agression ou de rivalité. La caractéristique de ces représentations est l'indifférenciation sujet-objet, puisque le patient comme le thérapeute sont tantôt séducteurs, tantôt abuseurs. Cette confusion sujet-objet s'incarne dans l'espace par une différenciation partielle entre le lieu de vie et le lieu de soins. Ceci amène à s'interroger sur la configuration fantasmatique qui précède la rencontre et qui dicte une telle organisation du cadre.

L'origine possible de ces fantasmes se trouve dans les mouvements transférentiels de fascination ou de rejet propres au champ des expériences exceptionnelles (Rabeyron, 2020d). Balint (1955) souligne également le rôle des mécanismes de projection et d'idéalisation dans les fantasmes sur les guérisons miraculeuses. Dans cette perspective, les représentations fantasmatiques du monde des guérisseurs sont constituées par l'idéalisation d'une figure clivée du thérapeute qui devient soit tout-puissant, soit charlatan. Ces représentations font office de Moi Idéal pour les guérisseurs, et d'imago parentale pour les malades. Cette figure idéalisée fait l'objet de fantasmes d'incorporation destinés à soutenir le narcissisme. Chaque rencontre devient alors une opportunité de réaliser ce fantasme d'incorporation pour le patient comme pour le thérapeute. Ces envies suscitent en retour des motions paranoïdes puisque l'incorporation conduit toujours à la disparition d'un sujet au profit de l'autre.

Dès lors, le surplus d'excitation produit dans la situation thérapeutique peut engendrer des mécanismes de clivage qui sous-tendent différents mouvements d'identification projective. D'un côté, le thérapeute peut être au cœur d'un fantasme de toute-puissance. Pour le patient, l'omnipotence du thérapeute écrase tout et il devient mauvais, menace de le dévorer. Les fantasmes suivants peuvent alors émerger : *« le thérapeute menace mon existence, il veut me détruire, je dois détruire le thérapeute »*. Ceci peut induire une position sceptique envers le thérapeute, une mise au défi de ses capacités, des tentatives de mettre en défaut son cadre

thérapeutique, ou encore des plaintes d'ensorcèlement par le thérapeute… Le patient peut aussi manifester de l'envie à l'égard du thérapeute, jalouser sa toute-puissance ou au contraire motiver le fantasme d'être incorporé par le thérapeute, se laisser absorber par lui. D'un autre côté, le thérapeute peut également être habité par ces fantasmes. L'idéalisation des capacités thérapeutiques se renverse sur le mode paranoïaque puis est projetée sur le patient. Il se produit alors le scénario fantasmatique suivant : *« je suis un bon thérapeute, le patient est un bon patient. Le patient est bon car il veut me séduire pour voler ce que j'ai de bon »*. Le thérapeute peut également idéaliser le client comme un sujet vulnérable dont il serait le sauveur tout-puissant.

Ce type de mouvements psychiques est habituellement modéré par un cadre professionnel établi formellement et symboliquement (cabinet de consultation, déclaration à l'état, micro-entreprise, ordre professionnel) qui affaiblit les processus d'identification[165]. La technique thérapeutique fait fonction d'écran, de pare-excitation, elle médiatise la rencontre clinique en même temps qu'elle favorise la réflexivité du thérapeute. Dans le cas du travail à domicile, le cadre permet l'identification entre le patient et le thérapeute puisque l'espace de consultation empiète sur l'espace intime. Le fait, par exemple, que Clément donne au téléphone de nombreuses indications pour se présenter en bonne et due forme à son appartement peut indiquer comment l'excitation de la rencontre et les mouvements transférentiels qu'elle engage sont alors encadrés par des mécanismes de contrôle obsessionnels.

Dans les perspectives ouvertes par Roussillon (1992), ces mécanismes de contrôle se structurent dans le cadre thérapeutique. L'issue la plus favorable à ce processus est une modification du cadre lui-même et notamment de ses dimensions formelles, par exemple par la prescription de nouvelles règles de conduite. Une autre issue, souvent plus dommageable, est celle de la projection vers le cadre matériel et les objets. Cette voie est fréquemment employée dans le soin énergétique, et elle conduit souvent au totémisme : les objets sont investis d'un pouvoir magique protecteur par des rites, comme c'est le cas pour le gros sel, la fumigation à

[165] Tout ce que nous disons ici s'applique aussi, dans une moindre mesure, à la rencontre psychothérapique. L'image du psychologue, et plus encore celle du psychanalyste sont sujettes à des fantasmes qui engendrent de tels mouvements paranoïdes. Quel psychologue n'a jamais entendu, au détour d'une conversation : *« Ah, tu es psychologue ? Alors tu vas lire dans mon esprit ? »*. Derrière cette simple affirmation existe la représentation d'un psychologue tout-puissant capable de faire effraction et de voler le contenu de la pensée. De tels propos se retrouvent ensuite dans le transfert en psychothérapie, par exemple lorsque l'analysant s'attache à son symptôme pour résister à ce qui est perçu comme un vol de l'analyste.

la sauge etc. Cependant, ces rites renforcent paradoxalement le processus projectif, dans un mouvement qui peut à son paroxysme conduire au délire, comme le montre la vignette suivante :

> Dans les suites d'un grave accident de la circulation, Françoise s'est tournée vers le magnétisme pour atténuer ses douleurs. Au départ, elle *« ne croyait pas trop à tout ça »*, mais a rapidement été convaincue et elle a alors décidé de suivre une *« formation en magnétisme et en radiesthésie »* auprès de la guérisseuse qu'elle voyait.
>
> Après cette formation, elle a *« développé des peurs »* : elle sentait des *« frôlements »* et avait la sensation permanente d'être suivie. Elle a été particulièrement marquée par le fait qu'un jour, alors qu'elle tentait d'identifier ces présences avec son pendule, celui-ci s'est mis à tournoyer très rapidement, avant de lui échapper des mains et d'aller se briser contre le sol, à quelques mètres d'elle. *« Plus j'avais peur, plus ça devenait fort, explique Françoise, et surtout, je mentalisais la peur. Quand on mentalise la peur, ça donne un état psychologique assez difficile à supporter. J'avais l'impression d'avoir ouvert la boîte de pandore »*. A cause de sa peur, elle avait développé des comportements obsessionnels. Elle devait ainsi éviter toutes les zones d'ombre : *« J'avais toutes les lumières allumées, et il ne fallait pas qu'il y ait de noir dans la maison, tous les objets noirs, tout ça »*. Elle a fini par cesser la radiesthésie, mais s'est mise à *« entendre des voix dans la nuit »*. *« Je me disais : « y'a quelqu'un dans ton appartement ! C'était des voix qui voulaient me tuer… »*, raconte Françoise.

Dans cette perspective, la projection dans le cadre matériel produit des objets ensorcelés, des totems résultants des mouvements d'identification projective encouragés par la situation thérapeutique. Il convient dès lors d'examiner plus en détail le rôle des objets dans le dispositif thérapeutique du soin énergétique.

Le cadre matériel et ses objets actifs

L'espace de consultation, son agencement, les divers objets visibles constituent le cadre matériel. Dans le soin énergétique, le cadre contient souvent une collection d'objets qui appartiennent à la culture du New âge : effigies, peintures, citations inspirantes, pierres et cristaux, motifs géométriques… Ces éléments frappent le visiteur naïf par leur étrangeté, tandis qu'elles apparaissent familières aux initiés. J'ai été particulièrement intrigué par ces objets lors du premier rendez-vous chez Clément :

Nous nous asseyons autour d'une table ronde en bois, sur des fauteuils en osier spartiates mais confortables. Je suis d'abord frappé par les objets hétérogènes, agencés en ligne et avec soin, qui délimitent clairement l'espace entre nous. Je parcours ensuite la pièce d'un coup d'œil. D'autres objets ornent une table basse engoncée dans le coin de la pièce juste à côté. Derrière moi, une table de massage surélevée et orientée en diagonale trône au centre de la pièce. De l'autre côté de la table, par terre, j'aperçois un Bouddha doré entouré de deux branches biscornues reposant à la verticale contre un volet coulissant fermé. Etrangement, quelques cadres sont posés à même le sol contre les murs. Le dispositif installé entre nous attire à nouveau mon attention. Je vois des pierres de plusieurs tailles, deux gros cristaux, mais aussi des morceaux de bois, une pomme de pin, des marrons, une petite statuette en cire de bougie et un pendule sur un petit coussin violet. Sous ces objets, plusieurs images représentent des saints et des anges. Il apparaitra rapidement dans l'entretien que la disposition de ces objets ne doit rien au hasard.

Que comprendre de la présence de ces objets dans ce dispositif thérapeutique ? Précisons d'abord que l'organisation d'un lieu et des objets qu'il contient constitue un univers structuré de signes qui traduisent les modalités relationnelles de l'homme à ses pairs et au monde dans lequel il évolue (Baudrillard, 1968). Baudrillard note que les ambiances modernes, caractéristiques de la société de consommation, sont surtout dominées par une pensée fonctionnaliste, selon laquelle les lieux sont agencés pour résoudre un problème : une pièce doit ainsi *« donner la réponse la plus subtile à un enchevêtrement de données »* (p.35). Le rangement, par exemple, correspond dans cette perspective à une forme *« d'hypocondrie du message »*, et une pièce doit être rangée de manière à ce que tous les liens de communication possibles avec les objets soient explicites et clairs. Cette modernité s'oppose ainsi à des modes de relations plus anciens aux locaux et aux objets, dans lesquels les objets avaient avec leurs propriétaires une forme de lien intime qui traduisait les goûts esthétiques subjectifs.

Les énergéticiens semblent s'inscrire entre ces deux modalités d'agencement de l'espace et des objets. D'un côté, l'organisation du lieu de consultation s'intègre dans un *« discours poétique »* (Baudrillard, 1968, p.34) des objets, qui créée une *« ambiance intériorisée »*, dans laquelle les lieux et les objets rappellent ou évoquent des fonctions organiques ou psychiques, comme les émotions, le confort, la détente ou la clarté. D'un autre côté, les objets sont présents afin de communiquer quelque chose au visiteur, ils constituent et véhiculent un univers signifiant selon des modalités plus modernes dans lesquelles seuls doivent apparaître les objets qui délivrent un message pertinent pour le visiteur. Par exemple, le placard dans lequel Clément

range ses effets personnels est fermé, de même que les portes ouvrant sur son appartement. Les livres, brochures et carnets qu'il consulte parfois sont placés dans un meuble derrière lui, strictement inaccessibles aux visiteurs. Ce type de situations exprime ainsi qu'une seule modalité relationnelle est possible dans cet espace.

Par ailleurs, comme le propose Baudrillard, *« l'objet est fondamentalement anthropomorphique »* (p.39), aussi la présence d'objets porteurs de signification témoigne d'un premier mouvement psychique projectif du thérapeute, qui introduit dans son cadre de travail des représentations issues de sa propre psyché[166]. Ce processus de déplacement, d'extension du Moi du thérapeute vers le cadre matériel et ses objets apparaît plus clairement chez Sabrina :

> Sabrina est installée en cabinet libéral depuis un an. Elle décrit un lieu de consultation sobre, contenant deux fauteuils bas et une table de massage, avec un tapis coloré et quelques effigies bouddhistes comme seuls éléments décoratifs. Cette thérapeute croit en *« des énergies supérieures »* et conçoit les figures religieuses comme *« une personnification »* de ces énergies. Sous la table, elle a placé des *« symboles féminins et masculins »*, deux motifs géométriques circulaires d'une quarantaine de centimètres de diamètre qui *« facilitent »* son travail. Deux objets plus personnels sont présents dans son bureau. L'un est une statuette d'arbre ornée de pierres précieuses qu'elle a également mis sous la table, l'autre est une petite boite qui contient des *« affaires »* des gens qu'elle a perdus, car elle ressent le besoin qu'ils *« l'accompagnent symboliquement »*.

Du fait de ces processus projectifs, ces objets choisis ont un caractère singulier, puisque leur présence n'est pas légitimée par leur seule fonction. De ce fait, ces objets énigmatiques placés en pleine vue contribuent à provoquer des fantasmes autour de leur rôle dans l'espace de consultation. J'ai noté cela chez Clément, car j'ai été tant habité par le questionnement à propos de ces objets que je ne me suis intéressé qu'à cela lors du premier entretien chez lui, oubliant la grille d'entretien. Ces objets sont énigmatiques parce que leurs caractéristiques ou encore

[166] Une telle projection est commune, et nous supposons même que cela participe à l'établissement de la relation thérapeutique. Les patients accueillis en services hospitaliers évoquent fréquemment le caractère impersonnel des locaux, et par extension des soins qui leurs sont proposés. De ce point de vue, un thérapeute a donc tout intérêt à personnaliser les espaces de soins.

l'endroit où ils sont placés sont particulièrement difficiles à décrire verbalement[167]. En ce sens, ces objets sont des *« objets actifs »*, voire des *« anti-objets »*, comme l'explique Tobie Nathan :

> *« Les systèmes qui [emploient des objets actifs] utilisent des objets composites (comme les plats cuisinés ou les objets d'industrie mais dont on ne peut percevoir la fonction), associant des éléments provenant d'univers hétérogènes (monde animal, végétal, minéral). Ces éléments sont soit sans fonction dans la culture considérée (cailloux, excréments, mauvaises herbes, peaux de batraciens), soit utilisés dans des fonctions anticulturelles (lettres de l'alphabet considérées comme des choses et non comme des signes) et qui, en tout cas et c'est crucial, sont contenus dans une même enveloppe. » (Nathan, 2001, p. 119)*

Dans le domaine du soin énergétique, les fleurs de vie sont un exemple de ces objets considérés comme des choses et non comme des signes. Ces papiers sur lesquels figurent des dessins géométriques interagissent avec l'énergie. Les couleurs ont également cette propriété. Les orgonites sont des objets manufacturés à partir de différents métaux, plastiques et parfois végétaux dont la fonction ne peut qu'échapper aux non-initiés. Dans le contexte thérapeutique, ces objets actifs produisent un effet de fascination, ils dirigent l'investissement vers le cadre et surtout, comme le propose Nathan, permettent au thérapeute d'appliquer la logique du monde des objets au domaine de la pensée. Comme les objets sont les dépositaires de la fixation des processus psychique dans le cadre (Roussillon, 1992), la manipulation de ces objets permettrait alors de travailler les processus psychiques par l'intermédiaire d'effets de médiation. Retenons pour l'instant que le cadre formel, composé du lieu de consultation et de ses objets, constitue un espace idéal pour les processus projectifs et la mobilisation de fantasmes et de jeux d'identification.

Du cadre matériel à l'ambiance

Les lieux de consultation des énergéticiens se caractérisent souvent par une ambiance singulière. Cette ambiance est, selon Nathan, *« le milieu dans lequel peut se manifester l'efficacité propre à l'objet »* (2001, p.119). L'ambiance se constitue non seulement par la présence (ou l'absence) d'objets mais aussi par les musiques et odeurs diffusées qui participent

[167] Cette caractéristique motive souvent l'idée de recourir à des photographies ou des vidéos pour mieux élucider l'énigme que ces objets représentent. Cependant, c'est la place de ces objets dans la situation d'énonciation qui produit ce saisissement. Le rapport à une image de l'objet ne donnerait accès qu'à ses aspects figuratifs et symboliques.

à la constitution d'une atmosphère singulière. L'atmosphère, dans la théorie psychanalytique, est définie comme *« ce qui suit, entoure, englobe un objet, mettant en avant ses qualités d'enveloppement et de contenance. L'utilisation figurale et métaphorique du terme amène, en outre, à associer cette entité physique et matérielle à une qualité sensible et esthésique. Ainsi, l'atmosphère est-elle fréquemment liée à une tonalité et à une coloration affective. »* (Rebollar & Rabeyron, 2016, p. 479). La musique, les odeurs et la décoration sont dans cette perspective des *« signifiants atmosphériques »*, c'est-à-dire des modalités de projection de contenus psychiques non-symbolisés dans l'environnement. Que sont alors ces contenus signifiants ainsi projetés et quel est leur rôle dans le travail thérapeutique ?

Dans le soin énergétique, la visée principale des diffuseurs d'huiles essentielles et des musiques méditatives est de favoriser un état de relaxation. Les effets de telles musiques ont déjà été étudiés dans d'autres contextes. Par exemple, 15 minutes de battements réguliers d'un tambour chamanique ou d'une musique de méditation produisent des effets physiologiques (baisse de cortisol), et couplées avec des procédés suggestifs (par exemple imaginer un trou s'ouvrir dans le sol), elles induisent des expériences de rêverie (Gingras et al., 2014). Dans un contexte périnatal, diffuser de la musique de méditation pendant une césarienne permet de réduire significativement l'anxiété et les douleurs jusqu'au lendemain de l'opération, et améliore la qualité de vie des patientes en post-opératoire (Kurdi & Gasti, 2018). Par ailleurs, les sons binauraux[168], ont des effets bénéfiques sur les activités cognitives, notamment la mémoire de travail visuo-spatiale (Beauchene et al., 2016), la flexibilité cognitive (Hommel et al., 2016) ou encore la créativité (Reedijk et al., 2013).

Ainsi, les musiques de méditation semblent avoir des effets bénéfiques sur le stress, l'humeur ou les douleurs, et surtout, lorsqu'elle sont employées dans un cadre suggestif, elles facilitent la survenue de sensations corporelles inhabituelles et d'expériences de rêveries[169] (Gingras et al., 2014). Ces données rejoignent les constats faits par les ethnomusicologues sur les traditions thérapeutiques dont s'inspirent les énergéticiens, notamment les traditions

[168] Les sons binauraux sont des stimuli auditifs qui permettent au cortex de simuler la perception d'un stimulus sonore illusoire correspondant à la différence de fréquence des deux sons. Ainsi, en diffusant des tonalités fréquences différentes à chaque oreille, par exemple 345Hz à droite et 335Hz à gauche, l'auditeur entend une vibration de 10Hz.

[169] D'un point de vue méthodologique, il faut cependant noter que la musique de méditation est toujours testée dans un cadre adapté : les sujets sont souvent allongés, et une induction verbale leur est parfois proposée afin qu'ils se détendent. Les effets des musiques de méditations sont donc certainement observables dans un seul cadre thérapeutique où ils médiatisent les effets plus généraux du contexte. Là où un effet spécifique de la musique est observé dans le cadre thérapeutique, celui-ci disparaitrait certainement dans un autre cadre (par exemple une rue bruyante avec un sujet debout qui écouterait de la musique de méditation diffusée dans un haut-parleur).

chamaniques qui utilisent la musique comme outil pour entrer dans des états de transe nécessaires à la guérison (Horden, 2017; Moreno, 1988). Notons également, dans une perspective plus historique, que Mesmer menait ses séances en musique. Un orchestre de musique classique était souvent présent non loin du baquet, quand ce n'était pas Mesmer lui-même qui jouait de son harmonica de verre pendant la séance (Thuillier, 2004).

Par ailleurs, les odeurs, les encens et plus particulièrement les huiles essentielles participent à la constitution de l'ambiance thérapeutique du soin énergétique. Comme pour la musique, quelques effets psychologiques de l'aromathérapie ont pu être mis en évidence par des recherches expérimentales. Par exemple, la diffusion aérienne d'huile essentielle de lavande semble avoir des effets bénéfiques sur le stress chez des patients hospitalisés pour des opérations cardiaques (Tahmasbi et al., 2012), tout comme sur le stress professionnel des infirmières hospitalières (Chen et al., 2015)[170]. Dans le soin énergétique, l'utilisation de l'aromathérapie est motivée par la recherche d'une certaine ambiance au sein des cabinets de consultation[171]. Ces arômes végétaux peuvent évoquer la Nature et marquer une opposition symbolique et sensorielle avec les odeurs qui imprègnent les villes.

De surcroit, les parfums, comme les sons, sont des marqueurs culturels à part entière. En effet, *« les sons sont d'utiles indications qui dépendent étroitement d'univers culturels et temporels spécifiques au sein desquels les individus sont immergés. »* (Gélard, 2016, p. 99). Ces composantes sensorielles du cadre véhiculent donc un univers de significations propre à la culture New Age dont provient le soin énergétique. Ces marqueurs culturels que sont les objets, les sons[172] et les odeurs peuvent ainsi suscitent un sentiment de familiarité chez les initiés, mais ont aussi le potentiel de provoquer une rupture avec le domaine anthropologique habituel du sujet, en le propulsant dans une aire culturelle radicalement différente dans son apparence et sa sensorialité. Entrer dans le cabinet d'un énergéticien, c'est entrer dans un espace dans lequel un semblable, un sujet issu de notre culture, se présente pourtant dans un monde étranger de

[170] Ces résultats restent très critiqués dans la littérature (Cooke & Ernst, 2000) et les preuves en faveur des effets de l'aromathérapie sont encore insuffisantes (Hur et al., 2014).

[171] Si le lecteur peine à reconnaitre qu'il puisse exister des effets d'influence liés à « l'ambiance », car aucune des sources que nous avons apporté ne constitue une preuve robuste de l'existence de cet effet, il pourra constater que la construction de l'atmosphère est au centre d'une nouvelle application du marketing depuis une vingtaine d'années. En effet, les aspects tactiles d'un emballage ou d'un produit, de même que la décoration d'un lieu et surtout son odeur et les musiques qui y sont diffusées participent à déterminer les comportements des consommateurs (Rieunier, 2017).

[172] Je remarquerais, lors d'un séminaire de thèse, la difficulté à décrire ces musiques en des termes qui ne se rapportent pas au domaine du bien-être où à la méditation. Cela signe bien l'ancrage culturel fort de ces musiques, que l'on n'entend jamais hors des espaces dédiés à ces pratiques.

significations. Le rôle important de ce mécanisme dans les dispositifs des guérisseurs est également repéré par Tobie Nathan : *« A cette condition, l'objet déclenche — ou plus précisément contribue à déclencher — le décollement du contenu et autorise l'expulsion du sujet hors de l'univers ordinaire. Bref, il instaure ce qu'en psychanalyse on a coutume d'appeler « transfert » et rend ce processus professionnellement maniable. »* (2001, p.139)

Cette expulsion hors de l'ordinaire, ou plutôt immersion dans le champ de l'énergétique, peut produire un effet de sidération qui facilite la mise en place d'un processus hypnotique (Roustang, 2003).

Une défaillance du cadre illustre alors le rôle déterminant de l'ambiance dans la survenue et le maintien de l'état hypnotique :

> Je ne saurais estimer depuis combien de temps j'observe Clément penché au-dessus de Madame E. Il se déplace lentement autour d'elle et laisser glisser ses mains à quelques centimètres de son corps, il marmonne, se signe, puis reprend ses passes magnétiques. Une mélodie entrainant provenant d'un appartement voisin commence à se faire entendre. Elle attire mon attention, ce qui marque un contraste avec le calme et la concentration marquée de Clément et sa cliente. D'un seul coup, les gestes de Clément me semblent curieusement vides, comme si la séance n'était qu'une étrange chorégraphie. Après plusieurs minutes, Clément s'excuse pour les nuisances sonores qui continuent de sévir. J'éprouve un profond sentiment d'ennui et je jette un œil à mon carnet de notes. Il est quasi vide depuis que Madame E est allongé sur la table de massage. Je consulte discrètement l'heure et constate que j'étais absorbé dans la séance depuis près de trente minutes.

L'atmosphère du soin énergétique est une atmosphère hypnoïde et régressive, elle est saturé de pré-représentations, de symboles culturels (effigies de bouddha, odeurs, musiques). Le dispositif psychanalytique, à l'inverse, se veut plus neutre et favorise le développement une *« atmosphère de symbolisation »* qui permet à l'analysant de symboliser les éléments en marge du Moi qui sont projetés à l'extérieur de l'appareil psychique (Rebollar & Rabeyron, 2016). L'atmosphère du soin énergétique diffère de l'atmosphère psychanalytique en ce qu'elle est *« atmosphérisante »*, c'est-à-dire qu'elle représente et catalyse les processus de *« mise en atmosphère »* des contenus psychiques. Elle favorise les processus qui conduisent à un

déplacement latéral des contenus psychiques[173], contrairement à l'atmosphère psychanalytique qui suscite un mouvement d'élaboration et de progression des contenus psychiques depuis les processus primaires vers les processus secondaires. De ce fait, le cadre du soin énergétique favorise la formation de signifiants atmosphériques, ces messages qui signent ces déplacements de contenus psychiques d'une modalité de représentation primaire à une autre.

Selon notre première hypothèse, les représentations vitalistes de l'énergie peuvent alors se comprendre comme une projection dans le cadre de cette atmosphère et des processus qui l'animent. En effet, d'après Rebollar & Rabeyron, l'atmosphère et ses propriétés sont susceptibles d'être perçues comme un objet, par un renversement de la logique contenant-contenu : *« L'atmosphère devient alors un "objet" miroir, une "solution" au sens chimique et photographique du terme, où peuvent s'inscrire et se révéler les "impressions" en cours de symbolisation ; un objet particulier puisqu'il se fait objet-zone de chevauchement entre patient, thérapeute et environnement. »* (ibid. p.490). A l'extrême de ce processus, comme le précise Roussillon (1992), les objets deviennent des lieux de « fixation » de la pensée, c'est-à-dire que le maniement des objets dans le cadre thérapeutique remplace, par homologie, le traitement des contenus de la pensée projetés en eux. Dès lors, la pensée *« énergétique »*, devient une modalité de représentation de ce fonctionnement psychique qui apparait à découvert dans les systèmes thérapeutiques des guérisseurs. L'omniprésence du concept d'énergie dans les traditions religieuses (Jolliot, 2013), l'apparente universalité de la notion de *« mana »* chez les primitifs (Mauss & Hubert, 1904) alimentent également cette hypothèse.

De surcroit, dans le modèle fonctionnaliste et sociogénétique qui sous-tend le soin énergétique, la maladie provient du milieu dans lequel vit l'Homme. Dès lors, la prise en compte de l'atmosphère devient capitale dans la pratique thérapeutique, puisque le remède peut lui aussi être trouvé en changeant ce milieu. Le soin énergétique repose donc, au moins en partie, sur un travail par l'atmosphère et ses signifiants, c'est pourquoi de nombreux rites sont dédiés à épurer l'atmosphère du lieu de consultation de toutes mauvaises énergies potentiellement pathogènes. En outre, cette représentation du rôle de l'atmosphère se retrouve à plusieurs niveaux d'organisation du soin énergétique. Les enveloppes énergétiques qui entourent un sujet forment son atmosphère subjective, tandis que la présence d'entités ou de défunts peut se remarquer par un changement dans l'ambiance des lieux. Par ailleurs, les lieux *« chargés »* ou sacrés ont une

[173] C'est-à-dire la projection, l'identification projective, la télépathie, l'hallucination, la coïncidence, la somatisation et la conversion.

atmosphère particulière capable de guérir ou de recharger un thérapeute. Dans un autre contexte, Cécile explique que la connexion à son client génère une *« ambiance différente »* à l'intérieur de son propre corps.

Cette omniprésence de l'atmosphère dans le soin énergétique signe ainsi la présence d'une logique thérapeutique d'articulation entre contenants et contenus (Rebollar et Rabeyron, 2016). Puisque l'atmosphère du soin énergétique favorise l'assimilation des processus psychiques aux objets du cadre, un des enjeux du travail thérapeutique énergétique réside alors dans le fait que le thérapeute soit capable de métaboliser l'éprouvé atmosphérique, afin d'éviter la fixation définitive des processus psychiques dans le cadre. En effet, dans les contextes cliniques où l'atmosphère tient un rôle prédominant, *« Les fonctions thérapeutiques recherchées seront alors du registre du partage esthésique et affectif, de la création d'impressions sécures communes afin que puisse être accueillies, représentées et transformées les impressions sensori-affectives traumatiques […] »* (Ibid. p.491). Dès lors, l'intérêt porté sur le corps, sur l'intuition et le recours aux méthodes de divination peuvent se comprendre comme des techniques de métabolisation par l'atmosphère.

Le cadre du soin énergétique, par la pléthore d'objets représentants mais énigmatiques qu'il contient, et parce qu'il joue sur les enveloppes sonores et olfactives, contribue à créer une atmosphère propice aux phénomènes de projection qui favorise le report de la pensée sur les dimensions concrètes du cadre. La fixation des processus et contenus psychiques dans le cadre matériel peut conduire à la fétichisation des objets du dispositif (Roussillon, 1992). Comme le fétiche est un « symbole du non-symbolisable » (Abraham & Torok, 1995), les objets se substituent aux fonctions vitales qu'ils étaient supposés représenter, ils réifient les contenus non-symbolisés et projetés qu'ils reflètent. Ce processus, qui mène souvent à la mystification du sujet, est pourtant nécessaire dans les premiers temps de la thérapie puisqu'il participe à l'instauration du transfert et innocente la relation entre patient et thérapeute (Roussillon, 1992). L'issue thérapeutique de ce processus dépend alors de la capacité du thérapeute à travailler avec le fétiche.

En effet, le soin énergétique, comme d'autres systèmes traditionnels de guérison, sait faire usage des objets totems, ces anti-objets, pour provoquer un travail de médiation[174] (Nathan, 2001). Ainsi, lorsque le thérapeute est capable de penser et de travailler avec ces

[174] Ce travail de médiation est détaillé à partir de la page 495.

processus de projection dans l'atmosphère, il favorise la relance du processus de symbolisation. Le soin énergétique propose plus précisément de fixer les processus psychiques sur le corps, produisant ainsi un changement *« d'ambiance »* corporelle, pour reprendre les mots de Cécile, afin que puisse s'engager un travail de communication entre l'énergéticien et son client. Ce travail, dans le soin énergétique, engage les éprouvés du thérapeute et mobilise surtout son corps. Cette trajectoire inédite des contenus psychiques repose sur des éléments particuliers du cadre qu'il faut maintenant préciser.

8.1.2. Suggestion et situation thérapeutique dans le soin énergétique

Les composantes matérielles du cadre s'articulent avec ses aspects formels, c'est-à-dire les règles, consignes et discours qui sont formulés à propos de la thérapie et de son processus. Ces dimensions du cadre relèvent de l'inscription du dispositif thérapeutique dans un univers de signifiants qui structure ses effets. De ce point de vue, le cadre formel doit être composé comme une composante active du dispositif thérapeutique, puisque son rôle ne consiste pas seulement à délimiter l'espace et le temps de la relation, mais aussi à en déterminer la nature. La cadre thérapeutique n'est donc jamais un dispositif neutre. Cette partie va en premier lieu permettre d'introduire plus théoriquement le rôle des processus de suggestion dans la situation thérapeutique, et de définir en quoi le discours qui entoure le soin énergétique constitue une première suggestion, condition de son efficacité. Un deuxième processus de suggestion apparaîtra plus clairement en second lieu, lors de l'analyse des discours contradictoires du cadre matériel et du cadre formel. Le résultat de ces discours est celui d'un processus hypnotique singulier qui sera décrit en dernier lieu.

Du cadre formel à la suggestion

En psychanalyse, le cadre s'établit sur le modèle du *holding* maternel (Winnicott, 1960). La relation thérapeutique apparaît ainsi composée de deux dimensions, le *cure* et le *care* (Winnicott, 1970). Le premier désigne la réponse technique apportée aux besoins du malade, le second désigne l'attention portée sur lui et sur sa croissance. Selon Winnicott, les deux dimensions doivent être mêlées dans le soin : sans le *care,* le *cure* ne devient qu'une pure exécution technique, potentiellement violente et aliénante. Un aspect du *care* consiste à refléter au sujet ses propres besoins afin de favoriser sa subjectivation, à l'instar du rôle de la mère qui se fait le miroir des états émotionnels de son bébé, ce qui favorise la construction de l'identité et du Moi (Jung & Roussillon, 2013). Selon Bion (1962), ce processus implique une forme de communication. La mère, en état de rêverie, reçoit les éléments psychiques que l'enfant ne peut pas encore penser (les éléments *bêta*) et leur donne une forme, ce qui permet à l'enfant de se

les approprier. Les sensations corporelles deviennent alors des représentations et l'enfant s'inscrit dans le langage et son réseau de significations. Bion nomme ce processus de symbolisation *« la fonction alpha de la mère »* (Bion, 1962, p. 53). Dans cette perspective, les relations précoces déterminent donc en grande partie la manière avec laquelle la relation thérapeutique est incarnée, autant par le soignant que par le soigné.

Cependant, ce modèle du thérapeute comme miroir *« sans mémoire et sans désir »* (Bion, 1989) du sujet doit être nuancé. En effet, la présence du thérapeute n'est jamais neutre, tout comme celle du parent. Selon Ferenczi (1949), il existe une différence de langage entre l'adulte et l'enfant, c'est-à-dire que les mots, les attitudes, les comportements parentaux sont chargés de messages sexuels latents que l'enfant ne pourra penser qu'une fois adulte (Ferenczi ; 1949). Ces messages constituent une « énigme », un répertoire de contenus psychiques impensés en attente d'une traduction ultérieure (Laplanche, 1987). L'élaboration de l'énigme s'accomplit à la fois de manière endogène, par la construction de fantasmes, mais aussi de manière exogène, dans l'intersubjectivité, puisque le sujet puis dans les mythes et symboles partagés dans la culture pour alimenter le processus de subjectivation. Pour Laplanche, la relation du sujet à l'énigme se réactive à travers un *« transfert en creux »* avec le thérapeute. L'analysant va ainsi chercher à donner une nouvelle traduction aux messages énigmatiques, en reproduisant auprès l'analyste des modalités relationnelles entretenues par les figures porteuses de l'énigme dans un transfert cette-fois-ci qualifié de *« plein »*.

En ce sens, la thérapie est par essence suggestive, puisqu'elle suscite chez le sujet la réactivation de la relation à l'énigme et motive la construction de fantasmes comme tentatives de traductions de celle-ci. Chaque dispositif thérapeutique peut alors se définir à partir de ce rapport à l'énigme, dans l'articulation qu'il propose entre une boucle intrasubjective, travail psychique d'élaboration de l'énigme et des fantasmes, et une boucle intersubjective qui s'incarne dans le recours aux mythes. Selon la proposition de Freud (1918), la psychanalyse cherche à se concentrer sur l'utilisation de la boucle intrasubjective qui constitue *« l'or pur »* de la situation thérapeutique. Au contraire, le soin énergétique, manie le *« cuivre de la suggestion »* (Freud, 1918), au même titre que d'autres thérapies des cultures premières, car il puise dans un univers mythosymbolique constitué dans un dialogue permanent avec les autres dispositifs de soin.

Le modèle étiologico-thérapeutique du soin énergétique participe à structurer le recours à cet univers mytho-symbolique et représente en quelque sorte le *« baquet »* (Laplanche, 1987b) de l'énergéticien, la première membrane formelle qui délimite le domaine de la thérapie

énergétique de celui du monde extérieur. Les conceptions fonctionnelles, sociogénétiques et exogènes de la maladie polarisent alors singulièrement les représentations subjectives de la souffrance et les modalités d'interactions thérapeutiques attendues dans le soin énergétique. En d'autres termes, *le cadre du soin énergétique suggère que la cause de la souffrance doit être pensée dans la relation que le sujet entretient à lui-même et avec son milieu*. L'effet majeur de ce modèle étiologique est d'alléger la quantité de *« travail psychique »* nécessaire à la formation des représentations autour du symptôme. Cette notion, proposée par Roussillon (1982) à partir de l'Esquisse freudienne, désigne la fonction de l'appareil psychique plus apparente dans le rêve, qui transforme naturellement les quantités d'excitations en qualités. Elle opère par la répétition cyclique des mouvements de charge et de décharge des excitations. La cure analytique vise à solliciter cette fonction par différents biais et notamment au moyen de l'association libre. Dans les perspectives psychanalytiques plus contemporaines, le travail psychique désigne l'activité de liaison des contenus psychiques nécessaire à la formation et à l'organisation de la pensée qui garantit la réfléxivité (Rabeyron, 2015).

Dans le soin énergétique, cette exigence de travail psychique s'abaisse puisque la causalité est d'emblée localisée dans le registre de l'énergie, une aire invisible avec laquelle seul le thérapeute peut interagir. Le patient ne doit aucunement se livrer — tout du moins avant que le travail thérapeutique ne démarre — à ce difficile travail d'introspection et de remise en cause que demande l'entrée en psychothérapie. Parfois même, le client n'a pas besoin d'énoncer un mot, de formuler aucune demande, à l'instar des consultations de voyance, il s'entend dire le mal par le thérapeute, comme chez Benoît. De surcroit, l'énergéticien, selon sa perspective fonctionnelle, met en lien la souffrance du malade avec des éléments divers, souvent extérieurs au patient, comme le cycle lunaire ou une situation professionnelle ou familiale difficile, ce que laisse entrevoir la vignette suivante :

> Christine traite une dame âgée qui présente un zona douloureux sur la hanche gauche. La thérapeute est accroupie auprès de la malade et la magnétise depuis environ quinze minutes. En même temps, Christine, la patiente et son fils discutent de sujets variés. Ils échangent des nouvelles concernant les médecins de la région et la réputation des hôpitaux du secteur. La patiente parle également de son histoire de vie, de ses enfants. Puis, Christine prend la main gauche de la patiente, circule autour d'elle en faisant des passes le long de son corps et plus particulièrement au niveau de sa tête, ses bras et son dos. Pendant ce temps, la cliente explique être très proche de ses enfants, et avoir été marquée par l'AVC de son fils survenu quelque mois

plus tôt, dans la période ou le zona est apparu. Christine lui répond *« vous avez fait pareil que votre fils, ça vous a touché à gauche »* avant d'indiquer la fin de la séance.

L'exigence de travail psychique se reporte sur le thérapeute, qui doit alors métaboliser son *« ressenti »* pour formuler ces connections signifiantes. La représentation de ces ressentis implique l'intégration de symboles issus de l'univers mytho-symbolique dans lequel le thérapeute s'inscrit. Dès lors, ce processus d'attribution causale tisse un réseau de signification autour du malade *per via di porre*, selon la formule freudienne (1918), c'est-à-dire que le thérapeute suggère de nouvelles significations de la souffrance, qui sont d'autant plus acceptées que le travail psychique diminue. Les propos de Sarah illustrent ce processus.

Une collègue de Sarah la sollicite pour traiter des vers intestinaux dans toute sa famille. Sarah soigne à distance cette dame ainsi que sa fille. Ensuite, poussé par sa femme à prendre rendez-vous, Daniel[175], le père de famille, contacte Sarah. Après quelques explications au téléphone, elle se met à travailler sur lui à distance. Durant ce travail, elle découvre chez lui des *« zones de manque d'énergie »* dans la partie gauche du corps et dans *« la partie des choix du cerveau »*. Elle s'interroge sur les choix de vie de Daniel et sur la relation qu'il entretient avec son père[176]. Sarah s'appuie sur la signification de la présence des vers : *« on se bouffe de l'intérieur, c'est autodestructeur, ça vient de nous »*. Pendant qu'elle visualise le corps de son client, elle entend également une voix féminine. Selon celle-ci, il faut que ce père de famille *« fasse ses propres choix »*. Au téléphone, Sarah lui communique son ressenti. Le client s'ouvre alors sur ce *« manque »* permanent qu'il éprouve, malgré la satisfaction que lui apportent sa famille et son travail dans l'entreprise familiale dont il a hérité. Il songe fréquemment à changer de carrière, mais craint l'avis de ses parents qui lui ont légué l'entreprise. Il a toujours eu la sensation qu'il ne faisait pas ses propres choix dans sa vie, et regrette que la communication soit encore difficile avec son père.

Cette vignette montre que les effets produits par ces associations sont de l'ordre de la symbolisation. Toutefois, les processus qui se déploient dans le soin énergétique diffèrent largement de ceux à l'œuvre en psychanalyse. Selon Bion (1979), la symbolisation dans le cadre psychanalytique résulte d'un processus en deux temps. Dans le premier temps, le transfert fait fonction de catalyseur et les contenus psychiques (représentations, fantasmes…) sont scindés

[175] Le prénom a été changé.
[176] Dans l'énergétique, le côté gauche du corps est habituellement lié au père, tandis que le côté droit correspond à la mère.

en différentes parties. Dans un second temps, de nouveaux liens entre les contenus psychiques sont formés, ce que l'auteur note Sp → D. Ainsi, au cours de la cure analytique, les représentations des objets internes et les relations de ces représentations se dissolvent pour que de nouvelles constructions psychiques puissent se former (Rabeyron, 2020). Dans le soin énergétique, le processus est tout autre : l'énergéticien ne recherche pas directement cette dissolution des liens entre les contenus psychiques. Au contraire, par la voie de la suggestion, il ajoute davantage d'associations autour des représentations déjà construites. Les éléments suggérés proviennent du modèle thérapeutique du soin énergétique mais également de l'expérience personnelle du thérapeute. Le processus de construction des représentations chez le client, par l'intermédiaire du travail d'élaboration psychique, produit surtout une synthèse entre les liaisons psychiques préexistantes et les suggestions proposées par l'énergéticien.

Ce processus se déroule largement hors du langage, car les quelques explications théoriques et les formulations explicites de ces liens constituent des suggestions trop apparentes, directement accessibles et souvent fournies comme matière à occuper la pensée (Nathan, 2001). La suggestion semble plutôt reposer sur le cadre et sur des modalités de communication implicites véhiculées par l'atmosphère, les objets, le discours formel mais surtout le travail du corps. Ce processus constitue ainsi le *« coup de force »* qu'avait repéré Laplantine dans son étude des guérisseurs ruraux : *« [le guérissage] donne la primauté aux représentations extérieures au malade et consiste par rapport à la psychanalyse dans une espèce de "coup de force". »* (Laplantine, 1986, p. 191).

L'énergéticien se situe dans un univers mythique singulier et fait appel à des représentations et des modes de représentativité psychique différents de ceux mis en scène dans les soins conventionnels. Plus précisément, le cadre du soin énergétique permet de plonger le client dans un bain associatif constitué d'énergies, d'entités, d'esprits, de cristaux ou de forces de la nature. Cet univers mytho-symbolique est la source de l'efficacité symbolique du dispositif. Du fait de ce discours symbolique, le sujet en quête de guérison, en se dirigeant vers une thérapeutique alternative, accomplit une forme de rite de transition qui le confronte à une altérité radicale dans son itinéraire thérapeutique et provoque les changements nécessaires à une nouvelle reconnaissance de son statut social (Schmitz, 2006). Nous envisageons, à partir de notre troisième hypothèse, que cette rencontre thérapeutique, au-delà de simplement ponctuer le parcours de guérison du sujet pour son groupe social, peut ouvrir la voie à des remaniements psychiques.

Nous soutenons que consulter un énergéticien place le sujet dans une relation énigmatique avec le thérapeute, du fait des différences de statut entre les deux protagonistes. Le thérapeute s'inscrit naturellement dans une position d'initié, il est dépositaire d'un savoir « autre » sur la vie et ses règles, utilise des objets singuliers, d'une manière qu'il est seul à comprendre et à maitriser, il murmure des formules inintelligibles et protège sa pratique par des secrets. Ceci rappelle la « situation anthropologique fondamentale » décrite par Jean Laplanche (1987) pour désigner l'expérience que vit le nouveau-né qui dépend des soins corporels de ses parents. Si les actes de soins des parents sont nécessaires à la survie du nourrisson, ceux-ci sont infiltrés de la sexualité psychique adulte, ce qui entraine chez l'enfant la constitution précoce d'un signifiant de l'énigme du désir parental. Cette énigme pourrait se formuler ainsi : « Que me veut l'Autre ? »[177]. Elle impulse ce que Laplanche (1997) nomme une « herméneutique fondatrice », c'est-à-dire une démarche obligée d'élaboration du sens de ces gestes effectués par le parent.

Dès lors, la situation de soins du soin énergétique, au même titre que toute autre situation thérapeutique, réactive cette relation dissymétrique puisque le malade dépend du thérapeute et se retrouve soumis à l'énigme du désir de ce dernier, formulée ainsi : « Que me veut ce thérapeute ? ». La spécificité de la situation du soin énergétique, par rapport à d'autres dispositifs, est alors à rechercher du côté du cadre et des rapports corporels sur lesquels repose cette thérapie. Le cadre, organisé autour de la table de massage, implique des gestes de soins, les passes magnétiques, qui se démarquent par leur singularité et ne ressemblent à aucun autre geste de soin ni d'affection. Ils impliquent également des rites qui restent secrets et qui pourtant, comme le propose Laplanche (1987, 1997), infiltrent la relation thérapeutique. Nous pensons que ces éléments sont propices à relancer l'exigence de traduction psychique, le mouvement d'herméneutique fondatrice, dans un temps après-coup de la séance, sous la forme d'un questionnement énigmatique : « Que m'a fait ce thérapeute ? ». Cette tendance à la construction de sens rend alors le sujet plus perméable aux suggestions thérapeutiques implicites ou explicites du modèle étiologico-thérapeutique du soin énergétique.

Dans les perspectives ainsi ouvertes, tout comme il existe une « confusion des langues entre l'adulte et l'enfant » (Ferenczi, 1949), il existe aussi une confusion des langues entre

---

[177] Chez Aulagnier, la construction du Je s'effectue à partir d'une *« suite de scénarios, dans lesquels sont mises-en-scène les relations que la psyché expérimente dans sa rencontre avec les objets investis, relations par lesquelles elle se figure les situations, source pour elle de plaisir ou de déplaisir. »* (1975, p.93). Ces scénarios portent sur les intentions, les désirs projetés par l'enfant sur l'Autre.

l'énergéticien et son client. Tandis que le mythe du soin énergétique véhicule un discours holistique et un rapport symétrique dans lequel patient et thérapeute peuvent partager la même souffrance, la situation clinique est en réalité asymétrique, puisque le thérapeute incarne une figure détentrice d'un savoir et surtout d'un pouvoir sur la souffrance du sujet. Les gestes du thérapeute, dont les ressorts et les effets sont souvent gardés secrets et connus seulement de lui-même, alimentent cette dynamique. Cette situation de confusion, qui s'appuie sur des éléments précis du cadre que nous allons maintenant détailler, constitue ici le « transfert en creux » (Laplanche, 1987), l'embrayeur de la dynamique transféro-contre-transférentielle du soin énergétique.

L'injonction à la passivité

L'injonction à la passivité est une contrainte logique qui constitue un des pivots de la technique du soin énergétique. Le thérapeute énergétique induit la passivité du client par une consigne explicite ou par son comportement, en même temps qu'il demande que cette passivité soit le fruit d'un processus actif. Cette injonction crée un véritable travail psychique d'attente, un état de réceptivité active qui modifie le fonctionnement psychique et la perception, ouvre la voie à de nouvelles modalités de communication et de représentations. Elle se manifeste le plus souvent hors du registre verbal, ou à l'intersection entre la consigne verbale et le comportement du thérapeute. Par exemple, le fait que le thérapeute se taise, adopte une posture introspective, ou tourne son attention vers quelque chose d'invisible incite au silence et à l'attente. Nous avons nous même fréquemment observé cela dans notre propre vécu. Notre position d'observateur impliquait que nous restions concentrés et focalisés sur le thérapeute et sur son client, cependant, après plusieurs minutes, nous remarquions que notre vigilance avait diminué, voire que nous nous étions mis à avoir en tête des images diffuses, ou que nous nous trouvions dans un état proche de la rêverie.

Cette injonction à la passivité s'étaye sur un changement d'activité corporelle, et le cadre supporte cette mobilisation particulière du corps. En effet, le client monte sur la table de massage et s'allonge, ce qui rend impossible toute manifestation motrice. L'énergéticien, quand à lui, tourne autour du client et semble manier une matière invisible. Par ce ballet de mouvements, il fixe l'attention du client, tente de le rendre hermétique aux stimuli extérieurs. Plusieurs énergéticiens recouvrent même leurs clients de couvertures. Cette pratique, fréquemment retrouvée aussi chez les masseurs du bien-être pour cette même raison, est souvent justifié par le fait que le client puisse avoir froid, comme l'évoque Camille ou Sabrina. Pourtant, le froid est moins à craindre dans l'énergétique que dans le massage, puisque le client reste

habillé. Il semble donc que le fait de couvrir les clients puisse avoir une autre fonction, que Pierre exprime plus clairement :

> Après avoir invité son client à s'allonger et à *« accueillir ce qui vient »*, Pierre l'enveloppe dans une couverture. Il m'explique la fonction de ce geste : *« c'est à la fois pour moi, pour unifier la personne… pour elle, c'est pour la protéger… Moi ça me permet de ne plus avoir affaire à un corps vous voyez ? Je n'ai plus affaire a un corps avec des organes, avec des habits… l'autre est pris, on dit parfois « refaire le moi-peau »* ».

La couverture fait ici fonction d'enveloppe, elle médiatise le contact entre l'extérieur et l'intérieur, entre le thérapeute et le client, selon les perspectives ouvertes par Anzieu (1995) sur le Moi-peau. Pour Didier Houzel (Anzieu et al., 2013), la notion d'enveloppe psychique est une métaphore qui reflète la tendance du psychisme à s'organiser à partir d'une barrière de contact qui délimite les rapports entre l'intérieur et l'extérieur. Celle-ci *« définit l'appartenance des éléments psychiques à un espace donné : espace psychique interne ; espace perceptif, espace psychique d'autrui »* (p.63). Parmi les différentes fonctions de l'enveloppe psychiques, celles qui semblent les plus sollicitées dans le soin énergétique sont les fonctions de pare-excitation, de contenance, et d'intersensorialité.

Tout d'abord, les propos de Pierre évoquent la fonction de pare-excitation, mise ici au service du refoulement de la dimension érotique du corps, ce qui évite au thérapeute d'avoir affaire aux *« organes »* du client. Par ce biais, c'est ensuite la propriété contenante de l'enveloppe qui est sollicitée, c'est-à-dire sa capacité à « éviter l'éparpillement des objets internes dans un espace sans frontières et […] à lier entre eux les objets internes en un ensemble cohérent. » (p.70). Le corps du client est dépouillé de sa dimension érotique, unifié au sein d'une enveloppe psychique qui évite son morcellement ou sa scotomisation[178], ce qui permet au thérapeute de mieux se représenter l'acte de soin. En délimitant ainsi les espaces, l'enveloppe participe aussi à rendre le client plus conscient de sa propre activité corporelle, elle vient reconstituer un Moi-Peau. Enfin, ce travail autour du Moi-Peau prépare un processus de médiation qui repose sur l'intersensorialité. Pour Anzieu, le Moi-peau est une *« […] surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figure sur ce fond primaire qu'est l'enveloppe tactile. »* (Anzieu, 1985 p.103). L'intersensorialité désigne donc

[178] En cela, le soin énergétique se distingue des pratiques médicales qui tendent à se focaliser uniquement sur le siège de la pathologie.

cette capacité de l'enveloppe à soutenir et organiser des correspondances entre l'activité de représentation psychique et la sensorialité. En outre, comme il existe un *« homéomorphisme »* entre le cadre thérapeutique et l'enveloppe psychique, c'est-à-dire que tout se passe *« comme si le patient projetait sur le cadre de la séance sa propre enveloppe psychique »*, celle-ci soutient alors des liaisons analogiques entre le cadre, la sensorialité et le processus de représentation psychique. Les actions du thérapeute sur un de ces registres sont alors susceptibles d'influer sur les autres par analogie (Bioy et Keller, 2010). Nous préciserons davantage ce point par la suite.

Dans le soin énergétique, l'enveloppe impose aussi la passivité, parce qu'elle efface les reliefs et les mouvements du corps du client pour le thérapeute, en même temps qu'elle renforce le sentiment de passivité chez le client. Ainsi, l'enveloppement renvoie symboliquement à ce processus de *prise* qu'évoque Pierre. Ce processus se retrouve dans la sorcellerie, puisque les phénomènes magiques ne peuvent se manifester que si l'on *« est pris »* dans le discours sorcier (Favret-Saada, 1977). Dans le champ du soin énergétique, cela invite à considérer l'injonction à la passivité, dont fait partie l'enveloppement, comme un processus d'emprise nécessaire au travail énergétique. Tout le paradoxe de ce type de dispositifs réside alors dans le fait qu'il faut également que le client accepte cette relation. Cette condition est nécessaire pour innocenter totalement les actions qui vont avoir lieu dans le cadre du soin (Roussillon, 1992), c'est-à-dire les dépouiller de leur sens commun pour leur attribuer une nouvelle signification tirée de l'univers mytho-symbolique du soin énergétique. Sans cela, comme l'indique Clément, le toucher peut être interprété comme sexuel, le thérapeute vu comme un pervers, et le client comme un séducteur.

Par ailleurs, l'utilisation de musique renforce également cette injonction, tout comme l'interdiction des téléphones portables. Si cette interdiction s'appuie souvent sur le rôle néfaste des ondes, le caractère nuisible de la sonnerie de téléphone lors de rendez-vous est aussi admis. Dès lors, il faut comprendre que le thérapeute ne doit pas être perturbé dans le travail en cours, et que le client ne doit pas être l'auteur de cette perturbation. Ce message indirect signifie au client qu'il doit rester calme et concentré sur la séance. De la même manière que le thérapeute constitue une enveloppe corporelle en privant le sujet de mouvement, il constitue une enveloppe sonore en privant le sujet des aléas du langage et des bruits quotidiens. La diffusion de musique, mise au moment de débuter le soin, sature l'espace sonore sur lequel se déroule habituellement la parole, marque donc un rite de transition entre le temps libre de l'entretien et celui du travail sur la table de massage. Cécile invite par exemple ses clients à écouter *« la musique planante »*

qu'elle diffuse, tandis que Camille se concentre sur *« les sons binauraux »* qui l'aident à *« se mettre en état modifié de conscience »*. La diffusion de musique peut donc être comprise comme une invitation au silence et à l'écoute, que le changement d'attention du thérapeute vient renforcer.

Cependant, cette invitation à la passivité devient rapidement une injonction paradoxale, puisqu'il n'est pas question de se laisser entraîner dans une régression solitaire, comme l'évoque Sophie :

> Comme *« l'attention »* du client pendant le soin est importante, Sophie a cessé de mettre de la musique lors des séances. *« La musique peut influer sur l'attention, précise-t-elle, ça entraîne trop d'attention sur la musique. C'est pour ça y'en a qui s'endorment des fois. Une fois, une dame a pleuré, elle m'a dit : « c'est votre musique, ça me fait pleurer »*. Donc j'ai arrêté. » Sophie pense qu'une des conditions pour que le soin se déroule bien est la confiance dans le thérapeute : *« Il faut me faire confiance aussi, pour lâcher prise et tout. »*

Si la musique sert ainsi d'induction, de prétexte à un *« lâcher-prise »*. La baisse de la vigilance et des défenses psychiques doit être volontaire : le client est invité à s'en remettre au thérapeute, contraint à diriger son attention vers lui. Puis, comme le thérapeute est lui-même absorbé dans quelque chose d'invisible au client, l'attention du client peut alors se tourner vers l'intériorité, ce qui va permettre la mise en route de processus transférentiels et hallucinatoires que nous décrirons plus loin.

Ces composantes non-verbales de l'injonction s'articulent avec les consignes données oralement par les thérapeutes. Pierre dit directement : *« vous n'avez rien à faire, juste à vous allonger. »*, Camille insiste sur le fait que les clients se laissent aller à ressentir le bien-être procuré par le soin et les sensations de circulation de l'énergie. Clément demande au client de prendre 7 grandes inspirations par le nez. Benoit ne dit rien, mais parle immédiatement, Sabrina parle rapidement aussi, même si elle précise que ses clients peuvent lui répondre. Daniel propose à ses clients de s'allonger d'abord sur le ventre. Toutes ces consignes sont des itérations d'une injonction paradoxale que l'on pourrait énoncer de la manière suivante : *« Ne faites rien, mais restez attentifs »*. Formulée ainsi, cette consigne est un message impossible qui peut être utilisé dans le but d'induire un état hypnotique, comme l'évoque François Roustang :

> *« L'attention est donc amenée contradictoirement à s'arrêter à quelque chose que l'on fait s'évanouir avant même d'être apparu. On voit bien dans ce cas*

comment le double mouvement d'accentuation de l'attente et de mise en échec de cette attente provoque la dislocation du système perceptif ou éthique, engendre la confusion et permet ensuite l'apparition d'un nouveau système » (Roustang, 2003, p. 69).

Cette injonction prescrit un relâchement général, un désinvestissement de la voie motrice, en même temps qu'un investissement de l'attention et donc de la sensorialité. Il faut cependant noter que certains thérapeutes insistent verbalement davantage sur la première (Clément, Benoit) ou sur la seconde partie de la consigne (Camille, Sabrina). Dans tous les cas, l'attention se tourne nécessairement vers ce qui se produit à l'intérieur du corps. Cette injonction suggère que *quelque chose va se passer à l'intérieur*.

Par ailleurs, le rôle de cette injonction s'observe aussi lorsqu'elle est absente, par un effet de contraste entre le cadre psychothérapique et le cadre du soin énergétique :

> Lors de la troisième consultation à laquelle j'assiste, Christine demande à sa cliente de s'allonger sur la table puis d'énoncer à voix haute ce qu'elle ressent, afin que mes observations soient plus riches. Ce faisant, la cliente se met à parler librement des sensations qu'elle éprouve et qui la surprennent. Elle en vient à raconter quelques éléments de sa vie amoureuse pendant le soin, et submerge rapidement la séance de son discours. A la fin de la séance, Christine tente d'éviter le sujet, et insiste sur son rôle d'énergéticienne qui sert à recharger les *« batteries »*. Quelques jours plus tard, au téléphone, Christine me dira que malgré ma discrétion, ma présence a dénaturé sa pratique, et qu'elle s'est trouvée *« plus psy »* qu'à l'accoutumée.

Avec sa cliente, Christine emploie la consigne d'association libre au lieu de l'injonction à la passivité, et cela produit, sur cette cliente à la personnalité plutôt névrotique, un discours abondant au sein duquel les fantasmes amoureux sont au premier plan. Si Christine acquiesce et écoute patiemment la cliente pendant qu'elle est en train de la magnétiser, le travail énergétique devient secondaire devant le travail d'élaboration psychique qui s'amorce. De ce fait, Christine cherche à reformuler le problème en termes énergétiques, mais malgré cela, elle ne parvient pas à annuler les effets de la consigne d'association libre. Elle peut simplement s'observer et me notifier par la suite qu'elle s'est retrouvée dans une position d'écoute qui caractérise le *« psy »* et qui ne correspond pas à son approche habituelle.

Ainsi, l'injonction à la passivité est nécessaire au travail énergétique de la même manière que l'association libre fonde la cure analytique. La consigne d'association libre,

« communiquer sans critique tout ce qui vous vient à l'esprit », première règle fondamentale de la psychanalyse, a été élaborée par Freud (1918, p.68) pour contourner les résistances à la remémoration et faciliter le traitement cathartique. En effet, l'exploration des associations permet de faciliter la levée du refoulement et donc de toucher de manière indirecte aux représentations ou aux émotions qui font l'objet d'une censure. Dans le soin énergétique, l'injonction à la passivité est formulée comme une règle d'association libre : *« surtout, ne faites rien, laissez-vous allez, et soyez attentifs à ce qui vient »*. Cette règle suscite ainsi le même contournement des mécanismes de défense que l'association libre, elle invite à relancer le processus associatif pendant le soin, l'émergence de représentations et d'émotions autrement censurées par le refoulement. En revanche, l'injonction à la passivité incite le sujet à se dégager de la parole, contrairement à la règle de la cure type qui motive un investissement fort du langage au détriment du geste. Or, les modalités d'utilisation du langage déterminent directement la forme du processus thérapeutique. Par exemple, entre le magnétisme animal et la psychothérapie, le geste devient moins important que la parole. La crise thérapeutique, l'effusion émotionnelle du magnétisme animal se réduit, s'internalise sous la forme du sommeil somnambulique, de la catharsis et enfin du rêve (Roussillon, 1992). Dès lors, comment le processus associatif se manifeste-t-il hors du langage ?

Dans le soin énergétique, le thérapeute adopte une posture paradoxale, puisqu'il demande l'apaisement du sujet, en même temps qu'il génère une certaine stimulation par le biais de ses mouvements, de sa proximité, de ses demandes rituelles ou parfois, comme Clément, de ses propositions médiumniques. Le client, allongé sur la table, soumis à l'injonction à la passivité, fait l'objet de stimulations et suggestions répétées. Cette configuration, dans les perspectives métapsychologiques plus contemporaines entre psychanalyse et neurosciences (Rabeyron, 2015, 2021; Rabeyron & Finkel, 2020; Rabeyron & Massicotte, 2020), peut se lire de la manière suivante. Le sujet est progressivement isolé de ses possibilités d'interactions avec le monde, et il est soumis à des stimuli répétitifs et parfois contradictoires. De ce fait, l'écart se creuse entre le modèle prédictif de la réalité construit par le sujet et les données sensorielles qui lui parviennent. Ceci produit une déliaison entre perception et représentation qui se traduit par une augmentation de l'entropie psychique.

Un moyen de réduire cette entropie consiste alors à obtenir des informations sur l'environnement pour construire de nouvelles représentations, ce qui est ici rendu impossible par le cadre et les consignes du thérapeute. Celui-ci peut alors suggérer au sujet les éléments à partir desquelles vont se créer les nouvelles représentations du soi et du monde. En l'absence

de perceptions sensorielles et d'actions sur le monde qui alimentent la construction des modèles de soi et du monde du sujet, ces nouvelles représentations peuvent alors progressivement se disjoindre des évènements de la réalité, ce qui se traduit par l'entrée en scène des processus hallucinatoires. Il deviendrait alors possible de déterminer le recours à l'hallucination suivant plusieurs facteurs :

a) le degré de liberté laissé au sujet : plus l'injonction à la passivité produit une contrainte logique, moins elle laisse de liberté au sujet pour réduire l'entropie par l'élaboration psychique, ce qui favorise le recours aux logiques primaires de l'activité représentative.

b) La quantité de stimuli exogène provenant du thérapeute : plus le thérapeute produit des stimulations, plus l'entropie psychique augmente chez le client. Dans cette perspective, les soins chamaniques, avec l'usage d'instruments de musique, ou de produits hallucinogènes, sont très représentatifs de cette tendance entropique du dispositif thérapeutique.

c) la quantité de stimuli endogènes : plus la quantité de stimuli endogène est importante, plus il existe une disjonction entre représentation de soi et du monde. Ceci peut produire une désorganisation de l'activité de pensée et résulter en processus hallucinatoires comme tentatives de réduire l'entropie psychique. Cela permet de mieux comprendre la survenue d'expériences exceptionnelles dans les jours qui suivent des séances de soins énergétiques. Celles-ci, seraient alors des résultats de cette augmentation de l'entropie et signeraient l'émergence de nouveaux modèles de représentation psychique chez le sujet.

Les logiques des modes de représentation par les processus primaires incluent le clivage, la séparation des objets selon un registre binaire plaisir/déplaisir, interne/externe, bon/mauvais (Aulagnier, 1975), ainsi que la projection. Le cadre matériel et ses objets sont alors des premiers « contenants » des affects clivés (Roussillon, 1992). La contenance est ici comprise comme une fonction psychique, c'est-à-dire que l'objet contenant « ne contient pas au sens d'un récipient, mais il permet de donner une forme stable, donc une signification […] », (Anzieu et al., 2013, p. 63). Selon Roussillon (1992), dans le contexte psychothérapique, le thérapeute reste vigilant à ce que la relation à ces objets contenants reste métaphorique et facilite l'activité de représentation psychique. Le thérapeute utilise l'objet au sein de la relation intersubjective afin de faciliter l'élaboration psychique des affects clivés et la reconnaissance de leur appartenance au monde psychique du sujet (Rabeyron, 2017) Lorsque ce processus échoue, l'objet devient un « totem » qui est une première représentation d'un contenu psychique clivé mais non reconnu comme tel. Le contenu psychique est alors réifié dans l'objet, ce qui permet au sujet de diminuer

l'entropie psychique, puisque l'objet soutient la cohérence de la représentation par le clivage, mais renforce l'action des processus primaires. Ceci permet de comprendre comment la projection sur différents objets du cadre dans les soins énergétiques (pierres, lieux) alimente parfois cette logique de clivage, comme chez Françoise.

Le cadre du soin énergétique favorise ainsi l'augmentation de l'entropie psychique, ce qui augmente la disponibilité du sujet à la suggestion, et induit le recours aux logiques primaires de la représentativité. Ceci semble donc aller dans le sens de notre première hypothèse, qui propose que le soin énergétique repose sur l'entrée dans un état non ordinaire de conscience dans lequel l'activité de représentation psychique s'organise à partir de la sensorialité. La transition vers cet état de conscience semble soutenue par une relation asymétrique et paradoxale avec le thérapeute qui sollicite un rapport transférentiel, ce que nous envisageons dans notre seconde hypothèse. Ces processus pourraient avoir des effets thérapeutiques, comme nous le soutenons avec notre troisième hypothèse. En effet, l'augmentation de l'entropie psychique, parce qu'elle génère une pression importante sur l'activité de liaison, est susceptible de relancer le processus de symbolisation d'une manière singulière qui sera exposée plus en détail par la suite. Les effets de l'injonction à la passivité ne portent pas uniquement sur le client. Celle-ci affecte également le thérapeute, et le cadre du soin énergétique est justement organisé autour du maniement des processus primaires par le thérapeute. Le cadre du soin énergétique induit alors une forme de retournement de la crise thérapeutique, un partage de l'état d'entropie entre le sujet magnétisé et le magnétiseur.

8.1.3. La crise thérapeutique et ses destins

Selon Roussillon (1992), les transformations psychiques résultent se manifestent dans un moment de crise qui signe la rupture et le dépassement de l'état pathologique. L'organisation du cadre et les techniques employées modulent les modes d'expression de ces crises. Des recherches plus récentes soulignent également la nature chaotique du processus thérapeutique (Lonie, 1991; Schiepek et al., 1997). La crise thérapeutique s'apparente ainsi à une augmentation importante de l'entropie psychique qui pousse à une réorganisation profonde de l'architecture de la pensée (Rabeyron, 2015b). Dans une telle configuration, des variations de quelques paramètres sont susceptibles de changer drastiquement la forme et l'issue de la crise thérapeutique. Historiquement, la crise est d'abord externe : dans le mesmerisme, les malades magnétisés se mettent à crier, pleurer et à convulser, ils ont des *« accès »* magnétiques et doivent être amenés dans des salles isolées et capitonnées. Ensuite, avec le somnambulisme, la crise s'internalise, elle devient un état transitoire de clairvoyance qui fait du sujet malade son

propre guérisseur. Elle termine de s'internaliser avec la formalisation de la cure analytique, qui encadre les crises cathartiques par un travail d'élaboration psychique supporté par le recours à la parole. L'espace du rêve devient alors selon Roussillon le lieu de la « crise » thérapeutique en psychanalyse.

Plus généralement, les manifestations de la crise thérapeutique sont surtout dépendantes de la présence d'un cadre susceptible de les contenir et de les organiser : aujourd'hui, *« aller chez le psy »* constitue l'étape critique par laquelle le sujet extériorise sa souffrance, dans un cadre délimité par l'espace et la fonction symbolique du *« psy »*[179]. Dans ces conditions, le cadre *« psy »* fait principalement fonction de pare-excitation, la crise se fixe sur la relation thérapeutique, puisque les thérapeutes apprennent à manier des techniques discursives qui ont pour effet d'encadrer la crise par le langage. Dans le soin énergétique, en revanche, la configuration du cadre et donc des modalités de crise qu'il suscite diffèrent non seulement de la psychothérapie, mais également du magnétisme animal. En effet, le cadre du soin énergétique augmente temporairement l'entropie psychique. En même temps, l'injonction à la passivité freine la liaison aux représentations dans le langage, procédé habituel de la psychothérapie, et inhibe la motricité, nécessaire dans le magnétisme comme première représentation du processus thérapeutique. Or, nous proposons que la crise se produise lorsque l'entropie psychique dépasse les capacités d'élaboration du sujet. Deux issues différentes de la crise thérapeutique se dessinent et seront explorées dans cette partie. La première est celle de la crise du thérapeute comme fruit d'un renversement de la situation hypnotique, la seconde est celle de la crise du client et ses potentialités symboligènes ou traumatiques.

Le renversement hypnotique : maniement de la crise psychique par le thérapeute

Les propos des thérapeutes indiquent qu'ils partagent l'état du client en se plongeant eux-mêmes dans un état de crise. Cette dernière se manifeste chez le thérapeute, par un état spécifique que la quasi-totalité de nos participants mentionnent, autrefois nommé *« état magnétique »* ou *« état somnambulique »* (Méheust, 1999a), dans lequel le corps et l'esprit agissent d'une manière souvent involontaire et étrangère à la volonté consciente. Une forme plus actuelle de cette crise est évoquée par Pierre :

[179] Cette expulsion du groupe social, repli vers un espace privé qui encadre, délimite et accompagne la crise thérapeutique, rappelle l'isolement des malades du temps de Mesmer. Les sujets en souffrance sont ainsi dirigés vers un espace singulier susceptible de contenir l'effusion du mal jusqu'à son épuisement.

Pierre travaille sans protocole établi, il se contente d'être à l'écoute de ses perceptions et d'agir, quitte à s'étonner lui-même. En effet, il ressent souvent *« une tension, un stress, quelque chose de précis »* qui va l'amener à *« faire des choses »* qu'il ne maîtrise pas, comme des *« opérations chirurgicales »*. Lors de ces *« chirurgies »*, il s'observe *« ouvrir »* la personne pour en extraire des *« matériaux »*. Ce rapport d'étrangeté à ses propres gestes lui donne *« l'impression de se faire aider »*, et il se demande parfois ce que feraient certains de ses aînés magnétiseurs à sa place. Pierre insiste sur le rôle capital de cet état *« entre deux »*, dans lequel il se sent *« cotonneux, nuageux »*, car *« c'est dans ce moment crépusculaire que se jouent les choses, c'est là où il peut y avoir la modification »*. La sortie de *« l'état second »* indique la fin du soin.

Lors de ces *« moments créspusculaires »*, le corps et la pensée sont parfois abandonnés à une force, une *« entité »* bénéfique, comme le mentionne Sarah :

Sarah parle de ses techniques de soin, dont une est la *« transe-guérison »*. Ce procédé implique que le thérapeute se place d'abord à côté de la personne avant d'entrer en transe : *« c'est comme si on n'était pas là, même si on a toujours le contrôle »*, explique-t-elle. Une fois dans cet état, elle *« canalise »* des messages qui lui viennent sous des formes perceptives variées, et formule des demandes de soins à ses *« guides »*, des entités surnaturelles avec lesquelles elle est en relation.

Dans le cadre du soin énergétique, tout se passe comme si le thérapeute entrait en crise plutôt que le client, comme si la crise se *« déplaçait »* en quelque sorte de l'un vers l'autre. Peut-être est-ce pour cette raison que les modèles thérapeutiques du soin énergétique se fondent sur un mécanisme de déplacement d'énergie ? Dans certaines conceptions, le thérapeute se connecte à son client et à une énergie supérieure (*« les photons du soleil »* pour Pierre, *« La Source »* pour Daniel, *«Les guides »* pour Sarah…). Cette énergie traverse le thérapeute, oriente ses gestes de manière à pénétrer au mieux dans le corps du client. Dans d'autres représentations, comme celle de Christine, il existe des transferts directs d'énergie entre thérapeute et client. Lors de l'état de crise du thérapeute, ce modèle s'incarne dans l'activité perceptive :

«Quand vous méditez, explique Gilles, il vient se rassembler une énergie que vous pouvez utiliser pour vous ou pour quelqu'un autre ». Il se sert de cette énergie *« pour le bien »*, en soignant les autres et en injectant *« du bon »* en eux. Gilles décrit que son corps dans le magnétisme fonctionne comme *« une sorte de seringue »*, qui aspirerait le mal et lui provoque

des douleurs dans au bras. Il se dégage *« du mal »* qu'il *« aspire »* grâce à ses méditations quotidiennes.

Dans cet exemple, les douleurs traduisent bien l'accumulation critique d'une certaine quantité d'excitations chez le thérapeute. Cependant, quels sont les moyens par lesquels ces excitations peuvent se communiquer du client vers le thérapeute en dehors du langage ? Il semble que ce phénomène de déplacement, de renversement de la crise du client vers le thérapeute provienne également du processus de suggestion. Dans cette perspective, le thérapeute suggère à lui-même autant qu'il suggère au client. Les rites psychologiques, notamment les prières, formulées à destination des tiers imaginaires convoqués dans la séance, marquent le développement de la connexion énergétique ou de l'état magnétique, dans lequel s'expriment les différentes modalités de crise psychique (mouvements incontrôlés, flashs, entente de voix, transpiration, douleurs, respirations bruyantes, rots…). Dès lors, les prières et les rites constituent les procédés autosuggestifs nécessaires au développement la crise psychique.

Un détour historique permet de mieux comprendre ce processus. Durant tout le XIXè siècle, les expériences de somnambulisme et de spiritisme étaient menées avec des duos constitués d'un médium, et d'un savant (souvent un médecin), qui constituait un « témoin fiable » suggérant au médium d'entrer dans l'état somnambulique (Méheust, 1999a). La suggestion nécessaire pour produire les phénomènes de clairvoyance ne pouvait se dérouler que dans des conditions propices au transfert entre une figure savante et un médium. Grâce à la suggestion, le medium devenait capable d'accéder à des connaissances dont seul le savant était auparavant dépositaire, comme s'il existait une sorte de lien télépathique entre eux.

De nos jours, chez l'énergéticien, le thérapeute endosse le rôle du savant qui suggère et le client celui du sujet d'expérience. Pourtant, ce dernier ne devient pas somnambule, au contraire, c'est le thérapeute qui développe des aptitudes spéciales comme le fait de pouvoir nommer précisément le mal et savoir ce qui est nécessaire pour le guérir, comme les somnambules du début du XIXè siècle. Par sa guérison, le client se fait le « témoin fiable » de ces phénomènes. Le thérapeute énergétique serait ainsi un somnambule qui aurait intériorisé le travail d'induction mené autrefois par le savant. Lorsque le thérapeute se représente des images afin de parvenir à l'état somnambulique, c'est comme s'il retrouvait la voix de l'hypnotiseur lui suggérant cette même image. Seulement, le savant-hypnotiseur n'est plus personnifié, il est fondu dans une représentation symbolique ou imaginaire véhiculée dans les mythes : les

discours de suggestions restent prononcés par des êtres surnaturels (les *« guides »*) ou des figures mythiques auxquels les rites donnent corps.

Par ailleurs, ce processus de suggestion suit une temporalité qui dépend de la dynamique de la relation entre le client et le thérapeute. Dans les trois phases du soin énergétique, la hausse de l'entropie dans la séance suit la trajectoire suivante : elle augmente dès l'entrée du patient et tout au long de la phase d'entretien initiale, atteint son apogée lors du passage sur la table puis commence à diminuer peu avant l'entretien final. Dans cette configuration, thérapeute et client forment alors un système, ce qui leur permet de partager cet état entropique. Celle-ci se régule alors par le biais du langage, qui participe à la formation de représentations. Lors du passage sur la table, il se produit alors une rupture momentanée de la communication, puisque le thérapeute, auparavant attentif au client, demande à celui-ci de s'installer et de se concentrer sur lui, tandis que lui-même se plonge en son for intérieur : ce moment initie le début de la crise. Dès lors, le thérapeute va réguler le processus entropique par des rites et des procédés autosuggestifs.

Le thérapeute en état magnétique traite ainsi les affects non-liés par les processus primaires : l'hallucinatoire et le recours à la voie motrice. Les mouvements de rejets d'énergie du bout des doigts marquent ainsi l'utilisation du corps pour évacuer un surplus d'excitations interne. De surcroit, le fait que les passes magnétiques soient parfois considérées comme accessoires par les thérapeutes est révélateur de la fonction pare-excitante de ces gestes ce qu'exprime Sarah : *« les mouvements sont pour rassurer la personne, pour le mental. C'est surtout pour faire quelque chose. Ça rassure aussi le thérapeute »*. Le thérapeute peut se dispenser de ces techniques à condition d'apprendre à travailler avec les processus hallucinatoires. Par ailleurs, les rites traduisent l'encadrement de la crise dans le cadre. La structure qui émane de la répétition de gestes ou de formules magiques organise la régulation de l'entropie dans le dispositif thérapeutique. Cependant, même chez les thérapeutes qui ont encadré les processus de gestion des excitations par des protocoles ritualisés, le champ est toujours laissé libre pour d'autres modalités d'expression de la crise :

> Daniel fait un soin énergétique global à Madame A. Il suit un protocole et magnétise méthodiquement chaque partie du corps. Alors qu'il travaille à une main sur une ligne qui passe au niveau du front, du plexus et du nombril, sa main gauche se met à dévier avec insistance sur le flanc gauche de Madame A. Après quelques instants d'hésitation, sa main se stabilise autour d'un

point du flanc, puis produit un mouvement circulaire. Daniel m'expliquera après l'entretien que son doigt avait *« attrapé un fil de chaud »* qui a *« aspiré »* sa main vers sa source.

Le thérapeute travaille ainsi dans la crise, il doit nécessairement se laisser prendre lui-même par les manifestations de celle-ci, par les gestes imposés à son corps hors de sa volonté ou de toute préméditation. Pour cette raison, le travail thérapeutique du magnétisme émerge souvent sous la forme d'une compulsion, une sensation irritante et impérieuse qui oblige le thérapeute à aller au contact du malade.

Pierre est toujours *« troublé »* au moment de passer au travail sur la table de massage. Selon lui, *« il se passe déjà des choses avant même que l'imposition des mains soit commencée »*. Parfois, le processus précède la consultation, *« il y a quelque chose qui se met en procès »* plusieurs jours avant le rendez-vous. Pendant l'entretien initial, ce sont souvent des sensations physiques intenses qui l'amènent à clore cette étape : *« J'ai les mains très chaudes et je vois en face la personne en sueur… il est temps de passer à la suite »*, explique-t-il. Pour Pierre, ce travail d'entretien sert à faire émerger la demande, car celle-ci *« déclenche »*, elle *« appelle »* le magnétisme.

A quatorze ans, Gilles se met à éprouver des douleurs importantes dans le creux de la main droite, qui chauffe et le brûle sans raison. Etrangement, lorsqu'il s'approche ou touche quelqu'un, il a l'impression que sa main est *« sale »*. Il a alors besoin de la secouer, *« comme pour faire partir une poussière »*, ce qui devient rapidement une habitude. Sa mère, inquiète par ce tic, consulte un médecin, qui conclut à un choc psychologique. Gilles ne fait pas, à l'époque, le lien entre la mort de son frère et ce vécu. Plus tard, il commence le rugby, et lorsque les joueurs se blessent, la chaleur dans sa main se réveille, il est comme appelé à soigner. *« Il faut que j'aille toucher »*, dit-il. Alors, sans jamais avoir appris, Gilles commence à *« remettre en place »* des nerfs, des muscles, des articulations. Sa présence, *« au-delà de lui-même »*, soulage les gens qui viennent parfois se confier spontanément à lui.

Ces sensations traduisent le débordement des excitations internes, le thérapeute est inconsciemment mis au travail par la souffrance d'autrui. Le dispositif du soin énergétique encadre la rencontre thérapeutique par des rituels qui pourtant ne suffisent pas à totalement contenir la crise thérapeutique. L'épuisement de cette dernière passe souvent par l'abandon du corps à des mouvements, sinon par une élaboration lente et inconsciente qui émerge par la voie de la figurabilité. L'arrêt des éprouvés de la crise signe alors la perte de la connexion et marque

l'arrêt du travail manuel. C'est parce que le thérapeute n'est plus travaillé de l'intérieur par la crise qu'il entrevoit l'issue du processus thérapeutique. Au terme de la séance, la crise psychique n'est toutefois pas entièrement résolue et elle produit des effets inconscients qui apparaissent dans l'après-coup. A distance de la rencontre thérapeutique, les mécanismes de gestion de la crise diffèrent entre thérapeute et client. Deux voies distinctes de la crise se dessinent alors à distance du soin : celle du thérapeute, qui va être exposée en premier, puis celle du client dans la partie suivante.

L'après-coup de la crise se dessine dans les effets secondaires du soin énergétique, qui apparaissent souvent entre quelques heures et quelques semaines après une séance. Ces effets secondaires, souvent rapportés par les clients, sont variés : émotions fortes, grande fatigue, maux de ventre, vomissements, diarrhées, maux de tête, problèmes de sommeil, sensations de chaleur ou de fraicheur marquée et persistante, visions, rêves, cauchemars… Toutes ces perturbations psychocorporelles signent l'effet durable de la crise psychique au-delà de la séance. Du fait de l'injonction à la passivité, la crise psychique ne trouve pas de voie de résolution suffisante. Dès lors, après la séance, cette augmentation de l'entropie perdure et la psyché, pour rejoindre un état d'équilibre et de cohérence, est contrainte à un travail d'élaboration psychique.

Chez les thérapeutes, la persistance de cet état d'entropie s'incarne souvent dans un fantasme d'incorporation ou de contamination : le soignant a *« pris »* le mal de son client. Dans ce contexte, les rites de purification, de décharge, s'inscrivent ainsi dans une dynamique qui vise à réduire l'entropie de manière à en minimiser les effets après-coup. Ces rites reposent principalement sur les bénéfices apportés par la décharge motrice, comme l'avait évoqué Freud (1924) dans sa conception initiale du rituel. Aussi, ces rites correspondent souvent à des modalités primaires d'expulsion par le corps : une forte respiration, des rots, des bâillements, des mouvements de rejet faits avec les mains. D'autres rites, comme les ablutions, permettraient de reconstituer l'enveloppe du corps et de soutenir la fonction psychique contenante de cette enveloppe (Kaës, 2007). Ces rites opèrent ainsi selon le modèle prototypique de l'expulsion hors du corps des sensations de déplaisir, qui constitue une des premières logiques de représentativité psychique (Aulagnier, 1975). Plus précisément, il s'agirait de transformations de signifiants formels, ces représentations hors langage constituées d'images proprioceptives qui impliquent souvent une transformation d'une caractéristique physique d'un corps. L'écoulement de l'eau lors des ablutions médiatiserait ainsi le signifiant : *« un corps liquide s'écoule »* proposé par Anzieu (2013, p. 34). Ce signifiant représenterait la liquéfaction et

l'évacuation des excitations internes. Il participerait à la restructuration de l'enveloppe psychique du thérapeute, largement sollicitée dans le soin.

Par ailleurs, d'autres rites s'appuient sur la pensée magique et notamment sur le principe de sympathie. Ils permettent de prévenir les conséquences de la crise :

> Après avoir traité quelques verrues sur deux enfants, Daniel frotte dessus des tranches de pommes. *« C'est pour m'éviter d'attraper les verrues »*, explique-t-il. Il me précisera plus tard qu'il avait constaté une tendance à *« attraper des verrues »* après ses soins. Cette technique, enseignée par son grand-père, permet à *« l'énergie de la verrue de se communiquer à la pomme »* plutôt qu'à son propre corps.

Plus les manifestations rituelles s'élaborent, plus elles reposent sur des processus secondarisés et participent à non seulement à la décharge, mais aussi la liaison de l'énergie psychique. C'est pourquoi l'utilisation de prières, le don d'objets, la production de symboles, sont souvent adjoints aux seuls rituels de décharge. Ils participent ainsi à la réduction de l'entropie par les processus secondaires, et réduisent le travail d'élaboration psychique. Lorsqu'une telle élaboration a lieu, elle s'étaye sur des éléments mythiques qui soutiennent l'activité de construction de représentation.

Enfin, l'absence de rites ou de dispositifs permettant de réduire l'entropie, fait courir au thérapeute un risque de désorganisation psychique, ce qui se traduit par des phénomènes hallucinatoires :

> Christine m'explique que ses soins produisent parfois sur elle des effets étranges : certains soirs après ses séances, lorsqu'elle se relâche dans son canapé, elle se retrouve *« dans la tête des gens »*. Elle ne reconnait plus la forme des traits de son visage, à son étonnement : *« ce n'est plus mes yeux, ce n'est plus ma bouche, ce n'est plus ma gorge »* explique-t-elle. Dans ces moments elle dit percevoir le bien-être ou le mal-être de ceux qu'elle a soigné, elle *« ressent le soin, ce qu'[elle] leur a fait »*. Ces instants sont pour elle une énigme.

Les phénomènes de hantise ou de possession peuvent également s'entendre comme des conséquences de ces processus : le contact non-médiatisé avec le client fait courir le risque d'un envahissement dans le transfert, d'une incorporation par perte traumatique des limites dans la

rencontre avec le sujet souffrant (Caussié, Lansley, Rabeyron, 2022). Cela se retrouve dans les propos de Françoise :

> Après une formation en magnétisme et radiesthésie, Françoise s'est mise à *« sentir des choses par rapport au téléphone »,* et essayait de *« deviner qui allait appeler »*. Elle pouvait aussi *« ressentir la douleur des autres à distance »*. Cependant, elle a *« développé des peurs »* : elle sentait des *« frôlements »* et avait la sensation permanente d'être suivie. Elle a été particulièrement marquée par le fait qu'un jour, alors qu'elle tentait d'identifier ces présences avec son pendule, celui-ci s'est mis à tournoyer très rapidement, avant de lui échapper des mains et d'aller se briser contre le sol, à quelques mètres d'elle. *« Plus j'avais peur, plus ça devenait fort, explique Françoise, et surtout, je mentalisais la peur. Quand on mentalise la peur, ça donne un état psychologique assez difficile à supporter. J'avais l'impression d'avoir ouvert la boîte de pandore »*. A cause de sa peur, elle avait développé des comportements obsessionnels. Elle devait ainsi éviter toutes les zones d'ombre : *« J'avais toutes les lumières allumées, et il ne fallait pas qu'il y ait de noir dans la maison, tous les objets noirs, tout ça »*. Elle a fini par cesser la radiesthésie, mais s'est mise à *« entendre des voix dans la nuit »*. *« Je me disais : « y'a quelqu'un dans ton appartement. C'était des voix qui voulaient me tuer »*, raconte Françoise.

Plus généralement, la situation thérapeutique du soin énergétique se fonde sur des modalités relationnelles inédites en psychothérapie qu'il conviendra de décrire plus avant dans le chapitre suivant consacré aux processus transférentiels. Pour l'heure, le rôle des techniques thérapeutiques comme outil de protection du thérapeute face à l'excitation de la rencontre clinique doit être souligné. Dans le contexte du soin énergétique, la proposition d'Isabelle Stengers se vérifie : *« c'est sans doute dans les pratiques traditionnelles que les arts de la protection, si souvent ridiculisées comme rituels superstitieux, sont le mieux cultivés […] »* (2006, p.272). En effet, cet *« art de faire attention »*, est primordial dans ces pratiques ou la condition pour pouvoir guérir l'autre est d'abord de se sentir travaillé psychiquement et physiquement par sa souffrance.

La crise thérapeutique entre élaboration, abréaction et compulsion de répétition

Les crises psychiques connaissent des destins bien différents chez les clients des soins énergétiques. Ceux-ci, comme les thérapeutes, sont soumis à la hausse de l'entropie du psychisme pendant le soin, mais ne peuvent pas mobiliser la voie motrice lors de la séance. Dès lors, le retour à la stabilité psychique dans l'après-coup implique un travail d'intégration psychique qui connaît lui aussi différentes issues en fonction des éléments travaillés dans le

soin et du contexte plus général dans lequel celui-ci a lieu. Ces effets du dispositif interrogent alors sur le type de processus psychiques qui sous-tendent l'élaboration de la crise psychique, et étudier les manifestations après-coup des soins permet de préciser la nature des transformations psychiques qui en résultent.

D'un point de vue plus théorique, le concept Freudien d'après-coup (Nachträglichkeit), a connu une élaboration en plusieurs temps, fidèle à ce qu'il implique : *« L'après-coup est un trauma et, s'il n'est pas simple répétition, c'est qu'il contient des éléments de signification qui ouvrent, à la condition de rencontrer une écoute et une interprétation, sur une transformation du passé. […] L'après-coup est un événement traumatique tardif en quête de sens et d'interprète, il cristallise une situation inter-humaine »* (André, 2009, p. 1295). L'après-coup désigne donc une opération psychique qui implique deux temps : une phase *« d'anticipation »*, c'est-à-dire la survenue d'un évènement *« en attente »* de signification, à laquelle succède une deuxième phase *« d'interprétation rétroactive »* (Faimberg, 2009).

Par ailleurs, selon Laplanche et Pontalis (1967), le trauma dans l'après-coup est essentiellement de nature sexuelle, car l'évènement en attente de signification ne peut être compris par l'appareil psychique de l'enfant encore immature sexuellement. La nature sexuelle de l'évènement traumatique n'est réalisée qu'après la puberté, et c'est le regard adulte sur le souvenir qui lui confère, par la voie intrapsychique, sa valeur traumatique. L'élaboration de l'après-coup dépend alors d'un autre capable d'interpréter, de détoxifier l'évènement. Dans la cure analytique, le travail d'interprétation soutient ainsi le processus inconscient de réinterprétation après-coup (Faimberg, 2009).

Le cas de Sophie, en tant que cliente de soins énergétiques avant d'être thérapeute, est exemplaire de la manière avec laquelle ces dispositifs génèrent, suscitent ou produisent des *« crises »* psychiques qui se rejouent dans l'après-coup.

De manière presque systématique, Sophie a des sensations inhabituelles et des perceptions étranges après avoir reçu des soins énergétiques. Les premières sont survenues pendant son voyage initiatique. Chaque jour, après les méditations du matin, elle avait des *« sensations très énergétiques »*. De plus, elle a manifesté des symptômes grippaux tout le long du voyage. Elle est convaincue qu'il s'agissait là des effets énergétiques des *« réseaux telluriques souterrains »* actifs sur les sites qu'elle visitait. Par ailleurs, après avoir reçu une initiation au soin énergétique durant le voyage, Sophie a vécu une expérience de Kundalini qui a eu des effets traumatiques importants.

L'année suivante, pendant sa formation, Sophie sentait souvent des vibrations dans son corps lorsqu'elle rentrait chez elle. Elle *« avait des mots dans la tête »* qui lui semblaient étrangers à sa propre activité de pensée. Ensuite, une relation débordante et persécutrice *« d'âme jumelle »* s'est développée avec Emma. Pour la faire cesser, Sophie a consulté un magnétiseur. Le soir de la séance de magnétisme, elle a perçu que quelque chose en elle *« se transformait »*. Elle se rappelle de l'état particulier qui avait suivi la consultation, et surtout de son agitation au moment de s'endormir. Lorsque Sophie s'est couchée ce soir-là, elle a senti *« une grosse activation de la circulation énergétique au cœur et aux mains. » « A l'intérieur, raconte Sophie, je suis active, je sais qu'il va m'arriver quelque chose »*. Pendant cette nuit, Sophie a fait un *« rêve d'union »* avec Emma, et elle s'est réveillée le lendemain avec une rougeur dans le sillon inter mammaire qui l'a démangée toute la journée. Depuis son rêve d'union, Sophie envisage cette relation différemment : *« après le rêve, je n'attendais plus quelque chose, je voyais la beauté de la chose, j'avais plus de compréhension. »*. Pour Sophie, la séance chez le magnétiseur a *« tout inversé au niveau du lien avec Emma »*.

Cependant, cette situation n'a pas duré, et en parallèle de nos entretiens, Sophie a consulté Madame Epin, *« une thérapeute spécialisée en âmes jumelles »*. *« Quand je la vois, dit Sophie, il m'arrive des trucs après »*. Par exemple, le soir d'une séance, elle a vu une forte lumière bleue dans sa chambre, alors qu'elle tentait de s'endormir. Enfin, après un rituel *« intense au niveau émotionnel »* lors d'une de leurs dernières séances, Sophie a souffert de *« douleurs au plexus solaire »* pendant quelques jours. Malgré plusieurs séances et différents rituels, Madame Epin n'est pas parvenue à donner satisfaction à Sophie et à rompre le lien d'âme jumelle.

L'analyse du cas Sophie permet de discuter notre troisième hypothèse, qui concerne les propriétés thérapeutiques du soin énergétique. En effet, le matériel clinique apporté par Sophie questionne sur l'existence d'effets thérapeutiques de la crise psychique dans le soin énergétique. Nous proposons, pour mieux caractériser les transformations suscitées par le dispositif, de

comparer les effets des différentes séances avec plusieurs processus décrits en psychanalyse : la symbolisation, l'abréaction et la somatisation.

Dans une perspective psychanalytique, le vécu d'âmes jumelles pourrait être compris comme une première tentative de représentation ou une reviviscence d'un évènement antérieur d'origine traumatique en rapport au sexuel infantile. La teneur érotique refoulée du rêve d'union, que Sophie décrit comme *« un rapport sexuel qui n'est pas un rapport sexuel »*, indique le refoulement des aspects homosexuels de la relation entre les deux femmes. Sophie évoque par ailleurs qu'Emma lui fait penser à sa mère, ce qui l'amène à se comporter *« comme une enfant »*. Dès lors, la relation à Emma supporterait la reviviscence de l'identification de Sophie à sa mère et raviverait la charge érotique de cette relation. Cependant, la relation de transfert avec Emma se rapproche plutôt d'une forme de répétition de la relation que d'une l'élaboration de celle-ci. Cette relation devient symptomatique pour Sophie et elle se dirige alors vers un magnétiseur. Si Sophie perçoit des effets positifs des soins du guérisseur, ce que signe le rêve d'union et « l'inversion » de la valence du lien entre elle et Emma, la situation symptomatique se maintien et pousse Sophie à contacter Madame Epin. Cette nouvelle adresse transférentielle souligne les manques du processus thérapeutique engagé avec le magnétiseur.

Les réactions somatiques de Sophie (agitation, sensations au cœur et aux mains, douleurs) peuvent alors se comprendre comme des manifestations de l'abréaction : *« une décharge émotionnelle par laquelle une sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un évènement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène »* (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 1). Dans ce cas, il s'agirait d'une abréaction *« secondaire »*, c'est-à-dire suscitée par un processus thérapeutique, à la différence de l'abréaction spontanée, effusion affective qui suit la survenue d'un évènement chargé émotionnellement. Dans le modèle Freudien, l'abréaction libère la quantité d'affect associé à un souvenir et évite que celui-ci ne devienne pathogène. L'abréaction peut prendre des formes variées, comme des pleurs ou encore des manifestations motrices (agitation, mouvements réflexes…). L'abréaction est le mécanisme principal de la thérapie cathartique, cette modalité thérapeutique instaurée par Freud et Breuer dans le traitement des névroses et qui, par l'usage de la parole ou d'états hypnoïdes, vise à la remémoration de souvenirs traumatiques et à l'évacuation des émotions qui lui sont associées[180] (De Mijolla, 2002).

[180] Dans cette perspective, le mesmérisme constituerait un modèle élémentaire de la thérapie cathartique, puisque le déroulement de la thérapie reprend étapes par étapes le mécanisme de l'abréaction : recherche et identification

Dans le soin énergétique, la crise psychique à laquelle s'apparente l'abréaction n'est pas intégrée et travaillée dans le dispositif. Elle se déroule dans un temps après-coup dans lequel le sujet est soumis seul au travail d'élaboration psychique. Notons également que l'abréaction, pour être cathartique, implique la remémoration, c'est-à-dire la liaison entre l'affect et la trace mnésique de l'origine du symptôme. Ainsi tout se passe comme si, dans la consultation avec le magnétiseur et Madame Epin, la crise psychique provoquait l'abréaction sans la remémoration. Sophie ne semble alors pas pouvoir produire de lien entre les affects libérés et la représentation liée à la répétition symptomatique dans sa relation avec Emma. Ceci ouvre donc la voie à un processus de déliaison qui se traduit par des symptômes psychosomatiques. Cette déliaison se trouve à l'opposé de la symbolisation, voie d'intégration plus favorable au trauma. Si nous considérons que les manifestations de crises psychiques chez Sophie sont de l'ordre d'un échec de l'élaboration qui conduit à la somatisation, cela invite à décrire son évolution sous l'angle de la compulsion de répétition.

D'un point de vue théorique, le principe de répétition est fondamental à l'activité psychique, il s'inscrit dans un travail bidirectionnel : la répétition est une opportunité d'intégrer des évènements passés en les reproduisant dans le présent (Green, 2011). Chez Freud (1920), elle désigne un mouvement pulsionnel dont la finalité serait la régression du psychisme vers un état de fonctionnement antérieur, abandonné sous la pression de contraintes externes. De ce fait, la compulsion de répétition n'a pas pour but la remémoration, elle vise la reproduction d'un état psychique, c'est pourquoi elle s'exprime surtout sur le versant des actes (Green, 2011). Dans le cas de Sophie, la poursuite de rendez-vous en énergétique signerait une mise en acte. L'analyse du cas de Sophie laisse entrevoir que la compulsion de répétition s'exercerait ici à partir d'éléments passés, comme le décès de son père ou sa relation avec sa mère, mais également de vécus plus actuels comme l'expérience de Kundalini qui constitue un nouveau trauma.

De ce fait, il paraît difficile de statuer définitivement, à partir de notre matériel clinique, sur les potentialités thérapeutiques du soin énergétique. Nous pensons qu'il conviendrait plutôt de proposer une analyse plus fine des manifestations de crises psychiques pour distinguer au cas par cas celles qui appartiennent à une répétition progrédiente, qui procèderait de la re-présentation de situation passée pour les symboliser par l'intermédiaire de l'abréaction, de

---

du lieu où le fluide est « bloqué », traitement par mise en mouvement ou ajout de fluide, crise et rétablissement du malade. Par analogie avec la cure-type, si la première étape est celle de l'association libre (recherche et identification), la seconde représente le travail de remémoration (mise en mouvement) et éventuellement de suggestion (ajout de fluide), la troisième constitue l'abréaction (Roussillon, 1992).

celles qui s'inscriraient dans une compulsion de répétition, c'est-à-dire la reviviscence dans le présent de situations passées. Ceci aide à mieux comprendre pourquoi les dispositifs thérapeutiques alternatifs se présentent souvent comme des dispositifs privilégiés pour travailler la compulsion de répétition. La sorcellerie, par exemple, traite la répétition inhabituelle de malheurs ordinaires (Favret-Saada, 1977), et situe l'origine de cette répétition dans l'action malveillante d'un « tiers absent », le sorcier (Camus, 1988). Ceci entre donc en résonnance avec la dimension projective de la compulsion de répétition : le sujet évoque qu'il est agi par des circonstances externes qui le forcent à rencontrer les mêmes situations, souvent tragiques, comme une sorte de *« névrose de destinée »* (Adès, 2017; Chervet, 2011).

Le soin énergétique se propose lui aussi de traiter la répétition des malheurs, seulement il ne met pas en cause de source exogène clairement identifiable, puisque dans son modèle thérapeutique, la société moderne est à l'origine des souffrances humaines. Par ailleurs, les causes de la répétition peuvent aussi être localisées dans d'autres dimensions de l'existence ou dans une vie antérieure, comme c'est le cas pour les *« âmes jumelles »* :

> Après avoir lu des livres et regardé de nombreuses vidéos sur le sujet, Sophie m'explique que les âmes jumelles proviennent de la division d'une même âme à *« la Source »*, une masse cosmique d'énergie originaire d'où provient toute vie. Ces âmes scindées en deux viendraient ensuite à s'incarner et leur rencontre en tant qu'humain donnerait lieu à un sentiment de connexion spirituelle intense. Elle s'interroge toutefois sur le bien-fondé de cette théorie. *« Peut-être que l'âme est divisée en deux, dit Sophie, mais pourquoi c'est que certains ? Pourquoi c'est pas toutes les âmes ? »* Le but de ces âmes, par l'intermédiaire des relations qu'elles auront dans leurs vies humaines, serait de pouvoir fusionner à nouveau. Plusieurs étapes jalonnent le parcours des âmes jumelles et Sophie remarque que ces étapes sont similaires à celles de *« l'éveil »* spirituel.

Après une première formulation du malheur qui fait référence à un facteur exogène, le travail thérapeutique énergétique, en manipulant les représentations corporelles de l'énergie, ouvre souvent vers la recherche historique d'une étiologie plus interne :

> Madame Epin a indiqué à Sophie qu'elles allaient utiliser des méthodes pour explorer sa mémoire. Le *« lien d'âmes jumelles »* aurait sa source dans un vécu commun de l'histoire infantile ou de vies antérieures de Sophie et d'Emma. Sophie pense qu'elle et Emma ont vécu des souffrances similaires. *« Je sais qu'il s'est passé des choses dans son enfance »*, affirme Sophie, qui s'interroge aussi sur son propre passé. *« Le but, c'est de me souvenir de ce que j'ai oublié »*,

explique-t-elle à propos des prochaines séances avec Madame Epin. En effet, depuis qu'elle connaît Emma, Sophie a *« des choses qui remontent »*, des images ou des impressions diffuses rattachées à son enfance qui refont surface.

Le cadre du soin énergétique offre donc, d'une certaine manière, la possibilité de passer d'une lecture purement exogène de la souffrance, qui s'incarne dans la compulsion de répétition, à une lecture plutôt endogène, sans toutefois se situer sur le plan de l'endogénéité psychique propre à la psychanalyse. En effet, le modèle endogène du soin énergétique propose que la pathologie ne soit que partiellement sous la responsabilité du sujet, car la cosmologie a toujours une importance déterminante (vie antérieure, astrologie, habitat, entités surnaturelles…), c'est pourquoi ces thérapies, pour garantir leur efficience, nécessitent du sujet qu'il modifie ses habitudes de vie. Ainsi, les causes internes sont traitées par le travail corporel et énergétique à court ou moyen terme, tandis que les causes externes demandent un engagement du sujet à long terme, dans des rites ou des transformations plus profondes de son mode de vie. Le soin énergétique possède donc une certaine souplesse théorique et technique, grâce à cette oscillation entre modèle exogène et endogène, ce qui lui permet de formuler des représentations étiologiques variables en fonction de la problématique du sujet.

D'un point de vue plus psychologique, le soin énergétique offre, à travers le déclenchement de crises psychiques, différentes modalités de reviviscence de traumas que le parcours thérapeutique de Sophie illustre. Par exemple, avec le travail énergétique et psychologique de Sophie auprès d'une psychothérapeute qui utilise des méthodes énergétiques pour rompre le lien d'âmes jumelles, les modalités de crise psychique se remodèlent en phénomènes de conversion hystérique. Dans cette perspective, les recherches de Sophie sur différents dispositifs thérapeutiques seraient ainsi sous-tendues par ce processus de transformation psychique initié et soutenu par l'énergétique. Des contenus psychiques non symbolisés investiraient l'activité pré-consciente du sujet, ce qui génèrerait en premier lieu une névrose de transfert (l'âme jumelle), puis des symptômes de somatisation liés à l'abréaction déclenchée par le magnétiseur, puis enfin de conversion chez Madame Epin[181]. En même temps, ce processus de transformation psychique au long cours motiverait Sophie à se diriger vers des modalités thérapeutiques qui font appel à des modalités plus élevées de symbolisation. D'abord,

[181] Les douleurs à la poitrine par exemple, seraient un symptôme de conversion qui traduirait corporellement le *« lien du cœur »* symbolique coupé entre Sophie et Emma.

avec le voyage initiatique, la forme élémentaire du groupe de pairs, comme solution auto-thérapeutique reposant sur le narcissisme, ensuite une modalité thérapeutique ancrée dans les processus primaires, le magnétisme, puis une modalité centrée sur les processus préconscients, une thérapie énergétique, et enfin une modalité tournée vers l'activité de construction psychique, la psychothérapie. Ainsi, entre élaboration et répétition, Sophie s'engage dans différentes modalités de thérapies dont chacune produit des crises psychiques différentes (voyant, magnétiseur, soins énergétiques, psychothérapie).

Dès lors, sur une échelle « génétique » des psychothérapies, le cadre du soin énergétique semble s'inscrire entre le magnétisme animal et la *talking cure*. Il fait appel à des processus des deux thérapies qui semblent à priori antinomiques : il utilise le langage et les techniques discursives, mais l'essentiel du travail thérapeutique se déroule dans le rapport corporel silencieux, médiatisé par la perception des changements de l'atmosphère de la séance. De ce fait, il demande du thérapeute une réceptivité, une sensibilité à la vie psychique du patient, en même temps que la capacité à suggérer dans le cadre, nécessaire pour produire l'injonction à la passivité. Par ailleurs, la représentation de l'énergie et l'intérêt porté sur le corps innocentent l'action psychothérapeutique. Elles font écran aux mécanismes psychiques et sociaux qui se jouent autour de la consultation, et sont au fondement d'autres dispositifs thérapeutiques comme la psychothérapie ou la sorcellerie.

Dans ce contexte, le corps devient le théâtre d'un ensemble de processus de pensée qui s'expriment sous la forme de crises dont l'issue varie selon les potentialités de symbolisation des sujets et les caractéristiques formelles du cadre. Dans le soin énergétique, la pensée n'est pas identifiée comme telle, elle est diffractée dans la technique et les représentations de l'énergie. Ainsi, le cadre du soin énergétique, sans proposer de manière explicite une action psychique, produit pourtant des effets psychothérapiques. Ceux-ci, au regard de notre troisième hypothèse concernant les propriétés thérapeutiques du soin énergétique, méritent d'être nuancés. A ce stade, l'augmentation de l'entropie psychique favorisée par le dispositif semble surtout induire, sous la forme de crises psychiques, des modalités de répétition et de reviviscence de contenus non-symbolisés. Ces crises débutent lors de la consultation et se résolvent dans l'après-coup, sous l'effet d'un travail de liaison psychique qui s'impose au sujet. L'issue véritablement thérapeutique de ce travail, toutefois, dépend de la capacité du sujet à associer les composantes sensorielles et affectives de l'expérience thérapeutique à des niveaux de représentations supérieurs de l'expérience non-symbolisée, c'est-à-dire à produire un travail de symbolisation. L'analyse plus approfondie de l'activité psychique du thérapeute nous

permettra de préciser davantage dans quelle mesure l'état non ordinaire de conscience peut ouvrir vers des modalités de symbolisation qui facilitent ce processus, comme nous le proposons avec notre quatrième hypothèse.

Au terme de ce chapitre, la situation thérapeutique du soin énergétique se résume par la formule suivante : *« ceci n'est pas une psychothérapie »*. Les procédés et propriétés psychothérapeutiques du dispositif sont « innocentés » par le recours au travail énergétique. Selon Roussillon (1992), l'innocentation du dispositif a pour but de masquer les composantes transférentielles du processus thérapeutiques. De ce fait, le caractère implicite de la fonction psychothérapeutique du soin énergétique n'efface pas le fait que celui-ci repose ; comme toute psychothérapie, sur une relation transférentielle qui alimente et permet le travail thérapeutique. Le chapitre suivant se consacre aux modalités du transfert dans le soin énergétique.

8.2. La trame intersubjective de l'énergie

« Il faut être deux pour faire du magnétisme », énonce Gisèle. L'énergétique requiert la réciprocité, que ce soit par la logique de don-contre-don, ou bien par les liens qui se tissent entre thérapeute et client au-delà des séances. Notre seconde hypothèse accorde une importance capitale à ces relations transférentielles. D'une part, nous pensons qu'elles ont pour fonction d'engager et de soutenir le processus psychothérapeutique, puisque la relation interpersonnelle fait partie des *« facteurs communs »* essentiels à toute psychothérapie (Cuijpers et al., 2019). D'autre part, nous supposons que la relation transférentielle, dans le soin énergétique, sous-tend et permet la régression psychique et l'établissement d'une communication hors-langage. Ainsi, après avoir examiné plus précisément les conditions et la nature des relations thérapeutiques qui se nouent dans le soin énergétique, nous en décrirons les conséquences sur la forme même de l'activité de pensée. Il apparaitra alors que la sensorialité forme une trame qui soutient la communication intersubjective, et enfin que cette trame facilite un travail d'élaboration psychique par l'intermédiaire de la boucle intersubjective.

8.2.1. Transferts et identifications

Si Freud a repéré et formalisé le transfert à partir de l'expérience de la cure analytique, il est rapidement apparu que le transfert pouvait se manifester en dehors de ce seul cadre (Ferenczi, 1909). Initialement, la situation de transfert désigne deux aspects complémentaires de la relation interpersonnelle entre patient et analyste. La première forme du transfert est celle d'une répétition ou d'une reproduction sur la figure de l'analyste des modalités relationnelles

aux figures d'attachement infantiles, ce qui constitue la névrose de transfert formalisée par Freud, tandis que la deuxième se retrouve dans le rapport affectif qui se crée dans une relation asymétrique entre deux sujets (Natanson, 2001). Avec Mélanie Klein (1952) puis Winnicott (1956), l'architecture du transfert devient plus claire : l'établissement de la seconde forme de transfert dans la relation du nouveau-né à ses figures d'attachement ouvre la possibilité de répéter cette modalité dans le cadre psychanalytique, puisque la relation entre analyste et analysant partage des similitudes avec la relation mère-bébé (Winnicott, 1954). De ce point de vue, la relation mère-bébé constitue ainsi une matrice des potentialités futures de transfert.

Mélanie Klein (1952) insiste sur le fait que la relation de transfert implique aussi la reviviscence de tous les sentiments, les sensations et les émotions associés aux relations précoces entre parents et enfants. Plus récemment, Thomas Ogden (1991) précise les formes cliniques de ces reviviscences. Ogden souligne que la matrice transférentielle apparaît dans la cure sous trois aspects, qui correspondent aux trois positions infantiles décrites par Klein (autistique, schizo-paranoïde et dépressive). La matrice du transfert se distingue alors dans la manière dont le sujet utilise le langage et non dans le contenu des représentations évoquées. Dans la position autistique par exemple, le langage est employé pour sa dimension sensorielle, les mots sont utilisés pour reconstituer une enveloppe sonore qui contient le sujet. A partir de ces travaux, il est possible de comprendre le processus transférentiel dans une logique de contenant-contenu. D'un côté, la matrice du transfert, comme reviviscence des modalités archaïques de relation affective, forme un contenant, une enveloppe psychique qui détermine les modalités d'expression du contenu du transfert. D'un autre côté, les représentations psychiques s'intègrent dans la répétition scénarisée des modalités relationnelles précoces, notamment par le biais des rêves ou des fantasmes, et sont ainsi un contenu communicable au thérapeute.

Instaurer une relation de transfert nécessite que certaines conditions soient remplies. Greenacre (1954) propose par exemple que les séances soient rapprochées au maximum, jusqu'à une séance quotidienne, de manière à favoriser le sentiment d'une relation continue entre l'analyste et l'analysant pendant au moins un an. De plus, le transfert ne doit pas être *« pollué »* par d'autres modalités relationnelles, aussi l'analyste et l'analysant ne doivent pas se côtoyer hors du cadre analytique. L'analyste ne doit recevoir aucune information du patient hors de la cure. Ces conditions s'éloignent de celles proposées dans les soins énergétiques, ce qui interroge alors sur la nature du transfert susceptible d'advenir ainsi que sur ses effets dans le processus thérapeutique.

Possibilités du transfert dans les soins énergétiques

Les énergéticiens reçoivent une large partie de leur clientèle pour des séances uniques ou ponctuelles et plus rarement pour des séances récurrentes. De ce fait, ces thérapies ne proposent pas la régularité nécessaire au déploiement du processus transférentiel. Tout porte à croire, justement, que les énergéticiens aménagent leur cadre pour éviter de se retrouver pris dans une relation transférentielle au long cours. Ceci tient au fait que la névrose de transfert, au sens du déplacement de la problématique névrotique d'un sujet dans la situation thérapeutique, est souvent jugée pénible par les énergéticiens. Cécile évoque par exemple l'échec de son groupe thérapeutique :

> L'année de son installation en tant que thérapeute dans une petite ville de campagne, Cécile monte un groupe thérapeutique basé sur la méditation pour trois participantes. Un an plus tard, elle dissout ce groupe, épuisée par les participantes qui se révèlent être des *« personnes qui attendent la baguette magique, des spécialistes des médecines alternatives qui ont épuisé tous les professionnels »*, qui entretiennent *« une position de victime »* et *« ne se sentent jamais responsables de rien »*.

Cette description évoque une manifestation contre-transférentielle de rejet potentiellement liée à un vécu d'impuissance suscité dans la relation thérapeutique. La récurrence des séances du groupe, comme l'investissement émotionnel de Cécile semblent ainsi avoir favorisé l'établissement d'un transfert entre les patientes et cette thérapeute. L'issue de ces mouvements transférentiels semble dépendre de la capacité des thérapeutes à maintenir la relation sans agir dans le transfert. Clément, face à des clients déprimés ou anxieux qui dégagent un transfert *« trop négatif »*, préfère les *« couper »* dans leur plainte afin de leur donner des conseils et les aider à envisager leur situation plus positivement. Lorsque cela échoue, l'issue la plus fréquente est l'arrêt de la relation. D'autres énergéticiens agissent leur contre-transfert, et ne se refusent pas à développer une relation d'amitié avec leurs clients, comme nous avons pu le voir chez Christine, qui a reçu deux amis en séance et m'a invité à boire un café. Cette thérapeute décrit aussi que ces relations manquent parfois d'authenticité, ce qui peut se lire comme un signe de la nature *« déplacée »* des affects, propre à toute situation transférentielle. Les thérapeutes développent ainsi des moyens de naviguer dans les eaux troubles du transfert, soit par un arrêt pur et simple de la relation, soit par une requalification de cette dernière en amitié.

De ce point de vue, le transfert, dans la situation de soins énergétique, ne semble pas se créer parce que le thérapeute organise son dispositif pour cela, comme c'est le cas dans la cure analytique, mais plutôt parce que le client formule une demande qui traduit une attente transférentielle préalable à la séance. Dans la théorie psychanalytique, la démarche de consultation est toujours motivée par un transfert, par l'adresse à un autre d'un symptôme qui a valeur de message inconscient en attente de traduction (Laplanche, 1987b). Les motifs de demande de soins se regroupent autour de plusieurs thèmes : la recherche de l'apaisement de symptômes de maladies chroniques et invalidantes, une réponse immédiate à un problème de santé, un sentiment de vide ou de perte de vitalité, et enfin la recherche de sens à l'existence. Ces demandes peuvent incarner la recherche d'un corps performant et infaillible, motivée par les exigences de productivité et d'esthétique des sociétés modernes (Le Breton, 2017). Dans cet *« idéal de santé permanente »* (Balint, 1955), le corps reste éternellement opérant, sollicitable, mais surtout *silencieux*.

En effet, comme le précise Lebreton, dans nos sociétés occidentales, *« […] la santé réponse sur un refoulement du sentiment de l'incarnation sans laquelle pourtant l'homme ne serait pas. »* (Le Breton, 2017, p. 182). Le corps en bonne santé est un corps capable de se plier aux exigences de performances sans ciller. Tout signe de la vulnérabilité du corps est effacé, réduit au silence. Les pratiques de bien-être structurent le champ social autour de cet idéal de performance du corps (Illouz et al., 2018). La maladie et la souffrance sont au contraire les manifestations bruyantes du déchirement de ce fantasme d'une santé éternelle. Se confronter à la maladie entraine un effondrement du rapport social du sujet, une *« désaide »* (Freud, 1948). Le sujet perd son agentivité, il est pris en charge par son groupe social et dirigé vers des solutions thérapeutiques pour être rétabli (Schmitz, 2006b). La perte de santé mobilise alors un fantasme de réparation magique du corps, un retour à l'antérieur, au fantasme, qui ne peut réellement exister.

L'adresse au thérapeute alternatif apparaît dans ce contexte sous-tendue par un double processus d'idéalisation et de projection. Ces processus se retrouvent ainsi dans les demandes des sujets envers les énergéticiens, comme l'explique Cécile lorsqu'elle dit que certains clients attendent un *« coup de baguette magique »*. L'attente irréaliste du rétablissement de la santé est ainsi projetée dans une figure idéalisée susceptible de rendre la santé au sujet, comme l'évoque Balint : *« La projection établit que le pouvoir étrange qui produit les phénomènes parapsychologiques ne réside pas en nous, les gens normaux, mais dans les médiums, les guérisseurs, les eaux, les bois et les grottes, ou dans l'insondable grâce de Dieu »* (1955, p.33).

Le traitement médiatique des guérisseurs, magnétiseurs et énergéticiens, de même que les récits populaires de guérisons contribuent à ériger ce mythe du guérisseur extraordinaire capable de tout guérir, rapidement et sans contrepartie, à l'inverse de la médecine si souvent critiquée aujourd'hui.

Ce contexte détermine alors socialement la nature du transfert vers le guérisseur : celui d'une relation de dépendance à un avatar tout-puissant du *Nebenmensch* (Freud, 1948). Si le concept de *Nebenmensch* désigne à l'origine un « être humain proche » et bienveillant (Richard, 2011), capable de venir en aide de manière adéquate au sujet, nous pensons ici que le transfert s'appuie sur cette représentation mais s'adresse en réalité à un en deça du Nebenmensch, vers un Autre dont l'altérité est si radicale qu'elle le rend tout-puissant[182]. Il s'agirait dans ce cas d'une forme de « transfert magique », dont les racines s'étendent dans les logiques de l'originaire (Aulagnier, 1975). Selon Aulagnier, l'activité de l'originaire s'instaure dans une situation de *« rencontre »* entre le corps et le monde intérieur qui constitue la première expérience de satisfaction. L'entrée en scène d'un Autre, porteur d'un désir, correspond pour Aulagnier au registre des processus primaires, et à la formulation de scénarios d'amour et de haine dirigés vers cet Autre. Ainsi, dans le processus originaire, il n'existe pas encore de différenciation sujet-objet qui permette au sujet de se représenter le Nebenmensch. Hors, *« l '« être-humain-proche » suppose une différence, il est à côté de moi : ni l'objet ni le semblable et pas exactement non plus un autre sujet. »* (Richard, 2011, p. 1541).

Pour tenir compte de cette différenciation, il semble plus juste de considérer qu'il existe dans le cadre du soin énergétique une infiltration des processus originaires dans le transfert. L'adresse au Nebenmensch apparait alors doublée par un « appel » vers l'originaire (Abensour, 2011), au-delà d'un être proche et secourable, à la recherche d'une rencontre avec une force magique capable de combler le besoin du sujet. Ces infiltrations se retrouvent d'une part dans les propos des thérapeutes, qui évoquent régulièrement que quelque chose à travers eux soigne[183], et d'autre part dans les composantes formelles de l'expérience thérapeutique du soin énergétique. Aulagnier (1975) évoque ainsi *« deux formes élémentaires d'activité »* psychique : *« le prendre-en-soi »* et le *« rejeter-hors-soi »* (p. 54). Ces pictogrammes d'incorporation et

[182] Dans une autre perspective, cette figure pourrait se retrouver dans les vécus d'abduction, qui mettent en scène des êtres venus d'ailleurs capables de sauver le sujet ou la planète, tout comme de les détruire (Rabeyron, 2018). Le caractère omnipotent de ces êtres signe la logique de clivage et d'idéalisation propre aux registres primaires de l'activité psychique.

[183] Gilles exprime par exemple que *« ces choses… quand on soigne… elles n'ont pas de limites »*

d'expulsion se retrouvent dans le transfert avec l'énergéticien, qui se donne pour mission de prendre le mal du sujet pour mieux l'expulser hors de lui.

De surcroit, comme le transfert est toujours lié à une rencontre et n'apparaît que dans un cadre propice à le faire émerger (Laplanche, 1987b), il faut souligner que la situation énergétique encourage le déploiement des processus projectifs. D'un côté, l'injonction à la passivité, parce qu'elle diminue la quantité de langage, restreint ainsi la construction du transfert secondaire, tout en favorisant d'un autre côté le développement d'une relation de dépendance — parce que le patient est allongé les yeux fermés sur une table de massage dans le cabinet du thérapeute — sous-tendue par les processus primaires. D'un autre côté, les thérapeutes prêtent une attention toute particulière à l'accueil des processus projectifs lors des phases plus discursives de leur travail. En effet, pendant l'entretien énergétique, le thérapeute s'intéresse assez peu au discours et à la causalité explicite des évènements, mais se focalise plutôt sur les composantes sensorielles de son expérience avec son client. Cette approche singulière de la sensorialité pourrait traduire ici une tentative de percevoir la matrice transférentielle. Pierre nomme cette qualité d'écoute le *« tact »*, terme qui traduit à la fois la compréhension intuitive d'une situation ou d'un propos et le sens du toucher médiatisé par la peau.

Selon Pierre, *« la demande de l'autre ouvre la sensation énergétique »*. Cette dernière se manifeste par des *« perceptions remarquables, inhabituelles dans la perception de la personne »* qui sont pour lui des *« cautions »* de la nature du travail qui s'engage. *« Ça apporte un élément de vérité, de conviction intérieure qu'il se passe quelque chose »*, explique ce thérapeute. Il s'intéresse peu au diagnostic et son but est *« de mettre en contexte, de situer par les mots »* le malheur du sujet. Il prête surtout attention au contexte, aux dates et à la *« direction »* du discours. Parfois, il repère des *« nœuds »* dans la parole : *« il y a quelque chose qui est caché, il y a quelque chose qui ne va pas, c'est pas un flux normal »* explique-t-il. Il est sensible aux *« micro-perceptions », « des petites perceptions, selon Leibniz »* qui lui *« font quelque chose »* : *« ça me traverse en tant qu'énergie mais tout de suite c'est une idée… on peut l'écouter, on peut le sentir, mais on ne peut pas le saisir »*. Il perçoit les fluctuations des entretiens : *« parfois ça se ferme, il faut savoir quand arrêter la parole »*. Avec l'expérience, il a développé son *« tact »* et parvient à gérer harmonieusement la dynamique de ses entretiens. De ce fait, il a parfois le sentiment que *« tout a été présenté »* ou encore que *« la parole tourne dans le vide, ça parle à l'intérieur »* voire que *« c'est une histoire ficelée, le récit est ce qui cache la personne »*. Ce travail d'entretien

semble ainsi servir à faire émerger la demande, car celle-ci *« déclenche »*, elle *« appelle »* le magnétisme.

En séance, la réceptivité du thérapeute puis l'injonction à la passivité motivent le déploiement des processus projectifs en deçà des mots, dans la matrice du transfert. Notons cependant un élément clinique qui semble contredire notre proposition. Il existe des thérapeutes, comme Sabrina, qui s'attachent à obtenir le moins d'information possible sur leurs clients, et à éviter tout échange verbal. Cela pourrait se comprendre comme un moyen de se protéger des phénomènes de transfert en évitant la construction du lien par le dialogue (Gisèle mentionne à ce propos qu'elle ne souhaite pas vivre une de ces histoires dans lesquelles les *« femmes tombent amoureuses de leur psychiatre »)*. Toutefois, comme le transfert est essentiellement un complexe intrapsychique projeté vers un autre, celui-ci peut se nourrir du plus minime contact avec le thérapeute. C'est même exactement ce qu'il se produit dans la situation analytique, lorsqu'un analysant frustré du contact avec l'analyste se met à fantasmer à son égard puis à développer des phénomènes de transfert de pensée (Sánchez-Medina, 2018). Dès lors, l'évitement de la relation discursive participe à la mise en place des processus projectifs, puisqu'elle catalyse les mouvements transférentiels qui se produiront ultérieurement sur la table, quand l'efflorescence fantasmatique se heurtera à l'injonction à la passivité.

Le contre-transfert met aussi en lumière ces effets de frustration du dispositif. En effet, lors des observations de séances, j'ai constaté que la teneur des échanges était généralement assez pauvre et souffrait de la comparaison avec la psychothérapie. J'ai souvent eu envie de poser des questions plus précises au client, et suis régulièrement resté insatisfait par rapport à ces temps d'entretiens. Cette frustration trouvait sa source dans le mécanisme d'idéalisation déjà décrit : j'avais d'importantes attentes quant aux secrets et techniques de ces guérisseurs hors du commun. L'analyse du contre-transfert dans des espaces de supervision m'a ensuite permis de repérer et d'identifier ces effets de frustration comme caractéristiques de la dynamique de fascination et de rejet propre au champ des expériences exceptionnelles (Rabeyron, 2020d)

D'un point de vue plus théorique, retenons qu'un thérapeute fortement idéalisé n'en sera que plus frustrant, puisque l'investissement intense d'une représentation idéale du thérapeute se retournera en agressivité dès les premiers signes d'une inadéquation entre le thérapeute et son double fantasmatique. Comme la frustration constitue un des moteurs de la crise psychique, l'adhésion aux mythes thérapeutiques favorise l'efficacité de ces méthodes. En effet, plus le

client idéalise le thérapeute, plus la frustration engendrée par le principe de réalité (le contact réel avec ce thérapeute) est grande, et donc plus cela est susceptible de générer un écart entre le modèle interne du thérapeute et la relation elle-même. Ceci produit un conflit intrapsychique qui favorise la tendance à l'entropie psychique. L'intensité de la crise psychique qui s'en suit est ensuite proportionnelle à ce conflit.

Fusion psychique et transfert narcissique

Les tendances projectives inconscientes qui animent la scène énergétique apparaissent également lors de nos rencontres avec nos participants. De manière générale, le cadre des entretiens et la neutralité de la relation était difficile à maintenir. Nous avons observé que la matrice transférentielle de ces rencontres suscitait souvent une porosité psychique, facilitant la survenue d'images mentales ou d'affects. De surcroit, cette porosité se manifestait aussi chez les thérapeutes par des visions à mon propos. Ce processus se déroule dans l'arrière scène inconsciente de la relation et teinte l'activité psychique produite dans l'échange, comme je le remarquerais avec Gilles :

> Gilles est très chaleureux, très convivial et prend beaucoup de plaisir à participer aux entretiens. Il m'enjoint à plusieurs reprises à venir le visiter amicalement si je suis amené à venir dans sa région. La voix de Gilles est très douce, il dégage une grande sérénité. Lorsqu'il s'exprime, ses mots paraissent toujours sincères, et l'écho émotionnel qu'il suscite en moi est important dès lors qu'il aborde les sentiments de tristesse qu'il peut éprouver au contact de ses patients. Gilles semble particulièrement attentif à son vécu interne. Il peut livrer des détails sur ses sensations et entrer en état d'évocation sans suggestions directes.
>
> D'un autre côté, quand il explicite son vécu interne, la perception de mon propre vécu apparaît se renforcer, mais aussi se dérouler au ralenti, comme si avec lui je devenais de plus en plus conscient de mes sensations. De plus, cela amène à une grande fluidité associative, qui m'a conduit à noter d'avantage de réflexions sur les marges qu'auprès d'autres participants. A chaque échange, il demande de mes nouvelles, veut savoir s'il fait beau chez moi, et paraît attentif à mes réponses comme je l'imaginerais être avec un membre de sa propre famille. De ce fait, la distance dans le cadre tend à se réduire en douceur, et cela me demande d'avantage d'attention pour la conserver psychiquement.

Ces processus projectifs apparaissent ici sous-tendus par des processus d'identification en double. Roussillon (2004) souligne ainsi que les relations de soins repose sur

« *l'identification narcissique de base* », cette capacité à s'identifier au vécu de l'autre en l'investissant comme double de soi-même. Ce concept rappelle, dans un autre champ, celui de l'empathie (Gallese, 2009). Selon Roussillon, le paroxysme de l'identification narcissique de base est une expérience de confusion psychique entre soi et autrui, une perte des limites du Moi capable de susciter des angoisses archaïques d'absorption, d'éclatement, d'anéantissement ou encore de parasitage. Tout thérapeute doit donc nécessairement travailler avec cette identification, apprendre à respecter les frontières qui différencient l'identification narcissique de la confusion sujet-objet. Les systèmes thérapeutiques développent généralement des méthodes variées pour identifier et marquer cette frontière. En médecine, les affects sont mis à distance par le praticien au profit d'une maitrise technique, de sorte que l'identification soit suspendue. Dans la cure analytique, le travail d'élaboration du contre-transfert permet de repérer les liens d'identification entre analyste et analysant.

L'analyse des systèmes thérapeutiques alternatifs, tels que le soin énergétique, laisse entrevoir un travail très différent à partir de l'identification narcissique de base. Pour mieux saisir ces enjeux, nous proposons d'envisager l'expérience de fusion psychique également sous l'angle d'une potentielle expérience de plaisir et non pas uniquement, comme le propose Roussillon, d'une source d'angoisse. En effet, la relation mère-bébé est également une expérience de satisfaction, notamment à un niveau archaïque du développement, lorsque la mère est encore un bon objet source de gratification immédiate. L'instantanéité de la communication mère-bébé se vit alors comme un état d'indifférenciation sujet-objet, de plénitude et de satisfaction immanente. Le sentiment océanique est un des avatars de cette dilution du Moi (Freud, 1934). Le retour de ce sentiment de fusion psychique a pour effet d'anéantir toute conflictualité et le sujet se retrouve fondu dans une jouissance souvent foudroyante. Les premières rencontres avec l'énergie, sous la forme d'expériences de Kundalini (Greyson, 1993) ou d'expériences mystiques, produisent fréquemment ce sentiment.

> Michel rapporte ainsi son expérience de Kundalini : *« J'étais dans les toilettes pour un pipi bien mérité, quand une « pensée »* s'est imposée à moi, accompagnée d'un sentiment d'Amour fulgurant, celui qui unit un enfant et sa mère. Cela s'est transformé, en s'intensifiant, en l'Amour qui unit tout être humain et son créateur, son origine, sa véritable nature, les deux ne faisant en fait qu'UN. Ça a duré toute la soirée, prenant différentes formes : un bombardement ininterrompu d'Amour qui, progressivement, est devenu insupportable, comme si mon corps physique était trop petit, trop étriqué pour survivre à un tel feu d'artifice qui prenait, sans ménagement, possession

de tout mon corps et de tout mon esprit. » Dans les suites de cette expérience, Michel s'est découvert une capacité à soigner les autres en projetant cette énergie qu'il a reçue.

L'identification narcissique de base peut dès lors devenir un vecteur du retour de ce sentiment dans un contexte thérapeutique et la situation énergétique repose donc sur cette configuration transférentielle dans laquelle des représentations clivés et idéalisées de soi et de l'autre sont mises en relation par l'identification narcissique de base. Ce contexte forme une matrice transférentielle propice aux processus projectifs, dont les manifestations se repèrent tout particulièrement dans le temps du travail énergétique. Dans ce contexte, les crises psychiques peuvent provoquer un retour du clivé, sous la forme d'une identification narcissique totale dans lequel le sujet et l'objet sont confondus. Les propos de Cécile évoquent cette dynamique :

Cécile pense que les demandes de ses clients ne sont pas dues au hasard : *« les gens viennent me parler de moi »*, affirme-t-elle. Elle précise : *« Le but du jeu est de voir quelle partie de moi-même je vais régler avec mon client »*. En guise d'exemple, elle évoque le cas d'un homme qui venait pour une curieuse tache rouge sur le front et chez qui elle a *« perçu intuitivement une souffrance profonde »*. Elle comprend que cet homme a perdu un bébé depuis quelques mois, et qu'il présente un *« deuil pathologique »* qui impacte lourdement la vie familiale. Cela résonne en elle avec son avortement réalisé à 25 ans, et elle se rend compte qu'elle *« n'a pas dit au revoir à cet enfant »*. Elle a tenté d'aider cet homme à faire son deuil en même temps qu'elle faisait son propre travail émotionnel : *« on a tous les deux fini en pleurs dans la séance ! »* ponctue-t-elle, d'un ton humoristique. Elle affirme que *« le but n'est pas d'être en larmes avec chaque client »* et considère se nourrir de ses difficultés personnelles pour alimenter sa sensibilité aux problématiques des autres.

Il apparaît ainsi que le processus thérapeutique du soin énergétique tient résolument du registre des processus psychiques primaires qui rappellent l'organisation orale, pré-œdipienne de la pulsion (Roussillon, 1992). Une telle organisation repose sur des logiques d'articulation entre contenant et contenus (Bion, 1979), mais également sur une logique de clivage bon/mauvais (Klein, 1946). L'approche de Gilles est exemplaire de ces processus thérapeutiques dans lequel le thérapeute, ce *« récipient propre et sain »*, pour reprendre ses propos, s'accole à son client sur une modalité érotique orale — *« comme une sangsue »*, précise Cécile — afin d'en ôter le mauvais et le remplir de bon.

Le transfert se structure ainsi autour de l'articulation entre processus projectifs et introjectifs, notamment par le biais de l'identification projective. Selon Mélanie Klein (1946), ce mécanisme de défense se développe dans les premiers mois de vie. L'enfant est alors en proie à un conflit psychique entre la satisfaction et l'insatisfaction de ses besoins et il existe alors un clivage entre le plaisir et le déplaisir. Le déplaisir lié à l'insatisfaction des besoins est expulsé vers un objet extérieur, *« dans »* la mère, précisera plus tard Bion (1962), qui tient un rôle de contenant psychique. L'identification projective opère ainsi par un double clivage : clivage du Moi, puis clivage de l'objet et projection de la partie clivée du Moi dans la partie clivée de l'objet. Bion (1962) distingue ensuite deux aspects de l'identification projective : un processus normal, qui vise à communiquer à l'autre l'expérience d'un état interne, et un processus *« excessif »* qui a pour but d'évacuer dans l'autre un surplus d'excitation et dans lequel le fantasme d'omnipotence prend le pas sur le principe de réalité.

Ces perspectives permettent de préciser les mécanismes de l'identification projective au cours de l'évolution temporelle du transfert, comme l'explique Ogden (1979) :

> *« Dans la phase initiale, le sujet fantasme de se débarrasser d'un aspect de lui-même et de le placer dans une autre personne de façon à la contrôler. Ensuite, par le biais de l'interaction interpersonnelle, le sujet exerce une contrainte sur le destinataire de la projection pour qu'il éprouve des sentiments congruents à la projection. Enfin, le destinataire transforme psychiquement la projection et en rend une version modifiée qui peut être à nouveau internalisée par le projecteur. » (p. 371)*

Ce processus, considéré comme une modalité archaïque de communication, est un moyen de défense primaire qui consiste à loger dans l'autre des excitations impossibles à penser. Les propriétés symboligènes de l'identification projective dépendent ainsi des capacités de symbolisation du réceptacle de la projection. Par ailleurs, cette conception intersubjective de l'identification projective nécessite de formaliser un processus d'identification introjective — déjà envisagée par Bion et Klein — par laquelle un sujet est capable d'introjecter (c'est-à-dire de s'identifier et se conformer) de manière inconsciente une représentation fantasmée qu'autre sujet se fait de lui (Bolgert, 2003). L'ajustement et les potentialités symboligènes de la relation transférentielle dépendent alors d'un couplage harmonieux entre identification projective et introjective.

La dynamique transférentielle du soin énergétique mobilise largement cette boucle projective, qui s'incarne essentiellement dans le registre de l'acte, contrairement aux dispositifs psychothérapiques plus classiques. La scène transférentielle est alors dominée par des fantasmes d'introjection et par une identification à l'objet introjecté. Ceci mobilise le processus de symbolisation, mais engendre parfois des fantasmes d'expulsion des sensations de déplaisir, qui se retrouvent projetés dans les objets. Comme le souligne Ogden, ces processus s'accompagnent de mécanismes de contrôles interpersonnels qui contraignent l'objet à se comporter d'une manière congruente au contenu de la projection ou de l'introjection. Selon la mobilisation dominante du versant projectif ou introjectif de l'identification, ces mécanismes de contrôle s'expriment dans la relation ou sur le sujet lui-même. Ainsi, plus la situation thérapeutique mobilise l'identification projective, plus le contrôle interpersonnel est important, et plus la situation thérapeutique mobilise l'identification introjective, plus le contrôle intrapersonnel est fort.

La première configuration, dans laquelle l'identification projective est importante, donne souvent lieu à un transfert de *« thérapeute tout-puissant »*. Dans cette modalité transférentielle, le thérapeute investit autrui comme lui-même, au détriment de sa vie psychique, dans ce qui s'apparente alors à de l'identification projective. Le thérapeute fait un usage extensif de la suggestion et contraint son interlocuteur à se conformer au processus projectif. Le cas de Benoit, qui n'a aucunement besoin que son client formule un mot pour le magnétiser, manifeste cette dynamique transférentielle. Lorsque ces processus sont prédominants, ce type de thérapeute peut dévoiler des pulsions agressives à l'égard de l'autre et des différences intersubjectives qui se révèlent dans la relation. Cela se manifeste notamment dans les échanges avec Patrick :

> Discuter avec Patrick passe par un travail minutieux d'accordage, ce qui me force à définir avec lui les termes à employer pour dénommer ce qu'il vit. *« Quand je soigne quelqu'un, ça se fait »*, dit-il plusieurs fois en insistant sur le *« ça »*, *« je demande qu'on me montre des choses… je vois, j'entends »*. Comme il considère *« être »* et non pas *« faire »* une quelconque action thérapeutique, il est difficile d'aborder ses activités de soin. Il se représente comme *« la partie physique qui permet que quelque chose se passe »* et précise qu'il *« a accès »* à un pouvoir thérapeutique. Lors des entretiens, Patrick trouve une certaine satisfaction à énoncer des théories ou des citations et les répète à plusieurs reprises. Il s'attend à ce que j'intègre rapidement ses propos, ce qu'il me fait remarquer régulièrement, et avec peu de délicatesse : *« Si vous ne*

comprenez pas ça… ». Parfois, il reconnait avec satisfaction mes efforts et me le notifie, comme à la fin de notre premier entretien : *« Je sens que votre cerveau travaille. »*

Dans de telles configurations, les mécanismes de clivage, de projection et d'idéalisation sont particulièrement saillants : le rapport à l'objet est envisagé sur un mode passif/actif et la passivation révèle un fantasme de pénétration et d'introjection d'une figure imaginaire toute-puissante. La projection permet d'innocenter le rapport transférentiel dans le soin, puisque le thérapeute et le patient se soumettent de la même manière à cette force introjectée et idéalisée. Sans ce mouvement projectif, le thérapeute s'auto-clive, s'idéalise lui-même sur un mode maniaque. Il plonge alors dans le délire, comme c'est le cas pour Antoine :

Suite à une expérience de sortie hors du corps dans un contexte traumatique, Antoine à découvert sa capacité de *« faire des miracles »* et dit pouvoir guérir des maladies *« incurables »* : *« j'ai fait marcher un tétraplégique, j'ai soigné un cancer en phase terminale… »*. Antoine explique qu'un jour, il a vu dans la rue un homme dans un fauteuil roulant et est allé à sa rencontre. *« Je peux te guérir »*, a dit Antoine, avant de prendre l'homme par la main et de le soulever hors de son fauteuil. L'homme s'est ensuite mis à marcher. Il s'avère, d'après Antoine, qu'il y avait ce jour-là une manifestation publique de l'association des paralysés de France et qu'il a pu guérir quatre personnes de cette manière. Il a cependant essuyé un refus d'une personne qui avait peur qu'il soit un charlatan et essaye de lui extorquer de l'argent. Il partage cette peur des magnétiseurs et des guérisseurs car il pense qu'il existe de nombreux escrocs.

La seconde configuration, dans laquelle l'identification introjective domine, mène à une identification narcissique en double, qui se traduit souvent par un phénomène de résonnance traumatique et de confusion sujet-objet, comme l'illustre la vignette de Cécile exposée plus haut. Cette modalité transférentielle semble plus favorable, puisqu'elle place l'articulation entre le vécu du thérapeute et celui du client au centre de la relation. La dyade thérapeutique s'organise alors autour du schéma archétypique du *« guérisseur-blessé »* (Burda, 2014; Depres, 2008) : les évènements de vie douloureux du guérisseurs le rendent capable de soigner l'autre par identification projective, comme il s'est soigné lui-même. Le thérapeute introjecte ainsi la partie blessée du malade, et en le guérissant, se guérit lui-même. Il existe alors un risque de confusion sujet-objet, ou l'instauration d'une relation de dépendance à l'objet.

Cette relation de dépendance, lorsqu'elle se déroule sur le mode de l'oralité, produit des fantasmes de dévoration, ce qui renvoie à la figure du Vampire (Boisvert, 2012; Saint-André et

al., 2009). Cet être mi-humain mi-*« sangsue »*, pour reprendre l'expression de Cécile, est un double fantastique dans lequel se loge le clivage entre le bon objet, le Vampire étant vanté pour sa beauté, son éternel hédonisme, et le mauvais objet, le Vampire étant une créature bestiale, cruelle et maléfique. Dès lors, le Vampire incarne ce clivage, qui pour se maintenir, demande introjection de la vitalité d'un autre sujet. Le Vampire devient alors acteur de la compulsion de répétition, en se nourrissant de l'autre, il le transforme à son tour en Vampire. Dans l'ombre du guérisseur blessé se cache le cannibale, qui se nourrit de l'autre pour sa propre survie, comme l'évoque Christine :

> Christine m'explique n'avoir jamais de douleurs durant les soins. Selon elle, cette pratique la protège : *« Si je ne m'occupais pas des gens, je ne serais plus, je m'assècherais complètement »*. Il s'agit pour elle d'entretenir *« son chemin de vie »*. Elle ne se sent jamais fatiguée après les séances : *« je cannibalise un peu l'énergie des gens… mais l'énergie qui n'est pas bonne pour eux, je la récupère »*. Les soins lui apportent *« un bien-être qu'elle n'avait pas avant »*.

Cette dynamique d'identification vampirique annule la séparation des espaces intersubjectifs, intra psychique, et rend possible le commerce de la vitalité entre les corps :

> *« Cette survie d'un revenant à l'intérieur d'un humain, visant à éviter le travail du deuil, la perte réelle et sa cicatrisation, conserve, en quelque sorte, au mort une vie, au vivant une mort. Nous pourrions appeler identification vampirique ce mécanisme inhérent à ce phénomène de possession, qui inclut une dimension magique. Il s'agirait d'une identification anténarcissique, sur un mode fœto-placentaire de non-séparation, de nidation à l'intérieur d'une matrice où les échanges, la circulation, semblables à ceux des lacs sanguins fœto-maternels, sont en deçà du langage, en prise continue sur le corps. Nul miroir ne viendrait signifier la réalité d'un plan de séparation. Nulle image ne serait perceptible. Un seul corps réunirait affects, sensations, pensées, à l'intérieur d'une sphère magique. »* (Wilgowicz, 2001, p. 127)

La matrice transférentielle, résultat de la mise en exercice de la fonction maternelle, supporte l'interdépendance du thérapeute et de son malade. Elle permet également, dans le contexte de l'identification vampirique, de figer le processus de deuil, de faire coexister morts et vivants. Ceci offre la possibilité de penser la présence fréquente de deuils à l'origine des parcours de

vie des guérisseurs[184]. La circulation de l'énergie vitale vient rendre sensible l'existence d'un monde autre dans lequel peuvent exister les défunts.

Par ailleurs, le fantasme de dévoration vampirique se trouve aussi renversé sur le mode passif/actif et Christine se sent parfois envahie par ma présence pendant ses séances, ce qui lui fait courir le risque d'être à son tour transformée de l'intérieur par ce qu'elle aurait absorbé de moi :

> Un peu gênée, elle poursuit en m'expliquant que ma présence a eu un effet sur elle : *« Ta présence ne m'a gênée en rien dans mon cerveau. Mais je me suis moins lâchée […] Mon corps n'a pas fonctionné de la même façon »*, poursuit-elle, *« J'étais plus dans le verbal que dans l'énergie. C'est comme si il y avait eu un transfert entre toi et moi pendant la consultation, c'était pas moi. J'étais plus « psy »*, pas comme d'habitude ». Ses clients n'ont pas remarqué ce changement, mais elle s'en est trouvée dérangée. Elle explique que *« c'est comme être à la place d'un autre, c'est pas nous qui parlons, on s'entend, on utilise un vocabulaire qu'on utilise jamais, qu'on ne connait pas ou qu'on ne comprend pas forcément, mais là on sait très bien les utiliser »*. Cela lui arrive parfois avec ses clients. Finalement, elle avoue s'être sentie *« prise au piège »* par moi, mais ce vécu n'était présent que dans les soins.

Ce mythe du Vampire se retrouve dans la littérature New Âge, puisqu'Andrew Redfield répertorie dans son Best-Seller initiatique *« La prophétie des Andes »* (2005) plusieurs sortes de *« Vampires Energétiques »*. Le soin énergétique, comme dispositif thérapeutique, inscrit donc son fonctionnement dans un mythe vampirique, ce qui semble justement lui permettre de trouver une inscription logique dans le monde contemporain. En effet, le mythe vampirique symboliserait la logique individualiste extrême de nos sociétés :

> *« L'ordre vampirique caricature notre société au noyau libéral débridé et mondialisé avec ses rapports de force régulant au quotidien les relations tant dans les domaines juridiques qu'économiques et politiques, pouvant revêtir tour à tour les frusques de la négociation, de la séduction, ou de l'affrontement physique si besoin. De même, l'exploitation de l'autre (travail des enfants, des sans-papiers, utilisation du personnel jusqu'à épuisement – burn out – etc.)*

[184] Gilles a perdu son frère dans l'enfance. Le parcours de guérisseur de Patrick a commencé quand il a perdu son père. Sabrina a perdu son mari peu après la naissance de ses deux enfants, et elle est ensuite devenue thérapeute. Le père de Sophie est décédé, elle a ensuite consulté un voyant pour communiquer avec lui avant de se diriger vers l'énergétique. Cécile mentionne aussi un avortement dont elle n'a pas fait le deuil.

apparaît comme une manière contemporaine de se nourrir de la substance de l'autre. » (Saint-André et al., 2009, p. 8)

Etant donné que *« chaque culture produit des psychothérapies en reflet des processus psychologiques et sociologiques qui la caractérisent »* (Rabeyron, 2019, p. 28), le soin énergétique, dans les formes transférentielles qu'il mobilise, se distingue alors peut-être des autres modalités psychothérapeutiques parce qu'il est une tentative de mise en scène de ces représentations utilitaires de l'intersubjectivité véhiculées par le néo-libéralisme, dans lesquelles chaque personne peut être considérée comme une ressource humaine. L'accent mis sur la dynamique économique et les échanges d'énergie résonne singulièrement avec les interrogations modernes de rentabilité, de commerce voire d'écologie. En même temps, cette thérapie possède un potentiel subversif par rapport aux modalités thérapeutiques les plus installées dans ces doctrines comme les thérapies cognitivo-comportementales. Là où ces dernières souhaitent *« rendre heureux ceux qui souffrent indépendamment du contexte au sein duquel ils évoluent »* (Rabeyron, 2019), les soins énergétiques sont au contraire une manière de métaboliser les liens entre la souffrance et le contexte. Les processus projectifs et l'indifférenciation sujet-objet mobilisée dans le transfert servent ainsi de rite de communion avec l'environnement. Ceci offre au sujet malade une chance de réaliser qu'il ne peut se développer hors-sol et qu'il est au contraire un produit de son milieu. Ce processus thérapeutique rappelle celui de la psychanalyse, mais sa forme en diffère largement.

Du fond vers la forme

Chertok (2002), rappelle que la suggestion favorise un processus de régression psychique et réinstaure des modalités archaïques de la communication :

« La suggestion nous apparaît ainsi comme la relation primaire, fondamentale entre deux êtres, la matrice, le creuset dans lequel viendront s'inscrire toutes les relations ultérieures. Nous dirons encore qu'elle est une entité psycho-socio-biologique indissociable, agissant à un niveau inconscient très archaïque, pré-langagier, pré-sexuel, et médiatisant l'influence affective que tout individu exerce sur l'autre ». (p.314)

Le soin énergétique mobilise ce type de situation transférentielle, dans laquelle le thérapeute énergétique suggère, par le cadre, par les rites et par l'investissement particulier du patient, l'établissement d'une matrice transférentielle projective, pré-langagière et pré sexuelle. Celle-ci repose sur les processus d'identification projective et pousse à investir la relation *« en*

double », sous un angle narcissique (Roussillon, 2009). Ce transfert, qualifié dans ce travail de *« primaire »*, se distingue largement de la névrose de transfert psychanalytique, autant dans sa formation, dans son éprouvé, que dans son issue. Gisèle marque ainsi une distinction nette entre ces deux registres de transfert :

> Selon Gisèle, *« aimer le genre humain »* est une condition pour pouvoir magnétiser. Toutefois, le magnétiseur doit *« mettre son émotion affective de côté »* pour *« être dans le ressenti »*, c'est-à-dire pouvoir repérer en soi les sensations qui proviendraient de l'autre. Il faut pouvoir *« aimer la proximité des personnes, comme tout thérapeute »*, mais ne pas impliquer *« son émotion personnelle, l'affectif de nos familles »*. Cette disposition est une forme de *« compassion »*, *« l'intention que cette personne aille mieux. »* Gisèle différencie ce sentiment du transfert, qui agit dans *« ces histoires de clientes qui tombent amoureuses de leurs psychiatres »*, et dans lesquelles le psychiatre fait *« barrière de son affectif personnel, reconnait une projection de leur propre vie »*. Elle est parfois confrontée à ces transferts lorsqu'elle magnétise : *« les affects nous grignotent, les personnes débordent, veulent une bouée »*. Selon elle, il faut prendre du recul, *« ne pas se considérer comme responsable de leur vie »*, affirmer que *« les magnétiseurs ne sont pas des dieux »*, afin de *« ne pas entrer dans son propre émotionnel »*. Ainsi, Gisèle exprime clairement qu'elle n'est pas *« psy »*, même si elle reconnait que *« le travail est quand même dans l'énergie de la pensée »*, ce qui lui fait se demander si *« il n'y aurait pas un peu de télépathie »* généralement à l'œuvre dans le soin.

Ce transfert primaire doit rester impersonnel, il ne devient pas un transfert secondaire, c'est-à-dire un déplacement dans la situation thérapeutique des sentiments que l'on porte à l'égard des objets familiaux (comme *« ces patientes qui tombent amoureuses de leurs psychiatres »*). Les vicissitudes de ces modalités de transfert sont telles que les thérapeutes doivent ainsi mettre en place différents rites destinés à médiatiser la relation. Ces rites suivent la logique caractéristique de la nature prototypique et formelle des processus archaïques (Anzieu, 2000), qui se manifestent sous des formes basiques, le plus souvent en termes de paires d'opposés que représentent bien la charge/décharge. Le propre de ces niveaux archaïques de la vie psychique est de mobiliser largement des pans entiers de l'activité de représentation, puisque les changements dans les signifiants formels ne passent pas par la lente voie des processus d'élaboration secondaire. Ainsi, dans les configurations typiques du soin énergétique, c'est-à-dire lorsque le client est installé sur une table de massage, le cadre induirait des processus régressifs qui favorisent temporairement l'adoption de nouveaux circuits de représentation de la vie psychique.

Dès lors, la matrice transférentielle du soin énergétique ouvrirait la porte à des modifications de fonds de l'activité psychique, tout comme de nombreuses méthodes thérapeutiques qui impliquent des expériences aux limites de la psyché, à l'instar des thérapeutiques traditionnelles (Nathan, 2001), les cures de psychédéliques (Artru & Rabeyron, 2021) mais aussi l'hypnose (Bioy & Michaux, 2007). En effet, comme lors des expériences exceptionnelles, l'abaissement des mécanismes de défenses, de même que les suggestions du thérapeutes (dont l'injonction à la passivité) pourraient permettre de relancer le processus de symbolisation (Rabeyron et al., 2010). Ces modifications qui se trouvent dans les fondements même de l'activité psychique engendreraient des répercussions parfois spectaculaires, soudaines et incompréhensibles pour le sujet lui-même, qui n'est structurellement pas en contact, selon la topique formelle freudienne, avec ces mécanismes inconscients. Ces changements se présenteraient le plus souvent sous la forme de crises que nous avons décrites plus tôt.

Le travail psychothérapeutique dans la perspective psychanalytique consiste ainsi à favoriser la conversion, ou la traduction d'éléments psychiques peu ou pas symbolisés en représentations d'images ou de mots, par l'intermédiaire de la fonction-alpha. Ces représentations véhiculent des modalités transférentielles secondaires, c'est-à-dire le déplacement d'affects et de représentations infantiles vers le thérapeute, par l'intermédiaire de la verbalisation continue imposée par l'association libre. Le sujet entre ainsi en contact avec ce qu'il est en train de transférer. Dans le soin énergétique, ces processus secondaires sont largement inhibés et évités, au profit de la matrice sous-jacente du transfert. En retour, cette matrice détermine les modalités expérientielles du processus thérapeutique, comme le précise Ogden :

> *« La matrice du transfert peut être considérée comme le corrélat intersubjectif (créé dans le cadre analytique) de l'espace psychique dans lequel vit le patient. [...] Ce concept ne concerne pas seulement les événements qui se produisent sur la scène analytique, mais les états d'être qui déterminent la nature avec laquelle les pensées, les sentiments et le comportement sont créés, expérimentés et interprétés par le patient. L'analysant ne se contente pas de parler à l'analyste (ou à lui-même) de la manière dont il crée l'expérience ; il contribue plutôt à une construction intersubjective dans le cadre analytique qui incorpore dans sa forme et sa conception la nature de l'espace psychique dans lequel il vit (ou ne parvient pas à vivre). » (1991, p. 603-604)*

Le thérapeute sollicite activement ce processus. *« Invariablement, l'analyste participe inconsciemment à la création de la construction intersubjective dans le cadre de l'analyse. C'est en partie par cette voie (c'est-à-dire par l'analyse du contre-transfert) que l'analyste accède à la nature des états d'être qui composent la matrice du monde interne du patient. »* (Ogden, 1991, p. 604). Ainsi, dans le travail énergétique, les éléments non-symbolisés *« s'atmosphérisent »* (Rebollar & Rabeyron, 2016) se fixent sur le cadre formel, en attendant d'être réintrojectés (Roussillon, 1992). La forme expérientielle de la matrice consiste alors en une extériorisation des processus psychiques, une représentation des mouvements archaïques de la pensée sous une forme externalisée. Or, comme l'évoquait Anzieu, toutes les manifestations des signifiants formels se rattachent aux propriétés des enveloppes, et donc du corps en tant que qu'enveloppe psychique primordiale (Golse, 2007). Dans ce contexte projectif, quelles formes peuvent prendre les processus de transformations si ce n'est d'abord celles de manifestations sensorielles ?

8.2.2. La matrice sensorielle et le travail de figurabilité

Reich notait déjà dans *« La fonction de l'orgasme »* les sensations si particulières rapportées par ses patients lorsqu'il les libérait des tensions cristallisées dans la cuirasse caractérielle : *« Du relâchement des attitudes musculaires rigides découlaient des sensations somatiques particulières : tremblements involontaires, saccades musculaires, sensations de chaud et de froid, démangeaisons, picotements, chair de poule, et la perception somatique de l'angoisse, de la colère et du plaisir. »* (Reich, 2013, p. 214). Le corps se fait ainsi le théâtre des transformations des affects mobilisés dans la relation transférentielle. Seulement, l'expression corporelle doit nécessairement être envisagée dans ses liens avec l'activité psychique, le Moi étant avant tout un Moi-corps (Freud, 1948). Etudier les manifestations de la sensorialité dans le soin énergétique revient ainsi à observer les processus de transformation de l'expérience subjective produit par le dispositif. Il apparaîtra en premier lieu que les vécus sensoriels émergent de la matrice transférentielle et forment une nouvelle trame intersubjective, un premier registre de symbolisation. Celui-ci supporte des interactions psychosomatiques qui seront exposées en second lieu. En dernier lieu, les formes finales de ces processus de symbolisation et de transformation à partir du corps du thérapeute sont exposées. Elles se distinguent comme fruit d'un travail d'élaboration psychique à partir du vécu corporel généré par les mouvements projectifs de la matrice transférentielle.

La sensorialité comme expression formelle

La situation thérapeutique du soin énergétique a ceci de particulier qu'elle se centre sur l'activité corporelle, sans toutefois faire du contact et des manipulations directes du corps le vecteur du soin. Pourtant, le corps du malade travaille comme si il était directement touché et influencé par celui du thérapeute — ce qui peut toutefois se produire chez certains énergéticiens. Ceci donne alors le sentiment qu'une force agit comme intermédiaire entre les deux sujets. Dans ce contexte, la sensorialité tient le rôle de témoin de cette force agissante : les variations des sens renseignent ainsi sur le travail énergétique qui est en train de se dérouler dans le corps. Beissner (2020), au cours de plusieurs expériences sur des dispositifs thérapeutiques, observe des *« sensations physiques complexes qui surviennent dans le contexte d'exercices ou de soins psychocorporels qui sont vécues par la personne traitée, par le praticien, ou les deux. »* (2020, p.2) Ces *« sensations thérapeutiques »* sont largement similaires d'une modalité thérapeutique à une autre : des picotements, de la chaleur, une sensation de lourdeur, d'engourdissement, une pression, des pulsations, de la fraicheur, des vibrations, la sensation d'une matière qui circule ou s'étend, voire parfois de la douleur (Beissner, 2020).

Dans des conditions thérapeutiques, Beissner (2020) propose de classer ces sensations en trois grandes catégories : thermales (chaleur, fraicheur), paresthesiques (fourmillements, vibrations, pulsations…) et douloureuses. Nos observations nous amènent à interroger cette classification, et notamment autour des notions de plaisir et déplaisir. Les expériences de Kundalini, rapportées par exemple par Sophie, mais surtout par Michel, se caractérisent en effet par des modulations de sensations à priori agréables, mais qui, passées un certain seuil, sont perçues comme désagréables. Par ailleurs, plusieurs thérapeutes ont également pu mentionner que l'arrêt du soin se décidait sur la base une sensation de bien-être, d'apaisement, dont la perception physique s'apparente à celui d'un relâchement musculaire général, d'une sensation de fluidité corporelle et d'une chaleur ressentie comme agréable. Enfin, il semble exister des perceptions transmodales, dans laquelle des éléments sont perçus de manière synesthésique, comme l'évoque Sabrina lorsqu'elle dit *« toucher les mots »*. Beissner remarque également qu'il existe des sensations linéaires ou aurales (qui touchent une plus large zone du corps).

Ces sensations sont dites *« thérapeutiques »* car elles sont souvent spontanément attribuées à l'action bénéfique de quelque chose — par exemple un fluide, une énergie, une vibration dans le corps. Beissner (2020) évoque les résultats issus d'un article non publié, qui porte sur l'étude de 108 personnes traitées pour des problèmes variés (endométriose, douleurs chroniques, fatigue, anorexie…) par psychotherapie psychocorporelle couplée avec de

l'acupression : *« Les résultats indiquent que moins de dix pour cent des patients considéraient leurs sensations thérapeutiques comme des sensations normales […]. En revanche, la majorité des patients de cette étude ont associé ces sensations thérapeutiques avec des processus émotionnels et les ont considérées comme une partie essentielle de la thérapie et comme un signe de la guérison à venir. […] Les interprétations en termes d'énergie vitale étaient un thème commun, puisque près de 50 pour cent des patients ont déclaré que les sensations qu'ils ont ressenties étaient une expression de leur énergie vitale. Un quart d'entre eux considéraient même les sensations thérapeutiques comme un signe que le thérapeute guidait son énergie vitale vers eux. Il est intéressant de noter que cela ne correspondait pas à la description du traitement. »* (p.7, 2020)

Ces éléments résonnent avec les propos de Daniel : *« A la fin de la séance, ce que cherche le magnétiseur, c'est de ne rien ressentir »*. Dans le soin énergétique, l'apparition de sensations inhabituelles chez le thérapeute sont des signes de l'amorce du travail et leur arrêt celui du travail énergétique. La quantité de sensations éprouvées, leur nature et leurs variations constituent ainsi les éléments sur lesquels s'appuie le thérapeute pour sentir qu'un *« travail »* et à l'œuvre. Le thérapeute établit ainsi, pour chaque client et à chaque séance, une forme de matrice sensorielle. Dans cette matrice, les sensations thérapeutiques thérapeutes s'associent, selon des liens de signification, avec les états du client. Ces sensations sont différentes pour chaque thérapeute, comme l'évoque Sophie :

> Pendant sa formation de thérapeute, Sophie s'est beaucoup comparée aux autres participants, qui parvenaient à détecter plus facilement en eux les signes corporels du travail énergétique. Elle doutait beaucoup de ses propres ressentis lors des soins, et parfois elle ne sentait *« rien du tout »*. Elle s'est finalement appuyée sur une sensation présente depuis toujours. En effet, Sophie ressent des *« montées dans le corps énergétique »* au contact des autres, une sensation *« d'électricité dans tout le corps »*. *« J'ai la chair de poule, décrit Sophie, ça commence d'en bas, des fourmis électriques, puis ça monte. C'est quand je suis très touchée émotionnellement, par exemple quand une musique me touche, ou quand il y a quelqu'un qui pleure, ou qui me touche. Oui, c'est quand je suis touchée… Quand je suis en soin, ça me fait ça là ou y'a un problème sur le corps. Je passe les mains, et à l'endroit où je dois travailler j'ai cette sensation »*.

Cependant, ce lien entre sensorialité et processus thérapeutique ne semble pas univoque. En effet, les interventions *« placebos »* — de fausses interventions sans but thérapeutique annoncé — génèrent également de telles sensations, dans des proportions équivalentes à celles

d'interventions concrètes, comme l'acupuncture (Beissner et al., 2015). Pour étudier ce phénomène, trois conditions expérimentales étaient proposées. Dans la première, l'expérimentateur suggérait aux participants qu'il évaluait un additif alimentaire. Il passait alors un coton imbibé d'eau tiède sur la peau[185]. Dans la seconde, un laser était appliqué au niveau des pieds du client. Le laser, d'abord montré allumé au participant, s'éteignait avant le début de la session. Dans la troisième, l'expérimentateur demandait au participant d'imaginer la stimulation laser. Ces variations expérimentales permettent d'identifier le rôle crucial de l'intervention active de l'expérimentateur : parmi les trois conditions, 90% des participants ont perçu des sensations thérapeutiques lors de la première condition, celle dans laquelle la présence de l'expérimentateur est la plus forte, 86.7% pour la seconde, et 27.6% pour la troisième.

Par ailleurs, les sensations émergeaient dans des zones du corps distinctes des lieux de stimulation, même si dans la condition *« solution chimique »*, les sensations étaient plus localisées autour de la zone de stimulation. Plus étrange, tous les participants de la condition *« imagination »* qui ont eu des sensations thérapeutiques les ont ressenties dans des zones similaires du corps. Enfin, les sensations sont localisées dans les zones connues pour manifester des douleurs référées. Ces douleurs sont habituellement provoquées par des lésions des tissus viscéraux profonds et se manifestent à des localisations différentes de la zone lésée, comme par exemple les douleurs aux bras lors d'un infarctus du myocarde[186]. Les auteurs (Beissner et al., 2015) proposent ainsi que ces sensations soient générées par le système nerveux central (c'est-à-dire qu'aucun récepteur sensoriel périphérique ne s'active), selon une conception de plus en plus étayée et dans laquelle les inputs cérébraux top-down, comme les attentes d'un sujet ou ses connaissances préalables influent sur le traitement sensoriel (Fiorio et al., 2012). Dès lors, l'étiologie centrale de ces sensations exclurait toute action locale de la modalité thérapeutique qui les provoque. La perception de la sensation ne serait donc pas déclenchée par la stimulation

[185] Le nom marqué sur le flacon d'eau et communiqué aux participants devait initialement être « Capsitol », mais il a été changé pour « Aegoloprom ». En effet, les participants sentaient majoritairement des brûlures après l'application du produit placebo. Certains sujets suspectaient que le produit contienne de la capsaicine, un composé chimique, présent dans les piments et responsable de leur effet irritant. Le placebo possède ainsi une certaine efficacité symbolique, puisque le nom du faux médicament produit les effets des représentations auxquels il se rattache pour le sujet.

[186] *« La douleur provoquée par les irritations des tissus profonds sous la peau a une qualité particulière et tend à être « référée » de manière diffuse. Contrairement à la douleur aiguë d'origine cutanée, elle persiste pendant une période de temps considérable, se transmet assez lentement à la conscience et est souvent associée à des troubles autonomes ou à d'autres « réflexes » concomitants, tels que la bradycardie, une chute de la tension artérielle, des nausées et des spasmes des muscles squelettiques. »* (Feinstein et al., 1954)

locale d'une intervention, selon le mode de la perception réflexe, mais par l'attribution locale d'une sensation générée dans le cortex cérébral.

Selon les perspectives ainsi ouvertes, ces sensations apparaissent plutôt comme des signatures du processus thérapeutique, sollicitées singulièrement par la situation intersubjective de la relation de soin. De la même manière que la matrice transférentielle forme l'expérience de base de la relation intersubjective, ces sensations constituent ainsi une sorte de matrice sensorielle, base perceptive la plus élémentaire de la matrice transférentielle. Dans le soin énergétique, cette matrice pourrait émerger d'une forme de communication hors langage médiatisée par le corps et renvoie alors à deux fonctions du Moi-Peau. La première est celle *« d'inscription des traces sensorielles »*, par laquelle *« un premier dessin de la réalité s'imprime sur la peau »* (Anzieu, 1995, p.128). Les impressions sensorielles créent ainsi une enveloppe psychique, un premier fond représentationnel de l'expérience subjective, support d'échanges dans la relation entre l'énergéticien et le client.

La matrice constitue ainsi un niveau originaire de symbolisation de l'expérience qui précède les représentations verbales, puisque l'expérience sensorielle est le substrat de la réflexivité : *« […] sur le modèle de la réflexivité tactile se construisent les autres réflexivités sensorielles : se voir, s'entendre, se humer, se goûter, et enfin la réflexivité de la pensée verbale : le code linguistique est le seul qui peut se penser lui-même. »* (Cupa, 2006, p. 88). De cette première trame dérive ensuite une deuxième fonction, qui instaure des processus de représentations facilités par des logiques d'associations entre plusieurs registres sensoriels[187]. Cette deuxième fonction rejoint les propositions d'Anzieu sur l'intersensorialité : *« Le Moi-Peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile. »* (Anzieu, 1995, p.127).

Les informations provenant de chaque niveau formel de la psyché s'associent de manière complémentaire et favorisent la représentation de l'expérience vécue. La matrice sensorielle participe alors aux processus des deux premiers niveaux de symbolisations proposés par Anzieu[188] (2000), dans lequel les sensations se distinguent par des oppositions entre

[187] Ces processus sont détaillés p.509.

[188] L'auteur distingue cinq niveaux de symbolisation à partir du travail de Levi-Strauss. Le premier concerne l'opposition de qualités sensibles telles que le chaud et le froid, le second s'organise autour d'une logique des formes (vide/plein, interne/externe…), le troisième est une articulation de termes, qui permet d'envisager les transformations (semblable-différent), le quatrième introduit la notion de continuité et de mouvement

modalités tactiles comme chaud et froid, humide et sec, contenant et contenu… Selon Anzieu, le propre des logiques du premier niveau de symbolisation est de former une *« toile de fond »* perceptive à partir de laquelle vont émerger les niveaux suivants, mais surtout de rattacher *« à un même objet (d'abord la mère) les diverses catégories de sensations qui sont alors reconnues émaner d'elle et non de personnes distinctes ; la perception de l'unité de l'objet rend possible l'acquisition de sa constance ; c'est le premier consensus, au sens étymologique d'accord des sensations entre elles. »* (ibid. p.14). Par ce biais, la matrice assure *« la constance de l'objet par la mise en correspondance des données sensibles provenant d'organes différents »* (Anzieu et al., 2013, p. 37). La trame sensorielle soutient l'expérience d'un éprouvé complet du corps, participe à la « maintenance » de l'activité psychique et donne un premier socle représentatif qui permet de tempérer la crise psychique en train de se dérouler.

Cette matrice s'organise aussi autour du second niveau de symbolisation qui mobilise une *« logique des formes »*. Celle-ci délimite des formes dans l'espace, autour des notions de contenants et de contenus, de vide et de plein ou d'interne et d'externe (des signifiants de démarcation, selon Guy Rosolato, 2014). A ces niveaux les plus élémentaires, il semble que le sentiment qui est principalement véhiculé est celui de la présence de l'objet, d'être en relation — *« connecté »* à l'autre, disent les énergéticiens. Cette *« rencontre »* évoque ainsi le niveau originaire de l'inscription psychique que constitue le pictogramme :

> *« […] le pictogramme, en tant que mise en forme d'un schéma relationnel, dans lequel le représentant se reflète comme totalité identique au monde. Ce que l'activité psychique contemple et investit dans le pictogramme, c'est ce reflet d'elle-même qui l'assure que, entre l'espace psychique et l'espace du hors-psyché, existe une relation d'identité et de spécularisation réciproques. » (Aulagnier, 1975, p. 59)*

La sensorialité participe ainsi à la formation d'une trace psychique de la rencontre entre deux sujets que le processus originaire vient nouer, de manière continue, par des vécus complémentaires entre les perceptions du thérapeute et celles du client. Cette mise en relation est nécessaire pour introduire un dialogue signifiant entre deux sujets. Sans ce sentiment de lien, il ne peut exister de représentation de l'autre, et donc de relation de soin, c'est pourquoi la perte de ce sentiment entraine inévitablement l'arrêt du travail énergétique. Cette matrice

(avant/pendant/après) et la cinquième qui caractérise la métaphorisation (représentation imagée) ou la formalisation (représentation de système abstrait).

supporte ainsi la communication nécessaire à l'échange et fait le lit de la construction du partage du plaisir ou du déplaisir.

Dans ce processus de communication médiatisé par la matrice sensorielle et sa fonction d'enveloppe psychique, chaque sensation pourrait alors renseigner sur le type d'opération thérapeutique à l'oeuvre. Par exemple, selon Anzieu (1995), les sensations de chaud et de froid peuvent se penser par le prisme des enveloppes psychiques :

> *« L'opposition du chaud et du froid est une des distinctions de base que le Moi-peau permet d'acquérir et qui joue un rôle notable dans l'adaptation à la réalité physique, dans les oscillations de rapprochement et d'éloignement, dans la capacité de penser par soi-même »* (p. 201).

L'enveloppe de froid renvoie pour Anzieu à la fonction pare-excitante du Moi-peau. Le froid signe le durcissement de l'enveloppe externe, le retrait de l'investissement du monde extérieur et devient un par lequel le sujet peut signifier son retrait de l'interaction. L'enveloppe de chaleur signe au contraire un sentiment *« d'élation du Soi »*, *« […] témoigne d'une sécurité narcissique et d'un investissement en pulsion d'attachement suffisants pour entrer en relation d'échange avec l'autre […] »* (Anzieu, 1995, p. 200). L'auteur remarque justement que lorsque le patient est en train de se relaxer, la sensation de chaleur arrive naturellement, mais dès lors que le thérapeute lui demande d'investir le langage, elle cesse. Il suit l'hypothèse d'un lien entre l'enveloppe de chaleur et le processus régressif : le thérapeute, en investissant le langage plutôt que le corps, refuse la régression et perturbe ainsi l'enveloppe de chaleur précédemment constituée, ce qui entraine la recherche d'un nouvel étayage par identification avec le thérapeute. L'envers de ce processus, dans lequel la poursuite d'un rapport corporel, d'enveloppe à enveloppe, alimente le processus régressif, se découvre dans les pratiques qui, comme le soin énergétique, remplacent le langage par d'autres modalités de communication étayées par la sensorialité.

Le plaisir et le déplaisir sont les modalités sensorielles les plus susceptibles d'être partagées dans cette communication. En effet, le Moi-peau possède également une fonction de « soutien de l'excitation sexuelle », capable de rendre érogènes certaines zones du corps, ce qui est nécessaire pour soutenir les échanges sexuels. Dans les premiers stades de son développement, le sujet reçoit et accueille des excitations sensorielles perçues comme agréables qui soutiennent la vie psychique. Il perçoit également des excitations sensorielles qui dépassent ses capacités d'intégration et provoquent du déplaisir, ce qui motive la mise en route d'une

deuxième fonction du Moi-peau, celle de « recharge libidinale » (Anzieu, 1995), *« de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-sytèmes psychiques »* (p.128). Cette fonction établit des boucles de dérivation qui assurent l'équilibre de l'organisation psychique.

Dans le soin énergétique, la nature érogène des échanges est justement évitée, ce qui permet de retrouver d'une manière plus apparente les logiques premières de plaisir-déplaisir dans lequel les sens sont employés pour communiquer sur un mode plus binaire, par l'intermédiaire de la fonction de soutien de l'excitation sexuelle du Moi-peau. La fonction de recharge libidinale aide alors à réguler de manière continue ces échanges. Un des procédés actifs du soin énergétique, la dilution de l'énergie, peut s'entendre alors de manière métaphorique. Ce procédé consiste à appliquer ou retirer de l'énergie dans une zone pour dissoudre un « blocage énergétique », un amas de force vitale, dans le but d'en faciliter la circulation générale dans l'ensemble du corps. Ici, l'excitation sensorielle supplémentaire apportée par le thérapeute sollicite ainsi la fonction de recharge libidinale du Moi-peau et relance le travail de représentation, d'intégration de la sensorialité dans le schéma corporel global. Nous allons maintenant préciser davantage le rôle des sensations liées au plaisir et au déplaisir, notamment la douleur, dans leurs rapports avec la configuration générale du Moi-peau.

Plaisir, déplaisir et « zones exclues »

L'expérience du partage de la douleur constitue le cœur de la dynamique thérapeutique du soin énergétique, puisque les énergéticiens perçoivent sous leurs doigts et dans leur propre corps les zones douloureuses de celui de leurs clients. D'un point de vue plus théorique, les perceptions douloureuses de la matrice sensorielle révèleraient les *« zones proscrites »* du corps du sujet (Dejours, 2008). Selon l'auteur, ces zones sont *« exclues »* du corps érotique, et leurs fonctions communicatives — les *« agirs expressifs »* — sont affectés, ce qui induit des symptômes psychosomatiques ou une *« frigidité locale »*. Celle-ci *« se repère cliniquement par les « parésies » du corps ou par les maladresses, rigidités, inexpressivités, froideurs, raideurs et inhibitions du corps dans le commerce intersubjectif, aussi bien dans la construction des manifestations de la séduction que de la colère ; de l'agressivité que de la tendresse ou de la sensibilité ; aussi bien dans la motricité que dans les altérations du timbre de la voix ; dans la stupeur que dans le rire, etc. »* (2009, p. 233).

Dans cette perspective, l'énergéticien pourrait déceler l'organisation du corps érotique par le biais de la matrice sensorielle. Les zones proscrites seraient souvent perçues sous la forme d'un trou dans la représentativité, et donc dans la perception sensorielle, un sentiment de *« vide »* que les thérapeutes lient fréquemment à la maladie :

> Quand il soigne quelqu'un, Gilles perçoit les maladies graves sous la forme d'un grand froid, d'un corps *« vide »*. *« C'est comme un arbre pourri de l'intérieur avec un creux, illustre-t-il, quand on tape dessus, il y a une résonnance »*. Cela lui est très désagréable. Il évoque ainsi un voisin âgé, qu'il a soigné d'un mal de tête et chez qui il a ressenti ce froid. Gilles, inquiet, a insisté pour que ce voisin voie un médecin. Malgré la prise en charge médicale qui a suivi, ce voisin est finalement décédé d'un cancer généralisé, très virulent, qui évoluait depuis quelques mois.

L'origine de l'exclusion de ces zones hors du corps érotique serait à rechercher dans les rapports corporels précoces entre parent et enfants. Ces zones corporelles seraient ainsi marquées par la *« confusion des langues »* entre l'adulte et l'enfant (Ferenczi, 1949), l'effraction de la sexualité adulte dans l'appareil psychique de l'enfant (Dejours, 2008). La sexualité de l'adulte imprimerait de manière inconsciente ses gestes, et s'infiltrerait dans les relations précoces passant par la mobilisation du corps, comme les actes de soins. Faute d'un outil de traduction psychique suffisamment développé dans la psyché infantile, ce langage sexuel adulte produirait un clivage entre sensorialité et représentation, bien différent des conséquences habituelles du mécanisme du refoulement. En effet, ce dernier se constitue au cours des expériences successives des zones érogènes du corps (Villa, 2014), il organise le travail de liaison entre corps, affects et représentations, et circonscrit le contenu de l'inconscient sexuel. Au contraire, lorsqu'il existe un processus de clivage, la sensorialité et la représentation sont disjointes et ne peuvent intégrer les processus de symbolisations. Le processus de clivage scinde alors la psyché entre l'inconscient sexuel, fruit du refoulement, et un inconscient impensé, *« amential »* composé de contenus en attente de traduction psychique (Dejours, 2008).

Par ailleurs, la clinique du soin énergétique invite à supposer que les évènements traumatiques ultérieurs, comme les maladies graves, mettent en jeu le processus de clivage qui peut aussi conduire à la proscription de certaines zones du corps. Les cancers, les opérations chirurgicales sont autant d'atteintes à l'enveloppe corporelle, et à travers celle-ci, imposent de profonds remaniements de l'économie psychique (Reich, 2009). Les zones atteintes par la maladie sont désinvesties voire déniées par le sujet, parce qu'elles représentent le lieu dans lequel les représentations morbides font effraction dans le corps et dans le psychisme (Sibertin-

Blanc & Vidailhet, 2003). Notons que ces effractions résultent d'un double péril psychique : d'un côté, les représentations de la maladie renvoient à l'angoisse de perte et de castration, et d'un autre côté, les sensations corporelles de déplaisir et de douleur surchargent l'appareil psychique. Sous l'effet des logiques du trauma, ces effractions pourraient créer de nouvelles zones proscrites. Les énergéticiens seraient alors particulièrement habiles pour détecter ces endroits désertés par la libido, et plusieurs thérapeutes rapportent sentir les anomalies somatiques enfouies sous la peau, notamment les tumeurs, comme le raconte Gisèle.

> Lorsque Gisèle et la personne qu'elle soigne sont connectées, elle devient capable de percevoir visuellement le *« circuit sanguin, nerveux et énergétique »*. Celui-ci apparaît *« comme une route »* et les coupures sur ce circuit témoignent d'un problème à traiter. Dans cet état particulier de connexion, Gisèle sait détecter les maladies, les anciennes opérations chirurgicales ou encore les problèmes cardiaques. Elle raconte par exemple qu'une femme est venue avec un mal de gorge important sans en préciser la source. Gisèle a détecté chez elle un cancer à la thyroïde, ce que cette personne savait, mais elle a repéré trois nodules là où les médecins n'en avaient objectivé que deux. Elle a également précisé l'épaisseur de ceux-ci. Gisèle relate que cette femme a passé d'autres examens complémentaires qui ont mis en évidence l'existence d'un troisième nodule. Les tailles des nodules correspondaient aux chiffres avancés par la thérapeute.

En outre, cette même logique de l'effraction traumatique du corps se retrouve dans les protocoles de traitement des cicatrices. Sophie nous explique par exemple qu'une effraction de la peau se couple avec une effraction du corps énergétique. Or, la cicatrisation cutanée naturelle ne s'accompagne pas toujours d'une réparation de l'enveloppe énergétique, ce qui entraîne une fuite d'énergie. Comme toute perte chronique de vitalité devient pathogène, le rôle du thérapeute est de cautériser la plaie du corps subtil. Le travail sur le corps physique, au moyen de passes magnétiques ou d'un cristal sert alors de support pour un travail sur un corps autre et invisible. Le corps énergétique peut donc s'envisager comme une représentation du corps érotique et l'idée selon laquelle l'effraction corporelle s'accompagne d'une effraction psychique se trouve ainsi parfaitement transposée. Le soin énergétique aurait ici une efficacité symbolique, rituel thérapeutique qui concrétise la logique de double opposition entre corps réel et corps subtil, contenant clos et contenant ouvert.

Dans ce contexte, le champ d'énergie humaine s'apparente au Moi-peau (Anzieu, 1995), et notamment à sa fonction de barrière de contact, qui protège le sujet des intrusions externes, comme le note Benoit d'une manière particulièrement saisissante :

Selon Benoit, un *« champ d'énergie »* entoure chaque corps et il en perçoit physiquement la *« densité »*. Des courants circulent dans le champ d'énergie car il est polarisé *« comme un aimant »*. D'après Benoît, ce champ n'est rien d'autre que la conscience du sujet. De ce fait, le champ est amené à se modifier selon les expériences de vie et à potentiellement se déséquilibrer. Il sert aussi de protection du corps, car le contact direct du corps avec l'extérieur est générateur de pathologie. Benoît peut lire et rectifier les désordres du corps provenant du champ. Il illustre ses propos à l'aide de schémas, avant de se pencher rapidement vers moi et de toucher mon cou pour me faire sentir la pression qu'il peut ressentir au contact du champ d'énergie. Ce contact inattendu me sidère par son caractère intrusif. Je reste coi et ne peux rien en dire, tandis que le magnétiseur poursuit ses explications.

Cette logique de l'effraction s'incarne pleinement dans un *« agir expressif »* de Benoit qui nous fait éprouver la matrice sensorielle dans le contre-transfert. Avec ce contact au cou, en même temps que nous sommes ramenés d'une position d'enquêteur à une position de participant — d'expérienceur tout du moins — nous sommes dès lors *« pris »* dans la matrice sensorielle et éprouvons, par sa rupture, toute l'importance du Moi-peau comme garant de l'intégrité physique et psychique. Notons au passage que cette dynamique signe bien la double temporalité de l'établissement du cadre énergétique : le renversement concerne d'abord les positions de parole — et donc la relation transférentielle — avant d'introduire, par effraction, la sensorialité.

A l'image de l'interaction avec Benoit, le soin énergétique tire ses effets intrapsychiques de la liaison entre relation intersubjective et corporéité, et opère plus particulièrement par un processus inverse à celui de la formation du Moi-peau. Pour rappel :

> *« le Moi-peau maternel contribue à la constitution du Moi-peau du bébé partant d'une interface qui peut être figurée par le fantasme d'une peau commune aux deux. La peau commune maintient mère et nourrisson attachés dans une symétrie qui préfigure leur prochaine séparation. L'interface se transforme en système de plus en plus ouvert et le nourrisson acquiert par un processus de double intériorisation un Moi-peau qui lui est propre, par intériorisation de l'interface qui va devenir une enveloppe psychique contenante des contenus psychiques et par intériorisation de l'environnement maternel qui se transforme en monde interne des pensées, des images et des affects. » (Cupa, 2006, p. 88)*

Dans le soin énergétique, tout se passe comme si l'énergéticien reconstituait, par le cadre, les rites et les suggestions, la situation fantasmatique première du Moi-peau, celui d'une peau commune décrite par Anzieu (1995):

> *« Cette peau commue, en branchant [la mère et l'enfant] l'un sur l'autre, assure entre les deux partenaires une communication sans intermédiaire, une empathie réciproque, une identification adhésive : écran unique qui entre en résonance aux sensations, aux affects, aux images mentales, aux rythmes vitaux des deux. »* (p. 85)

Cette interface psychique rend immédiate toute communication sensorielle, elle favorise la synchronisation du client et du thérapeute par des processus archaïques de partage en double de la sensorialité que sont l'échothermie ou l'échorythmie (Anzieu, 1995). Cette comunnication est rendue possible par la suspension temporaire de certaines fonctions du Moi-peau, du fait du cadre et de ses caractéristiques entropiques. Ainsi, lors de la séance, le thérapeute annule par le biais des agir expressifs le rôle de pare-excitation, la fonction séparatrice interne/externe du Moi-peau. Par exemple, Gilles décrit ainsi la fonction des embrassades qu'il donne à ses clients : *« Prendre l'autre à bras le corps, spontanément, ça le dégage de tout espace qui serait entre nous »*. Ces actes produisent une régression psychique dans lequel les sensations thérapeutiques, manifestations de la matrice sensorielle, constituent l'interface psychique entre le thérapeute et le client, dans une modalité d'identification en double supportée par la sensorialité. En outre, ce processus génèrent parfois un surplus d'excitations qui contribuent, par débordement, à rendre inopérante la fonction de pare excitation. Cette rupture du Moi-peau, comme contenant, s'accompagnerait d'un défaut de réflexivité interne, qui se manifesterait par l'incapacité à penser. Le thérapeute proposerait alors souvent d'une verbalisation, d'une suggestion, qui permettrait de constituer une communauté psychique par le langage, sur le mode d'une psyché pour deux, d'un corps pour deux. Le geste de Benoit correspond à cette modalité *« en double »* du transfert : il précise, en me touchant, que je vais sentir la pression que lui-même sent au contact de ses clients.

Au terme de ce processus, le transfert dans le soin énergétique, comme nous le proposions dans notre deuxième hypothèse, se caractérise par un processus de régression qui est causé d'un côté par le cadre et l'injonction à la passivité, et de l'autre par un recours important à la sensorialité qui participe à établir une matrice sensorielle, vecteur de communication étayé dans la sensorialité. Cette matrice s'organise et se maintient à partir de manipulations des enveloppes psychiques et des fonctions d'inscription sensorielle et

d'intersensorialité du Moi-peau. Ceci ouvre la voie à un partage affectif qui offre au thérapeute une possibilité de rendre sensible l'enveloppe psychique du client, les zones de la représentation corporelle investies de plaisir ou de déplaisir. Au terme de ce processus, *« patients et thérapeute se rencontrent au point aveugle de leurs économies esthésiques respectives, déterminées par leurs capacités de contact et leurs refus, c'est-à-dire par leurs possibilités d'identification primaire, dans leur qualité poétique, dans leur nature désirante, dans le désir d'être. »* (Allouch, 2011, p. 99). A l'appel du thérapeute répondent les expériences clivées du client, ces messages intraduisibles laissés en marge de la pensée et pourtant engrammés dans le vécu corporel et la sensorialité. Alors, la reviviscence du fantasme d'une peau pour deux pave la voie à un fantasme de *« co-psychéité »* (Georgieff, 2008), qui sous-tend, nous allons le montrer, un travail psychique actif de la part du thérapeute.

8.2.3. Travail de l'énergie et travail de la pensée

Dans la mesure ou le soin énergétique se présente comme un ensemble de *« techniques du corps »* (Mauss, 1936), s'intéresser aux manipulations des membres, a la perception sensorielle paraît fondamental. Pourtant, comme le remarquent Nathan (2001), ou Favret-Saada (1977), les corpus théoriques et techniques des systèmes thérapeutiques alternatifs sont des « pots-de-miel » qui attirent et détournent l'attention du cœur du processus de soin. De ce fait, après avoir auparavant précisé le cadre et la dynamique intersubjective des séances, il convient maintenant de se pencher davantage sur l'activité psychique des énergéticiens pour comprendre *ce que ces thérapeutes font vraiment,* et ainsi mettre en évidence la nature du processus thérapeutique. Dans cette perspective, le travail de l'énergie se déroule autant, si ce n'est davantage, dans l'activité psychique du thérapeute que dans les mouvements corporels. Il faut ainsi souligner, avec Sarah, le rôle parfois tout à fait auxiliaire des mouvements corporels : *« les mouvements sont pour rassurer la personne, pour le mental, dit-elle. C'est surtout pour faire quelque chose. Ça rassure aussi le thérapeute »*.Gisèle le mentionne également lorsqu'elle signale que *« le travail est quand même dans l'énergie de la pensée »*. Ce travail repose en séance sur un investissement du système conscient et pré-conscient par le thérapeute, qui se consacre alors à exercer son attention de deux manières distinctes et singulières. Après avoir présenté et examiné dans le détail ces deux facettes du fonctionnement psychique des thérapeutes, celles-ci apparaitront complémentaires dans leurs effets. Du tissage de ces processus dépendra ensuite l'établissement d'une dynamique de traduction psychique entre client et thérapeute.

L'attention perceptive

L'attention perceptive désigne le processus psychique qu'emploie souvent le thérapeute en début de séance. Elle supporte la capacité de contenance psychique du dispositif, prépare les mouvements de l'attention projective, second processus attentionnel, qui constitue, du point de vue de l'énergéticien, le véritable acte thérapeutique. L'attention perceptive se caractérise par une plus grande associativité, une plus grande vivacité des images mentales qui, à cause de leur caractère étrange ou inattendu, font souvent l'effet d'une intrusion dans le cours des associations. Les mots employés par le thérapeute sont régulièrement puisés hors de leur répertoire linguistique habituel, ce qui renforce cette étrangeté. De plus, le thérapeute se montre plus attentif aux aspects dynamiques du discours qu'à son contenu. L'attention se répartit également entre le client et la vie intérieure du thérapeute. Cécile détaille cet état :

> En entretien, Cécile tente de *« décrypter ce qu'il y a derrière les mots »* et porte une attention plus particulière à *« ce qui lui vient en tête »* et oriente la discussion. Elle décrit le processus ainsi : *« c'est comme si l'âme de la personne n'arrivait pas à faire passer quelque chose à sa conscience, alors la conscience de la personne parle à ma conscience, puis ensuite mon personnage traduit ce son âme n'arrive pas à faire passer. »* Elle est parfois surprise de la forme que peuvent prendre ces messages : *« c'est des mots qui viennent, qui ne correspondent pas à mon vocabulaire ou à mes tournures »*.

Une telle disposition psychique évoque immédiatement, dans le champ de la psychanalyse, les travaux fondateurs de Freud sur la technique d'entretien et le concept d'attention flottante, exposés dans ses *Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique.* Il décrit cet état dans des termes proches de ceux de Cécile :

> *« [L'analyste] doit tourner vers l'inconscient émetteur du malade son propre inconscient en tant qu'organe récepteur, se régler sur l'analysé comme le récepteur du téléphone est réglé sur la platine. De même que le récepteur retransforme en ondes sonores les oscillations électriques de la ligne induites par des ondes sonores, de même l'inconscient du médecin est apte à rétablir, à partir des rejetons de l'inconscient qui lui sont communiqués, cet inconscient qui a déterminé les idées incidentes du malade. » (Freud, 1912, p.76).*

L'âme, dans les propos de Cécile, pourrait par exemple être assimilée à l'inconscient et au Ça, tandis que la conscience s'apparenterait au préconscient psychanalytique, et que le

« personnage » désignerait le Moi et le Surmoi. Il semble toutefois que cette comparaison entre l'attention flottante et l'attention perceptive magnétique ne puisse aboutir à la conclusion que les deux sont identiques, du moins, dans la technique. En effet la technique d'écoute est le pendant de la règle psychanalytique fondamentale d'association libre, elle impose donc de prêter une attention égale à tous les propos évoqués par l'analysant, afin que les préjugés de l'analyste n'orientent d'aucune manière la nature des propos énoncés. Cette technique trouve sa formulation la plus claire dans la recommandation suivante : *« écouter sans se soucier de savoir si l'on porte ou non attention à quelque chose »* (ibid., p.72). Selon Laplanche (1987b), cet effort de l'analyste participe ainsi à *« mettre à plat »* le matériel clinique, donner une égale valeur à tous les éléments évoqués, et se rapprocher ainsi du fonctionnement libre de l'inconscient.

Hors, comme le mentionne justement Cécile, les énergéticiens écoutent avec une intention. Nous avons déjà souligné l'intérêt pour ces thérapeutes de connaître l'environnement de vie de leur client, car celui-ci éveille symboliquement des représentations de problèmes fonctionnels liés à l'inscription du sujet dans la société et la modernité. Il y a donc, de manière très explicite, une intention de savoir quelque chose sur le client, et une attention portée sur des éléments précis du discours. Pas de *« mise à plat »* donc, des contenus psychiques dans la technique des énergéticiens, mais plutôt une attention en double face, d'un côté au-delà du discours, arrimée à des domaines mythiques de signification, de l'autre tournée vers l'intériorité et vers l'en-deçà des mots, vers le domaine intime du partage affectif[189]. L'énergéticien écoute donc en même temps le discours du client et son propre discours interne, dans une associativité qui mêle l'interne et l'externe d'une manière libre, parfois chaotique et souvent propice à la suggestion.

Pour limiter les phénomènes de suggestion et garantir la neutralité de l'écoute, Freud (1912) souligne certaines précautions que doit respecter l'analyse : l'analyse personnelle et l'auto-analyse continue du contre-transfert. Sans ces précautions, le risque est d'induire dans l'analyse des *« déformations »* nuisibles au processus analytique. Pour s'en prémunir, le médecin doit ainsi se soumettre à une *« purification psychanalytique »* pour liquider tous les complexes psychiques qui formeraient des *« tâches aveugles »*, des trous dans la vision qu'il aurait de l'inconscient de l'analysant. L'analyse personnelle peut dans cette perspective être

[189] Par son aspect bi-directionnel, cette attention perceptive s'apparente ainsi à exacerbation de la fonction de la barrière de contact du Moi, qui d'un côté reste au contact de l'extérieur et de l'autre réfléchit l'intérieur.

comprise comme un rite de passage qui structure la neutralité de l'analyste, tout comme les rites de purification énergétiques délimitent l'espace profane et l'espace sacré du soin en même temps qu'il expulse hors du corps toute énergie néfaste. Certainement, ces précautions qui semblent structurel à l'exercice thérapeutique permettent que le processus d'association entre l'interne et l'externe donne voie à une activité de création et non à un simple mélange ; que des formes puissent émerger plutôt qu'un fond indistinct et uniforme.

A l'extrême, pour Bion, le psychanalyste doit ainsi éviter de nourrir des désirs à propos de l'analysant, de même, il doit s'abstenir de consulter ses notes et de faire travailler sa mémoire, pour laisser le champ libre au contenu de la séance à venir (1989). Cette configuration suscite une forme de partage des pensées qui se rapproche alors de la télépathie (Chaperot, 2011; Rabeyron et al., 2019). Cette potentialité télépathique de l'intersubjectivité motive certains psychanalystes, comme Ferro (2015), à appuyer l'idée d'une hygiène mentale de l'analyste. Celui-ci devrait régulièrement détoxifier sa psyché de ce qui peut y être placé par les phénomènes de projection primaires du transfert. Les moyens à disposition du psychanalyste seraient ainsi la supervision, l'écriture, la recherche, les séminaires, autant d'éléments qui participeraient à l'élaboration de ces éléments-bêta projetés. De plus, cette « hygiène » implique aussi la vigilance du thérapeute sur la manière dont sa propre dynamique psychique peut influer sur le champ analytique. Susceptible d'acte de contamination, l'analyste doit nécessairement avoir été analysé et tenir sa vie psychique au clair[190].

Ces deux approches différentes, celle de l'attention flottante du psychanalyste sans mémoire et sans désir, et celle de l'attention perceptive de l'énergéticien, semblent parfois se rejoindre dans leurs conséquences. En effet, des traces du processus de co-associativité que l'on pourrait retrouver dans des cures analytiques s'observent également dans le travail énergétique :

> *« Clément écoute et Madame E attentivement. Il l'interroge sur ses antécédents familiaux, et celle-ci répond que sa mère souffre comme elle de boutons de fièvres. Clément souligne que le bouton de fièvre apparaît du côté gauche du corps, et que cela a donc « un lien avec la mère »*. Ensuite, Clément demande si le prénom *« Florence »* évoque quelque chose à Mme E. Elle entend *« Laurence »* et précise qu'il s'agit de sa sœur qui est stressée car elle a changé de travail

[190] Cette conception rejoint les préocuppations des énergéticiens. La contamination énergétique des lieux, des objets et des personnes doit ainsi être évitée au moyen de rites de décharge et de purification. Comme en médecine, le champ opératoire doit être aseptisé avant toute intervention.

récemment. Clément explique qu'il a parfois des *« choses qui viennent, comme ça »*, et que cela peut avoir du sens pour ses clients. »

Clément s'intéresse au contexte familial, à la recherche certainement d'aspects transgénérationnels dans les symptômes de Madame E, il associe autour du lien maternel, dirigé par les mythes du soin énergétique[191], puis émerge un prénom dans son esprit. Cela peut se lire comme une forme de lapsus dans le champ analytique entre *« Laurence »* et *« Florence »*. La cliente souligne alors les difficultés professionnelles que connait sa sœur, mais Clément n'en fait rien. Un psychanalyste aurait certainement été tenté de poursuivre sur ce chemin associatif. Il découvrirait peut-être que Madame E s'identifie à sa sœur, en ce qu'elle lui permet de mieux se figurer son propre rapport à son travail. Plus généralement, tout cet entretien est teinté par ces associations autour du travail, et par le refoulement ou l'absence de mentalisation de l'angoisse que celui-ci génère. Ces associations reviendront sous la même forme, avant de s'épuiser lorsque Clément se consacrera davantage à ses rituels :

« A plusieurs reprises au début de la magnétisation, Clément mentionne des prénoms. A propos de « Justine », Madame répond qu'il s'agit *« d'une petite jeune du boulot »*. La pertinence des prénoms énoncés diminue au fur et à mesure : avec le prénom *« Martin »*, Madame E reconnait *« Mr Martin »*, un cadre de son travail, mais les six propositions suivantes de Clément n'ont aucun écho. Plus tard, Clément interroge Madame E sur son corps. Il lui parle de ses doigts *« abimés par son travail »* et s'enquiert de l'état de ses vertèbres. Madame E répond inlassablement que tout va bien et qu'elle n'est gênée que par son insomnie.

La répétition des associations en lien avec le travail serait certainement ici une invitation pour le psychanalyste à aller déplier le réseau associatif déployé dans l'arrière-scène inconsciente de la séance. L'énergéticien, au contraire se retranche vers l'intériorité dans les rites. Cette différence technique dessine une ligne de divergence entre l'attention flottante et l'attention perceptive. Cependant, en-deça de cette ligne, il existerait donc une posture intersubjective *« écologique »*, à partir de laquelle Freud aurait extrait les principes de l'attention flottante. Cette posture, Catherine Parat la définit à partir de sa lecture de *Psychanalyse et télépathie* par Freud :

[191] Le côté gauche du corps s'associe à la mère tandis que le côté droit est lié au père. Toute maladie dans un hémicorps est susceptible de provenir d'une souffrance vis-à-vis de la figure parentale ainsi attribuée.

> *« Il nous faut pouvoir nous situer en position de « médium », […] position qui consiste à ouvrir, à travers les épaisseurs topiques de notre organisation psychique, notre inconscient à l'inconscient de l'autre pour en amener le contenu à notre conscient, et éventuellement le verbaliser, sans avoir recours au refoulement ou à la répression. Il s'agit d'une nécessité de rester en contact ouvert avec des ébauches pulsionnelles de toutes sortes étrangères à notre Moi. » (Parat, 2001, p. 142)*

Cependant, tandis que dans la psychanalyse cette *« position de médium »* doit être obtenue par la suspension de la mémoire, du désir, du jugement, dans le soin énergétique, l'accès aux échos intersubjectifs est précédé d'un cri, un mouvement pulsionnel vers l'autre, désir manifeste de connexion. Ce mouvement vers l'autre s'intrique dans un infini spéculaire, dans le fond réflexif de la psyché et de sa construction *« en double »* (Jung & Roussillon, 2013) : la représentation réflexive passe forcément par l'intégration d'une altérité par rapport à Soi, d'où cette manifestation en écho, qui place l'altérité aux confins de la représentation. Gilles formule cela d'une manière instinctive et poétique : *« ça m'appelle intérieurement… ma main est guidée directement, comme une pensée, mais sans pensée, quelque chose qui vient de l'intérieur… une sorte d'écho, comme quand on crie dans la montagne, l'écho vient à nous, mais là c'est à l'intérieur, c'est l'autre qui résonne en nous »*.

L'attention perceptive trouve donc sa source dans une pulsion vers l'objet et dans sa liaison sous la forme de la représentation-but, qui précède la mise en jeu de la motricité (Le Guen, 2001) :

> Lorsqu'elle s'apprête à travailler en énergétique, Cécile se met pieds nus et place ses mains derrière la tête de son client afin de *« se connecter »*. Par ce procédé, Cécile cherche à *« se mettre dans la peau »* de son client : *« c'est un peu comme une sangsue, comme si une partie de moi, mon corps énergétique, allait se coller à l'autre »*.

C'est précisément cette représentation but que les énergéticiens formulent le plus souvent sous le nom *« d'intention »*. L'intention désigne en énergétique deux éléments distincts, qui renvoient aux deux types d'attention perceptive et projective. D'un côté, l'intention représente la disposition affective altruiste que l'énergéticien adopte dans son métier. Elle est l'apex de la vocation de guérisseur et se vit dans une dynamique de don-contre-don, dans laquelle le sujet qui a reçu des pouvoirs guérisseurs doit les utiliser pour aider son prochain.

Cette intention désigne alors la responsabilité du guérisseur de respecter une forme de contrat moral, qui lui permet d'utiliser ce pouvoir à la condition que ce soit *« pour le bien »,* et pour aimer son prochain. D'un autre côté, l'intention se retrouve également sous la forme d'un acte mental inscrit dans la répétition, une adresse à un Autre, souvent énergie universelle, ange, esprit ou divinité. L'intention, selon les énergéticiens, se distingue de la volonté, par le fait qu'il est évident qu'un acte mental volontaire seul ne peut produire aucun effet thérapeutique et que l'idéoplastie brute introduit le risque trop grand de l'épreuve de réalité. Une différence d'économie pulsionnelle a ainsi cours entre intention et volonté. Dans la première, la pulsion se lie au désir narcissique du principe de plaisir, et poursuit son trajet en intégrant sur son chemin les représentations du principe de réalité, dans la seconde, la pulsion ne quitte pas le domaine du principe de plaisir et dénie parfois le principe de réalité. Le sujet guérisseur devient détenteur du pouvoir divin et capable, par sa volonté, de miracles. Une telle construction psychique rejoint peu ou prou le mythe d'auto-engendrement schizophrénique dans lequel le sujet s'identifie à Dieu. Le cas d'Antoine donne une illustration de cela.

Dès lors, c'est à l'intention, comme *« attention expectante »* dans les mots de Charcot, ou *« attente croyante »,* voire *« foi expectante »*, chez Freud (1905, p.22), qu'est attribué le pouvoir thérapeutique, car l'intention est toujours adressée : elle est transfert à quelque chose, à une puissance supérieure, tout comme le malade remet sa guérison entre les mains de son médecin. Si cette adresse permet à première vue de tempérer le narcissisme du sujet en cas d'échec, elle semble surtout ouvrir une fenêtre sur l'altérité et sur l'inconnu, puisque *« l'acte de croire implique toujours un don ou une offre de soi à l'autre ; il suppose une ouverture à un principe extérieur auquel on fera de la place en soi pour l'accueillir »* (Chevassus-Marchionni, 2012, p. 527). Or, l'acte de croire sollicite le rapport à l'énigme et comme celle-ci suscite toujours un désir de connaissance. En d'autres termes, dans le contexte thérapeutique, croire prépare le terrain fertile de la symbolisation.

Par ailleurs, les énergéticiens insistent souvent sur le fait que leur consultation doit être investie de la foi du client. Clément, comme Sarah, visent à ce que le client prenne conscience du sérieux de la séance et des effets qui vont s'y produire, c'est-à-dire que le client investisse le soin de la même manière que lui, y consacre autant d'attention. Cette condition du soin se retrouve aussi chez Sophie :

> *« [Dans le soin énergétique] y'a une certaine participation à avoir, explique Sophie. C'est pas comme un massage. […] »*. Son formateur lui a enseigné que le soin énergétique n'est pas

« du bien-être » mais bien *« de la thérapie »* et que *« le but c'est pas d'être passif »*. Sophie pense que lorsqu'on reçoit un soin énergétique, *« il faut vraiment vouloir aller mieux »*. Elle s'interroge donc sur le fait que ses clients s'endorment fréquemment lors des soins. *« Je vais pas leur en vouloir »* commente-t-elle. Comme *« l'attention »* du client pendant le soin est importante, Sophie a cessé de mettre de la musique lors des séances. *« La musique peut influer sur l'attention, précise-t-elle, ça entraîne trop d'attention sur la musique. C'est pour ça y'en a qui s'endorment des fois. Une fois, une dame a pleuré, elle m'a dit : « c'est votre musique, ça me fait pleurer »*. Donc j'ai arrêté. »

La psychanalyse sollicite de la même manière la foi expectante chez l'analysant, pour mieux en disséquer les déterminants affectifs par le vertex du transfert. Dans l'énergétique, le cadre et les mythes deviennent une sorte de para-foudre de la pulsionnalité du transfert. La foi expectante du thérapeute, qui guide et reflète celle du client, renvoie alors ce dernier, par l'intermédiaire du mythe, à l'énigme et à ses propriétés symbolisantes. En ce sens, l'attente perceptive, lorsqu'elle est précédée d'un mouvement projectif, ouvre la voie au processus de symbolisation. Cependant, comme nous allons le voir, ce mouvement projectif doit être entretenu pour maintenir ses effets.

L'attention projective et le fonctionnement hallucinatoire

La pratique de l'énergétique implique une attention perceptive, une *« foi expectante »*, qui se traduit par un état de disponibilité à l'égard du client, et une adresse transférentielle à un grand autre, représenté par l'énergie ou la divinité. Cette attention perceptive se double d'une attention projective, qui est à l'attention perceptive ce que le rite est au mythe. L'attention projective est, davantage que son pendant perceptif, un acte mental volontaire et conscient qui va au-delà de la simple *« disposition d'esprit »*. Elle est un exercice particulier du Moi qui se caractérise par un effort de répétition rituel et des modalités d'investissement. Si le Moi et l'activité de pensée peut lui-même être investi de cette manière, c'est le plus souvent le cadre et la motricité qui sont les cibles de cet investissement. Les passes magnétiques, ces mouvements répétitifs que font les énergéticiens le long du corps de leur client, sont souvent la manifestation motrice de cette dynamique psychique, comme cela apparait chez Cécile :

Dans les derniers instants du soin, Cécile procède ensuite à une *« harmonisation »* durant laquelle elle *« se connecte à la terre »* en se concentrant sur les sensations dans ses pieds. Elle

magnétise alors à l'aide de passes à grand courant. Durant ce procédé elle cherche à *« lisser » « des creux et des bosses »* dans *« le corps énergétique »* de ses clients en *« posant l'intention »*.

Cependant, l'essentiel de cette activité peut surtout se retrouver dans le fait de *« poser l'intention »*, c'est-à-dire de mettre en mots ou de visualiser le résultat attendu :

Camille se focalise particulièrement sur sa sensitivité et ses *« intentions »*. Elle nomme *« visualisation »* l'action de constituer une image mentale de la zone à traiter afin de la modifier en y portant son attention et sa volonté. Par exemple, dans le cas du feu, elle se représente l'endroit atteint et tout le travail consiste à y ajouter *« du bleu »* qui aurait des propriétés apaisantes.

Sarah détaille sa manière de travailler qui consiste à construire des images internes du symptôme et du soin à apporter : *« Si c'est un tendon enflammé, je visualise l'intérieur du corps, le tendon, puis je l'apaise, j'envoie du froid. Ou si un monsieur est en manque d'amour, je vais visualiser un faisceau de couleur plutôt rose ou verte, qui va entrer au niveau du chakra du cœur »*. Si elle ne parvient pas à visualiser, comme cela peut arriver avec certains clients, elle utilise la *« répétition mentale »* de ses intentions. Parfois, Sarah cherche aussi à *« changer le problème »* : *« C'est comme en hypnose, on va transformer quelque chose de douloureux en une caresse ou une plume »*.

Les affects sollicités chez le thérapeute dans le transfert sont amplifiés par l'attention perceptive et imposent un travail de liaison à une représentation. La pulsion intègre alors l'affect et la représentation d'un mouvement vers la réalité externe destiné à agir sur cet affect. Le recours aux actes s'inscrit alors dans une forme de réflexivité et les gestes effectués par thérapeute ne visent pas directement l'affect du client, mais sont d'abord destinés à structurer le monde interne du thérapeute. Cette première représentation des contenus affectifs, sous la forme d'un acte, alimente la dynamique transférentielle, et suscite une nouvelle traduction par des logiques de représentation plus élaborées.

L'attention projective implique deux séquences. Dans la première, elle apparaît sous la forme brute d'une représentation-but (Le Guen, 2001), réponse prototypique, encodée psychiquement à partir de pictogrammes qui associent un sentiment de déplaisir et un objet représentant la satisfaction (Aulagnier, 1975). Dans la seconde séquence, cette représentation s'associe à des structures verbales, par exemple sous la forme de mots comme *« apaiser »*, *« calmer »*, ou s'intègre à des images mentales (par exemple, une couleur pénètre un organe).

L'attention projective permet ainsi d'investir un registre de fonctionnement psychique spécifique, centré sur la formation de représentations visuelles. Cela nécessite souvent une concentration accrue et un usage important des capacités de représentation et d'imagination.

Par ce processus, les thérapeutes forment des *« contenants à la recherche d'un contenu »* (Bion, 1962), ici des images visuelles susceptibles de représenter les issues désirées de la souffrance. Ces images s'éloignent des niveaux d'élaboration des pictogrammes et rapprochent ainsi du fantasme, car ils intègrent le désir. Pour autant, ces images ne sont pas construites, scénarisés et intégrées à des modalités de récit, elles se cantonnent plutôt à des séquences courtes et formelles qui renvoient plutôt au registre des signifiants formels, notamment ceux des deuxième et troisième catégories, qui concernent des transformations réversibles des états de la matière (Anzieu, 2000). Ces représentations prototypiques guident les actes thérapeutiques :

> Pendant le soin, lorsque Daniel souffle dans ses mains avant de les apposer, c'est pour *« transformer le magnétisme »* et *« charger l'énergie »* dans ses mains. *« La tige aspire l'énergie »*, dit Daniel, tandis que *« le tube pénètre et reste »* dans le corps pour insuffler ses propriétés *« antalgiques »*. Les passes à la fin de la séance ont pour but de *« retirer l'excédent d'énergie »* ajoutée par le tube. Daniel détaille également que les gestes circulaires servent à *« dissoudre l'énergie problème »*, à la rendre plus malléable et extractible, alors que les passes linéaires visent à apporter ou homogénéiser l'énergie. L'apposition finale des mains sur le front permet de travailler sur *« le troisième œil »* afin de soulager l'anxiété et *« réveiller de la sédation »*. Lors de l'apposition, Daniel sent de la chaleur sortir de ses mains, et se diffuser depuis ses bras vers l'extérieur. Parfois, lorsqu'il magnétise, il peut ressentir un *« flux »* venant de l'extérieur de lui-même le traverser. C'est souvent le signe d'une connexion plus grande avec *« la Source »*, mais ce n'était pas le cas cette fois-ci.

Suivant les perspectives ouvertes par Anzieu (2000) sur les signifiants formels, nous pouvons dégager, à partir de la vignette de Daniel, une série de séquences signifiantes caractéristiques du soin énergétique :

- « Une substance change de forme »
- « Un contenant se remplit » et son opposé, « un excédent est expulsé »
- « Une tige aspire »
- « Un tube pénètre »
- « Une substance est dissoute »

- « Un flux circule »
- « Un corps chauffe ou refroidit »

Lors du soin, ces signifiants s'articulent avec un processus imaginatif, une représentation de l'objet de satisfaction manquant (Beres, 1960; C. Faure, 2015; Rycroft, 2018) dans un espace de virtualité psychique (Tisseron, 2016). La mise en acte, par l'attention projective, signe alors l'investissement d'un espace psychique intermédiaire, entre l'interne et l'externe, la vision et la sensorialité, comme l'exprime Michel :

> Lorsque Michel emploie son énergie sur d'autres personnes, il sent d'abord que *« ça chauffe »* dans sa poitrine, dans son dos et dans ses mains, puis cherche à amplifier la sensation. *« C'est pas une pensée, c'est… comme en hypnose ou en méditation, explique-t-il. J'ai lu ça, je pratique ça depuis des années, pour des souffrances dans mon propre corps. Plutôt que d'essayer de diminuer la douleur, il faut intensifier la douleur. C'est-à-dire s'abandonner d'une manière si intense que ça se passe tout seul. Donc pour l'énergie, je laisse faire avec sans doute le désir en moi que ça s'intensifie »*. Ensuite, pour diriger cette énergie, Michel exerce son intention par la visualisation : *« Je visualise activement ou passivement, je n'en sais rien, un nombre innombrable de rayons laser… c'est jaune, ça illumine de jaune ou de blanc, et je ressens que c'est chaud… Et aussi, j'ai la conviction qu'une ou deux minutes suffisent et que l'énergie continue à travailler après. »*

Lors des séances, l'attention projective se caractérise par un investissement fort de la visualisation mentale et notamment sur le maniement de symboles. Pour déployer toute leur efficacité, ceux-ci doivent s'opposer à l'affect perçu dans la relation thérapeutique : le bleu, symbole du froid, doit ainsi être visualisé et conservé dans l'esprit afin d'apaiser la chaleur dégagée par une brûlure, symbolisée par le rouge.

> Une fois la connexion établie, Sarah va commencer à construire des images internes du symptôme et du soin à apporter : *« Si c'est un tendon enflammé, je visualise l'intérieur du corps, le tendon, puis je l'apaise, j'envoie du froid. Ou si un monsieur est en manque d'amour, je vais visualiser un faisceau de couleur plutôt rose ou verte, qui va entrer au niveau du chakra du cœur »*. Si elle ne parvient pas à visualiser, comme cela peut arriver avec certains clients, elle utilise la *« répétition mentale »* de ses intentions. Parfois, Sarah cherche aussi à *« changer le*

problème » : *« C'est comme en hypnose, on va transformer quelque chose de douloureux en une caresse ou une plume ».*

L'acte thérapeutique de l'énergéticien émerge d'un processus de liaison et de transformation symbolique de l'affect. L'énergéticien ressent sous ses doigts de la chaleur. Cet affect, dans le contexte d'une communication transférentielle médiatisée par la matrice sensorielle, se comprend comme un partage par la « peau commune » entre thérapeute et le client, d'une qualité sensorielle et affective inscrite dans le Moi-peau. Cet affect est souvent associé à une expérience sensorielle de déplaisir, comme par exemple la douleur. En se focalisant sur le symbole de la satisfaction, ou sur le symbole opposé à celui de l'affect désagréable, que l'énergéticien va chercher à mettre fin à l'expérience de déplaisir. Dans l'exemple évoqué par Sarah, le froid est proposé en réponse au feu symbolisé dans *« l'inflammation »*. Or, en réalité, la réaction inflammatoire dépend de différents processus cellulaires et chimiques, et le froid n'agit que sur un de ces aspects (la vasodilatation). Ce n'est donc pas pour son action réelle que le froid est ici convoqué, mais bien pour son *« efficacité symbolique »* contre le feu[192]. Cette convocation du symbole a pour effet de provoquer le même affect que l'objet symbolisé, selon les règles de la symbolisation :

> *« Le processus de formation des symboles consiste en un déplacement de l'investissement depuis l'idée d'un objet ou d'une activité d'intérêt instinctuel primaire vers l'idée d'un objet de moindre intérêt instinctuel. Ce dernier fonctionne ensuite comme un symbole pour le premier » (Rycroft, 1956, p. 143)*

Cependant, il semble, que le symbole doive être suffisamment investi pour que l'évocation du symbole s'accompagne d'effets sur le corps. Tout se passe alors comme si la concentration, l'attention et l'investissement prolongé sur le symbole, dans cet état psychique singulier qui caractérise le travail énergétique, s'accompagne ensuite d'un changement de registre de fonctionnement, entre pensée symbolique et processus hallucinatoire. L'évocation du symbole repose nécessairement sur la trace mnésique à laquelle il s'associe, et dans l'association entre mémoire et visualisation ou répétition mentale, l'activité psychique dérive vers un fonctionnement hallucinatoire qui favorise la constitution de nouvelles liaisons

[192] S'intéresser à ces opérations mentales de manipulations de symboles qui s'insèrent dans des mythes culturels amène à s'interroger sur les ressorts formels de l'efficacité symbolique. Suivre ici cette piste nous éloignerait trop de notre propos, alors nous préférons la développer en annexe 4, p.658.

psychiques. Ces liaisons associent affect et mouvement, de sorte que la réalisation du mouvement s'apparente au traitement de l'affect.

Ainsi, l'énergéticien sent que quelque chose *« travaille »* quand la décharge des excitations se produit par la voie hallucinatoire, notamment par la voie motrice. Cela produit alors une modification des perceptions qui, par identification, ont entrainé les affects de déplaisir, et la sollicitation des symboles pour éviter ce déplaisir. Le travail thérapeutique, tel qu'il est perçu par l'énergéticien, se produit au moment précis où la décharge entraîne le fonctionnement hallucinatoire, le moment ou le processus psychique projectif ne s'incarne plus seulement dans les processus secondaires — penser par exemple que l'énergie est projetée depuis son propre corps vers celui du malade — mais aussi dans les processus primaires, c'est-à-dire quand la pensée, la perception et la mémoire se rapprochent du fond hallucinatoire de la psyché.

Pour revenir à notre première hypothèse, l'attention projective repose ainsi sur l'adoption temporaire d'une modalité de la pensée caractérisée par une régression formelle de l'appareil psychique dans laquelle l'intensité de l'idée permet sa réalisation. Dans les termes de Freud, il s'agit *« […] d'une attitude à l'égard du monde qui, d'après ce que nous savons concernant les rapports entre la réalité et la pensée, doit nous apparaître comme une surestimation de cette dernière. Les choses s'effacent devant leurs représentations ; tous les changements imprimés à celles-ci doivent aussi atteindre celles-là. »* (Freud, 1924, p. 100)

Ainsi, dans ces moments précis de la séance, le principe de réalité est suspendu pour laisser libre cours aux processus hallucinatoires. Cette suspension du principe de réalité repose sur un surinvestissement du Moi, qui consiste à investir l'activité perceptive immédiate et à la disjoindre du jugement, c'est-à-dire de l'examen de la réalité par le recours aux traces mnésiques et à la motricité (Leclaire, 2003; Leclaire & Scarfone, 2004). Les processus hallucinatoires alors impliqués dans l'attention projective sont de deux ordres : l'hallucination primitive et l'hallucination motrice. Or, comme l'évoquent Leclaire et Scarfone (2004), *« l'hallucination primitive réactive le souvenir de l'objet lié à la satisfaction, alors que l'hallucination motrice réactive le souvenir du mouvement lié à la satisfaction »* (p.29). Ceci implique que l'attention projective implique d'abord l'élaboration d'une représentation-but (Le Guen, 2001), puis autosuggestion jusqu'à la régression à l'hallucination primitive pour retrouver la représentation de l'objet lié à la satisfaction et enfin recours à l'hallucination motrice comme tentative de retrouver la satisfaction.

C'est pourquoi l'acte thérapeutique est souvent lié à des représentations de mots, des formules simples scandées d'une manière répétitives, comme *« apaiser »* ou *« soulager »*. Les prières sont également des formulations de ces buts. Ces représentations de mots sont certainement liées à des représentations de choses, à des pictogrammes centrés sur des modalités binaires d'expulsion ou d'intromission (Aulagnier, 1975). La pulsion, dans ce contexte, a pour objet le corps de l'énergéticien, son but est le retour la satisfaction dans son propre corps, puis elle se lie aux affects suscités par la situation transférentielle. L'objet de la satisfaction peut alors être retrouvé, sous une forme hallucinatoire première, visuelle ou auditive. C'est ainsi que les visions extérieures de personnes décédées, l'apparition d'entités, d'auras, d'énergies sont des premiers représentants projetés à l'extérieur des objets de satisfaction. Elles correspondent ainsi aux logiques des signifiants formels plus élaborés, préfigurant les fantasmes, identifiés par Anzieu (2000) : *« mon double me quitte ou me contrôle, mon ombre m'accompagne, ou : j'accompagne mon ombre, mon dedans est cherché/trouvé au dehors ; un être du dehors est conservé au-dedans. »* (p.35).

Par ailleurs, l'hallucination motrice survient souvent après l'hallucination primitive, mais se produit également sans celle-ci. Elle réactive la composante motrice de l'expérience de satisfaction. Ainsi, si l'imagination permet de *« s'halluciner réalisant un acte »* (Leclaire & Scarfone, 2004), alors l'hallucination motrice permet au sujet de se *« voir »* réalisant l'acte qui apporte la satisfaction. Il faut bien noter à ce stade que l'hallucination ne consiste pas, phénoménologiquement, à ce que le sujet observe un double de lui-même en train de magnétiser, mais se retrouve plutôt dans la qualité *« magique »* et inhabituelle qui enveloppe la pensée et la sensorialité. Les mouvements se teintent du fonctionnement hallucinatoire et le sujet observe son corps bouger indépendamment de sa volonté, comme sous l'influence d'une force extérieure : *« Le moi est présent et actif, mais le jugement étant temporairement suspendu, tout se passe comme si ce même moi, dans sa dimension autobiographique, prenait temporairement congé et que seule subsistait une image actuelle du moi […]. Comme certains investissements sont suspendus, d'autres, qui ne font pas partie du réseau habituel (non-moi), gagnent de ce fait en degré de liberté. »* (Leclaire & Scarfone, 2004, p. 33). Ceci se laisse entrevoir dans le témoignage de Pierre :

> Pierre travaille sans protocole établi, même s'il se rend compte qu'il y a *« des éléments réguliers, comme quand on met sa main sur le foie et le genou opposé, ça draine »*. Il se contente d'être à l'écoute de ses perceptions et d'agir, quitte à s'étonner lui-même. En effet, il ressent

souvent *« une tension, un stress, quelque chose de précis »* qui va l'amener à *« faire des choses »* qu'il ne maîtrise pas, comme des *« opérations chirurgicales »*. Lors de ces *« chirurgies »*, il s'observe *« ouvrir »* la personne pour en extraire des *« matériaux »*.

Ce fonctionnement hallucinatoire caractérise les phases les plus profondes du travail énergétique. Il mène parfois à un sentiment océanique (Freud, 1934), dans lequel le thérapeute a le sentiment de ne faire qu'un avec son client et avec le monde qui l'entoure. Ce fantasme est rarement évoqué de manière explicite, il apparaît plutôt par la difficulté qu'ont les énergéticiens à mettre en mot ce qui se produit en eux dans le soin, ce qui témoigne d'une inscription psychique inconsciente, comme si, malgré l'intense activité consciente de ces instants du soin, le Moi restait confondu avec les objets investis. Ce vécu, souvent intraduisible dans les entretiens de recherche, s'exprime par des formules poétiques ou métaphoriques, qui sont autant de figurations de ces vécus peu symbolisés. Cela se traduit également, pendant les entretiens avec les thérapeutes, par ces moments ma pensée devenait plus fluide et imagée. Le participant s'excusait alors d'avoir reproduit sans le vouloir cette « connexion » qu'il partage d'ordinaire avec ses clients.

Le fantasme de fusion psychique sous-tend cette dynamique dans laquelle l'activité intense du Moi mène à un fonctionnement hallucinatoire. Les implications intersubjectives et thérapeutiques de ce processus restent énigmatiques, surtout dans le cadre du soin énergétique. Il reste en effet à préciser ce que l'émergence de l'hallucinatoire chez le thérapeute, et plus particulièrement de l'hallucination motrice, peut susciter chez le client qui, le plus souvent, est allongé sur la table de massage les yeux clos. Car l'hallucination motrice n'engage ici que le corps et la psyché du thérapeute dans des conditions ou le langage est peu sollicité, sinon proscrit. L'explicitation du vécu des clients après les séances préciserait certainement cet aspect.

Nos propositions sur la matrice transférentielle impliquent l'existence d'un certain degré de communication entre thérapeute et client. Ce dernier, par le biais des logiques de l'enveloppe psychique, perçoit les variations subtiles des mouvements du thérapeute, notamment par l'audition, les courants d'airs ou encore la chaleur qui se dégage de son corps. Les mouvements faits par l'énergéticien imposent un travail de traduction psychique au client, qui recours lui aussi aux logiques originaires et primaires de l'activité de représentation psychique. Ainsi, selon notre seconde hypothèse, la matrice sensorielle est bien le support d'une régression commune au fonctionnement hallucinatoire. Un tel processus thérapeutique ne repose pas sur une

« associativité en double » comme dans la cure analytique, mais plutôt sur un *« hallucinatoire en double »*, comme cela se laisse entrevoir entre Christine et sa cliente :

> Christine place ses mains autour du visage de la cliente et ferme les yeux quelques instants. Cette dernière commente : *« j'ai une chaleur de fou sur le visage, c'est dingue ! »*, puis poursuit : *« je vois de la lumière à travers mes yeux, c'est violet… rouge… comme une boule violette… tiens, c'est froid ou c'est chaud suivant la position des mains… »*. Christine paraît amusée et intriguée par ces commentaires. La cliente s'exclame ensuite : *« j'ai la tête qui bouge ! »* puis ouvre les yeux. Surprise de voir les mains de Christine éloignées de sa tête, elle ajoute : *« je croyais que c'était toi qui me faisait bouger la tête ! »*. Christine lui répond : *« Ah ? C'est ton corps qui me parle, il me dit ce que je dois faire »*. Un peu plus tard, La thérapeute est au niveau des épaules, à distance du corps. A la demande de sa cliente, qui souhaite *« un nettoyage du cœur »*, Christine positionne une main au-dessus du buste. Tandis que la cliente évoque ses problèmes amoureux, elle et Christine sursautent. La cliente s'étonne *« j'ai un truc qui a sauté au niveau du cœur ! C'est toi, tu m'as donné un coup ? »*. Christine réfute, également étonnée, et tente de reproduire les mouvements qu'elle faisait. *« Il s'est bien passé quelque chose, une sensation bizarre, j'ai clairement senti un truc au niveau de la poitrine ! »* continue la cliente.

Ce fonctionnement hallucinatoire en double favorise un réinvestissement du corps et de la vie affective. Solliciter la sensorialité ravive les affects, parfois sur le mode de l'abréaction, et impose un travail d'élaboration au sujet. En psychothérapie, le thérapeute accompagne ce processus par la remémoration, mais dans le soin énergétique, celui-ci se déroule plus souvent dans l'après-coup de la séance. Dès lors, cette communication d'affects entre patient et thérapeute, corps et psyché, hallucinatoire et représentation sont susceptibles d'intégrer un processus d'élaboration psychique que nous allons détailler.

De la régression vers l'élaboration

L'originalité du travail énergétique réside ainsi dans le tissage de ces deux modalités de l'activité psychique, ces allers et retours entre attention perceptive et projective, affectivité reçue et travail de l'affect, qui renvoient au processus d'élaboration de l'expérience subjective qui se déroule *« fragment par fragment »* (Freud, 1914). En voici un exemple issu de nos entretiens avec Véronique :

> Lors des soins énergétiques, Véronique s'attèle à chercher au niveau des pieds une *« couche énergétique »*, *« une espèce de résistance »* qui constitue *« l'ancrage »*. [attention perceptive] À

cet endroit, elle sait *« si la personne est connectée à son corps, si elle fait du sport, si elle marche beaucoup, ou si sa vie sexuelle est épanouie »*. Une fois cet ancrage trouvé, Véronique y *« appelle l'énergie »* du reste du corps [attention projective]. Elle cherche à *« fixer l'énergie »* aux chevilles et pour cela *« place des menottes »* aux tibias du patient, ce qui semble parfois provoquer chez eux un inconfort. Les mains au-dessus du corps du patient, elle remonte aux hanches en passant par les genoux. Le long de ce parcours, elle ressent parfois fraicheur ou chaleur dans ses mains, mais aussi une *« attirance »*, un sentiment qui lui donne l'impression qu'elle doit s'appliquer davantage sur une zone [attention perceptive]. Elle continue sa progression au niveau du thorax, qu'elle associe avec *« les émotions refoulées et la manière de gérer les émotions au quotidien »*.

En dernier lieu, elle positionne ses mains au-dessus des parties génitales du sujet, avoir les mains à cet endroit l'informe sur la *« libido »* du patient, la source par laquelle elle peut *« impulser l'énergie »* vers le reste du corps [attention projective]. Pour terminer, après quinze à vingt minutes d'imposition des mains au total, elle revient au ventre à nouveau pour s'assurer du résultat de la séance. Elle formule parfois une prière : *« je demande à ce que la personne soit accompagnée, par une entité, une âme, un ange, on peut dire ce que l'on veut »*. Elle visualise le retour progressif de l'énergie dans ses doigts et reste vigilante quant à rejeter *« quelque chose qui pourrait l'atteindre »*

Ce tissage rappelle, dans le champ de la cure psychanalytique, les modalités complémentaires de régrédience et de progrédience (Botella & Botella, 2001). Si la modification du flux des pensées qui caractérise l'écoute de l'énergéticien se caractérise par une sollicitation de la voie régrédiente et aboutit parfois à une pensée en images, cette hallucination du souvenir-écran sur lequel viennent faire rebond les investissements, la voie progrédiente elle caractérise l'attention projective, dans laquelle ces investissement viennent se lier à l'activité représentative. Le travail de représentation psychique prend alors une forme originale, marquée par sa proximité avec la pensée onirique :

> *« Contrairement à ce qui se passe pendant la vie diurne de l'adulte au cours de laquelle, en principe, voir est identifié à comprendre, on retrouve, pendant la régression du sommeil, la dissociation originaire de la pensée entre voir et comprendre. Une dichotomie qui ne se laisse pas penser au moyen des concepts, une expérience infantile inaccessible à la pensée de l'adulte. » (Botella & Botella, 2001, p. 1168).*

Les récits de ces expériences thérapeutiques régressives sont alors difficilement mis en mots, ils ressemblent davantage à des récits de rêves qu'à des observations structurées, comme l'évoque Sara Botella lors de ses régressions dans le jeu en psychanalyse d'enfants :

> *« Quant à mes récits « après-coups » de ces séances, étonnement ils ressemblaient plus à des récits de rêve qu'au contenu d'une séance d'analyse ; leur cohérence ne relevait pas tant d'un ordre associatif verbal, mais plutôt de celui de la formation d'un contenu de rêve dont Freud disait qu'il nous est donné au réveil « dans une écriture en image ». Mon travail psychique accompli demeurait proche de celui d'un rêve où tous les éléments, aussi hétérogènes qu'ils soient (sensations, restes perceptifs, motions et désirs infantiles…) convergent vers une forme unitaire dont la reconnaissance des liens ne relève pas de la compétence d'un ordre langagier. » (Botella & Botella, 2008, p. 143).*

Sous plusieurs aspects, les récits de séances donnés par les thérapeutes gardent les traces de ce processus de régression. Tout d'abord, les thérapeutes évoquaient les souvenirs de leurs séances par le prisme de différents registres perceptifs, ce qui m'a fréquemment donné la sensation d'écouter un contenu onirique. Ensuite, plusieurs participants étaient en difficulté lorsqu'il s'agissait d'expliciter leur vécu du soin (cela est très explicite chez Sophie), tandis que d'autres sembler éviter le travail d'élaboration. Au lieu de préciser leur vécu, ils énonçaient des théories sur le soin, ou digressaient sur d'autres sujets. Enfin, parler de ces éléments produisait des effets de symbolisation après-coup similaires à ceux qui se produisent lors de l'analyse de récits de rêve. Ceci implique alors que l'état interne de l'énergéticien pendant le soin ait quelque chose à voir avec le rêve, comme l'évoque Pierre :

Lors des soins, Pierre ressent souvent *« une tension, un stress, quelque chose de précis »* qui va l'amener à *« faire des choses »* qu'il ne maîtrise pas, comme des *« opérations chirurgicales »*. Ce rapport d'étrangeté à ses propres gestes lui donne *« l'impression de se faire aider »*, et il se demande parfois ce que feraient certains de ses aînés magnétiseurs à sa place. Pierre insiste sur le rôle capital de cet état *« entre deux »*, dans lequel il se sent *« cotonneux, nuageux »*, car *« c'est dans ce moment crépusculaire que se jouent les choses, c'est là où il peut y avoir la modification »*. Il se produit alors une *« relation entre les corps par en savoir insu »*, mais pourtant *« réel en termes psychiques »* : *« J'ai parfois des mots qui viennent de derrière et s'affichent devant moi, mais c'est presque onirique, c'est comme sur un écran mais qui n'est pas un écran. »*

Cette notion d'écran revient aussi chez Patrick, qui évoque *« l'écran mental »* qui lui permet d'exercer le travail énergétique par la visualisation, et lui offre également la possibilité de voir des créatures folkloriques et des *« murs d'énergie »*.

D'un point de vue plus théorique, ceci évoque le modèle de l'écran blanc du rêve, formulé en premier lieu par Lewin (1949) et qui propose que le contenu visuel du rêve soit projeté psychiquement sur un écran interne, constitué à l'origine par la représentation du sein maternel. Plus tard, les apports de Lavallée (1999, 2003), dans la perspective de la théorie des enveloppes d'Anzieu et Kaës (voir Anzieu et al., 2013; Kaës, 2007), permettent de préciser le rôle actif du sujet dans la constitution de cet écran. A la perception hallucinatoire positive que constitue la projection d'images s'ajoute l'hallucination négative, qui correspond à l'effacement psychique de la perception afférente pour créer l'écran de projection. Notons à ce stade que les perceptions des énergéticiens ne semblent pas être du registre de l'hallucination du rêve, au sens d'un débordement de la réalité psychique en lieu et place de l'activité perceptive, mais plutôt d'une forme d'illusion, un mélange ou un ajout de la réalité psychique à la perception, à en juger par l'état de perplexité dans lequel se trouvent les énergéticiens lorsqu'ils rapportent ces éléments qu'ils *« voient »* sans pourtant les *« voir »*. *« C'est une vision que je ne vois pas, une voix que j'entends pas… »* nous explique Pierre, pour parler de la manière dont émergent ses intuitions pendant les soins. Tout se passe ainsi comme si la connaissance survenait dans ces conditions selon une *« géométrie primaire de l'intelligibilité »* (Botella & Botella, 2008), c'est-à-dire une disjonction de la liaison des modalités sensorielles habituelles au profit d'un fonctionnement associatif plus général dans lequel l'idée se présente autant comme une sensation que comme un contenu et dont les formes peuvent varier, à l'intermédiaire entre la perception afférente et la réalité subjective.

Cette modalité de fonctionnement psychique qui aboutit à des représentations en images est la signature caractéristique d'un mouvement régrédient de la psyché (Botella & Botella, 2001). La régression formelle de l'appareil psychique du thérapeute entraîne des transformations psychiques par la voie de représentations visuelles entre la perception et l'hallucination. La définition de la régrédience donnée par les Botella est particulièrement évocatrice des éléments cliniques apportés jusqu'ici : *« Nous comprenons la régrédience dans ces termes : elle serait autant un état psychique qu'un mouvement en devenir ; un potentiel de transformation, une capacité psychique permanente à résoudre hallucinatoirement la quantité d'excitation quand se produit la fermeture de la voie motrice. La manifestation la plus évidente sécrétée par l'état de régrédience est le rêve, il est son produit le plus réussi »* (C. Botella & Botella, 2001, p. 1179)

Les entretiens avec les énergéticiens sont révélateurs de ce que l'émergence d'images internes dans le contexte thérapeutique dépend de la capacité de ces thérapeutes à se laisser aller à la regrédience, à solliciter l'attention perceptive, comme le précise Sylvie : *« A un moment, je vais lâcher complètement prise pour avoir des visions, des odeurs, il faut d'abord se concentrer puis lâcher prise »*. Cet état, qui évoque l'état magnétique ou l'état somnmabulique (Méheust, 1999a), est obtenu au moyen de différents rites, qui servent autant à le provoquer qu'à le maintenir. L'accent porté sur le rôle déterminant de la fixation attentionnelle du thérapeute, via la boucle phonologique, le regard, ou les passes magnétiques, et dans une moindre mesure sur l'attention du client, indique également que cet état est effectivement un processus psychique qui se maintient au long cours et dont l'arrêt signifie la fin du travail énergétique.

C'est au cours de ce processus que le potentiel de transformation psychique du soin énergétique émerge, sous-tendu par la capacité hallucinatoire de la psyché, comme le précise René Roussillon (2007b) :

> *« Le processus par lequel s'effectue l'actualisation de l'expérience subjective est celui une hallucination de l'expérience subjective, que c'est par une hallucination que « s'actualise » l'expérience. Mon hypothèse est celle d'un processus hallucinatoire qui se produit dans tous les cas, qu'il représente le « fond » du fonctionnement psychique, sa base processuelle […]. [Les neurobiologistes] soulignent l'importance du processus hallucinatoire dans le fonctionnement de base du cerveau. Selon leurs travaux, l'évocation d'un contenu psychique produit dans le cerveau des micro-hallucinations d'états*

internes associés, qui produisent dans le corps les mêmes états que ceux qu'ils représentent. L'hallucination d'états du corps pourrait donc bien produire dans le corps lui-même , comme j'en avais fait l'hypothèse en 1989, les mêmes effets que la perception de la chose elle-même ; elle est présentation, actualisation.» (p. 341.)

Par ailleurs, le fait que le thérapeute se trouve dans cet état-processus, une sorte de rêve, ou plutôt de transe, pour être fidèle au vocabulaire du mesmerisme, impacte également l'activité psychique du client. Véronique l'exprime ainsi : *« en soins, ce que nous on dit est perçu un peu comme en état d'hypnose »*[193]. Pierre insiste également sur la nécessité *« d'endormir »* les clients avant le travail énergétique. La matrice transférentielle soutient un processus de régression à deux qui facilite alors le déroulement d'un processus de communication et de symbolisation.

Le potentiel symboligène de la régrédience provient alors du fait d'une *« mise à plat »* (Laplanche, 1987b) entre les éléments de la réalité externe, ceux de la réalité subjective et ceux de la réalité psychique, comme le décrivent les Botella :

« Son [la régrédience] état de mouvement en devenir peut inclure simultanément tous les éléments présents à un moment donné, indépendamment de leur origine : représentationnelle, perceptive ou motrice ; indépendamment de leur qualité : consciente ou inconsciente ; et de leur hétérogénéité parfois radicale : perception des organes des sens, perception intrapsychique ; comme de leur hétérochronie : un souvenir, un désir refoulé de l'enfance, un projet d'avenir. Se définissant par la coexistence simultanée de tous les constituants à valeur égale, de tous les éléments psychiques présents à un moment donné, la régrédience peut, dans un même mouvement, provoquer d'innombrables nouveaux liens, même là où il n'y en avait pas, créant ainsi de nouvelles causalités. » (C. Botella, 2001, p. 1179)

[193] Cette phrase, exprimée dans un langage oral, témoigne de la construction d'une pensée qui part du thérapeute vers le client, nous -> on, alors qu'il aurait été plus simple d'exprimer la même idée à partir de la position du client : « Les clients perçoivent ce que l'on dit un peu comme en état d'hypnose ». Le double usage des pronoms, « nous-on », qui renvoient tous deux au thérapeute, n'est pas nécessaire, et Véronique aurait pu exprimer la phrase avec l'un ou l'autre des termes (« Ce que nous disons est perçu » ou « ce qu'on dit est perçu »). Il serait possible d'envisager également la tournure suivante, « ce qu'on nous dit est perçu », et alors la phrase de Véronique prend le sens d'un lapsus. Par ailleurs, à l'oral, la phrase est prononcée rapidement, sans emphase, ce qui a entrainé une confusion et la notation initiale du lapsus, corrigée quelques instants après. Ceci témoigne ainsi d'une confusion psychique soi-autre, dans un mouvement d'identification projective qui rapporte le vécu du client à celui du thérapeute, celui du chercheur au participant, dans une sorte de rêve à deux qui se rapporte à ce que nous décrivons.

En ce sens, les images produites dans le processus régrédient sont susceptible d'inclure des éléments psychiques qui ont trait au contenu sexuel infantile comme des évènements apparemment anodins semblables aux restes diurnes des rêves.

> Parfois, lorsque Véronique pose ses mains sur la tête de ses patients, elle perçoit des *« tracasseries »*, des tâches restées en suspens dans leur esprit. Elle me raconte l'anecdote suivante, survenue en séance : *« Je ne sais pas pourquoi, j'ai l'image d'un meuble dans un carton posé contre un mur, alors je lui dis, vous avez un meuble que vous n'avez pas commencé à monter… la personne me dit oui, elle était surprise que je sache ça »*.

De surcroit, si la figurabilité produit typiquement des modalités de représentations visuelles, la mise en jeu de la matrice sensorielle pourrait également faciliter le processus de représentation par d'autres sens, comme les perceptions gustatives, olfactives, ou de consistance :

> Véronique explique que lorsqu'apparait dans son esprit *« une consistance liquide »*, cela lui indique que le patient aura une diarrhée, tout comme une consistance sèche augure d'une constipation. Lorsqu'elle sent une odeur de vomissure, elle s'attend à ce que le patient ait la nausée dans les suites de la séance. Par ailleurs, elle juge par ce moyen de l'équilibre alimentaire du patient. Lorsqu'elle perçoit un gout salé ou sent sa bouche sèche, cela signifie que le patient mange trop de sel. Des *« images de gras »* ou la sensation de quelque chose de gras témoignent du cholestérol, de la même manière qu'une envie de sucre ou la représentation de bonbons renvoie à une alimentation trop sucrée.

Par ailleurs, selon les Botella, la régrédience possède plusieurs niveaux :

> *« la figurabilité freudienne, issue d'un travail complexe qui puise et son énergie et son sens dans les désirs sexuels infantiles ; et la figurabilité silbérienne, dont la voie régrédiente, dite courte, se limite à la « transformation automatique » du mot en l'image la plus immédiate. Elle ne dépasse pas le préconscient, alors que la freudienne, dans un parcours dit long, dépasse le préconscient, embrasse l'Ics dans toute son ampleur et effectue une refonte de tous les éléments qui y participent. Nous pourrions ajouter à ces modalités une figurabilité suivant une voie si courte que celle-ci, en réalité, serait inexistante : celle de la névrose traumatique, où ce qui est figurable dans le rêve est la répétition à l'identique de la perception diurne traumatique. » (C. Botella, 2001, p. 1186)*

De tels gradients de figurabilité se retrouvent déjà dans les vignettes présentées, mais ajoutons également ce récit de Gilles, qui montre que l'énergéticien peut être saisi par la *« voie courte »*, répétition hallucinatoire du trauma :

> Pour illustrer son vécu des soins, Gilles aborde le cas d'une dame qui lui est adressée par un ami. Cette dame se plaint de maux de tête et de ventre. En la traitant, Gilles perçoit rapidement un flash, qui lui indique que cette souffrance lui vient de son enfance, car elle était battue par son père alcoolique. Selon lui, elle a ensuite *« entassé les phénomènes de malchances, une mauvaise énergie qui empêche que les choses se passent bien »*. Les maux de tête et de ventre sont liés à un *« dérèglement des chakras »*, qu'il corrige en effectuant sept fois des mouvements circulaires avec ses mains au-dessus des zones concernées. Pendant le soin, cette dame se met à pleurer, elle *« libère ses émotions »* selon Gilles, qui pense qu'elle *« relance la pendule »*. A la fin du soin, Gilles la prend dans ses bras, à sa manière : *« c'est comme si c'était mon enfant, m'explique-t-il, ça libère une pression générale, ça apaise. »*

Cette vignette offre une occasion de mettre en lien quelques éléments abordés jusqu'ici. Le soin facilite le retour d'un souvenir traumatique, par une sorte d'emprunt des capacités régrédientes de Gilles, dont les conséquences psychiques, des *« zones proscrites »* — probablement les phénomènes de somatisation qui motivent la demande — se trouvent intégrées à une figuration (la malchance, la mauvaise énergie, la violence). Dans la même séance se conjuguent ainsi la crise psychique, reviviscence hallucinatoire du trauma, la symbolisation en représentation de chose et leur mise en acte (les mouvements circulaires), la symbolisation en représentation de mots (la verbalisation de Gilles à propos de l'origine du mal), la libération cathartique des affects clivés du trauma, de même que l'accomplissement d'un transfert Oedipien avec Gilles, lors de l'embrassade. Ces processus de symbolisation se retrouvent ainsi condensés en une série d'actions thérapeutiques, que le mythe énergétique vient relier et innocenter. Cette organisation est typique des dispositifs thérapeutiques traditionnels (Nathan, 2001).

Toutefois, l'issue thérapeutique de ces processus de transformation dépendrait de la longueur du circuit régrédient. Ainsi, plus celui-ci serait court, moins la figurabilité produirait d'effets transformateurs. Dans les formes les moins profondes de figurabilité, voire à l'extrémité la plus consciente du processus, la tendance à la synthèse psychique passe par une sorte de forçage, une mise en correspondance préconsciente ou consciente d'éléments

psychiques qui perd en immédiateté et nécessite un *« travail de contre-transfert »* (de Urtubey, 1994).

> En état de connexion, les variations émotionnelles de Sarah, ses douleurs, les *« images »* qu'elle voit dans son esprit, les voix ou les chansons à l'intérieur de sa tête sont autant *« d'informations »* sur l'autre personne. Sarah explique que ses perceptions *« ne sont pas une réalité »*, mais se destinent à lui faire *« comprendre »* quelque chose. Sarah doit les interpréter et comprendre comment ces images peuvent être liées au client. *« C'est pas magique, c'est logique, c'est plus que logique*[194] *»*, dit Sarah à propos de ce travail de perception et d'interprétation.

Ce travail de contre-transfert passe par un *« décryptage »* des éléments de résonnance entre l'analyste et l'analysant, c'est-à-dire par le repérage des raisons pour lesquelles une perception survient chez l'analyste, et par là, sur ce qu'elle est susceptible de révéler sur le fonctionnement psychique de l'analysant. Comme le définit Louisa De Uturbey, *« le travail de contre-transfert est l'inverse du travail du rêve : défaire les condensations, remettre en place les affects déplacés, démonter le contenu manifeste, mettre les images visuelles en mots. »* (ibid., p.1272). Dans le soin énergétique, ce travail se déroule fréquemment dans un deuxième temps, hors du travail manuel, délimité par ses rituels de connexion et l'utilisation de la table. Cette dynamique contre-transférentielle s'exprime surtout dans le langage, et dans la technique que les énergéticiens emploient auprès de chaque client. Les énergéticiens ne sont cependant pas dupes de ce que ces deux modes d'accès à l'intériorité de leur client sont différents, et le travail de contre-transfert se manifeste souvent par un vécu d'étrangeté, d'absence à soi-même (voir les cas de Cécile, Christine).

En effet, entrer en état de régrédience est habituellement difficile et entraîne des conséquences : *« la poussée vers la régrédience éveille un sentiment d'inquiétante étrangeté dont [l'analysant] aura tendance à se débarrasser en investissant libidinalement et narcissiquement l'analyste dans sa matérialité. En projetant en lui un double narcissique, rendu concret par l'actualisation des affects transférentiels, le patient évite les risques de régrédience de sa pensée. »* (C. Botella, 2001, p. 1271). Puisque la pensée régrédiente constitue une déviation significative de l'état ordinaire de la pensée, et donc du Moi, elle touche au sentiment d'identité, elle fait sentir cette confusion soi-autre qui existe dans l'identification

[194] J'ai d'abord mal entendu et noté « c'est psychologique », puis elle a répété la phrase et j'en ai compris le sens original.

narcissique de base (Roussillon, 2004). Le processus projectif permet alors de se défendre du processus régrédient et l'étrangeté devient pour l'énergéticien un signe que le contenu se rapporte directement à son client. Dans les cas où le transfert narcissique est moins intense, le matériel qui fait surface suscite l'identification par associations[195], et le thérapeute va alors avoir la possibilité de décrypter le contre-transfert, ou bien d'agir dans le transfert d'une manière plus complémentaire au patient, s'identifier à la demande transférentielle[196].

En revanche, quand le matériel clinique émerge sur la base d'une relation d'identification particulièrement forte[197] le thérapeute considère l'autre comme son double et s'expose à des reviviscences de vécus non-symbolisés dans le transfert.

> Cécile évoque le cas d'un homme qui venait pour une curieuse tache rouge sur le front et chez qui elle a *« perçu intuitivement une souffrance profonde »*. Elle comprend que cet homme a perdu un bébé depuis quelques mois, et qu'il présente un *« deuil pathologique »* qui impacte lourdement la vie familiale. Cela résonne en elle avec son avortement réalisé à 25 ans, et elle se rend compte qu'elle *« n'a pas dit au revoir à cet enfant »*. Elle a tenté d'aider cet homme à faire son deuil en même temps qu'elle faisait son propre travail émotionnel : *« on a tous les deux fini en pleurs dans la séance ! »* ponctue-t-elle, d'un ton humoristique.

L'analyse du cadre a montré que la crise thérapeutique est motivée par une forme de compulsion de répétition. La situation de transfert et les contraintes logiques qu'elle pose sollicitent les registres primaires de l'activité de représentation psychique. De ce fait, le soin énergétique est susceptible de provoquer une libération cathartique des affects en séance ou dans l'après-coup. De ce fait, comme nous le proposons dans notre troisième hypothèse, ce dispositif peut favoriser la métabolisation de contenus non-représentés.

En revanche, ces effets sont obtenus par des voies différentes de celles d'autres psychothérapies. Tout d'abord, la nature des symptômes susceptibles d'être traités par le soin énergétique semble plus réduite. Dans la théorie psychanalytique, les contenus psychiques non symbolisés, sont essentiellement de nature sexuelle, c'est-à-dire qu'ils se rapportent au corps et à la liaison de la quantité d'excitation dans le corps. Que ces éléments soient inscrits dans un

[195] Il s'agirait ici d'un contenu plutôt refoulé, dont le contenu est déjà pré-conscient chez le thérapeute.
[196] La position du psychanalyste serait ici de révéler le transfert par le négatif de la frustration.
[197] Cette identification tiendrait à la charge affective du matériel évoqué pour le thérapeute, ou à son éventuel clivage hors de la conscience. Le retour du clivé produirait alors un effet de sidération et de saisissement qui se ponctuerait souvent par un passage à l'acte.

« espace » psychique clivé, dit *« amential »* (Dejours, 2008), ou soumis au refoulement, qu'ils trouvent leur origine dans le caractère énigmatique de la situation anthropologique fondamentale (Laplanche, 1987a) ou d'évènements ultérieurs qui résonnent avec ces premières inscriptions traumatiques, leur valence sexuelle suscite des aménagements psychiques symptomatiques. Parmi ces aménagements, les processus de somatisation, conséquences d'un clivage somato-psychique, de la mise hors du circuit intrapsychique et interpersonnel de certaines zones ou fonctions corporelles, seraient les plus réceptives à ces processus thérapeutiques hors langage (Balint, 1955). Les modalités techniques du soin énergétique sollicitent préférentiellement ces aménagements symptomatiques du fait du recours actif à la sensorialité. Les sujets qui développent une pensée opératoire, et chez qui l'activité de mentalisation exercée par le pré-conscient est réduite à sa peau de chagrin (Smadja, 1998) pourraient obtenir des effets positifs de ces dispositifs. L'énergéticien viendrait suppléer à cet assèchement de la vie psychique par une relance forcée de la vie affective, à l'endroit où le psychanalyste bute contre l'absence d'investissement du transfert. Finalement, le retour des contenus clivés sous une forme figurable communiquée par le thérapeute, souvent sous la forme d'une reviviscence déplacée du trauma, produirait des modifications critiques de la vie psychique, à savoir l'arrêt des phénomènes de somatisation et la relance de la mentalisation

Ensuite, les voies par lesquels les effets de transformation psychique sont obtenues diffèrent de celles d'autres psychothérapies, et en particulier de celles inspirées par la psychanalyse. Le soin énergétique repose sur des séquences courtes de transformation psychique qui portent uniquement sur des aspects formels, corporels et affectifs de l'expérience subjective (Anzieu, 2000, Aulagnier, 1975). Il laisse donc de côté les processus d'élaboration plus développés, passant par le langage et habituellement employés dans les psychothérapies. Ces processus constituent des voies plus longues de symbolisation capables d'entraîner des effets psychothérapiques au long cours. En effet, pour les Botella si la régrédience est une voie privilégie pour permettre le retour des éléments clivés, il importe que le client ait suffisamment développé lui-même un *« principe de convergence-cohérence*[198] *»*, qui amène à la synthèse psychique, sans quoi le processus de régrédience n'entraîne que rêverie ou hallucination (Botella & Botella, 2001). Du fait de l'absence de ces voies longues de symbolisation, l'issue

[198] « Ce « principe » vise à lier tous les éléments hétérogènes et hétérochrones présents dans la coexistence des composants de la vie psychique. Il aboutit, en engageant un travail psychique mobilisant l'ensemble des composants, à une « forme » non visible, surdéterminée, inextricable, d'où émergerait la figurabilité, l'intelligibilité la plus élémentaire, la plus directement présentable à la conscience » (Botella & Botella, 2001, p. 1189).

de l'abréaction est ensuite fonction de la qualité de l'élaboration psychique, de la force des processus de liaison, de la tendance à la sublimation, et du développement de la capacité négative chez le sujet (Guignard & Bokanowski, 2007).

Enfin, ces transformations ne sont pas destinées à favoriser le processus de subjectivation. En effet, si en psychanalyse, la voie longue de transformation psychique passe par un processus de construction à partir de contenus psychiques propres au sujet, le soin énergétique fait appel, à l'instar d'autres thérapies traditionnelles, à des représentations socialement déterminées, des « aides à la traduction » (Laplanche, 1987). Celles-ci sont souvent doublement extérieures au sujet, premièrement parce qu'elles sont issues de la culture et non du sujet lui-même, et deuxièmement parce qu'elles proviennent d'une autre culture, comme c'est le cas pour les références à la spiritualité orientale par exemple. Ainsi, l'absence de processus de transformation au long cours est compensée par un recours plus marqué à la suggestion et aux mythes, qui font fonction d'étayage : l'idéal du Moi, habituellement projeté dans le transfert sur l'hypnotiseur, trouverait ici un nouveau support dans le contenu mythique proposé dans l'énergétique (la Nature, Gaïa, la Source…). Ceci amènerait le sujet à réinvestir la sphère intersubjective par l'intermédiaire d'un Surmoi projeté dans le monde extérieur, comme cela est fréquent dans les organisations psychosomatiques (Botella & Botella, 2008). Après avoir suscité l'émergence d'affects par la voie de transformation courte portant sur le corps, l'énergétique entraîne alors un « forçage », une assimilation du vécu affectif et corporel du sujet à un système de représentations socialement partagées. Les processus de symbolisation, loin d'ouvrir sur un travail de subjectivation, sont alors réduits à un travail de synthèse psychique, c'est-à-dire à la condensation d'affects autour de représentations symboliques qui deviennent réifiées du fait des logiques primaires favorisées par le dispositif.

8.3. La logique énergétique et ses effets

Les chapitres précédents nous ont permis d'analyser la pratique du soin énergétique sous l'angle du cadre et des processus transférentiels. Le cadre favorise la régression psychique à des logiques de représentations originaires et primaires, comme nous le proposions dans notre première hypothèse. La relation transférentielle se caractérise par une régression commune autour d'un fantasme d'une « peau commune » (Anzieu, 1995), qui favorise un processus hallucinatoire « en double ». Cette forme de transfert est propre au soin énergétique et participe à produire des effets thérapeutiques par des séquences courtes et formelles de symbolisation qui se distinguent alors des processus de transformation plus profonds caractéristiques du dispositif psychanalytique. Ces réflexions sur le transfert confirment notre seconde hypothèse,

tandis que celles sur les propriétés thérapeutiques du soin énergétique s'intègrent dans notre troisième hypothèse. Pour terminer de répondre à notre troisième hypothèse, il nous reste à décrire plus précisément comment ces effets de transformations sont provoqués par les thérapeutes, ce qui nous permettra de mieux situer le soin énergétique par rapport aux autres thérapeutiques modernes.

8.3.1. L'énergétique comme outil de médiation

L'utilisation des objets est habituelle dans les dispositifs thérapeutiques traditionnels (Nathan, 2001). Les objets matérialisent les logiques des enveloppes (subjective, familiale, culturelle) et viennent donner une forme sensible à des processus psychiques ou sociaux. Les systèmes thérapeutiques peuvent se différencier par la nature des objets employés et par leur maniement. Mieux comprendre le recours aux objets dans le soin énergétique offre ainsi la possibilité de mettre en évidence les ressorts logiques qui participent aux effets de transformation décrits plus tôt. Pour cela, après avoir introduit les différents objets utilisés dans ce dispositif thérapeutique, nous développerons un modèle théorique dans lequel l'énergie se comprend comme médium malléable. Ceci nous permettra de définir les trois opérations techniques sur lesquelles se reposent les énergéticiens pour produire des effets thérapeutiques. Finalement, nous discuterons des effets de ces opérations sur la vie psychique et sur le corps et les mettrons en rapport avec les modalités techniques classiques de la psychothérapie.

L'objet en énergétique

Le soin énergétique intègre une grande variété d'outils, qui sont habituellement des productions artistiques ou des objets naturels auxquels sont prêtées des vertus guérisseuses en fonction de leurs propriétés. Parmi celles-ci, les plus évidentes, comme la taille, la forme ou la couleur prédestinent l'objet à un usage thérapeutique, car ces propriétés correspondent à des fonctions qui leur sont attribuées dans le domaine du mythe. Par exemple, il est attendu d'une carte de couleur rose qu'elle soit apaisante et réconfortante, car le rose est associé à l'amour. Bien entendu, ce n'est pas à la carte en tant qu'objet qu'incombe le pouvoir thérapeutique, car l'objet reste un objet, même si l'énergéticien se comporte parfois d'une manière qui laisse tout à fait entendre le contraire. Le cas de Françoise illustre justement que dans le champ de l'énergétique, attribuer une influence sur soi-même à un objet inanimé est signe de souffrance psychique[199]. L'objet, en énergétique, n'est donc qu'un vecteur qui potentialise le pouvoir du

[199] Si l'objet exerce une influence, c'est que ce pouvoir a nécessairement été infusé par un autre, sorcier ou esprit, souvent dans le but de nuire au sujet. Le fétiche n'est que le réceptacle d'une volonté : *« […] l'objet contient la*

sujet, médiatise son rapport avec l'énergie. La carte rose n'a d'utilité que lorsque l'énergéticien dirige son attention sur elle, verbalise mentalement de manière répétée : *« j'apporte du réconfort »* (cas de Sophie et Sarah). Alors, par un principe de sympathie, la pensée de l'énergéticien, supportée par la couleur rose de la carte, attire l'énergie de réconfort vers le client.

D'autres objets sont utilisés sur la base de certaines propriétés intangibles ou abstraites. Les cristaux, par exemple, sont réputés pour leur structure interne qui permettrait de concentrer l'énergie vers un point. L'orgonite ou la fleur de vie, dans les représentations des énergéticiens, créeraient grâce à leurs propriétés géométriques une forme de champ d'énergie qui chargerait leur environnement de bonnes ondes et le protègerait des mauvaises. Les extraits de plantes sont intrinsèquement bénéfiques pour l'organisme, du fait de leur origine naturelle. Comme les propriétés thérapeutiques de ces objets sont intangibles, ils se prêtent à toutes les théorisations. En effet, ces objets ont de commun que les propriétés qui leur sont données ne peuvent être immédiatement perçues. Il faut nécessairement en passer par le mythe, scientifique, religieux ou ésotérique, pour prouver ou réfuter ces propriétés et leurs effets. Ceci autorise ou interdit tout discours sur le caractère thérapeutique des objets, et permet par la même occasion de constituer des expérimentations, des *« témoins fiables »* (Stengers, 2006b) de leur efficacité[200]. Ces procédures obéissent au discours mythique qui les forment et impliquent les détenteurs de l'autorité dans ce domaine :

relation entretenue avec celui qui l'a élaboré, fabriqué, vendu, mais aussi l'affirmation que cette relation peut être représentée dans le registre de la réalité matérielle, stricto sensu objectivée. » (Nathan, 2001, p.80)

[200] Le domaine du soin énergétique dispose ainsi de nombreux protocoles qui permettent de tester, sinon d'accroitre ses capacités au magnétisme, comme le test de l'orange, qui consiste à magnétiser un fruit et d'observer son évolution par rapport à un autre non traité. Il est attendu que le fruit traité sèche sans pourrir, contrairement au fruit « contrôle ».

Dans les premiers temps de sa pratique, Pierre avait, avec l'aide *« d'une amie médium »*, mis en place un protocole pour faire *« tester en double-aveugle »* ses dons de magnétisme. Il traitait des bouteilles qu'il donnait à son amie, celle-ci les mélangeait à un stock de bouteilles non traitées puis lui en donnait pour les faire expertiser à différentes personnes (voyants, médiums, guérisseurs…) dans le champ du paranormal. Lors d'une séance chez un prêtre exorciste, Pierre lui amena une de ces bouteilles. Le prêtre, après l'avoir examiné, reconnut que la bouteille d'eau, dont Pierre ignorait le contenu, était *« à demi bénite »*.

Du fait de ces procédures qui impliquent un dépositaire du mythe, ces objets, au même titre que les représentations mythiques, comme les effigies ou les portraits, sont employés pour leur valeur symbolique : leur aura est sacrée, ils représentent le lien entre une divinité, un esprit, une force animée de vie et le thérapeute. Les thérapeutes savent reconnaitre que la nature de leur attrait pour eux réside dans une forme de déterminisme social ou culturel : l'éducation, les valeurs, l'histoire… Comme les autres catégories d'objets, ceux-ci ne détiennent pas d'effet thérapeutique propre, ils ne sont que des médiateurs entre le praticien et les forces auxquelles il s'adresse.

En définitive, tous ces objets ont pour point commun que leurs propriétés thérapeutiques dépendent du contexte dans lequel ils sont utilisés. Toutefois, ils participent aussi à créer ce contexte, ils définissent un certain champ culturel, une *atmosphère*. Nous pouvons donc les qualifier autant d'objets attracteurs du transferts, car ils attirent en quelque sorte la projection de contenus psychiques, et d'objets suggestifs, car ils induisent un contenu dans la psyché de celui qui les manie ou les contemple[201]. Ces objets, en somme, se prêtent donc aux modalités de l'investissement psychique qui président à la génération et à la manipulation de représentations, à la construction d'un ordre de signification. En ce sens, le recours à ces objets facilite le *« glissement du cadre de référence de l'univers des pensées à celui des objets »* (Nathan, 2001, p.117) et offre la possibilité de traiter les pensées, les affects et les représentations comme si elles appartenaient à l'univers des objets.

[201] Faire de telles attributions est déjà se détacher d'une vision neutre de l'objet et entrer dans ce même processus de projection dont nous discutons. Précisons donc que nous développons un modèle de l'objet dans le soin énergétique, et que ce modèle se transposerait difficilement à d'autres domaines, hormis peut-être ceux du chamanisme et de la sorcellerie.

La médiation et son médium malléable

Au-delà du maniement de ces objets concrets, le soin énergétique repose surtout sur un élément intangible et pourtant omniprésent : l'énergie. Paradoxalement, celle-ci n'est objet qu'en présence de l'énergéticien, elle n'existe que dans la relation transférentielle. En dehors du dispositif thérapeutique, maintenir l'énergie comme objet manipulable et perceptible nécessite ainsi d'adresser l'énergie à quelque chose (la terre, le ciel, la Source…) ce qui revient à recréer cette relation transférentielle. L'énergie se manie tantôt comme une pâte, tantôt comme un fluide, tantôt comme un solide, elle est polymorphe et capable de se transformer en outil, en protection, en médicament, voire même en arme, comme la mauvaise énergie envoyée par un sorcier. Par ailleurs, elle est extrêmement malléable, puisque la moindre pensée influe sur elle, mais possède en même temps une forte inertie, une capacité de résistance capable de protéger le corps des chocs, de médiatiser le rapport de corps à corps. Pour toutes ces raisons, l'énergie se rapproche du concept de médium malléable, et nous voyons ainsi se dessiner les contours d'une pratique qui ressemble, dans le champ de la psychanalyse, à la médiation thérapeutique. Cette comparaison se justifie-t-elle ?

S'il est plus courant de parler de *« médiations thérapeutiques »* pour désigner une variété de méthodes d'inspiration psychanalytique qui utilisent différents supports pour soutenir le travail psychique, nous entendons plutôt explorer ici le registre de la médiation psychique comme vecteur des processus de symbolisation (Roussillon, 2019). Cette perspective s'appuie sur un modèle métapsychologique plus global dans lequel : *« Tous les dispositifs cliniques sont donc nécessairement des dispositifs à médiation, et toutes les médiations visent à rendre possible la création ou la mise en œuvre d'un langage par le transfert de l'expérience vécue en une forme sensible donnée par la médiation choisie au sein du dispositif »* (Roussillon. p. 43). Ces dispositifs reposent habituellement sur des objets qualifiés de *« médium »* qui possèdent des caractéristiques spécifiques sur lesquelles reposent les aspects expérientiels de la pratique.

Pour Roussillon (2019), l'objet médiateur prototypique est la pâte à modeler, car elle rassemble différentes propriétés. Elle est saisissable, ce qui est nécessaire pour que la médiation devienne une expérience sensible. Elle a une texture ainsi qu'une consistance variable et réagit proportionnellement au toucher. La vie peut lui être communiquée, elle garde la chaleur de la main et peut prendre les formes d'êtres animés, tolérer le mouvement. Elle est indestructible et si elle est déchirée, morcelée, brisée, elle peut toujours être reconstituée. Elle est transformable, imprime et garde les formes qu'on lui fait prendre. Elle est prévisible, et répond de manière identique à chaque stimulation. Enfin, elle reste toujours disponible à l'usage et ne nécessite

aucun temps de préparation. Un objet qui possède ces propriétés est apte à intégrer le dispositif psychothérapique, car il est capable de représenter l'essence même du processus de transformation psychique, comme l'explique Roussillon :

> *« C'est bien parce qu'il « tient » ensemble toutes ou suffisamment des propriétés explorées plus haut, qu'il « symbolise la symbolisation », il synthétise toutes les propriétés qui lui sont nécessaires, il incarne le symbole qui n'est symbole que de lui-même, que de l'activité de symbolisation, que de cette forme d'activité de synthèse qu'est la symbolisation intégrative. » (2019. p.69)*

Roussillon propose ainsi de se référer à ces différentes propriétés de la pâte à modeler pour jauger les potentialités d'autres objets médiateurs : l'eau, par exemple, est moins saisissable que la pâte à modeler, ce qui la rend moins susceptible d'attirer certaines facettes du fonctionnement psychique. Cette conceptualisation repose sur l'idée que *les propriétés de l'objet et du cadre préfigurent les transformations psychiques qu'il est capable de générer*.

Parmi les objets du cadre des soins énergétiques, aucun ne semble posséder de prime abord les propriétés d'un médium malléable. Le cristal par exemple, est dur, il n'est ni déformable, ni transformable, ne réagit pas au toucher. Les cartes colorées, comme le cristal, et comme bien d'autres objets du soin énergétique (fleurs de vie, statuettes, branches) ne peuvent dans ce cas être assimilés au médium malléable. En revanche, les objets destinés à la divination, comme les pendules, les tarots, ou les appareils de mesure des ondes pourraient rassembler certaines caractéristiques attendues d'un médium malléable. En effet, ces objets sont par nature *« animables »*, puisque le but de leur utilisation est de faire dire quelque chose à l'invisible, ils représentent donc l'existence de cet invisible. Ils sont manipulables et réagissent aux stimuli de façon univoque, le pendule tourne, les appareils produisent des lumières, des sons. Ces objets seraient, dans la perspective du médium malléable, une manière de symboliser des modalités de *« relation à l'inconnu »* (Rosolato, 2009), de permettre au fonctionnement psychique de se réfléchir à partir du refoulement agi d'un *« inconnu inconnaissable »*. Dans l'acte divinatoire, le sujet via la manipulation de l'objet, s'adresserait à cet inconnu, qu'il essaierait de dompter par l'interprétation symbolique des mouvements de l'objet médiateur. La volonté d'aller interroger les esprits proviendrait alors d'un fantasme de retour à l'origine, retrouver l'éprouvé

d'une unicité entre le sujet et le monde, revivre l'origine en dehors des signifiants[202]. Cette épreuve est généralement sans succès, puisque l'opération implique nécessairement une *« traduction »*, pour reprendre la perspective de Laplanche, des esprits consultés, et donc un éloignement de l'inconnu par les signifiants.

Selon Marie-Louise von Franz (1995), la divination se pratique à partir d'objets qui comprennent à la fois des composantes aléatoires et ordonnées, de manière à former une matrice entre hasard et modèle ordonné. La divination repose sur une théorie interprétative des valeurs de cette matrice : si telle carte de tarot tombe à tel moment, cela veut dire une chose plutôt qu'une autre. Le cristal correspond à une telle matrice : *« […] le cristal a un ordre tout à fait défini, mais les effets de lumière qui sont produits sont chaotiques et changent constamment — vous n'avez qu'à tourner le cristal pour obtenir des effets de lumière différents. Si vous regardez un diamant, vous verrez la même chose, car la lumière y joue en différentes couleurs iridescentes , et c'est donc un mélange de modèle aléatoire qui se combine à un ordre. »* (von Franz, 1995, p. 56-57). De tels dispositifs sont donc hautement *« animables »*, leur caractère aléatoire suscite le registre des processus projectifs qui vont en permettre l'interprétation.

Jeanne Favret-Saada (2009) souligne par ailleurs l'effet de médiation qui se produit dans les consultations chez Madame Flora avec *« l'embrayeur de violence »*, procédé qui découle de la bipartition des cartes en couleurs, rouge et noir, et de leur association avec le bien (rouge) et le mal (noir). Dans le contexte de la séance de désorcellement, la médiation est forcée par l'association entre les cartes et les protagonistes de la situation de sorcellerie. Cette suggestion indirecte se déploie à travers *« une batterie de moyen rhétoriques et dramatiques »* qui accompagne le tirage des tarots. Les ensorcelés sont amenés par Madame Flora à s'identifier inconsciemment aux figures du jeu de carte, qui devient alors le théâtre des processus primaires :

> *« On pourrait dire que le jeu figure un parcours thérapeutique. Le maniement des cartes à signification libre permet à la voyante de convertir en « pensées » — en formules faciles à mémoriser — la masse informe d'affects, de situations anxiogènes et d'épisodes traumatiques qui paralyse les consultants au début de*

[202] Ce fantasme se retrouve dans les propos de Sophie, qui cherche à renouer avec le sentiment de fusion ressenti dans la Kundalini. Le fantasme s'organise alors autour des motifs géométriques et des formes qui apparaissent dans les êtres vivants et les minéraux.

la cure. […] Les significations des cartes dessinent ainsi des formulations discursives que les « pensées » ont à traverser successivement pour qu'advienne le désorcèlement : chaque fois que Madame Flora exprime sous la forme d'une « pensée » un élément quelconque de l'univers des consultants, elle réussit une opération de symbolisation minimale ; chaque fois qu'elle transporte une « pensée » du discours de la vie ordinaire dans le discours du mal, elle fait à ses clients une proposition thérapeutique ; et chaque fois que ceux-ci sont capables de reprendre à leur compte cette proposition et de la mettre en acte, ils se désorcellent. » (Favret-Saada, 2009, p. 96-97)

Cependant, le soin énergétique s'appuie dans une moindre mesure sur les objets divinatoires, leur usage est peu systématisé et les thérapeutes se fient plus souvent à leur propre perception sensorielle qu'aux objets. Or, d'après Roussillon les processus de médiation sont susceptibles de se dérouler hors de l'utilisation d'un objet concret et les médiums malléables *« peuvent aussi prendre une forme moins manifestement « matérialisable »* comme le langage verbal et le type d'échange qu'il rend possible, voire une disposition d'esprit du clinicien qui actualise, par les réponses qu'il fournit et la part de lui-même qu'il met à disposition du sujet pour celle-ci, une attitude interne, une *« disposition d'esprit »*, au service de l'accueil et de la transformation de ce que le sujet cherche à lui communiquer. » (Roussillon, 2019, p.42)

Cette conception plus élargie de l'objet médiateur repose sur quatre axiomes métapsychologiques que Rabeyron (2017) propose de résumer ainsi :

a) L'existence d'une *« tendance naturelle de la psyché à mettre en scène ses processus de manière extériorisée dans le but de les élaborer. »* (p. 355)

b) La psyché contient une *« mémoire archaïque »* — l'inconscient clivé chez Laplanche — composée d'éléments non-symbolisés en attente de représentation et qui constituent le fondement de la vie psychique et des manifestations psychopathologiques.

c) Les caractéristiques concrètes de la médiation déterminent les modalités de symbolisation qu'elle va faciliter.

d) La médiation doit créer l'illusion d'une similarité entre la réalité interne et la réalité externe (Milner, 1955), de manière à faciliter la constitution d'une aire transitionnelle facilitant les mouvements projectifs et introjectifs, la différenciation soi-autre (Winnicott, 1971). Pour cela,

il est essentiel que les caractéristiques concrètes de la médiation soient similaires à certaines caractéristiques de la vie psychique.

Dans ce contexte, l'interaction avec la médiation semble obéir à une logique de progression de la périphérie vers le centre, du cadre et de l'objet médiateur, vers la vie intrapsychique. Dans le cas du groupe à médiation, cela se traduit de la manière suivante :

> *« La médiation tend ainsi à « héberger » au préalable la représentation des éléments nécessaires au processus de représentation que sont le cadre et le groupe. De ce point de vue, le processus de symbolisation semble obéir à des logiques en « poupées gigognes », en produisant tout d'abord une représentation dans la médiation, du cadre, puis du groupe et enfin des processus intrapsychiques en souffrance » (Rabeyron, 2017, p. 358).*

Ajoutons qu'il existe également une logique progressive, par laquelle un élément est psychiquement représenté par des modalités de plus en plus élaborées, et qui traduit la *« métabolisation »* des contenus psychiques. Le sujet projette d'abord hors de lui les contenus psychiques, dans l'objet, le cadre, ou le thérapeute, ne les reconnait pas comme ses propres productions, avant de les réintrojecter et de les représenter sous des formes plus figurables (sensations, rêves, images), puis de les mettre en mots. De ce point de vue, comme nous devons le supposer à partir des propositions de Roussillon (2019), et Rabeyron (2017), toutes les médiations ne sont pas égales, car certains objets médiateurs possèdent des caractéristiques qui les rendraient plus apte à symboliser certains contenus, ou à développer chez le sujet des modalités de symbolisation. Le langage serait alors un des médiums malléables les plus abstraits et favorisant par nature les processus de symbolisation secondaire.

Dans les perspectives ainsi ouvertes, l'énergie peut s'analyser sous l'angle de la médiation thérapeutique, au même titre que le langage, puisqu'elle possède elle aussi de nombreuses caractéristiques qui la rendent animable, manipulable, propice à mélanger réalité interne et réalité externe. L'énergie est un objet paradoxal, un « objet » psychique ordinairement invisible et intangible mais qui s'incarne par l'intermédiaire de la sensorialité grâce à des états psychiques particuliers produits en séance ou dans la méditation, la transe, l'hypnose les expériences exceptionnelles (Kundalini, expérience mystique…). Dans ces états, l'énergie se comporte comme un fluide, circule selon des lois dynamique similaires à celle qui régissent les mouvements des liquides. Ces lois ne sont cependant pas physiques mais psychiques, c'est-à-dire que la force vitale se dirige là où l'attention du sujet est portée, et prend la forme de

l'intention qui lui est donnée. En ce sens, l'énergie symbolise un processus psychique à l'intermédiaire entre les concepts psychanalytiques de pulsion (notion de but), d'investissement (écoulement de l'énergie vers les objets), et la libido.

Par ailleurs l'énergie est transformable — les énergéticiens en font des outils — et transformante, capable de communiquer ses propriétés aux autres objets par simple contact, selon le principe de sympathie. En cela, elle représente donc l'activité créatrice, la symbolisation, mais également les principes de l'identification projective et introjective, qui consistent à attribuer à un objet une caractéristique de soi ou à incorporer les caractéristiques d'un objet. L'énergie symbolise également la vie et le processus vital, puisqu'elle est dans tous les êtres vivants et les objets non-manufacturés. De plus, la perception énergétique implique un mouvement psychique projectif, qui consiste à *« remplir »* d'une matière le vide dans l'espace. En cela, l'énergie est un symbole de la projection psychique, elle incarne ce qu'elle représente, elle symbolise la tendance projective de la psyché soulignée par Rabeyron (2017). Toutes ces facettes de l'énergie rappellent le fonctionnement de l'inconscient, et en ce sens, l'énergie peut symboliser la vie psychique. Plus précisément, elle symbolise la variété de fonctions qui peuvent être appréhendées en psychanalyse à partir des mouvements pulsionnels, des processus projectifs et d'identification psychique.

De ce fait, l'énergie soutient largement les effets d'illusion propres à la médiation dans lequel la réalité psychique inconsciente se superpose, se mélange à la réalité externe. En revanche, comme l'énergie se manifeste dans un rapport entre deux sujets, cette illusion produit la réminiscence d'un état de fusion entre soi et l'autre, le sentiment océanique de l'enfant confondu dans la mère (Abensour, 2007). Elle n'offre pas la même potentialité transitionnelle que permet l'objet médiateur qui, malgré tous ses efforts, reste toujours différent du sujet. Notons également que l'énergie est rarement mise au travail dans le cadre d'une médiation thérapeutique typique. En effet, dans les dispositifs à médiation, l'objet n'est pas utilisé pour lui-même mais pour le travail psychique qu'il permet, il est entouré de langage et d'un temps spécifique de *« reprise »*, dans lequel le participant doit faire le travail de transformer l'expérience sensorielle en langage, la représentation de chose en représentation de mot (Roussillon, 2019). Dans cette expérience, la *« disposition d'esprit »* du thérapeute est primordiale pour soutenir les processus de symbolisation et aider le sujet à construire du sens à partir de l'objet. Hors, l'énergéticien n'écoute pas comme un psychanalyste. Il coupe la parole, donne des conseils, formules quelques idées issues de son expérience personnelle, manie l'énergie sans véritablement chercher de signification psychique latente, car il se fie surtout à

ses perceptions immédiates. Il perçoit parfois quelques éléments du fonctionnement psychique inconscient, et semble les prendre en compte, mais ne se destine pas à travailler sur elles, à l'inverse du psychanalyste. L'énergie n'est pas passage, elle est finalité.

Pour ces différentes raisons, le travail énergétique ne produit pas — ou peu — d'activité de représentation de mots. Ce travail psychique est laissé à la charge du client, contrairement à l'accompagnement proposé en thérapie à médiation. Ceci ne signifie pas que la médiation énergétique ne produise aucune représentation, bien au contraire. Elle influe en réalité sur les fondements de la vie psychique, bouleverse son architecture, les vestiges de l'acropole sur lesquels se sont construits les édifices les plus modernes de la pensée. C'est notamment en raison de la prédominance de la mobilisation des composantes plus formelles des modalités de représentations psychiques, qui sous-tendent habituellement l'ensemble de la vie psychique, que ces effets sont parfois importants. En cela, ce sont des pans entiers de la psyché qui sont susceptibles d'être mobilisés, de subir des modifications inconscientes dont les effets ne se feront observer que dans des crises psychiques après-coup.

Il semble exister deux voies de transformation par laquelle ces modifications ont lieu. La première voie de transformation suit le modèle de la fonction alpha de Bion (1962), les traces non-symbolisées sont perçues par l'énergéticien, traduites dans sa psyché par la voie de la figurabilité avant d'être mises en mots, puis transmises au client. Le client entend alors des éléments de sa dynamique intérieure, ce qui mobilise les affects et relance le processus de symbolisation. La deuxième voie de transformation se dessine en deçà du langage, dans un travail de l'éprouvé et de l'affect. L'énergéticien et le client forment une matrice transférentielle dont les aspects sensoriels supportent des modalités de symbolisation qui ne consistent non pas en une progression ascendante vers le langage, mais témoignent plutôt d'une forme de progression latérale, du corps au corps, de l'agir à l'agir[203] :

> Déjà, lorsqu'elle pratiquait le massage, Sophie avait toujours eu le sentiment qu'elle pouvait anticiper l'insatisfaction de ses clients. *« J'ai un ressenti immédiat avec la personne, dit-elle, dans les attitudes, le regard, le langage corporel, je vois tout de suite quand ça va aller ou pas aller »*. Je tente d'expliciter avec elle la nature de ce ressenti, mais elle ne parvient pas à répondre à mes questions. *« C'est trop dur de s'exprimer, je n'ai pas l'habitude, confie-t-elle, mais c'est bien, j'en ai besoin, je le sens ! »*. Elle me raconte ensuite qu'elle est capable de sentir si quelqu'un est

[203] Les deux voies décrites ne s'excluent pas, bien au contraire.

détendu, car quelque chose change dans *« l'ambiance »*. Le contact physique véhicule particulièrement ces informations et elle sent parfois que *« des gens ont une sorte de carapace »* lorsqu'elle pose ses mains sur eux.

Ce type de processus renvoie à *« l'expérience agie partagée »*, décrite par Jacqueline et Maurice Haber :

> *« Nous développerons l'idée que les sollicitations agies de l'analysant entraînent l'analyste à des réponses le plus souvent inconscientes qui s'expriment en partie dans un registre de fonctionnement analogue à celui qu'utilise l'analysant « en action » ; lapidairement exprimé : « L'acte appelle l'acte. » » (Godfrind-Haber & Haber, 2002, p. 1419).*

Le Guen (2001) montre comment l'activité motrice, historiquement rattachée à la fonction de décharge des excitations par Freud, s'envisage aussi sous l'angle de l'activité de représentation psychique. En effet, l'agir, comme décharge des excitations, suppose que le but de la pulsion soit représenté dans l'action motrice. Cela implique donc que la *« représentation motrice »* constitue un intermédiaire entre la représentation de chose et la représentation de mots, elle s'apparente à un acte psychique, elle est « représentaction » (Vincent, 1986). Le passage à l'acte devient alors un cas particulier de décharge psychique dans laquelle le trajet progrédient de la symbolisation s'arrête à la représentation motrice : *« la représentation motrice, tout comme certaines représentations de mot et certains affects, peut apparaître presque pure, ne pouvant se raccorder aux autres représentants que par un travail de perlaboration – travail que, dans le meilleur des cas, permet la cure. »* (Le Guen, 2001, p. 69). Cette proposition met en lumière le rôle fondamental de la représentation motrice comme lien sous-jacent entre les autres modalités de représentation psychique, elle fait *« fonction de corrélation entre les divers représentants »* :

> *« [la représentation motrice] assure la coordination, la circulation, la liaison entre les autres représentants : entre représentations de mot et de chose, comme si celle de chose devait en appeler à la représentation motrice pour mettre en œuvre celle de mot, qui peut alors venir la lier : c'est la part motrice du langage ; entre représentation-de-chose-et-de-mot et affect, assurant la réappropriation de celui-ci en lui re-présentant son but : ainsi devient possible la maîtrise de l'affect par le refoulement de la représentation. » (Le Guen, 2001, p68.)*

Dans une perspective inspirée par les réflexions de Bion, Civitarese (2018) propose aussi de parler de *« rêverie corporelle »*, pour désigner ces transformations psychiques qui mobilisent peu le langage et se produisent directement à un niveau corporel :

> *« Nous l'appelons rêverie parce que, du fait sa composante émotivo-sensorielle et/ou de sa composante d'action, elle est apparemment hétérogène au plan principal du dialogue, et aussi parce qu'elle a la structure d'une scène onirique (elle produit au début la même impression d'absence de nécessité) ; et tout comme la rêverie, elle surprend. Enfin parce que, et contrairement à l'enactment, elle est vue encore dans une optique intersubjective ou de champ analytique, comme le produit hologramme à deux de l'activité communicative et créative des fonctions psychanalytiques de l'inconscient du patient et de l'analyste en contact entre eux » (Civitarese, 2018, p.1364).*

Selon Civitarese, ces rêveries corporelles révèlent les aspects structurels de la vie psychique qui s'organisent d'abord à partir du corps. Ce dernier est le premier contenant de la pensée (Anzieu, 1995), il devient un support de la symbolisation dans la relation intersubjective, de la même manière que le rapport corporel du bébé avec la mère permet l'internalisation de la fonction alpha (Hartung & Steinbrecher Gyrhofst, 2019). Des processus du même ordre seraient à l'œuvre dans le soin énergétique, suscités par l'organisation singulière du cadre. En effet, les attitudes, les gestes, les passes magnétiques, la formulation de prières, les murmures, sont autant de modalités de communication par lesquelles le client est saisi, ramené à un fonctionnement psychique dans lequel la sensorialité est au premier plan. La médiation énergétique serait alors une médiation corporelle : le corps deviendrait un lieu d'échange et de projection, l'activité de manipulation du corps soutiendrait l'activité de symbolisation, à la fois par la perlaboration qui accompagne l'utilisation de l'objet-corps, mais aussi parce que l'objet-corps mobilise en lui-même la représentation. En résumé, l'énergie serait l'objet médiateur d'une relation intersubjective en deçà du langage. La communication nécessaire aux effets de médiation, dans ce contexte, serait fondée sur des *« agirs expressifs »* (Dejours, 2008), *« l'expérience agie partagée »* du client et du thérapeute (Godfrind-Haber & Haber, 2002). Maintenant que la nature du processus est établie, il reste à préciser ses effets.

Trois effets de médiation

Malgré la variété apparente des techniques énergétiques, celle-ci mobilisent toujours des opérations fondamentales qu'il est possible d'extraire et de synthétiser. Ces opérations se

centrent généralement sur un principe logique autour duquel s'articule le système thérapeutique. Tobie Nathan (2001) repère trois *« opérateurs logiques »* dans les systèmes thérapeutiques traditionnels. Ces opérateurs sont *« des procédures logiques induites par le thérapeute et agissant comme de véritables contraintes (à penser, à agir, à ordonner) sur le malade. »* (p.146), ils sont *« contagieux »* et peuvent *« agir de proche en proche, par contagions successives, depuis le thérapeute qui les a déclenchés jusqu'à leur destinataire en passant par un voisin, un parent, un objet, etc. »* (p. 147). Ces opérateurs fonctionnent car ils sont toujours mis en actes au moyen de techniques diverses. Par ailleurs, *« ils tendent à déclencher des processus non explicitables — tels que le raisonnement analogique — qui poursuivent leurs effets longtemps après l'induction première, et cela même en l'absence du thérapeute »* (p.151). Nathan en dénombre trois : l'inversion, la médiation et l'analogie. L'inversion désigne un procédé par lequel un récit pathologique est renversé. La médiation rend compte des détours et de la fixation des processus pathologiques dans un objet, tandis que l'analogie est une modalité de raisonnement déclenchée par des procédés rhétoriques qui provoquent un changement du mode de raisonnement.

Comme la plupart des opérateurs logiques intègrent d'une certaine manière un passage par l'objet (Nathan, 2001), nous proposons plutôt de les situer comme des composantes différentes du processus de médiation thérapeutique. Dès lors, ces opérateurs peuvent être mis en parallèle avec la typologie des processus psychiques élaborée par Bion. Les techniques du soin énergétique apparaissent alors sous-tendues par des manipulations des objets internes qui obéissent à des logiques formelles. De ce point de vue, la pratique des énergéticiens repose sur trois opérateurs, proches de ceux de Nathan sans toutefois pouvoir vraiment les confondre.

Le premier opérateur est *l'attraction-répulsion*, procédé par lequel l'outil ou l'énergéticien concentre ou repousse spatialement l'énergie. Le thérapeute peut ainsi accroitre ou décroitre la quantité d'énergie et infléchir son flux. D'un point de vue plus théorique, l'attraction-répulsion se rapproche de la fonction psychique fragmentation – intégration (Sp-D) décrite par Bion (1979) :

> *« Sp peut être représenté comme un nuage de particules capables de s'assembler (D) et D comme un objet capable d'être fragmenté et dispersé (Sp). Sp (les particules) peut être considéré comme un nuage d'incertitude […] Nous dirions alors que les particules élémentaires se rabattent sur une particule élémentaire, sur un objet ou sur un élément-β — processus qui est un cas particulier du mouvement plus général représenté par →D. (Bion, 1979, p.46). »*

Pour Bion (1979), la fonction fragmentation-intégration permet aux éléments psychiques non symbolisés de trouver une représentation articulée autour d'un élément commun, un *« fait choisi »*. Le processus inverse de dispersion est donc la propriété qui consiste à éclater le fait choisi en un réseau d'éléments distincts. Ce processus se traduit, dans l'énergétique, par l'idée *« d'activation »*, qui conduit l'énergie du corps ou environnante à se concentrer autour d'un point précis[204]. Les manifestations sensorielles de ces processus diffèrent : dans le cas de l'attraction, le sujet ressent de la chaleur, une sorte de mise en tension du corps, voire de la douleur, tandis que dans la répulsion, les sensations présentes sont des fourmillements, une impression de fluide, de quelque chose qui bouge ou se rompt. L'attraction/répulsion se déroule ainsi dans le registre de la représentativité corporelle, ce qui amène à repenser les modalités signifiantes des pathologies psychosomatique, et donc à poser la question du *« choix de l'organe »* (Dejours, 1997), c'est-à-dire de la manière avec laquelle la somatisation ne semble pas survenir sur un organe au hasard, mais sur un élément signifiant de l'organisme. Dejours (1997) propose que la fonction intersubjective de l'organe, l'impossibilité à mobiliser le corps dans les agirs expressifs, préside à la formation du symptôme psychosomatique. Par exemple, le sujet incapable de mobiliser sa peau dans des caresses amoureuses peut développer un eczéma, un psoriasis ou toute autre maladie qui signe l'impossibilité d'exécuter cette fonction intersubjective. L'organe serait alors un *« fait choisi »*, objet interne sur lequel se rabattent les éléments non-symbolisés, dans une tentative de former un nœud de signification.

L'opération attraction-répulsion, si elle produit la fonction psychique de fragmentation-intégration, aurait le pouvoir de dissoudre le *« fait choisi »*, de disperser le réseau signifiant créée autour de l'organe, et ainsi de libérer les éléments non-symbolisés qui le constituent. Le psychisme du sujet aurait alors une nouvelle occasion de symboliser ces éléments-bêta à partir d'autres registres de représentativité. En effet, les manifestations de crises psychiques seraient des tentatives de représenter ces éléments, parfois par la voie du rêve, parfois par la conversion, sinon par de nouvelles somatisations. Ce travail, dont le succès ne serait jamais garanti, serait facilité par la figurabilité de l'énergéticien. Par ailleurs, l'intervention du thérapeute sur le mode de l'attraction solliciterait les éléments en attente de représentation dans le psychisme afin de les lier à un organe qui constituerait dès lors un fait choisi et une première modalité de représentation ces éléments. Ce processus produirait des phénomènes de conversion, c'est-à-

[204] Ces techniques sont mentionnées dans le cas de Sophie.

dire l'expression dans le corps d'une représentation refoulée, déplacée et condensée sur un organe.

Le deuxième opérateur logique est celui de *l'effet contenant-contenu* : l'énergéticien et ses outils possèdent une capacité à « emmagasiner » de l'énergie. Cette fonction a été décrite par Bion (1979) dans les mêmes termes. L'énergéticien symbolise la propriété contenante, tandis que l'énergie symbolise la propriété de contenu. Nous avons déjà décrit, dans les parties consacrées aux processus perceptifs, le rôle de la disposition de l'énergéticien, qui se fait contenant en quête d'un contenu. L'énergéticien, avatar de la fonction alpha, guette les perceptions sensorielles qui émergent en lui afin de les décoder par la voie de la figurabilité et de les renvoyer au client, sous la forme d'une expérience sensorielle, d'une mise acte, sinon d'une verbalisation.

Notons maintenant que la fonction de contenant-contenu s'articule avec les motions de rassemblement-dispersion (Bion, 1979). D'après Bion, les éléments beta dispersés qui ne trouvent pas de contenant fonctionnent comme des contenants et deviennent *« des contenants à la recherche d'un contenant »*, ce qui intensifie les affects auxquels ils sont rattachés (1967, P.45). L'énergie représente ce *« réticule à structure lâche »*, ce contenant à la recherche de contenant, elle est une substance constituée d'émotions projetées en attente d'un contenant. Ainsi, dans les modalités typiques du travail énergétique, l'énergéticien reçoit *« l'énergie négative »*, ces éléments beta qui fonctionnement comme un contenant en attente d'un contenant. Le thérapeute les prend en lui et transforme de ce fait en contenus. L'utilisation d'objets capables de se charger renvoie également à cette dynamique qui donne une forme signifiante à des éléments expulsés[205]. Les cristaux, les pierres, les objets naturels, sont des formes contenantes qui emprisonnent, du fait de leur structure rigide, ces éléments projetés. Il n'est pas étonnant que les objets aient ici un rôle central : *« [...] la forme est démarcation absolue entre l'intérieur et l'extérieur. Elle est contenant fixe, l'intérieur est substance. Les objets ont ainsi — les meubles tout particulièrement — en dehors de leur fonction pratique, une fonction primordiale de vase, qui est de l'imaginaire »* et qui correspond, dans la pensée de Baudrillard, à une homologie fantasmatique inconsciente entre l'objet et le corps comme contenants du processus vital (Baudrillard, 1968, p. 38).

[205] De la même manière, l'exclusion de la scène thérapeutique des objets déjà « chargés », saturés, comme les téléphones ou les objets ensorcelés, se légitime par l'impossibilité de les utiliser comme contenants.

Par ailleurs, l'écoulement nécessaire du temps dans l'utilisation des objets (les cristaux transforment l'énergie en un certain temps) témoigne de la projection de la dynamique temporelle du travail d'élaboration psychique dans l'objet (Green, 2000). De plus, les objets, en tant que signifiants arrimés à des mythes, offrent une voie rapide de symbolisation des contenus qui leur sont attribués, puisque : *« […] le mythe constitue la représentation la plus succinte, la plus compacte que l'on puisse concevoir pour exprimer, disons, un pressentiment d'une qualité particulière »* Bion, 1979, p.100). Enfin, l'utilisation de médiations, l'encadrement dans des représentations mythiques, permet ainsi à l'énergéticien de faire transiter les éléments beta dans un circuit projectif afin de les symboliser, en les transformant en traces mnésiques conscientes et narcissiquement positives. Or, comme le contenant et le contenu entretiennent une relation *« commensale », « […] dépendent l'un de l'autre pour leur bénéfice réciproque et sans que l'un porte préjudice à l'autre »* (Bion, 1979, p.111), le travail thérapeutique renforce l'énergéticien.

Le troisième opérateur du soin énergétique est la *polarisation*, par laquelle l'énergéticien change la qualité de l'énergie. Le terme de *« polarisation »* désigne à l'origine un procédé hypnotique utilisé notamment par Alfred Binet (Ellenberger, 2001), afin d'évoquer un état émotionnel précis comme la joie, ou bien une sensation spécifique dans le corps, à l'instar de la catatonie. Cet état émotionnel était le plus souvent succédé de l'expression dans les mêmes proportions de l'état émotionnel inverse, constituant ainsi un *« délire circulaire »*. Ces expérimentations menées sur les malades impliquaient généralement de passer un aimant sur certaines parties du corps, et les manifestations psychiques générés étaient alors attribuées au pouvoir magnétique de l'aimant[206] (Le Sonn, 2014). Historiquement, la polarisation porte donc sur l'expression et la circulation des affects. En effet, les affects ne peuvent pas connaitre les mêmes transformations que les représentations, ils sont insensibles aux opérateurs évoqués

[206] Ces expériences se déroulaient de la manière suivante : *« Binet et Féré s'attachèrent à polariser les émotions des sujets d'expérience en essayant de les faire passer de l'euphorie à l'apathie, de la joie à la tristesse après le réveil. Dans un premier temps, Binet et Féré tiraient parti de Cail. pour des expériences de fluctuation émotionnelle élémentaire. Ils lui suggéraient d'être joyeuse au réveil. Puis ils lui appliquaient l'aimant. « La malade regarde autour d'elle avec étonnement, puis sourit ; elle dit en nous regardant " J'ai envie de rire" puis elle sourit par saccades, et finalement elle part d'un violent éclat de rire. Tout à coup, elle s'affaisse sur le fauteuil, prend une attitude triste, et ne veut plus se laisser approcher » (Binet, A., & Féré, C., 1885c, p. 394). Cail. ne pouvait contenir ses éclats de rire spasmodiques avant de se renfermer dans une attitude évoquant la catatonie (repli sur soi, indifférence à l'égard d'autrui, regard fixe, attitude figée...). Les oscillations d'états émotionnels étaient plus élaborées, duraient plus longtemps et prenaient une tournure dramatique chez leur sujet de prédilection, Blanche Wittman. Elle tenait en haleine les deux expérimentateurs pendant une demi-heure, multipliant indéfiniment la succession de ses humeurs au gré des applications de l'aimant. »* (Le Sonn, 2014, p.177)

plus tôt. Seuls des procédés structurels sont susceptibles de les modifier, comme l'évoque Green (1999) : *« En recherchant les équivalents des modifications représentatives, on serait frappé du caractère beaucoup plus limité des opérations possibles : retournement en son contraire ou contre soi, formations d'affects symétriques, opposés ou complémentaires éprouvés ou projetés, et, dans les cas de défense plus radicales, inhibition ou suppression (gel affectif). »* (p. 232)

L'effet de polarisation, dans la pratique du guérisseur, se traduit par une opération de transformation de valeur qui ignore la représentation. Cet effet se retrouve lorsque l'imagination active est employée pour supprimer une sensation désagréable ou un symptôme. L'illustration la plus évidente de cette opération est le changement du signe d'un nombre. Celle-ci ne produit aucune modification de la valeur elle-même au-delà l'inversion (1 ou -1). Dans le modèle psychanalytique, cette opération reposerait majoritairement sur le mécanisme de l'identification projective. La projection de la partie mauvaise et clivée d'un objet laisse le sujet avec la bonne partie de l'objet, ce qui, du point de vue du sujet, produit un changement de valence affective. L'énergéticien, en invitant son client à déverser sa souffrance sur lui ou dans des objets, participerait à ce mouvement d'identification projective. Cet effet de polarisation constituerait toujours un déplacement latéral de la souffrance, et offrirait peu de perspective de symbolisation contrairement aux autres opérateurs.

En effet, la fonction de contenant-contenu permet, par l'intermédiaire de la fonction alpha, l'établissement de liens de connaissance entre une expérience émotionnelle, un objet et une représentation de mots *: « le contenant et le contenu sont susceptibles d'être pénétrés par l'émotion. Ainsi conjoints ou pénétrés, ou les deux, ils subissent ce type de transformation que l'on appelle croissance »* (Bion, 1979, p.110). Dans une perspective développementale, lorsque le bébé est capable de tolérer la frustration liée à l'absence de l'objet, le lien de connaissance se met progressivement en tension vis-à-vis des liens d'amour et de haine de l'objet. Lorsque le principe de réalité est privilégié au principe de plaisir, la curiosité, l'exploration du monde externe participe ainsi au développement de la mémoire et à l'enrichissement du fonctionnement psychique. Cependant, dans le cas où l'enfant ne parvient pas à tolérer la frustration, il développe un lien –C dans lequel l'émotion négative de la frustration produit une irruption d'une pulsion d'amour (envie) ou de haine (destruction) dans le lien C. Le lien –C, au lieu de participer à la construction de nouvelles représentations, renverse la fonction de contenant-contenu et dépouille les représentations déjà construites pour expulser les expériences émotionnelles à l'extérieur de la psyché. *« Dans la pratique, explique Bion, cela revient à dire que le patient se sent moins environné d'objets réels, de choses en soi, que*

d'objets bizarres qui ne sont réels que dans la mesure où ils constituent les résidus de pensée et de conceptions qui ont été dépouillées de leur significations puis éjectées. » (1979, p.120).

Ce processus conduit à la désymbolisation, ce que Bion nomme *« transformation dans l'hallucinose »* (1982). Riolo représente ce fonctionnement psychique sous la forme d'un espace dans lequel existe *« la possibilité de prendre la partie pour le tout, d'inverser l'intérieur et l'extérieur, le contenant et le contenu, et de former des « objets bizarres » ; un modèle d'espace dans lequel un élément appartenant à la personnalité est évacué et inclus dans une réalité matérielle qui est, par conséquent, jugée capable d'« action »* » (Riolo, 2008, p191). Ce modèle ressemble trait pour trait à celui de la magie ou encore de la sorcellerie, dans lequel le principe de sympathie gomme la différence entre le tout et la partie, permet aux objets de devenir des fétiches, animés d'une force capables d'envoûter le sujet. Le cas de Françoise, qui sombre peu à peu dans une phobie de tous les objets noirs, à cause de la négativité qu'ils contiennent, est particulièrement représentatif de cette dynamique.

Dans une telle configuration, l'écran de la fonction alpha est remplacé par un écran *« beta »*, dont les propriétés sont les suivantes :

> *« a) Il n'y a plus d'obstacles au passage des éléments du conscient à l'inconscient, pas plus que de l'intérieur à l'extérieur. Par conséquent, il n'y a plus de possibilité de les distinguer entre eux, ni de rêver, ni de symboliser : en effet, les éléments bêta sont caractérisés par leur incapacité à former des liens entre eux.*
>
> *b) Grâce à l'« écran bêta », le patient est capable d'induire des émotions chez l'analyste. Cela signifie que les rêves et les associations qu'apporte le patient à la séance n'ont pas la fonction de véhiculer de l'information, mais constituent une forme d'action. » (Riolo, 2008, p.191).*

Certaines modalités relationnelles retrouvées dans les entretiens avec les thérapeutes témoignent de cette irruption du lien d'envie ou de haine adressée au chercheur. Elles atteignent sa capacité de penser —une attaque contre la pensée (Bion, 1959) — à produire des liens de connaissance par l'expérience de la différence. Les passages à l'acte de ces thérapeutes, sous la forme de connexion télépathique ou de divination, semblent ainsi destinés à induire ces mêmes émotions d'amour ou de haine, de fascination ou de rejet chez le chercheur, voire à prouver la supériorité de cette méthode d'appréhension du réel. Dans cette perspective, l'agressivité à

l'égard du chercheur est communiquée dans le partage de la vision d'une blessure lors d'une randonnée, ou encore d'un reproche sur son hydratation :

> À plusieurs reprises, Véronique me fait part de ses perceptions à mon égard. Elle me dit que j'ai des problèmes à la cheville droite, car elle a elle-même perçu cette douleur dans son corps. Plus tard, elle sentira également une douleur dans le bas du dos, et me conseillera de m'hydrater davantage. Elle m'explique qu'elle était gênée par ces *« interférences »* qui l'empêchent de se concentrer sur mes questions avant de poursuivre : *« je ne savais pas trop comment vous alliez réagir alors… puis finalement je me suis dit que ça ajouterait dans les éléments pour vous… ça va dans le sens de ce qu'on dit »*.

Rappelons toutefois que l'identification projective et l'expulsion des contenus psychique dans les objets fait partie du développement et de la vie normale (Bion, 1979). Ainsi, la projection peut relancer la symbolisation, à condition qu'elle soit encadrée et accompagnée de possibilités de réintrojection de ces contenus transformés (Roussillon, 1992). En l'absence d'un tel cadre, le risque est pour le client de se complaire dans la satisfaction produite par la décharge psychique, et de développer à son tour un écran-bêta, que l'on pourrait certainement retrouver dans des configurations d'endoctrinement sectaire. La réalité est alors effacée au profit d'une néo-réalité obéissant à des principes magiques et dans laquelle le sujet devient omnipotent, placé sous la surveillance d'un Sur-moi fort et moralisateur, représenté par un gourou ou une figure mythique.

Au final, l'issue du processus dépend de la qualité de la fonction alpha du thérapeute et du client, mais également de leur *« capacité négative »* (Bion, 1970, Guignard & Bokanowski, 2007; Rabeyron, 2020a), c'est-à-dire de leur aptitude à tolérer la frustration de ne pas pouvoir satisfaire le désir de guérison immédiatement. Dans la configuration si souvent décrite par les énergéticiens, ou le doute, la connexion et l'ouverture d'esprit parvient à être conservée, la transformation dans l'hallucinose alimente la figurabilité, et possède des propriétés symbolisantes. En effet, selon Civitarese, la transformation dans l'hallucinose est *« l'instrument technique qui fait le mieux travailler l'inconscient, car c'est la faculté psychique la plus à même de penser l'infinité »*. (Civitarese, 2018, p. 1360).

Pour conclure, précisons que ces trois effets apparaissent totalement complémentaires et articulées dans la pratique. Même s'il s'agit d'effets de médiations, dans le sens où ils nécessitent de passer par un médium (la sensorialité ou un objet du cadre), ceux-ci sont rarement

mis à profit dans une perspective psychothérapique, comme c'est le cas dans le travail habituel de la médiation thérapeutique. Ces opérations sont largement inconscientes mais résultent souvent de choix thérapeutiques conscients de la part de l'énergéticien. Parce que ces opérateurs ne mobilisent surtout la vie intrapsychique du sujet — à la différence des dispositifs traditionnels qui mobilisent à la fois le sujet et son environnement social — ils n'ont souvent que des effets partiels et limités. Ils produisent des éclipses dans la symptomatologie ou des phénomènes de déplacement, de conversion. Ces processus possèdent toutefois le potentiel de relancer les processus de symbolisation, à la condition que le sujet puisse accepter, supporter et élaborer la crise psychique provoquée par le dispositif. Dans ces situations, ces opérations techniques produisent alors des effets psychiques par l'intermédiaire de la médiation corporelle.

Médiation, transmodalité et transformations

Nous proposons de mettre en perspective ces effets avec ceux des modalités plus classiques de la psychothérapie. Dans le soin énergétique, l'efficience des opérateurs logiques repose sur la mobilisation conjointe des corps de l'énergéticien et du client. Celle-ci produit un transfert primaire à partir duquel va se déployer et s'organiser une communication inconsciente dont la nature est profondément asymétrique. Ainsi les relations de corps à corps et de corps à objet médiatisent des opérations formelles qui portent tantôt sur les investissements et les affects, tantôt sur l'activité de représentation. Ces techniques thérapeutiques combinent ainsi libération des affects et processus de symbolisation, ce qui les inscrit dans le registre des processus cathartiques[207] (Tisseron, 1996). Les symptômes corporels, parfois produits par conversion, parfois par clivage et somatisation, sont déchargés de leur quantité d'affect qui trouve, à l'occasion de la crise thérapeutique, de nouveaux points de fixations, de nouvelles opportunités de représentation. En ce sens, le soin énergétique résout bien, comme ses thérapeutes le proposent, des *« blocages »* de tous ordres. Retenons toutefois que le dénouement du processus cathartique est parfois limité, puisque le dispositif énergétique préfère employer des voies de symbolisations primaires (par le corps et les objets), des transformations latérales qui suscitent plutôt la reproduction du même que l'élaboration de la qualité psychique.

De ce fait, ces pratiques favorisent la compulsion de répétition, notamment lorsque les capacités d'élaboration des sujets sont insuffisantes. La crise psychique induite par l'énergétique ne trouve pas d'issue dans la représentation et le retour de l'affect engendre alors

[207] La catharsis a toujours cours dans une double temporalité, dans laquelle la décharge affective précède la formation du sens (Laplanche & Pontalis, 2004; Nichols & Zax, 1977; Tisseron, 1996).

la re-traumatisation du sujet. Tous les dispositifs cathartiques connaissent ce *« paradoxe épistémique »* mis en lumière par la psychanalyse :

> *« La règle fondamentale de l'analyse est la capacité de conduire le patient vers la représentation. Pourtant, cela ne peut se faire au seul niveau de la représentation, car la transformation analytique n'est possible qu'au travers d'une négociation de la turbulence émotionnelle, ce qui est responsable de l'attribution de la signification. Inversement, l'expérience émotionnelle à elle seule ne suffit pas à entraîner la transformation car, à son tour, c'est la conversion de cette expérience en une représentation verbale – en une interprétation – qui est responsable de l'appropriation de la signification. À défaut de cela, le champ relationnel de l'analyse devient le lieu d'interactions affectives immédiates, ou de « transformations inversées » – c'est-à-dire, de transformations qui impliquent la désymbolisation, l'hallucination et l'action. » (Riolo, 2008, p. 185)*

Même si la libération des affects ouvre par essence la voie à l'élaboration (Grauer, 2002), le concept d'après-coup (Faimberg, 2009; Green, 2011) témoigne ainsi de l'importance des mécanismes psychiques de symbolisation secondaire pour encadrer et rendre intégrable l'expression affective du trauma, pour que l'abréaction s'intègre dans un processus d'élaboration. Cependant, le recours au langage, par nature, induit des déformations, des défauts dans l'activité représentative, et sa fonction symbolisante peut échouer, comme l'indique Bion : parfois, *« […] c'est le discours en tant que médium qui n'est pas compris. »* (1982, p. 75). Ce risque motive ainsi l'emploi de différents médiums pour faciliter la transformation de l'expérience subjective. Dans cette perspective, le soin énergétique, tout comme d'autres dispositifs à médiation, possède un grand intérêt parce qu'il offre plusieurs types de médiations au sein du même espace : le cadre et son atmosphère, l'énergie, le langage, le corps et les objets.

Au cours d'une séance de soin énergétiques, les affects s'éprouvent dans de nouvelles modalités et sont alors susceptibles de se lier à des registres représentatifs inédits. Les actes croisent les représentations de choses, les représentations corporelles, la pensée imagée ou verbale. Le processus régressif et l'hallucinatoire soutiennent également le travail de symbolisation qui a lieu dans le registre de l'expérience sensorielle, puisque l'hallucination est *« […] le lieu de l'entrecroisement entre la régression de la pensée et la recorporation de certaines expériences psychiques. »* (Green, 1999, p. 234). Ces transcriptions des contenus psychiques entre divers codes de symbolisation participent à leur transformation par le biais des

logiques associatives, dans un processus de *« transmodalité symbolisante »* (Rabeyron, 2015; Stern, 1989). Par ailleurs, ces croisements entre les modalités de symbolisation forment le creuset de la réflexivité, comme le rappelle Anzieu :

> *« Melanie Klein propose une hypothèse, selon nous essentielle, sur l'origine de la symbolisation : incapable d'exprimer de façon adéquate ses émotions et ses angoisses à l'égard des personnes qui sont l'objet de son amour et de son envie, et qui d'ailleurs ne peuvent satisfaire tous ses besoins, l'enfant les transfère d'abord aux parties de son propre corps et du corps maternel, puis aux objets environnants. Les symboles représentent ces objets partiels puis globaux ainsi investis. La symbolisation remplit donc une fonction de translaboration. » (2009, p. 83).*

Tous ces transferts produiraient des modifications importantes de la sensibilité du corps, des objets et de la relation intersubjective, si bien que paradoxalement, alors que les contenus non symbolisés trouvent rarement une expression favorable dans le langage, grâce au soin énergétique, celui-ci permettrait parfois de favoriser des transformations profondes de l'expérience subjective par l'intermédiaire de la sensorialité. La séquence de restitution, dans lequel le thérapeute métabolise son vécu sensoriel et le communique au client, semble particulièrement propice à produire de tels effets :

> Après le temps de soins vient le *« débriefing »*, particulièrement important pour Cécile. Dans cet entretien qui peut durer parfois jusqu'à 45 minutes, Cécile fait part de ce qu'elle a perçu durant le soin et *« continue de creuser »* pour *« accompagner sur les émotions »*. Durant ce temps de reprise, *« la petite Cécile est spectatrice »*, quelque chose à travers elle énonce des *« théories »*, *« des formes de règles universelles »* puisées dans le *« pot commun »* et adaptées au *« référentiel de la personne »*. Ces échanges lui donnent la sensation d'être mue par *« un gros moteur dans le ventre »*. Ce moment particulièrement intense se révèle souvent *« porteur de transformation »* et à la fin de l'entretien *« les gens sont vidés, tout a bougé »*.

Le concept de transmodalité symbolisante permet de penser une complémentarité entre les différentes modalités de transformation, de sorte que l'accroissement de la variété de ses modalités rapproche ainsi le sujet de *« la transformation en direction de O »* (Civitarese, 2018). Bion indique que l'objectif du dispositif psychanalytique est de produire des transformations successives de traces mnésiques d'un réel originaire nommé O. Comme O n'est jamais connu

directement, mais uniquement à partir des transformations qu'il connait (notamment par le langage), il ne peut être approché que par les productions successives qu'il engendre. Chaque transformation de O nous en éloigne, mais paradoxalement nous en donne à sentir un peu plus la nature, en ce qu'il existe toujours des *« invariants »*, des éléments appartenant à O qui permettent de le reconnaitre à chaque étape de transformation. Les transformations en O ne visent pas à développer une connaissance sur le réel, mais à éprouver la capacité de se sentir soi-même comme une part de ce réel inconnaissable[208]. Le fonctionnement corporel constitue dans cette perspective le fondement de ce réel sur lequel se détachent ensuite les représentations psychiques. Dès lors, le chemin le plus accessible pour éprouver ce réel est de revenir à une sorte de *« pensée du corps »*, qui permet de franchir l'écart entre la chose et le mot, de revenir à des modalités de l'expérience subjective antérieures à la pensée[209] (Civitarese, 2018). Hors, le soin énergétique vise précisément à rendre sensible la connexion du sujet à lui-même et aux autres par la sensorialité et le vécu corporel. C'est en ça que l'énergétique est difficilement une pratique qui s'explique, mais plutôt une pratique qui se vit[210], elle requiert l'abandon au corps, dans un mouvement de détachement de la connaissance (K) vers la sensorialité (O), non pas pour la comprendre, mais pour l'éprouver.

A ce titre, le soin énergétique serait donc bien une forme de médiation thérapeutique qui intègrerait différents médiums en vue de provoquer ces transformations en O, à l'exclusion du reste. L'énergie, dans ce cadre, serait un médium symbolisant cette fonction associative et symbolisante de la sensorialité. Comme le médium malléable est un *« représentant-chose ou représentant-objet de la représentation, de la fonction représentative »* (Roussillon, 2005, p.138), cette énergie serait une construction par les processus primaires d'une représentation animique des processus inconscients de représentation psychique. Elle serait, comme le rappelle Roussillon (2005) en relisant l'ambiguité du terme de représentation de chose évoqué par Freud, autant une représentation inconsciente de la chose, qu'une représentation reifiée et prise pour une chose. L'énergie serait ainsi semblable à l'atmosphère, un contenu qui permet de donner forme à l'expérience de certaines modalités de vécus psychiques aux limites de la réflexivité :

---

[208] Ce type de théorie s'appuie sur l'idée qu'il existe une coupure structurelle entre les faits réels et leurs représentations, que nous avons qualifié de « coupure épistémique » dans la partie 1.

[209] C'est certainement pourquoi aussi les thérapeutes énergétiques ont souvent vécu des expériences « d'éveil » (Matthieu), « d'unité » (Cécile), de Kundalini (Sophie). Ils incarnent la trace de l'émergence, souvent merveilleuse, brutale et traumatique, de cette expérience humaine antérieure au développement du langage avec lesquels les mots ne peuvent rivaliser.

[210] Nous renvoyons ici le lecteur aux différentes remarques que nous avons pu faire sur les propositions des énergéticiens à nous proposer un soin. Plus globalement, la plupart des pratiques thérapeutiques qui ne confondent pas transformation de l'objet et connaissance de l'objet insistent sur le rôle fondamental de l'éprouvé.

« En passant du vécu atmosphérique du registre de l'hallucinatoire et des sensations hallucinées à l'objet-atmosphère comme représentation-chose et matériau psychique pour le travail de figuration, le sujet se dote de la représentation d'une enveloppe pour contenir, transformer et se représenter l'état atmosphérique de certains processus psychiques » (Rebollar & Rabeyron, 2016, p. 490)

De surcroit, la manipulation de l'énergie comme un médium malléable viendrait détourner l'œil du recours permanent et essentiel à une certaine *« technique du corps »* (Allouch, 2011). Dans ce registre, les thérapeutes, sur le lit de modalités transférentielles qui s'inscrivent dans la dynamique profonde des processus projectifs, ainsi que par l'usage intensif de la régression psychique, agissent par leur propre corps sur la sensorialité de celui de leurs clients. Comme corps et psyché sont intimement intriqués à ces niveaux formels de l'organisation subjective, l'activité psychique n'est pas en reste. La parole est bien là pour poursuivre la symbolisation, rendre compte de l'expérience corporelle vécue, nommer les traces mnésiques retrouvées, favoriser la transmodalité symbolisante. L'objectif, rarement énoncé dans ces termes mais souvent lisible dans les motivations profondes des thérapeutes, est de parvenir à plonger dans des transformations psychosomatiques profondes, retrouvées chez Bion sous le nom de *« transformations en O »*. Parmi les modalités d'intervention à disposition de l'énergéticien, l'effet de polarisation, en ce qu'il impose brutalement la perte de limites, la destruction de l'objet et la projection, force la psyché dans des modes de fonctionnement primaire qui peuvent, dans la mesure où l'hallucinatoire est *« contenu par le contact »* (Janin, 2001), permettre de renouer avec O pour mieux remodeler l'organisation psychosomatique.

Cependant, cet effet peut aussi être particulièrement dévastateur et susciter une activité de désymbolisation psychique, une perte de contact avec le réel, une confusion profonde des limites sujet-objet et un fonctionnement projectif débridé qui conduit, à ses termes les plus douloureux, à la transformation dans l'hallucinose, c'est à dire au remplacement du réel par la réalité psychique. C'est donc, comme l'avait remarqué Freud, que la suggestion, procédé technique à la racine de l'effet de polarisation, est une véritable lame à double tranchant. L'abandon de ce procédé actif, au profit d'un *« appareil à penser psychanalytiquement les pensées »* (Castel, 2008) est-il plus sage ?

8.3.2. Le sujet du soin énergétique

Depuis la formulation de ses techniques autour des années 1980, le soin énergétique se caractérise aussi parce qu'il suscite la transformation de ceux qui le pratiquent. Le manuel de

Barbara Brennan, s'il offre un panorama des techniques de ce qui deviendra le soin énergétique, est surtout le témoignage de l'adoption d'un rapport plus spirituel au monde, un livre initiatique dont la véritable force n'est pas d'apprendre au lecteur à guérir. L'ouvrage vise surtout à transformer le mode d'existence du sujet qui le lit, tout comme celui de l'auteur a été radicalement modifié par sa découverte de l'énergétique :

> *« De nos jours, bien des êtres humains amplifient la portée normale de leurs cinq sens jusqu'au niveau suprasensoriel. […] Tel est mon cas. Il se peut que ce soit le vôtre aussi. Le processus s'est déroulé progressivement en moi, lentement, de façon très organique. Les nouveaux univers qu'il m'a ouverts ont presque totalement modifié ma réalité personnelle. Je tiens ce développement du haut sens de perception pour une étape évolutive naturelle de l'espèce humaine conduisant à une phase de progression. En raison de ces nouvelles aptitudes, nous ne pourrons qu'être profondément honnêtes les uns envers les autres. Nos sentiments et nos réalités intimes ne pourront plus être masqués. Ils se communiquent automatiquement à nos champs d'énergie. A mesure que nous apprendrons à percevoir cette information, nous verrons et entendrons nos congénères beaucoup plus clairement qu'aujourd'hui. » (Brennan, 1993, p. 33)*

Dans cette perspective, le soin énergétique ne peut être envisagé seulement comme un ensemble de techniques corporelles, il doit également être appréhendé par les modes de représentation du monde qu'il véhicule. Cette partie vise donc à décrire le soin énergétique sous la forme d'une manière particulière de comprendre et d'éprouver le monde. Pour cela, la pensée énergétique sera d'abord approchée sous un angle épistémologique et anthropologique, cela permettra de souligner le caractère magique de ce dispositif. A partir de cette réflexion, le rôle de la pensée magique sera envisagé plus largement dans ses fonctions intrapsychiques et intersubjectives. Il apparaitra alor que la pensée magique, parce qu'elle est proche de l'essence du processus de création, dote les dispositifs thérapeutiques d'un outil de lien entre l'intrapsychique et l'intersubjectif.

Penser énergétiquement : épistémologie de la quantité

Le soin énergétique repose sur une vision particulière de l'homme et du soin qui invite à considérer que chaque élément du monde est composé d'une énergie qui médiatise toute interaction. Chaque objet du cosmos, et surtout l'Homme, doit dans cette perspective se penser par rapport à ses liens fonctionnels avec son milieu, par rapport à ses modalités de contact avec

les autres objets, par rapport au réseau ainsi tissé entre lui et le monde. Cette conception s'oppose — à première vue — à une conception plus mécaniste du monde dans lequel tout objet peut être défini dans son essence, isolé de son contexte et de ses liens avec ce qui l'entoure. Jung décrit cette opposition dans *l'Energétique psychique* : d'un côté, la conception mécaniste considère que les phénomènes physiques résultent de *« substances immuables »* qui s'imbriquent dans des chaines de causes et d'effets selon des lois fixes qui organisent leurs rapports. D'un autre côté, la conception énergétique consiste à considérer les évènements en partant des effets pour se diriger vers les causes[211], et à observer les relations de mouvement entre les phénomènes produits par leur désorganisation continue (l'entropie), qui les mène vers un nouvel état stable (l'équilibre). Dès lors, il existe une différence primordiale entre énergie et matière :

> *« L'énergie n'évoque pas une substance en mouvement dans l'espace, mais est un concept abstrait des relations de mouvement. Ses fondations ne sont donc pas les substances elles-mêmes, mais leur relation, tandis que le fondement de l'idée mécaniste est la substance qui se meut dans l'espace ». (Jung, 1947, p. 22)*

Ces deux conceptions tout à fait complémentaires sont nécessaires pour décrire le monde. Elles s'excluent mutuellement, car la causalité mécaniste n'implique pas de finalité (définition à priori d'un but), tout comme il n'y a pas de causalité dans le point de vue énergétique (mise en place préalable des moyens en vue d'une fin), il s'agit simplement d'un renversement de perspective de l'observation de la chaine des causes et des effets : le mécaniste est progressif (de la cause à l'effet), l'énergétique est régressif (du moyen vers la fin, ou pourrait-t-on dire : de l'intention à la guérison). Il est clair pour Jung que ces deux conceptions sont *« des manifestations d'attitudes psychologiques et des conditions à priori de la pensée »* des modèles descriptifs de la réalité, en aucun cas ils ne statuent sur son ontologie. Ainsi, comme l'énergétique s'intéresse aux rapports de mouvements entre les objets, tandis que la mécanique s'intéresse aux mouvements des objets eux-mêmes, l'énergie correspond à l'abstraction, alors que la mécanique correspond à la définition de l'objet. L'application de l'un est l'autre est cependant indispensable pour mieux décrire le monde qui nous entoure.

---

[211] Jung souligne l'apparent aspect téléologique de cette proposition. Il faut bien comprendre ici que la conception énergétique n'implique pas de devoir postuler une cause préalable aux phénomènes physiques pour s'appliquer, comme on pourrait dire que le but de la rivière est de se jeter dans la mer. Il s'agit plutôt d'observer la finalité d'un mouvement et les moyens qui lui ont permis d'y parvenir.

La clé de voute de la conception énergétique repose sur la possibilité d'évaluation[212], c'est-à-dire la possibilité d'attribuer des valeurs aux mouvements et d'observer les rapports entre les quantités. Comme l'énergie est un rapport d'intensité, elle ne peut normalement devenir la description de qualités et désigner une substance. L'énergie se constitue donc autour d'une représentation négative : elle est *« quantité de… », « différence entre… »*. Elle représente un rapport à l'intensité d'un vécu qui ne peut être caractérisé directement, s'inscrit dans l'indicible d'une expérience que le langage suffit difficilement à épuiser. Pour se faire jour, l'énergie s'étaye sur les liens de significations entre les objets : elle représente par exemple le lien entre l'action du guérisseur et la disparition d'une verrue. L'énergie représente donc le *« fait choisi »* (Bion, 1962) par lequel, parmi un océan de causes dans et hors de la situation thérapeutique, quelque chose a pu mener à la disparition de la verrue. Mais pour que l'énergie puisse être lien, pour qu'elle puisse causer, il y a une nécessité psychique de la représenter, de représenter la représentation (Roussillon, 2012) ce qui conduit à faire de ce concept une force, un médium, à le substantialiser, à le faire exister (de l'étymologie latine *ex-istere, « sortir de »*) non plus comme un lien de signification, mais comme objet lui-même. Le lien devient le signifié et l'énergie devient le signifiant, une *« forme sensible de représentation donnée immédiatement »* (Jung, 1947, p.22). De ce fait, il existe un risque de confusion entre le concept pur de l'énergie et la représentation des évènements. Il faut donc distinguer *énergie* et *force* : l'énergie permet seulement une description de quantité, c'est la force et la situation (les conditions) qui sont les indicatifs de qualité[213]. Mais, comme *« nous sommes incapables de nous représenter clairement un quantum autrement que sous la forme d'un quantum de quelque chose »* (Jung, 1947, p.51), le concept d'énergie prend souvent l'allure d'une substance, et il désigne la *force* qui l'anime.

De ce point de vue, il est souvent attribué à l'énergie un caractère causal qu'elle ne peut tenir, puisqu'elle désigne surtout une intensité de relations entre les états. Cela implique donc de bien différencier la conception d'une *énergie vitale* de celle d'une *force vitale*. L'énergie vitale désigne les rapports de quantités qui ont lieu chez les êtres vivants, tandis que les forces vitales sont des spécifications de cette énergie qui se mesurent par les fonctions qu'elles

[212] C'est pour cette raison que l'approche expérimentale ou quasi expérimentale du soin énergétique a toujours entrainé l'invention d'appareils capables de quantifier le champ d'énergie humaine (voir chapitre 2).
[213] En physique, l'énergie est définie comme la capacité à produire un travail, c'est-à-dire entrainer un mouvement ou produire de la lumière, de la chaleur, ou de l'électricité. Elle est mesurée en Joules et égale à une force multipliée par une distance. La force est un vecteur qui modélise l'action d'un corps sur un autre. L'énergie est donc un potentiel, tandis que la force en est l'application.

animent. Or, la spécification de l'énergie, sous la forme d'une force, tend à faire supposer qu'elle est une substance, et la confusion entre le point de vue énergétique et le point de vue mécanique conduit aussi à attribuer à l'énergie le rôle de cause. Dans cet espace d'imprécision conceptuelle émerge cette substance que les thérapeutes alternatifs nomment énergie.

L'énergéticien, par l'intermédiaire de cette force vitale, manipule le sens (les significations) par l'objet qui les représente, même si, au passage, il réifie la signification et la projette comme propriété d'un objet externe. Le symbole n'a donc plus valeur d'objet psychique, la force vitale n'est plus ce qui permet de penser les rapports énergétiques du monde, mais devient un objet réel[214]. La pensée énergétique forme ainsi un champ particulier, repéré plusieurs fois comme caractéristique de la magie (Alocco, 2006; Favret-Saada, 1977; Nathan, 2003), dans lequel la pensée devient objet, la parole est *« efficace »* (Stengers, 2002, 2006a), c'est-à-dire qu'elle possède le pouvoir de faire et de défaire :

> Selon Gisèle, puisque l'esprit est capable de *« manifester des formes de pensées »*, il peut aussi *« déclencher des horreurs »*, comme le font les *« jeteurs de sorts »*. Gisèle donne un exemple de la manière avec laquelle la pensée influe ainsi sur le monde extérieur : *« Quand j'ai appris la leucémie de ma fille, j'ai eu plein de personnes qui sont arrivées avec des cancers. Quand je les soignais, je soignais ma fille… Puis elles guérissaient et je me disais : ma fille va guérir. »* La pensée est au cœur de la pratique, car l'influence du magnétiseur provient *« du fait de penser que la personne va aller mieux »*. *« La pensée va extrêmement vite mais le corps moins. C'est dans la seconde où l'énergie arrive chez le magnétiseur qu'il y a transfert. Le magnétiseur peut travailler une demie heure, il n'y a qu'une seconde qui compte »*, explique Gisèle. Elle-même a parfois des difficultés à admettre que la *« pensée puisse agir sur le corps »*.

Tous ces éléments traduisent la fonction paradigmatique de la pensée énergétique : elle permet d'expliquer les rapports entre le sujet et le monde, mais également, de manière plus intuitive, les liens du sujet à ses objets internes. Mieux encore, l'énergie représente également une interface entre le fonctionnement de l'intérieur et de l'extérieur. La pensée énergétique est donc bien une *« nécessité conceptuelle »*, comme le propose Jolliot (2003), dans le sens où elle semble parfois rendre compte des relations du sujet à lui-même et à son environnement, à la manière du mythe. *« Si le mythe est, comme le pensent maintenant les anthropologues, le*

[214] Au même titre que l'énergie, l'inconscient est-il un objet réel, où doit-il nécessairement mobiliser un dispositif de production de ses effets, comme l'hypnose et le magnétisme avant lui (Stengers, 2002) ?

revêtement concret d'un code permettant de déchiffrer des réalités extérieures, il appartient aux psychanalystes de montrer qu'il est aussi un code pour les processus inconscients […]. » (Anzieu, 2009, p. 100) [215]

Si, à première vue, nous pouvions supposer que l'énergétique repose sur une conception énergétique du monde, c'est-à-dire sur une manière de penser les rapports entre les objets, celle-ci passe finalement par la médiatisation de mythes qui intègrent une représentation plus mécaniste d'une force vitale. Ces mythes mobilisent différents personnages (le médecin, l'énergéticien, le patient, l'entité), dans des récits thérapeutiques organisés qui forment des mythèmes. Un de ces récits est évoqué par Daniel : *« J'ai reçu un jeune homme qui sortait d'une longue hospitalisation et de rééducation suite à un accident. Il avait terriblement mal et, avant son accident, avait été sélectionné pour intégrer un club sportif. Après quelques mois et quatre consultations, non seulement il était capable de marcher mais aussi de courir. »*

Considérer la pensée énergétique sous l'angle du mythe nous invite également à venir réinterroger le modèle psychanalytique sous cet angle. C'est-à-dire à envisager la psychanalyse comme récit, avec ses mythèmes, ses figures, ses oppositions, son dénouement. Comme l'évoque Castel (2018), la construction psychanalytique constitue ainsi un outil psychique pour appréhender le monde :

> *« Je veux donner à sentir comment l'idée d'appareil psychique est nécessaire pour penser psychanalytiquement — pour constamment renouveler le décalage intérieur, ou la boiterie intellectuelle fondamentale que la psychanalyse réclame à ceux qui s'y intéressent, et qui leur impose de ne pas penser ce qui arrive à leur vie psychique uniquement avec ce que leur conscience leur dit. Mais en formulant les choses ainsi, l'appareil psychique n'est évidemment plus un « modèle épistémologique » du fonctionnement de l'esprit, qui aurait comme petite particularité de faire place à des « processus inconscients ». C'est plutôt une prothèse, à la fois intellectuelle et psychique. Et cette prothèse a la double particularité de mettre aussi systématiquement que possible en péril la façon ordinaire qu'à l'esprit humain de se rapporter à ses contenus (elle lui impose une démarche constamment tordue et contre-nature), tout en lui donnant une*

[215] *La proposition d'Anzieu se poursuit avec l'idée « que le décodage de l'univers n'a pu à l'origine s'effectuer qu'à partir d'une certaine mise en place des éléments en jeu dans le monde intérieur ».* Ce point de vue mérite débat, à savoir est-ce que l'enveloppe extérieure, c'est-à-dire la culture et le mythe, détermine l'enveloppe intérieure, ou bien est-ce au contraire la « mise en place » interne qui imprime sa marque sur l'enveloppe externe ?

autre cohérence, artificielle (comme on dit d'une théorie qu'elle est « artificielle »), mais qui fait travailler l'esprit dans un registre inconnu jusque là. Loin d'être un modèle épistémologique, le psychischer Apparat est à la fois une machine à déformer le cours habituel de la réflexion, et, paradoxalement, il sert de béquille à la même torsion de l'esprit qu'il provoque […] » (p. 15)

Dans cette perspective, l'énergéticien se dote lui aussi d'une sorte d'appareil énergétique, mobilise une *« cause »* qui autorise non seulement des effets thérapeutiques, mais prescrit aussi les conditions dans lesquelles elles peuvent apparaître, leurs dérives et les protections nécessaire à l'usage (Stengers, 2002). Le propre de la logique énergétique, nous l'avons dit, est de permettre de raisonner en termes de relations, de différences, et de quantités, mais pas seulement. Cet appareil énergétique s'accompagne par exemple d'impératifs moraux, celui d'être bon et de partager cette bonté avec ses semblables, sous peine de se voir retirer tout ce qui fait son efficacité, comme l'évoque Gilles : *« Si je me comportais mal, cette chose s'en irait »*.

L'appareil énergétique témoigne ainsi d'une forme particulière de représentation de ce qui travaille le sujet, sauf qu'à l'inverse de la psychanalyse, qui dépose l'énigme dans l'inconscient, l'énergétique propose plutôt de la situer dans un espace entre le sujet et son environnement. L'énergétique permet ainsi d'organiser différement le rapport du sujet à ce qui le travaille à l'instar de l'appareil théorique de la psychanalyse :

« Cet innommable – immémorable – informe, nous nous appliquons parfois bien vite à lui assigner un nom, à l'insérer dans le passé, à lui donner des contours: imago de mère archaïque, traumatisme précoce, fantasmes primitifs, scène originaire indéfiniment répétée. Nous manquons d'autant moins d'outils que nous sommes plus démunis devant ÇA. Peut-être alors ne faisons nous pourtant rien d'autre que nous cramponner, nous aussi, à nos objets conceptuels, que nous laisser séduire par notre cuisine théorique, à laquelle nous accordons, avouons le, une saveur particulière. Et peut-être serions-nous mieux inspirés en consentant à ce que vous appelleriez la fadeur et que je préfère appeler, moi, d'un mot qui a, lui encore, un préfixe négatif: l'inquiétude. Une instabilité, un mouvement non maîtrisé de pensées et d'émotions, venues d'ailleurs, de ce que nous ignorons de nous. L'inquiétude: une qualité que nulle sagesse au monde, supposée quiète et sereine, n'inscrit dans le registre de ses vertus! » (Pontalis, 1995, p. 119)

Contrairement à la psychanalyse ou ce qui travaille le sujet est défini par la négative (l'inconscient), l'énergie ouvre une voie positive pour un agencement différent de ces *« mouvements non maîtrisé de pensées et d'émotions venues d'ailleurs »* et qui bousculent le sujet. Cet espace, qualifié plus tôt de magique, aurait pu, dans d'autres contextes, nécessiter de proposer des moyens de commerce avec des esprits ou des défunts. L'énergétique prescrit d'autres rapports, que ceux des pactes, des alliances, des noms de la sorcellerie. Elle préfère mobiliser des logiques de quantité, d'influence, d'enveloppe, de médiation. Il n'en reste pas moins, selon nous, qu'elle appartient au même domaine, celui de la magie.

La magie au cœur des dispositifs thérapeutiques

Selon Mauss (1904), les pratiques magiques se caractérisent toujours parce qu'elle sont *« à part »* ou *« spéciales »*. Elles s'inscrivent par ce biais dans une double négativité qui contraste avec le sacré d'un côté, et la science de l'autre. La magie s'apparente à la science, selon Mauss, en ce qu'elle emploie des techniques dans le but de contrôler l'environnement, mais elle en diffère par une nature d'efficacité différente, qui ne repose pas dans les gestes, mais ailleurs, dans ce que Lévi-Strauss désignera comme registre symbolique. La magie partage avec le sacré l'appel à des forces surnaturelles, mais il existe toujours une dimension de l'exercice magique qui n'autorise pas sa confusion avec le religieux. La magie se pratique dans l'espace profane, à l'abri des regards, et la nature de ses rituels ne laisse aucun doute sur sa singularité. Cette composante négative semble essentielle à la magie. Mauss précise rarement en quoi les rites magiques se distinguent des rites religieux, il se contente d'approcher cette opposition essentielle par des périphrases, ce qui traduit bien toute la place, dans le domaine de la magie, de ce processus qui travaille par le négatif et donc, qui *« […] n'est cependant jamais lui-même, précisément, que de n'être pas et de ne pouvoir être vraiment repéré et reconnu dans sa nature et son lieu propres […] »* (Guillaumin, 1995, p. 146).

Il est intéressant de noter que l'histoire de la psychanalyse est elle aussi marquée d'une relation avec le négatif (Guillaumin, 1995). La position de Freud dans la construction psychanalytique se situe ainsi dans une double négativité (Stengers, 2002), d'une part de la médecine positiviste de son époque et des procédés suggestifs, et d'autre part de l'occultisme, à partir duquel il puise pourtant certaines idées directrices des théories sur le transfert, le contre-transfert et le rêve (Evrard & Rabeyron, 2012). Si les opinions de Freud concernant l'hypnose et la suggestion témoignent d'un aspect du travail du négatif qui consiste à *« s'abstenir de »*, et se développent en pratique jusqu'au retournement en son contraire des techniques employées alors, son comportement vis-à-vis de l'occultisme s'apparente plutôt à un troisième aspect du

négatif : le refoulement. L'inacceptable occulte, et les *« dissidents »* qui s'en approchent, comme Ferenczi ou Jung, sont souvent écartés. Ce positionnement est particulièrement proche des rapports plus généraux qu'entretient la société avec les phénomènes dits *« paranormaux »*, l'occulte et la magie (Méheust, 1999).

L'étude de la pensée magique donne alors à voir plus précisément l'objet de ce refoulement structurel à la magie, qui ne peut être reconnue comme telle que par ce qu'elle n'est pas. D'autres dénominations, qui correspondent à des domaines apparentés à la magie, témoignent encore symboliquement de la négativité à l'œuvre dans le magique : le para-normal, l'a-nomal, l'expérience exceptionnelle ou extraordinaire et en ce qui nous concerne de très près, la médecine alternative. La sorcellerie bocaine étudiée par Jeanne Favret-Saada (1977) se soutient dans cette position négative par la production d'énoncés spécifique : *« La sorcellerie, il faut être pris pour en parler »*, sous-entendu que l'enquêteur n'est justement pas pris, et qu'ici « on ne croit pas aux sorts ». Le lieu et l'espace de la magie est toujours un ailleurs, un là-bas, aussi il est toujours plus facilement repéré dans d'autres cultures. Ceux qui choisissent donc d'exercer la magie se destinent à vivre dans une relative clandestinité, ou bien à s'exiler aux lisières des cités, sinon à travailler sous le manteau de la nuit.

Cela n'est pas sans rappeler à ce propos les débats sur la position de l'exercice de la psychanalyse par les non-médecins, ou encore sur la position de la psychanalyse à l'université, présents depuis Freud (1919). Laplanche (1987b) soutient ainsi *« l'extraterritorialité »* de l'expérience psychanalytique, c'est-à-dire l'exercice de la cure et l'analyse personnelle, vis-à-vis des institutions, qu'elles soient associations de psychanalystes ou universités. Cette extraterritorialité se fonde selon lui sur *« […] mouvement qui soustrait la situation analytique au système des « intérêts »* et de *« l'auto-conservation »* ; et ce mouvement est lui-même fondé sur le mouvement originaire qui soustrait l'être humain, pour une part essentielle, à cette domination des *« intérêts »* et de *« l'auto conservation »* » (ibid., p.143), c'est-à-dire, l'organisation pulsionnelle et son travail du négatif, de ce que les pulsions imposent comme *« soustraction »* au sujet.

Dans cette perspective, la magie se négativise ainsi de l'espace ordinaire par une soustraction à la conscience, le refoulement, comme l'action des processus primaires sont masqués par le refoulement des processus secondaires. Le fonctionnement magique, les esprits, les entités, ne peuvent être perçus qu'ailleurs, comme les pensées les plus étranges surgissent dans le rêve. Or, quels sont plus précisément les ressorts de cette pensée magique ? Notre analyse du soin énergétique met tout d'abord en évidence un clivage temporaire du Moi, de

sorte que coexistent ensemble des modes d'appréhension de la réalité pourtant contraires dans leur finalité : l'hallucinatoire se mêle à la perception, et l'agir devient privilégié à la représentation de mots. Ces deux modes de fonctionnement ne se déroulent plus dans un relatif ordre dicté par le cycle veille/sommeil, dans lequel les processus progrédients se produisent le jour et les processus régrédients se déroulent la nuit. Progrédience et régrédience sont plutôt tissés ensemble dans un fonctionnement que François Roustang nomme *« veille paradoxale »* (2003), irruption des processus du rêve à l'état de veille.

Cette régression produit une déliaison pulsionnelle, puisque les représentations sont moins organisées par les représentations de mots, mais par d'autres modalités comme la figurabilité ou la représentation motrice. Les pulsions ainsi détachées de leurs représentations et leur énergie déliée constituent un monde intérieur chaotique, et surtout étranger au Moi conscient, aussi une partie d'entre elle est certainement déchargée dans les objets par la voie de la projection. Lorsque les mécanismes du Moi conscient reprennent le dessus, le principe de réalité permet une nouvelle appréhension, par l'extérieur, de ce qui a été projeté, ce qui suscite mise en liens, théorisation, encadrement, ritualisation de ce qui s'est produit plus tôt. Cependant, le rôle du magicien dans ce double mouvement reste bien énigmatique, car le clivage impose une scission dans le Moi. C'est donc, en cela, dans le tableau chaotique que nous avons dépeint, que la pensée magique se rapproche du travail du négatif : *« Le négatif a de toute part à voir, à titre essentiel, avec l'incontournable et l'irreprésentable de notre propre place dans notre relation avec nos objets de pensée. »* (Guillaumin, 1995, p. 142).

A l'instar de la cure analytique, la consultation en énergétique s'inscrit donc dans le registre du négatif des processus psychiques qui forment la surface de la conscience, car elle repose sur les effets profonds de la pensée magique. Seulement, il existe une différence formelle majeure entre les deux méthodes. Comme l'évoque Ayouch, *« La pratique analytique convoque donc la pensée magique dans son second sens d'efficace de la parole : cette magie du mot et sa portée a partie liée à l'affect, elle advient dans un travail de perlaboration, visée de l'analyse où le dire devient faire. »* (Ayouch, 2012, p. 178). La pratique énergétique, elle, convoque plutôt la pensée magique dans le registre de l'acte, et d'un efficace de l'acte comme communication de l'affect en deça de la représentation de mots. De la même manière que l'analyse est aux prises avec les effets créateurs du langage, l'énergétique est aux prises avec les effets créateurs de l'acte.

D'un côté, lorsque la fonction négative de la magie échoue, le délire se développe. Le sujet confronté à ce type de pensée magique vise à diminuer son angoisse l'angoisse, ce qu'il

ne trouve qu'en la réduisant à sa peau de chagrin. Le sujet tisse un réseau infini de connections, de sorte que l'angoisse liée à la déliaison des contenus psychiques ne puisse subsister, mais en même temps évince la possibilité d'un ordre cohérent de complexes qui permettent la pensée. Cet *« élan vers l'illimité »* psychotique fait perdre toute cohérence interne à la vie psychique (Abensour, 2007). D'un autre côté, lorsque la magie se montre sous son meilleur jour, sous les traits de l'imagination créative (Faure, 2015), elle est la source d'une activité psychique de liaison. Son résultat est le fantasme, produit d'une structuration mesurée des liens entre les éléments psychiques, un réseau de connexions qui se développe par fragments et permet de développer une pensée organisée et malléable.

De ce point de vue, l'espace social dans lequel la magie se déroule est celui qui permet aux membres d'une société de penser la négativité de leur vie psychique, et de développer des liens de ce qui les agit et les travaille. En ce sens, le fantasme, comme mythologie individuelle, s'articule bien avec le mythe collectif, fantasme du groupe, par l'intermédiaire de ces espaces de travail du négatif que sont les dispositifs thérapeutiques. Anzieu affirme ainsi que *« le mythe individuel du névrosé et le mythe qui lie une collectivité se révèlent aux moments de régression. Quand un individu, une culture ne peuvent résoudre rationnellement, techniquement, les problèmes qui se posent à eux, quand la situation les déborde, les angoisse, les agite, cet individu, cette culture régressent et trouvent en eux, dans ce fond « archaïque » du fantasme, du « complexe », du mythe, les ressources et le schéma en fonction desquels ils vont réagir.* » (2009, p.109). Dans cette perspective, il est plus aisé de comprendre le rôle individuel et social du soin énergétique, en tant que thérapie qui s'étaye sur le mythe.

Du point de vue individuel, tout d'abord, le soin énergétique se développe face à l'angoisse de castration. L'impuissance du sujet à mettre fin à sa propre souffrance où à celle d'un tiers, malgré des tentatives plus ou moins heureuses et plus ou moins outillées, suscite l'abandon progressif du principe de réalité devant la difficulté à élaborer la perte et le manque. Ceci expliquerait pourquoi le soin énergétique se trouve si souvent lié à la question du deuil, ou encore pourquoi le don de guérison s'exprime à partir d'une souffrance individuelle, ou de l'énigme posée par la souffrance d'un autre. Devant l'angoisse générée par ces situations, la tentation est grande de régresser pour mobiliser la pensée magique — entendue ici comme la réalisation à tout prix d'une virtualité plus positive — soutenue par des mécanismes de clivage, de projection et d'identification projective. Le soin énergétique se trouve donc individuellement à revers de la *« capacité négative »*, puisqu'il propose de situer l'angoisse au dehors, dans les objets.

Du point de vue social, ensuite, le soin énergétique s'offre comme réponse immédiate à des problèmes de la vie courante et à des maladies chroniques, contre lesquels la médecine ne peut souvent proposer d'autres solutions que celle d'endurer le mal. Par ailleurs, si la médecine tend à individualiser la maladie, à la confiner comme corps étranger au creux du sujet, le soin énergétique place la souffrance du sujet dans une relation serrée avec son environnement. Le soin énergétique et les mythes qu'ils véhiculent s'offrent ainsi comme une douce régression suscitée par l'absence de réponse à des inquiétudes particulièrement présentes dans la société contemporaine : celle de l'impossibilité de guérir assurément et définitivement certaines maladies ou des problèmes bénins malgré une médecine toujours plus perfectionnée, celle de rupture du lien avec l'environnement et avec les autres, malgré des moyens de communications toujours plus développés, enfin, celle de l'absence de réponses aux questions finales de l'existence malgré un niveau de connaissance sur le monde jamais égalé. Le soin énergétique agit donc comme une instance mythique qui permet de résoudre ces oppositions en proposant un agencement créatif de la signification.

Par ailleurs, à l'instar de l'énergie, la magie vit dans le lien social. Selon Mauss et Hubert (1904), les gens et surtout les magiciens croient en la magie *a priori*, c'est-à-dire avant de la mettre en pratique. De ce point de vue, même si les sorts échouent régulièrement, la magie peut se perpétuer en dépit de son manque évident de fiabilité, simplement parce que l'on croit au moins dans la magie des autres. Pour de nombreux énergéticiens, la croyance en l'existence de l'énergie s'appuie sur leur propre vécu sensoriel de cette force magique, mais bien souvent, cette croyance est donnée au sujet par un autre. C'est-à-dire, comme cela est d'ailleurs noté par Kessler-Bilthauer (2013), qu'il faut un initiateur pour que le guérisseur puisse advenir.

Pierre aborde les expériences qui l'ont amené à devenir magnétiseur avec quelques réserves, car parler de son histoire, c'est *« restructurer des éléments disparates, des éléments qui, après coup, se sont mis ensemble. »* En effet, Pierre a donné rétrospectivement à certains évènements énigmatiques le sens déterminant qu'ils ont aujourd'hui. Sa première expérience du magnétisme eut lieu dans son enfance. A neuf ans, son père l'amena en consultation chez un magnétiseur notoire de sa région. Il reste encore marqué par la sensation très vive qu'il avait alors ressenti : *« c'était très impressionnant, il avait ses mains à 30 cm de distance, et pourtant je sentais un laser dans ma colonne vertébrale, c'était quelque chose qu'avec mon esprit d'enfant je ne pouvais pas comprendre »*.

Cette croyance s'appuie donc toujours sur un autre : c'est parce qu'un autre l'a guéri par l'énergie, ou qu'il lui en prête le pouvoir, que l'énergéticien peut lui-même guérir. La magie, avec ses mythes et ses opérations, organise ainsi les liens de signification entre l'expérience intrapsychique et l'expérience intersubjective, entre les mythes singuliers du sujet et ceux de son groupe. Le dispositif thérapeutique constitue le lieu privilégié de cette articulation, qui passe parfois par une négociation, une remise en cause ou un véritable chamboulement des repères du sujet. Dans le soin énergétique, tout comme dans d'autres méthodes thérapeutiques, cela passe par des modifications parfois substantielles de la manière d'être au monde du sujet. En psychanalyse, le sujet se retrouve doté d'un inconscient, inépuisable source de pulsions qui l'agissent parfois malgré lui, alors qu'en énergétique, le sujet est ramené à sa dépendance vis-à-vis de forces cosmiques qui le dépassent.

En dernière analyse, toute la question de la place de la pensée magique dans les dispositifs thérapeutiques, et par extension des thérapies alternatives qui se basent sur celle-ci, n'est pas donc pas de savoir s'il faut la rejeter pour ce qu'elle est, car il semble qu'elle infiltre, par nature, la plupart des dispositifs thérapeutiques, sous des noms[216] et des modalités fluctuantes — sans qu'il soit cependant possible de dire que tout est équivalent —, mais plutôt de savoir, comme ces pratiques travaillent dans et par le lien social, quel sujets elles contribuent à façonner (Stengers, 2002).

[216] Magnétisme, suggestion, influence, mana, en sont quelques-uns.

Conclusion

« Sous cet aspect raisonné, le Magnétisme animal ne cesse pas d'être une singularité piquante ; mais il cesse d'être une singularité bizarre. »
Charles Nicolas D'Eslon,
Observations sur le Magnétisme Animal

Les guérisseurs, nommés différemment selon les époques et les régions (magnétiseur, rebouteux, panseur de secrets, barreur…), représentent, pour près de la moitié de la population, l'espoir de se dégager des tourments de la maladie. Ces guérisseurs incarnent le mythe de savoirs ruraux et ancestraux qui s'opposent à la modernité envahissante de notre époque, qui exige performance, perfection esthétique et fonctionnement infaillible du corps. Pour accomplir cet idéal, toute souffrance, tout désordre somatique doit être éliminé, le corps doit être réduit au silence, sinon transcendé (Le Breton, 2017). Le perfectionnement des techniques de la médecine, des progrès de l'imagerie, des découvertes de la physique, de l'évolution des connaissances et des techniques pour appréhender l'humain et le monde alimentent ces idéaux. Devant ces nouvelles conceptions du corps et du cosmos, le rôle du guérisseur, intermédiaire entre l'Homme, la nature et les puissances divines, devait nécessairement se réinventer.

Dans ce contexte, une catégorie inédite de guérisseurs apparait progressivement sur une période d'une quarantaine d'années, entre 1980 et 2020, avec une nette accentuation après les années 2000. Ces nouveaux guérisseurs ont rapidement prospéré, car ils se montrent capables de déployer leurs talents auprès d'une tranche croissante de la population, en particulier les classes moyennes cultivées et issues des zones urbaines. Ces thérapeutes n'ont cependant pas remplacé les guérisseurs ruraux. Ils ont simplement étendu leur portée, leur champ d'exercice, par l'adoption, l'intégration et l'importation de techniques thérapeutiques d'horizons variés. Cette assimilation nécessitait cependant de tenir compte du contexte propre à l'efficience de ces méthodes. L'acquisition de ces techniques s'apparente à une *« acculturation »* (Edelman, 2006), une modification des idées, des représentations de la maladie et du soin, qui a pleinement

pris forme autour des années 1970 aux Etats-Unis et au sein du mouvement New Age, mêlant développement personnel, préoccupations écologiques, individualisme, spiritualité et cosmologie.

Paradoxalement, au cours de cette mue, les guérisseurs français ont renoué avec une pratique ancienne aux racines proprement européennes : le Magnétisme Animal. Ce retour vers le mesmérisme s'incarne sous deux aspects : le premier est le réinvestissement des techniques du magnétisme, le second est le renouvellement de l'adhésion aux principes idéologiques de cette doctrine. Ainsi, les thérapeutes systématisent les passes magnétiques, renouent avec le principe de polarité du corps, entretiennent leur *« sens interne »*, développent leur capacité à percevoir ce qui est ordinairement caché, et s'entraînent à produire des guérisons par la manipulation d'un fluide vital. Ils revalorisent l'importance de l'harmonie universelle, souscrivent à *vis naturae medicatrix*, et surtout, à la conception fluidique remaniée dans la notion d'énergie.

Dès lors, étudier le soin énergétique par le prisme de la psychologie clinique, c'est-à-dire examiner ce dispositif sous l'angle d'une modalité de relation interpersonnelle entre un malade et un soignant, conduit à rouvrir l'épineux dossier du Magnétisme animal et à devoir se lancer à nouveau dans l'exploration de ce *« continent englouti »* (Méheust, 1999a, 1999b). René Roussillon (1992) a souligné la construction du baquet-divan de Freud à partir du baquet de Mesmer, mettant en évidence le rôle déterminant de l'organisation du cadre dans l'expression des processus de transformation du sujet. Nous avons tenté de mener l'opération inverse en déconstruisant le dispositif du soin énergétique pour retrouver les éléments essentiels des processus de transformation psychiques, tels qu'ils ont été décrits par la psychanalyse et plus particulièrement par Bion et ses successeurs (Guignard & Bokanowski, 2007; Rabeyron, 2020a). Pour cela, nous nous sommes attachés, au cours d'observations et d'entretiens auprès d'énergéticiens, à explorer et expliciter le travail thérapeutique énergétique. Ceci ne fut pas sans difficultés, car la configuration de ces dispositifs n'autorise habituellement que deux positions de parole (Favret-Saada, 1977) : celle du thérapeute et de son malade. Le psychologue clinicien-chercheur, dépositaire d'un savoir distinct sur la souffrance, doit dans ce contexte savoir trouver sa place. Celle-ci eut régulièrement besoin d'être conquise, négociée, mais fut parfois retrouvée, auprès de quelques thérapeutes, comme un lointain écho du binôme hypnotiseur-somnambule, ou scientifique-voyant si caractéristique du XIXè siècle (Edelman, 1995; Méheust, 1999a, 1999b; Stengers, 2002).

Au terme de ce travail, le soin énergétique se caractérise par l'hétérogénéité de ses pratiques. Si certains thérapeutes font parfois de cette activité leur métier, la plupart exercent plus occasionnellement, souvent en marge d'une activité professionnelle principale. Le répertoire technique suit cette tendance à l'hétérogénéité et le soin énergétique fait preuve d'une certaine porosité vis-à-vis d'autres approches thérapeutiques, notamment car la représentation de l'énergie autorise l'inclusion de méthodes diverses dans le dispositif. De surcroit, les thérapeutes se dotent le plus souvent d'objets hétérogènes, des *« objets actifs »* ou *« anti-objets »* (Nathan, 2001), assignés à la divination, au soin ou à l'accomplissement de rites de charge, décharge ou purification. Ainsi, bien que l'usage de techniques corporelles soit emblématique du dispositif, celles-ci deviennent parfois auxiliaires. En revanche, le discours, mais surtout la pensée, sont toujours mobilisés pour orienter le travail de l'énergie. En fin de séance, les modes de rémunérations de ces thérapies sont variables, et certains thérapeutes s'inscrivent dans des logiques de don-contre-don, même si cette position tend à être abandonnée au profit d'une relation de clientèle, notamment lorsqu'il s'agit de l'activité principale du thérapeute. Cette clientèle est alors majoritairement féminine, ce qui concorde avec les données de la littérature scientifique (Fjær et al., 2020).

En outre, malgré le fait que cette thérapie ait fait sa réputation sur le traitement d'affection somatiques, telles que les affection de la peau, les brûlures ou les entorses, les thérapeutes s'accordent à dire qu'ils sont fréquemment sollicités pour la répétition de *« malheurs ordinaires »* (Favret-Saada, 1977). Ces désordres englobent les difficultés professionnelles, amoureuses, familiales, et impliquent le plus souvent des symptômes somatiques, comme les troubles du sommeil, les troubles digestifs, cutanés, respiratoires, autant de troubles évocateurs de l'inscription somatique de souffrances psychiques. Comme le soin énergétique suit un modèle étiologico-thérapeutique centré sur une perspective fonctionnelle et sociogénétique des troubles, la cause de ces souffrances doit être recherchée dans les liens entre le sujet et son milieu : si le sujet souffre, c'est donc du fait de ses liens — représentés sous la forme de l'énergie vitale — avec les autres. Une opposition mythique entre les pouvoirs de la nature bienfaisante et les poisons de la modernité alimente le processus thérapeutique. De surcroit, cette approche repose sur une représentation endogénétique des troubles. Celle-ci s'appuie sur une cartographie énergétique du corps et de ces centres vitaux qui se superpose à l'anatomie médicale et propose une compréhension psychosociologique des défaillances des organes. Cette approche facilite les manipulations coïncidentes des organes et des représentations qui leurs sont associées. En travaillant sur le corps par différents rites qui

ponctuent la séance, le thérapeute fait ainsi agir les mythes qui déterminent les fonctions communicatives du corps et enclenchent la transformation du sujet malade. En cela, le soin énergétique possède une certaine *« efficacité symbolique »* (Lévi-Strauss, 1949b).

Pour mieux comprendre les ressorts actifs de cette efficacité, nous avons proposé de découper la séance de soins énergétiques en trois temps : l'entretien initial, le travail énergétique et l'entretien de restitution. Tandis que dans la première et la dernière étape, l'utilisation de la parole est cruciale pour repérer et agir sur le mal, dans la seconde étape, le langage est souvent moins présent — même si il l'est parfois tout autant chez certains thérapeutes. Pendant le travail corporel, le silence se fait et la conversation se poursuit à travers les gestes qui enveloppent, cernent, circonscrivent, percent, extraient, épurent et rétablissent l'énergie dans le corps du malade. Le thérapeute fait parfois appel à des forces extérieures (divinités, saints, entités, défunts) aux moyens de rites et de prières pour l'aider dans sa tâche. Ces rites ponctuent les différents temps de la consultation, et engagent souvent le thérapeute au-delà du seul moment de la séance. En effet, celui-ci doit souvent s'astreindre à une vie saine et jalonnée par des rites de charge et de décharge qui garantissent pour lui les deux facteurs primordiaux de santé dans le modèle du soin énergétique : la continuité de la circulation énergétique et la connexion aux forces du cosmos.

Le repérage de ces différents éléments ouvre enfin la voie à un travail d'identification des processus intrapsychiques et intersubjectifs qui ont cours dans le dispositif. Pour cela, nous nous sommes attachés à décrire le cadre thérapeutique et ses enjeux. La situation thérapeutique du soin énergétique est organisée autour d'un processus suggestif, une induction matérialisée dans le cadre. Ainsi, le lieu de consultation et ses objets génèrent une certaine *« ambiance »* qui véhicule les mythes du New Age. Le lieu de la séance et ses objets soutiennent ainsi la formation de fantasmes et de projections qui participent à un accroissement important de l'entropie dans l'appareil psychique (Rabeyron, 2015b). De surcroit, ces phénomènes de projection entrainent *« l'atmosphérisation »* des processus psychiques, c'est-à-dire de la mise en suspens d'éléments psychiques encore non intégrés à la pensée (Rebollar & Rabeyron, 2016).

Par ailleurs, le dispositif induit une contrainte logique : *l'injonction à la passivité*. Celle-ci s'incarne de manière complémentaire dans le lieu, mais aussi les énoncés et les attitudes du thérapeute qui créent un contraste général entre l'idée de se laisser aller à la régression et celle de rester actif pour mener un travail thérapeutique. Cette injonction, combinée à la hausse de l'entropie psychique, mène le sujet vers une situation de crise psychique. Cette crise ouvre alors des potentialités transformatrices dont l'accomplissement dépend des ressources du sujet. En

effet, si cette crise ne peut s'exprimer durant le soin et trouver une issue favorable, par exemple sur un mode cathartique, elle entraîne souvent un travail d'élaboration après-coup. Notons que cette crise concerne aussi le thérapeute. Pour parvenir à soigner, le thérapeute abandonne momentanément le contrôle qu'il exerce habituellement sur son corps et sa pensée, pour retrouver l'état magnétique d'autrefois. De ce fait, du point de vue de notre première hypothèse, patient et thérapeute entrent dans un état non-ordinaire de conscience, sous-tendu par une régression formelle vers des logiques de représentativité psychique primaires et originaires, fondés sur la sensorialité.

En effet, le soin énergétique fait apparaître des sensations de chaleur, de fraîcheur, de flux, d'onde, de mouvements dans le corps, parfois sans contact physique. Comme ces vécus se déroulent dans ce contexte interpersonnel bien précis (Beissner, 2020), nous supposons qu'elles sont le fruit de la relation patient-thérapeute (deuxième hypothèse). A cet égard, nous avons cherché à caractériser la situation transférentielle dans le soin énergétique. Les caractéristiques du discours et du cadre, notamment le faible nombre de séances, l'idéalisation du thérapeute, mais aussi l'évitement actif des modalités de transfert que nous avons qualifiées de *« secondaires »* et qui concernent les expériences infantiles d'attachement du sujet à ses figures parentales, induiraient le développement et le maintien de relations d'objets plus primaires qui forment alors une *« matrice transférentielle »* (Ogden, 1991). Cette matrice repose sur un processus d'identification narcissique de base nécessaire à l'acte thérapeutique, mais le pousse à son paroxysme, ce qui mène le thérapeute à agir selon un fantasme de *« peau commune »* (Anzieu, 1995). Cette co-psychéité, ce transfert en-deça des représentations plus symbolisés des imagos parentales, supporterait ainsi le travail des processus primaires, comme nous l'avions supposé avec notre première et seconde hypothèse.

Dans les perspectives ainsi ouvertes, la matrice transférentielle mobilise des registres de processus représentatifs qui s'inscrivent majoritairement dans le vécu corporel et l'expérience sensible. Dès lors, les sensations thérapeutiques signent le déroulement d'une communication corporelle hors langage, une mobilisation des *« représentations motrices »* (Le Guen, 2001), liaisons intermédiaires entre signifiants formels et langage, dans une *« expérience agie partagée »* (Godfrind-Haber & Haber, 2002) entre client et thérapeute. Par ce biais, les premiers registres de symbolisations de l'expérience subjective sont mobilisés (Anzieu, 2000) : les modalités tactiles comme le chaud et le froid, la logique des formes, contenants et contenus, participent ainsi à alimenter cette expérience relationnelle singulière *« d'une peau pour deux »* qui est nommée *« connexion »* par les thérapeutes. Au cours de ce processus, le thérapeute

sollicite sa capacité à régresser psychiquement pour mieux traduire cette expérience corporelle en images ou en mots par le processus de figurabilité (Botella & Botella, 2001). Les contenus qui sont communiqués par ce biais sont des éléments non-symbolisés, du fait d'un clivage entre affect et représentation, corps et psyché. Le thérapeute symbolise puis restitue ces éléments psychiques par cette même voie de communication ou bien par le langage. Notons en revanche que cette élaboration se déroule à travers de courtes séquences symbolisantes qui portent le plus souvent sur des dynamiques formelles de la sensorialité. Ces séquences entrainent une relance des processus de représentation psychique qui se déroulent essentiellement dans l'après-coup. Cette séquence de symbolisation plus globale est facilitée par la suggestion de contenus mythiques qui forment des sortes de modélisations « prêt-à-penser » de la souffrance. Le dispositif possède donc des propriétés thérapeutiques (troisième hypothèse) qui s'apparentent à l'abréaction, forme prototypique du processus psychothérapique.

Pour mieux définir les moyens par lesquels ces effets de transformation psychique se produisent dans le soin énergétique, nous nous sommes concentrés sur le rôle des objets et de la représentation de l'énergie comme supports de projection des processus psychiques dans le cadre. Le dispositif peut être modélisé comme une médiation thérapeutique dont la sensorialité constitue le médium. De plus, les objets sont employés pour leur capacité à représenter les processus projectifs, mais également parce qu'ils permettent de produire des opérations de transformation de l'expérience subjective par l'intermédiaire des logiques formelles propres à ces niveaux de symbolisation. Nous avons identifié trois de ces opérations : l'attraction-répulsion, l'effet contenant-contenu et la polarisation. Ces opérations se rapportent à des fonctions psychiques décrites en partie par Bion. La première, l'attraction-répulsion, s'apparente à la fonction fragmentation-intégration et permettrait de dissoudre ou de nouer des éléments autour d'un objet pour constituer des ensembles de significations. Par ce biais, l'énergie négative serait par exemple déliée de l'organe malade, ou l'énergie positive pourrait être dirigée vers le corps du patient. La seconde opération viendrait établir et renforcer le processus projectif. Selon cette logique, le recours au contenant peut parfois changer la nature du contenu par un travail d'élaboration qui nécessite du temps (Bion, 1979; Roussillon, 1992). La troisième opération, la polarisation, désigne un procédé d'inversion de l'affect. Elle s'appuie parfois sur des constructions mythiques, dans laquelle une émotion, associée à une couleur, peut se renverser par apposition de la couleur contraire. D'un point de vue psychanalytique, comme cette opération nécessiterait clivage et projection dans l'objet, elle ne produirait la symbolisation que si et seulement si le cadre facilite la réintrojection des éléments projetés. Ces

opérations, par déplacements successifs des contenus psychiques d'une modalité de symbolisation à une autre, s'appuient sur la *« transmodalité symbolisante »* (Rabeyron, 2015a), un travail de liaison entre affect et représentation qui se déroule à plusieurs niveaux et avec plusieurs médiums de l'activité psychique et qui, s'il est bien mené, rapproche le sujet de la *« transformation en O »*, et conduit à une *« recorporation »* du vécu subjectif (Civitarese, 2018).

La mise en exercice privilégiée des processus primaires dans ces dispositifs conduit ainsi à les caractériser de pratiques « magiques », puisque la pensée magique désigne habituellement les logiques les plus archaïques du fonctionnement psychique. C'est pour cette raison que le soin énergétique est parfois taxé « d'irrationnalité » (Charrasse, 2019b), puisqu'il fait appel à des logiques psychiques originaires, habituellement tempérés par les logiques plus secondaires. Ces dispositifs participent ainsi à un travail du négatif psychique, à la symbolisation des éléments laissés aux marges de l'activité consciente. L'inscription du soin énergétique dans ce registre de fonctionnement psychique nous permet de la catégoriser comme un des *« sous-produits de l'hypnose »* (Roustang, 2003). Magnétisme, soins énergétiques sont quelques-uns des noms ces pratiques qui reposent sur la pensée magique et puisent à des degrés variés dans cette *« […] sorte de potentialité naturelle, de dispositif inné prenant ses racines jusque dans l'hypnose animale, caractérisé par des traits qui renvoient apparemment aux relations pré-langagières d'attachement de l'enfant et se produisant dans des situations où l'individu est perturbé dans ses rapports avec l'environnement » (Chertok, 2002, p.313).* Ces espaces thérapeutiques se raréfient dans nos sociétés occidentales qui privilégient une approche très structurée de la souffrance humaine. Pourtant, comme l'évoque Deveureux (1969), l'appréhension des fonctions fondamentales de la vie (sexualité, nutrition, santé) est par essence « irrationnelle », et appelle donc à des solutions qui ne soient pas uniquement centrée sur la réponse concrète aux besoins, mais également à l'état de détresse dans lequel se trouve le sujet (Winnicott, 1970). En s'adressant aux thérapeutes énergétiques, les sujets recherchent ainsi une réponse accordée à ces deux besoins (quatrième hypothèse).

Cette thèse comporte toutefois plusieurs limites. Tout d'abord, sur un plan épistémologique, la définition de l'objet d'étude reste contestable, tout comme le choix des participants qui en découle. En effet, est-il vraiment justifié de rassembler sous un même nom des pratiques si hétérogènes ? Peut-être qu'une approche circonscrite autour d'une catégorie plus précise de thérapeutes aurait facilité l'observation et permis de développer un modèle plus fin des interactions thérapeutiques. Ensuite, le nombre limité d'observation de séances a certainement restreint l'exploration de la variété des interactions que le soin énergétique est

capable de produire. Assister à davantage de soins aurait pu rendre accessibles des formes plus explicites d'interactions dont nous avons admis l'existence à partir de réflexions théoriques. De la même manière, rencontrer davantage de thérapeutes pourrait rendre visible, par un effet d'amplification, certains processus que nous avons ignorés. Enfin, et c'est là le point le plus important, ce travail n'est fondé que sur les propos des thérapeutes. Ceci nous permet certes de pouvoir modéliser le dispositif thérapeutique à partir des actes ou des intentions des thérapeutes, mais crée aussi un savoir lacunaire vis-à-vis des réactions suscitées chez les clients. En outre, nos observations ont rarement porté sur la situation thérapeutique en elle-même, mais sur les perturbations causées à la situation thérapeutique par l'entrée en scène d'un observateur extérieur[217] (Devereux, 1969). L'adoption de sources de données variées, entre observation directe et entretiens téléphoniques, a permis de tempérer la tension engagé par ces perturbations inhérentes à la situation de recherche, mais a aussi participé à nous éloigner des processus les plus actifs du soin énergétique. Pour obtenir un point de vue plus général sur ce dispositif thérapeutique, il apparait ainsi nécessaire de se pencher davantage sur le vécu des clients dans des recherches ultérieures, par exemple en leur proposant d'expliciter leurs sensations directement après la séance, ou en observant leur évolution durant les jours suivants[218].

Pour conclure ce travail, nous souhaitons souligner un écueil inhérent à tout dispositif thérapeutique : l'observation de faits cliniques va de pair avec la production de ces mêmes faits (Méheust, 1999b, 1999a; Stengers, 2002). Le soin énergétique n'échappe pas à cette règle du décrire-construite, puisque la perception énergétique doit d'abord être éduquée et développée avant de devenir efficiente (Brennan, 1993; Pierrakos, 1987). Ainsi, la mise en place du contexte d'observation détermine — suggère — le déploiement de faits cliniques qu'il s'agit ensuite de *« purifier »*. Pour cela, il faut alors juger, comme l'ont fait autrefois les membres de l'académie royale de médecine à propos du mesmérisme, si les faits observés appartiennent au registre de la suggestion, si ce sont des *« artefacts »*, produits par simulation ou complicité entre expérimentateur et sujet[219]. C'est ainsi, en psychologie clinique et en psychothérapie, que se

[217] Cette perturbation est très explicite dans le cas de Christine

[218] Dans un cadre plus informel, nous avons recueilli tout au long de cette thèse différents témoignages de personnes, proches, amis, connaissances ou patients ayant bénéficié de soins énergétiques. Ces récits ont certainement alimenté la formulation de notre modèle.

[219] Plus concrètement, dans le champ de la psychologie clinique, le travail de diagnostic de l'autisme chez l'adulte sans déficience intellectuelle peut aussi s'envisager sous cet angle. Un sujet revendique un fait psychique, par exemple, une difficulté sociale persistante depuis l'enfance. Il s'agit alors de faire subir au sujet différentes épreuves dans lesquelles, placé dans une position socialement ambiguë (comme par exemple dans l'ADOS-2), il va devoir prouver que ces difficultés ne sont pas de son fait, c'est-à-dire, qu'il ne simule pas l'autisme. De la même manière, l'anamnèse recueillie auprès des parents (par exemple dans l'ADI-R) doit montrer que ces derniers,

déroule l'avancée des idées : hier, pour des raisons scientifiques, le magnétisme était remplacé par l'hypnose, avant que celle-ci soit abandonnée pour la suggestion, elle-même délaissée en partie pour l'inconscient, sans pour autant parvenir à définir précisément les phénomènes en question (Méheust, 1999a; Stengers, 2006b). La connaissance, plutôt qu'une véritable découverte, s'assimile alors à une conquête qui passe par une acculturation des phénomènes psychiques : ceux-ci doivent d'abord être construits puis innocentés de toute suggestion[220].

De ce point de vue, le modèle psychanalytique du soin énergétique représente une sorte de traduction des modèles du soin énergétique vers la théorie psychanalytique[221]. Cette traduction se base sur un changement de modèle épistémologique. Contrairement à l'épistémologie propre à l'énergétique qui appelle davantage à un savoir de type initiatique, le modèle proposé dans ce travail, à partir de théories de la représentation psychique, ouvre la voie à une approche structurée qui facilite d'autres perspectives de recherches en psychologie. A ce titre, cette traduction s'apparente aussi à une reconquête par la psychologie d'un champ d'interactions thérapeutiques laissé aux marges des pratiques cliniques depuis le début du XXè siècle. Il est alors tentant de formuler ici un énoncé de découverte scientifique, tel que *« Auparavant, on pensait que… aujourd'hui, nous savons que… »* (Stengers, 2002), ou bien, d'affirmer que le soin énergétique, *« ce n'est pas autre chose que… »* le théâtre de manipulations inconscientes ou de la suggestion. Cependant, nous pensons que ce travail de recherche souligne surtout la plasticité des processus thérapeutiques et leur capacité à se manifester selon des registres de causalités variés que les notions de suggestion, d'inconscient ou d'énergie ne précisent que partiellement. Travailler sur le soin énergétique invite donc à

---

comme le sujet, étaient étrangers à la construction des difficultés sociales, comme si celles-ci avaient émergé par elles-mêmes. Ils doivent également fournir l'assurance de la validité de leur discours, s'exempter de toute velleité diagnostique et aider l'administrateur à oublier, le temps de la passation, que toute remémoration est aussi re-construction. Ce parcours produit ainsi des situations dans lesquelles il est attendu du sujet qu'il se montre incapable de se comporter d'une façon socialement adaptée, tout en se donnant les moyens d'innocenter cette suggestion.

[220] La psychologie dite scientifique ne fait pas davantage, puisqu'elle a simplement remplacé le terme de suggestion par « placebo », tout en ignorant profondément les processus de suggestion à son fondement, ce qu'Isabelle Stengers (2006, pp.101-106) souligne à propos des protocoles de psychologie expérimentale : *« les expériences auxquelles les psychologues cognitifs demandent d'exhiber une « fonction » sont toujours présentés comme des cas purifiés, dont la seule particularité est de permettre de repérer un aspect de ce qui est toujours le cas dans le « traitement cognitif des données ». Mais ces expériences impliquent soit des « pièges », type « caméra cachée », soit des situations qui présupposent l'efficace sur les sujets du « faites attention » qui rend ces sujets capables de produire la performance demandée. Dans les deux types de cas, elles présupposent ce que le « traitement de l'information » ne permet pas, en tant que tel, de comprendre : l'adhésion déterminée du sujet au rôle que la situation lui propose ».* (pp.105-106)

[221] Le fait que psychanalyse et énergétique soient fondés sur un système fluidique (la libido pour le premier, l'énergie pour le second) facilite cette traduction et la rend d'autant plus évidente.

élargir la réflexion sur les dispositifs de soin au-delà du seul registre des causes et des effets thérapeutiques.

Premièrement, ces thérapies, tout comme la psychanalyse, incitent à accorder davantage d'attention aux dimensions formelles du processus thérapeutique. Le soin énergétique manifeste, dans le négatif de la technicité qui caractérise la médecine aujourd'hui, le rôle primordial que tient l'agencement matériel et humain du soin dans le processus thérapeutique, ce qu'évoque Winnicott (1989) à propos du *setting* : *« […] le cadre et le maintien du cadre sont aussi importants que la façon dont on traite le matériel » (p. 96).* Toute l'attention que portent les thérapeutiques traditionnelles, alternatives ou complémentaires à personnaliser et à charger de sens l'environnement de soin contraste avec le caractère épuré et impersonnel des hôpitaux aujourd'hui. Devereux (1969) souligne le rôle défensif de cette asepsie du cadre : *« Cette formation réactionnelle contre la peur humaine normale des cadavres et de la maladie peut devenir si névrotiquement compulsive que — pour s'en défendre — certains médecins présentent à l'égard de leur patients une attitude impersonnelle qui n'est de mise que dans les morgues […]. » (p. 222).* L'acte technique approprié mené dans un contexte intersubjectif neutre ou inapproprié reste incomplet, tout comme la réponse concrète apportée aux besoins physiques du bébé doit être accompagnée par une réponse réflexive lui permettant de se représenter ce besoin (Winnicott, 1970). Pour Winnicott (1989), tout l'intérêt du travail du setting réside dans ce que le cadre est le support de cette réponse réflexive, par des logiques de communications implicites et inconsciente : *« Même le fait d'être ponctuel, ou d'avoir une pièce chaude et sans courant d'air, peut être une communication, indiquant : « Je reconnais vos besoins fondamentaux. »* » (p.567). En d'autres termes, travailler le cadre, c'est humaniser le sujet.

Deuxièmement, notons que les processus thérapeutiques ne s'arrêtent jamais à une situation en vase-clos, par exemple autour d'un divan et derrière d'une porte fermée, comme le propose Laplanche (1987b). Au contraire, les dispositifs thérapeutiques alternatifs ou les systèmes thérapeutiques traditionnels se caractérisent le plus souvent par la nécessité de situer le parcours du malade au sein du groupe auquel il appartient. La rencontre avec le guérisseur n'en devient qu'un des éléments, bien souvent déterminant, d'un itinéraire transformatif dans lequel le groupe, ses mythes, ses rites, en somme ce qui fait l'identité du groupe, est convoqué pour travailler à la métamorphose du sujet malade. Il serait étonnant qu'il en soit différemment pour nos propres systèmes thérapeutiques. Ces déterminants forment simplement une tâche aveugle dans le regard que nous portons sur nos dispositifs de soin, et qu'un décalage, par

l'étude de ce qui est différent (les thérapies alternatives, les expériences exceptionnelles, les systèmes thérapeutiques traditionnel, etc…), permet d'entrevoir[222].

Troisièmement, cette perspective permet d'envisager l'épistémologie de la causalité en thérapie sur un registre plus pragmatique, comme le propose Isabelle Stengers (2002) :

> *« Que se passerait-il, si au lieu de chercher à expliquer, à ramener l'expérience, la perception, la conscience à une fonction, nous tentions de les rencontrer à partir de ce qui les oblige, à partir de ce qui est « cause », certes, mais non pas au sens où une cause permet d'expliquer : au sens où à une cause est associée un efficacité, faire penser, faire sentir, faire exister une expérience sur tel mode et non sur tel autre. »* (p. 107).

De ce point de vue, la véritable efficience d'une thérapie s'exprime dans ce qu'elle rend ses sujets capables d'accomplir, et par quels moyens les effets qu'elle provoque peuvent être encadrés et maniés afin de favoriser la croissance plutôt que l'aliénation. Les dispositifs thérapeutiques devraient être jugés à l'aune de leurs capacités à produire des ordres de causalité et de significations qui transforment l'expérience subjective. De telles modalités thérapeutiques obligent souvent l'adhésion et forcent par ce biais le développement d'une pensée transformatrice plutôt qu'une pensée scientifique.

Dans cette perspective, si l'analyse produit des *« sujets de l'inconscients »* en démontrant au sujet que *« le Moi n'est pas maître dans sa propre maison »* (Freud, 1933, p. 138), le soin énergétique engendrerait des sujets *« connectés »*, déterminés par les influences qu'exercent

---

[222] Voici un exemple clinique. Une personne âgée tombe chez elle, ce qui lui vaut quelques jours à l'hôpital pour être soignée. Elle se réveille ensuite dans un curieux hôtel. Les membres de la maisonnée, habillés comme à l'hôpital, lui ordonnent de cesser d'errer dans les couloirs à la recherche de la sortie et lui intiment de rester dans sa chambre, que pourtant elle n'a jamais habité. Sa famille lui propose de lui amener ses meubles, lui signifie que « c'est là sa vie maintenant ». Face aux déambulations incohérentes de cette personne âgée, un spécialiste est appelé. Avec ce jeune professionnel très sympathique, la personne âge se trouve en confiance, elle se montre cependant incapable de se situer dans son environnement, de répondre de manière ordonnée à quelques questions : elle fait la preuve de ses troubles cognitifs. Le personnel met alors en place différent moyens pour la « stimuler » et pallier à ses troubles. Elle se rétablit alors suffisamment pour réintégrer son domicile, à la condition de venir une fois par semaine dans cet endroit, pour vérifier et entretenir ces résultats. Ici, le test psychologique a vocation à « objectiver » le trouble, il permet de s'assurer de ce que la personne âgée n'est pas, plus ou moins malgré elle, en train de simuler, que ce qui lui arrive est bien légitime. En somme, il s'agit, comme il est monnaie courante en psychothérapie, d'éviter tout « artefact » (Stengers, 2002), pourtant, la situation générale est elle-même un artefact, une machine destinée à produire l'ordre de causalité qui règne en son sein. Elle agence des acteurs, obéit à des oppositions mythiques (la dépendance contre l'autonomie) qui légitiment les solutions prises face à des évènements tragiques, comme la « chute » (Nathan, 2001). Enfin, les rites (thérapeutiques, de passage), ponctuent le parcours du sujet dans son environnement social, sa transition de la vie en communauté vers l'antichambre de la mort.

leur environnement sur eux[223]. Il faut alors saisir qu'à l'issue de ces transformations, c'est le rapport au monde du sujet qui est transformé en fonction des potentialités que lui offre la thérapie. Les thérapies deviennent ainsi des lieux de fabrication, de conversion, de remodelage, de définition des registres de l'expérience subjective qui séparent — et en même temps rassemblent — les sujets qui en font partie de ceux qui n'en font pas.

Les thérapies, parce qu'elles ont pour but la transformation et non la connaissance, sont donc liées avec les contingences générales de la vie des communautés humaines, des périls qu'elles rencontrent et de leurs possibilités de développement. Elles ont pour tâche complexe de devoir imaginer et rendre possible des modes d'évolution subjective et groupales en fonction des données présentes du monde dans lequel elles s'inscrivent. De ce fait,

> *« Si les thérapeutes, jusque et y compris au XVIIIè siècle, n'ont jamais été très loin du philosophe, ou du sage, c'est parce que leur pratique ont toujours capturé ce qui hante une époque. Non pas que ces pratiques soient « fonction » de leur époque, mais parce qu'elles requièrent les ressources et les agencements qui donnent leur causes aux devenirs dont une époque est capable. » (Stengers, 2002, p.161-162)*

En ce sens, le soin énergétique incite ses sujets à renouer des liens, reprendre contact avec le cosmos et par là, à restaurer une cohérence perdue dans la modernité. Cette thérapie participe peut-être à construire des sujets et des groupes plus unis et respectueux du monde qui les entoure — par nécessité, puisque celui-ci les influence en retour — et à ce titre, reflète et répond à certaines problématiques du monde contemporain. Ceci implique-t-il que ces thérapies doivent se situer à la même place que les thérapies conventionnelles, voire même que l'on encourage leur institutionnalisation[224] ? Nous ne pensons pas que cela soit souhaitable, puisque ces thérapies se soutiennent par leur statut d'opposition, comme une forme contre-pouvoir démocratique aux idéologies majoritaires (Charrasse, 2018, 2019b; Faure, 2020). En revanche, nous soutenons qu'il appartient aux cliniciens d'accorder une égale considération aux

---

[223] De la même manière, les thérapies cognitivo-comportementales peuvent s'envisager comme dispositifs suscitant eux aussi une adhésion à la « rationalité », construisant et mobilisant des « données scientifiques », comme les statistiques ou les essais cliniques, pour générer ses effets de suggestions et mettre en mouvement les forces nécessaires à leur efficience.

[224] Ce point de vue est argumenté par Thierry Janssen, un médecin qui s'est largement prêté à expérimenter personnellement les effets des thérapies alternatives. Ses réflexions tentent de rapprocher les découvertes médicales de la médecine hindo-tibétaine, mais aussi du soin énergétique. Il défend l'inclusivité et la collaboration entre médecines conventionnelle et alternatives, pour le bien des patients (Janssen, 2006).

sujets qui recourent à ce type de thérapies et à ceux qui s'en abstiennent, mais également d'engager et de maintenir un dialogue ouvert avec ces thérapeutes, participant à l'enrichissement mutuel des dispositifs conventionnels et alternatifs.

Pour conclure, ajoutons que cette réflexion est déjà entretenue en ethnopsychiatrie (Nathan & Stengers, 2016), et qu'elle apparait peut-être plus évidente et plus fondée lorsqu'elle porte sur des peuples et des modalités thérapeutiques lointaines nettement différentes des nôtres. Or, le propre de la clinique des expériences exceptionnelles est de provoquer des *« chocs ontologiques »*, des bouleversements dans les manières de saisir le réel (Rabeyron et al., 2010). De la même manière, s'intéresser à des modalités de thérapies qui font la part belle à ces expériences suscite, à une échelle et un degré différent, une réflexion nécessaire sur la façon de considérer le monde qui nous entoure. De ce point de vue, envisager ces thérapies alternatives sous l'angle d'une comparaison entre *« la-bas »* et *« ici »*, sous-entendant que *« la-bas, ces gens qui croient en l'énergétique »* équivaut à *« la-bas, dans la brousse on croit aux esprits »*, ne participe qu'à creuser un fossé entre nous et des sujets qui sont pourtant bien *« ici »*. Ce travail de thèse ouvre donc, tout comme la clinique des expériences exceptionnelles, sur la perspective d'un champ clinique *« endo-ethnopsychiatrique »*. Dès lors, se pencher sur ces vécus, ces parcours, ces solutions thérapeutiques habituellement situées aux limites de ce qui fonde notre communauté nous rapproche en réalité des fondements de l'expérience humaine.

Bibliographie

Abensour, L. (2007). L'attraction vers l'illimité : Sensation océanique, psychose et temporalité. *Revue française de psychanalyse, 71*(4), 1061-1076.

Adès, J. (2017). La névrose de destinée. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 175*(1), 20-22.

Albanese, C. L. (2000). The Aura of Wellness : Subtle-Energy Healing and New Age Religion. *Religion and American Culture: A Journal of Interpretation, 10*(1), 29-55.

Alexander, F. (1962). The Development of Psychosomatic Medicine: *Psychosomatic Medicine, 24*(1), 13-24.

Alfaro-LeFevre, R. (2015). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment : A Practical Approach*. Elsevier Health Sciences.

Allain-Dupré, B. (2004). De l'autre côté du miroir, la face cachée du complexe. *Imaginaire Inconscient, 14*(2), 103-122.

Allouch, E. (2011). Psychothérapie et médiations corporelles : Vers une poétique du corps. Dans A. Brun, *Les médiations thérapeutiques* (p. 89-100). Érès.

Alocco, L. (2006). Le domaine obscur et inconfortable de la « magie ». *Recherches sur Diderot et sur l'Encyclopédie, 40-41*, 233-250.

Alvarado, C. S. (2009). Modern animal magnetism : The work of Alexandre Baréty, Emile Boirac, and Julian Ochorowicz. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37*(2), 75-89.

André, J. (2009). L'événement et la temporalité. *Revue française de psychanalyse, 73*(5), 1285-1352.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.

Anzieu, D. (2000). Note pour introduire l'échelle des symbolisations. Dans B. Chouvier (Dir.), *Matière à symbolisation* (p. 11-16). Delachaux et Niestlé.

Anzieu, D. (2009). *Le travail de l'Inconscient*. Dunod.

Anzieu, D., Doron, J., Houzel, D., Missenard, A., Enriquez, M., Anzieu, A., Lecourt, E., & Nathan, T. (2013). *Les enveloppes psychiques* (5e éd.). Dunod.

Armando, D., & Belhoste, B. (2018). Le mesmérisme entre la fin de l'Ancien Régime et la Révolution : Dynamiques sociales et enjeux politiques. *Annales historiques de la Revolution francaise, 391*(1), 3-26.

Artru, E., & Rabeyron, T. (2021). Psychédéliques, psychothérapie et symbolisation : Une revue de littérature dans le champ de la dépression. *L'Évolution Psychiatrique, 86*(3), 591-616.

Astin, J. A. (1998). Why Patients Use Alternative Medicine : Results of a National Study. *JAMA, 279*(19), 1548-1553.

Astin, J. A., Harkness, E., & Ernst, E. (2000). The efficacy of « distant healing » : A systematic review of randomized trials. *Annals of Internal Medicine, 132*(11), 903-910.

Ayouch, T. (2012). La psychanalyse : Une pensée magique ? *Cliniques méditerranéennes, n° 85*(1), 175-194.

Azouvi, F. (1991). Magnétisme animal. La sensation infinie. *Dix-Huitième Siècle, 23*(1), 107-118.

Balint, M. (1955). Notes on Parapsychology and Parapsychological Healing. *International Journal of Psycho-Analysis, 36*, 31-35.

Balint, M. (1961). *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. Routledge.

Baqué-Juston, M. (2015). *Les médecines non conventionnelles. Place des thérapies complémentaires dans la prise en charge des maladies chroniques et du cancer*. Colloque de la faculté de médecine de Nice, 5 décembre 2015.

Baranger, M., & Baranger, W. (1985). La situation analytique comme champ dynamique. *Revue française de psychanalyse, 49*(6) 1543-1571.

Barker, K. (2002). Self-Help Literature and the Making of an Illness Identity : The Case of Fibromyalgia Syndrome (FMS). *Social Problems, 49*(3), 279-300.

Baros, L. M. (2009). *À la recherche d'une définition du mythe*. Dans L. M. Baros, Le Mythe de la métamorphose érotique [Thèse de Doctorat en Littérature Comparée, Université de Paris – Sorbonne, Paris 4].

Barthez, P.-J. (1858). *Nouveaux éléments de la science de l'homme (Tome 1)*. Germer-Baillière, Paris.

Baubérot, A. (2015). Jacques Demarquette et le Trait d'Union. Dans A. Baubérot, *Histoire du naturisme : Le mythe du retour à la nature* (p. 219-248). Presses universitaires de Rennes.

Baudouin, C., & Abauzit, F. (1928). *Émile Coué : Sa méthode, son esprit, son influence*. Felix Alcan.

Baudrillard, J. (1968). *Le système des objets*. Gallimard.

Bauhofer, U., & Robin, G. (2019). L'ayurvéda—Une médecine douce pour une époque bruyante. *Allemagne d'aujourd'hui, 229*(3), 146-152.

Beauchene, C., Abaid, N., Moran, R., Diana, R. A., & Leonessa, A. (2016). The Effect of Binaural Beats on Visuospatial Working Memory and Cortical Connectivity. *PLoS ONE, 11*(11).

Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association, 159*(17), 1602.

Beissner, F. (2020). Therapeutic Sensations : A New Unifying Concept. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2020,* 1-15.

Beissner, F., Brünner, F., Fink, M., Meissner, K., Kaptchuk, T. J., & Napadow, V. (2015). Placebo-Induced Somatic Sensations : A Multi-Modal Study of Three Different Placebo Interventions. *PLOS ONE, 10*(4).

Belhoste, B. (2018). Franz Anton Mesmer : Magnétiseur, moraliste et républicain. *Annales historiques de la Revolution francaise, 391*(1), 27-56.

Benedetti, F. (2013). Placebo and the New Physiology of the Doctor-Patient Relationship. *Physiological Reviews, 93*(3), 1207-1246.

Bengston, W. F., & Krinsley, D. (2000). The Effect of the "Laying On of Hands" on Transplanted Breast Cancer in Mice. *Journal of Scientific Exploration, 14*(3), 12.

Berbra, O. (2019). *Effet Hawthorne : Revue Bibliographique* [Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Lille].

Beres, D. (1960). The Psychoanalytic Psychology of Imagination. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 8*(2), 252-269.

Berg, H. (2004). Milestones of Bioelectromagnetism : Monographs and Proceedings. *Electromagnetic Biology and Medicine, 23*(3), 181-184.

Berghmans, C. (2020a). Thérapies complémentaires et alternatives et spiritualité : Impacts sur la santé, une revue de questions. *L'information psychiatrique, 96*(10), 751-759.

Berghmans, C. (2020b). L'efficacité de la guérison à distance par l'intermédiaire de la prière d'intercession sur la santé physique et psychique ? Une revue de questions. *Hegel, 1*(1), 3-23.

Berghmans, C. (2021). L'efficacité des pratiques chamaniques de soin sur la santé physique et psychique : Un niveau de preuves faible. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Prépublication.

Bergson, H. (1941). *L'évolution créatrice* (5e éd.). Presses Universitaires de France.

Bernard, C. (1875). Définition de la vie. *Revue des Deux Mondes (1829-1971), 9*(2), 326-349.

Besant, A., & Leadbeater, C. W. (1927). *La voie de l'occultiste*. Editions Adyar 1927.

Biemel, W. (1984). L'idée de la phénoménologie chez Husserl. Dans J. L. Marion & G. Planty-Bonjour (Dir.), *Phénoménologie et métaphysique* (p. 79-104). Presses Universitaires de France.

Bion, W. (1959). Attacks on Linking. *International Journal of Psycho-Analysis, 40*, 308-315.

Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience* (8e éd.). Presses Universitaires de France.

Bion W. (1970). *L'attention et l'interprétation.* Payot.

Bion, W. (1979). *Éléments de psychanalyse* (4e éd.). Presses Universitaires de France.

Bion, W. (1982). *Transformations : Passage de l'apprentissage à la croissance* (3e éd.). Presses Universitaires de France.

Bion, W. (1989). Notes sur la mémoire et le désir. *Revue française de psychanalyse, 53*(5), 1449-1451.

Bioy, A., & Michaux, D. (2007). *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.* Dunod.

Bioy, A., & Keller, P.-H. (2009). *Hypnose clinique et principe d'analogie. Fondements d'une pratique psychothérapeutique.* De Boeck Supérieur.

Birman, J. (2007). La biopolitique et la constitution du discours psychanalytique. *Figures de la psychanalyse, 15*(1), 139-150.

Blavatsky, H. P. (1913). *Isis dévoilée : Clef des mystères de la science et de la théologie anciennes et modernes.* Les éditions théosophiques.

Blavatsky, M., & Blavatsky, H. P. (1890). Recent Progress in Theosophy. *The North American Review, 151*(405), 173-186.

Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans R. Kaës (Dir.), *Crise, rupture et dépassement*, (2e éd., p. 255-285). Dunod.

Blumenthal-Barby, J. S., & Krieger, H. (2015). Cognitive Biases and Heuristics in Medical Decision Making : A Critical Review Using a Systematic Search Strategy. *Medical Decision Making, 35*(4), 539-557.

Bodin, L. (2013). *Manuel de soins énergétiques : Soigner sans appareil et sans médicament*. Guy Trédaniel.

Bohleber, W. (2014). Le concept d'intersubjectivité en psychanalyse : Une évaluation critique. *L'Année psychanalytique internationale, 2014*(1), 181.

Boirac, É. (1908). *La psychologie inconnue : Introduction et contribution à l'étude expérimentale des sciences psychiques*. Felix Alcan.

Boisvert, M. (2012). *Le vampire comme figure du double ; suivi de « L'enquête de 1888 »* [Thèse de Doctorat en Lettres Modernes, Université du Québec à Trois-Rivières].

Bolgert, C. (2003). L'identification projective. *Gestalt*, *24*(1), 141-159.

Bonaparte, M. (1934). La Pensée magique chez le primitif. *Revue française de psychanalyse*, *7*(1), 3-18.

Bonnet, G. (2008). Mystique et conversion à l'adolescence. *Adolescence*, *26*(1), 41-63.

Borch-Jacobsen, M. (2013). L'effet Bernheim. *Essais*, 162-185.

Botella, C. (2001). Figurabilité et régrédience. *Revue française de psychanalyse*, *65*(4), 1149-1239.

Botella, C. (2014). De l'« attention flottante » de Freud à l'« expression associative » de Marty. Une nouvelle perspective dans la méthode psychanalytique. *Revue française de psychosomatique*, *45*(1), 83-102.

Botella, C., & Botella, S. (2001). Figurabilité et régrédience. *Revue française de psychanalyse*, *65*(4), 1149-1239.

Botella, S., & Botella, C. (2008). Régrédience de la pensée et animisme. *Cahier des thèmes transversaux ArScAn, 8*, 139-144.

Bothwell, L. E., Greene, J. A., Podolsky, S. H., & Jones, D. S. (2016). Assessing the Gold Standard—Lessons from the History of RCTs. *New England Journal of Medicine*, *374*(22), 2175-2181.

Bouchayer, F. (1986). Les usagers des médecines alternatives : Itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels. *Revue francaise des affaires sociales, H, numéro Spécial*, pp 105-115.

Braid, J. (1843). *Neurypnology; or, the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*. J. Churchill.

Branton, A., & Snehasis. (2017). The Use of Novel and Unique Biofield Energy Healing Treatment for the Improvement of Poorly Bioavailable Compound, Berberine in Male Sprague Dawley Rats. *American Journal of Clinical and Experimental Medicine*, *5*(4), 138.

Braud, W. (2001). Can Our Intentions Interact Directly With The Physical World ? *European Journal of Parapsychogy*, *10*, 78-90.

Braud, W. (2003). *Distant Mental Influence : Its Contributions to Science, Healing, and Human Interactions*. Hampton Roads Publishing.

Braud, W., Shafer, D., & Andrews, S. (1993). Further Studies of Autonomic Detection of Remote Staring : Replication, New Control Procedures, and Personality Correlates. *Journal of Parapsychology*, 401-419.

Bren, S. P. A. (1996). Historical introduction to EMF health effects. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, *15*(4), 24-30.

Brennan, B. A. (1993). *Le pouvoir bénéfique des mains : Comment se soigner par les champs énergétiques : un nouveau guide pour l'être humain : sa santé, ses relations humaines et la maladie*. Tchou.

Broch, H., & Vidard, M. (2013). Qu'est-ce que la zététique ? Dans T. Lepeltier (Dir.), *Histoire et philosophie des sciences* (p. 269-274). Éditions Sciences Humaines.

Bronner, G. (2013). *La démocratie des crédules*. Presses Universitaires de France.

Burda, J. M. (2014). *Wounded Healers in Practice : A Phenomenological Study of Jungian Analysts' Countertransference Experiences* [Thèse de Doctorat en Psychologie, Antioch University New England].

Burr, H. S., & Northrop, F. S. C. (1935). The Electro-Dynamic Theory of Life. *The Quarterly Review of Biology*, *10*(3), 322-333.

Caillé, A., & Prades, P. (2015). « Y croire. » Retour sur l'« efficacité symbolique ». *Revue du MAUSS*, *46*(2), 291-318.

Camus, D. (1988). *Pouvoirs sorciers : Enquête sur les pratiques actuelles de sorcellerie*. Editions Imago.

Camus, D. (1995). *Voyage au pays du magique : Enquête sur les voyants, guérisseurs, sorciers*. Flammarion.

Camus, D. (2015). *L'univers des guérisseurs traditionnels : Panseurs de secrets et conjureurs*. Éditions Ouest-France.

Cannon, W. B. (1942). "Voodoo" Death. *American Anthropologist*, *44*(2), 169-181.

Carlson, P. (1960). Charles Poyen Brings Mesmerism to America. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, *15*(2), 121-132.

Carneiro, É. M., Barbosa, L. P., Marson, J. M., Terra, J. A., Martins, C. J. P., Modesto, D., Resende, L., & Borges, M. de F. (2017). Effectiveness of Spiritist "passe" (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients : A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, *30*, 73-78.

Carton, P. (1924). *Traité de médecine d'alimentation et d'hygiène naturistes* (2e éd.). Editions A. Maloine et fils.

Castel, P.-H. (2008). Le cerveau comme « appareil psychique » ? L'épistémologie de Freud dans ses années de formation, avec quelques enseignements pour les relations entre la psychanalyse et les neurosciences. *Journal japonais d'histoire de la psychiatrie*, *13*(1), 13-41.

Caussié, S., Lansley, H., Rabeyron, T., (2022, sous presse), *Counseling anomalous healers : working with exceptional experiences between supervision and psychotherapy.* BPS Psychotherapy Section Review, Special issue.

Cazeneuve, J. (1957). Le principe de répétition dans le rite. *Cahiers Internationaux de Sociologie, Nouvelle Série*, *2*, 42-62.

Ceccarelli, P., & Lindenmeyer, C. (2012). Les avatars de la pensée magique. *Cliniques méditerranéennes*, *85*(1), 41-49.

Chalverat, C. (2011). De la pratique du guérisseur à celle du thérapeute. Dans I. Celestin-L'Hopiteau (Dir.), *Changer par la thérapie* (p. 142-170). Dunod.

Champion, F. (1993a). La Croyance en l'Alliance de la science et de la religion dans les nouveaux courants mystiques et esoteriques. *Archives de sciences sociales des religions*, *38*(82), 205-222. JSTOR.

Champion, F. (1993b). Religieux flottant, éclectisme et syncrétisme. *Le fait religieux*, 741-772.

Champion, F. (2003). La religion n'est plus ce qu'elle était. *Revue du MAUSS*, *22*(2), 171-180.

Chao, M. T., Wade, C., & Kronenberg, F. (2008). Disclosure of Complementary and Alternative Medicine to Conventional Medical Providers : Variation by Race/Ethnicity and Type of CAM. *Journal of the National Medical Association*, *100*(11), 1341-1349.

Chaperot, C. (2011). Phénomènes d'allure télépathique dans la relation thérapeutique avec des patients schizophrènes : Hypothèse d'une potentielle nocivité de la pensée soignante. *L'Évolution Psychiatrique*, *76*(2), 273-286.

Charrasse, F. (2018). Modernes parce que traditionnels ? *Politix*, *3*(123), 87-113.

Charrasse, F. (2019a). Le travail de l'énergie. *L'Homme*, *2*(230), 41-70.

Charrasse, F. (2019b). La guerre des médecines. Quand le croire se retrouve au cœur d'une crise institutionnelle. *In Analysis*, *3*(3), 308-315.

Chen, M.-C., Fang, S.-H., & Fang, L. (2015). The effects of aromatherapy in relieving symptoms related to job stress among nurses. *International Journal of Nursing Practice*, *21*(1), 87-93.

Cherniack, E. P., Ceron-Fuentes, J., Florez, H., Sandals, L., Rodriguez, O., & Palacios, J. C. (2008). Influence of race and ethnicity on alternative medicine as a self-treatment preference for common medical conditions in a population of multi-ethnic urban elderly. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *14*(2), 116-123.

Chertok, L. (2002). *L'hypnose : Théorie, pratique et technique*. Payot.

Chertok, L., & Stengers, I. (1989). *Le coeur et la raison : L'hypnose en question de Lavoisier à Lacan*. Payot.

Chervet, B. (2011). Compulsion, répétition et réduction. Dans Chervet, B., Strochlic C.-J. (Dir.), *La compulsion de répétition* (p. 7-36). Presses Universitaires de France.

Chetrit-Vatine, V. (2016). Offre d'analyse, l'offre de l'analyste. Dans Dejours, C., Votadoro, F. (Dir.), *La séduction à l'origine* (p. 339-366). Presses Universitaires de France.

Chevassus-Marchionni, V. (2012). Croyance et psychanalyse. Liminaire. *Laval théologique et philosophique*, *68*(3), 527-530.

Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, *2*(2), 397-433.

Ciccone, A. (2018). Les « bords » de la réalité psychique et de la psychanalyse. Dans A. Ciccone (Dir.), *Aux frontières de la psychanalyse* (p. 13-40). Dunod.

Civitarese, G. (2018). Traduire l'expérience : Le concept de transformation chez Bion et dans la théorie post-bionienne du champ analytique. *Revue francaise de psychanalyse*, *82*(5), 1327-1386.

Cohen, M. (1998). Revitalisation, décomposition ou redéfinition du catholicisme. *Recherches sociologiques*, *2*, 18.

Colloca, L., & Benedetti, F. (2009). Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain*, *144*(1), 28-34.

Colloca, L., & Miller, F. G. (2011). How placebo responses are formed : A learning perspective. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *366*(1572), 1859-1869.

Committee on the use of complementary and alternative medecine by the american public. (2005). *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. National Academies Press.

Conan Doyle, S. A. (1927). *Histoire du spiritisme*. Dunod.

Cooke, B., & Ernst, E. (2000). Aromatherapy : A systematic review. *British Journal of General Practice*, *50*(455), 493-496.

Crespin, G. C., Debret, R., Letailleur, D., Allombert, M., & Zerbib, V. (2020). Le travail à domicile. *Cahiers de PreAut, 1*(17), 69-80.

Cuchet, G. (2007). Le retour des esprits, ou la naissance du spiritisme sous le Second Empire. *Revue d'histoire moderne & contemporaine, 54-2*, 74-90.

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*(1), 207-231.

Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : Le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique, 29*(1), 83-100.

Cupa, D. (2008a). Entretien avec Michel de M'Uzan. *Le Carnet PSY, 127*(5), 43-49.

Cupa, D. (2008b). La complexité psychosomatique. *Le Carnet PSY, 126*(4), 24-28.

Cuvelier, A. (1987). *Hypnose et suggestion : De Liébeault à Coué*. Presses universitaires de Nancy.

Cuzzocrea, C. (2000). *Le magnétisme : Un don de soi* [Mémoire de maitrise en ethnologie, Université de Metz].

Kessler-Bilthauer, D. (2017). Ce que proche veut dire. La proximité de l'ethnographe dans ses relations avec les guérisseurs-désenvoûteurs lorrains (France). *Emulations, 22*, 51-65.

Dahlstrom, M. F., & Scheufele, D. A. (2018). (Escaping) the paradox of scientific storytelling. *PLoS Biology, 16*(10).

Dalla Libera, D., Colombo, B., Pavan, G., & Comi, G. (2014). Complementary and alternative medicine (CAM) use in an Italian cohort of pediatric headache patients : The tip of the iceberg. *Neurological Sciences, 35*(1), 145-148.

Darnton, R. (1968). *Mesmerism and the End of the Enlightenment in France*. Harvard University Press.

de la Fuente-Fernandez, R., Ruth, T., Sossi, V., Schulzer, M., Calne, D. B., & Stoessl, A. J. (2001). Expectation and Dopamine Release : Mechanism of the Placebo Effect in Parkinson's Disease. *Science, 293*(5532), 1164-1166.

De Martino, E. (1971). *Le Monde Magique* (2e éd.). Institut Synthélabo.

De Mijolla, A. (2002). *International dictionary of psychoanalysis. Dictionnaire international de la psychanalyse*. Calmann-Levy.

DE M'UZAN, M. (1984). Les esclaves de la quantité. *Nouvelle revue de psychanalyse, 30*, 129-138.

Dejours, C. (1995). Doctrine et théorie en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique, 7*(1), 59.

Dejours, C. (1997). Le « choix de l'organe » en psychosomatique : Une question périmée ? *Psychologie clinique et projective, 3*(1), 3-18.

Dejours, C. (2004). Le corps entre séduction et clivage. Dans J. Aïn, *Résonances* (p. 59-83). Erès.

Dejours, C. (2008). Psychosomatique et troisième topique. *Le Carnet PSY, 126*(4), 38-40.

Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique, Volume 85*(3), 227-234.

Deleuze, J. P. F. (1813). *Histoire critique du magnétisme animal*. Mame.

Deleuze, J. P. F. (1825). *Instruction pratique sur le magnétisme animal ; Suivie d'une lettre écrite à l'auteur par un médecin étranger*. Dentu.

de M'Uzan, M. (1976). Contre-transfert et système paradoxal. *Revue française de psychanalyse,* 40(3), 575-590.

de Oca, M. M., (2018). Le champ analytique. Un concept clinique. *Revue française de psychanalyse, 82*(2), 538-544.

de Chastenet Puységur, A. M. J., (1820). *Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*. Dentu.

de Chardin, P. T. (1955). *Le phénomène humain*. Les Editions du Cerf.

Depres, S. (2008). *Tentative d'approche de « guérisseurs » en France selon les concepts de la psychologie analytique jungienne* [Mémoire de recherche, Ecole de psychologues praticiens, Université Catholique de Paris].

Dericquebourg, R. (1997). La guérison par la religion. *Revue française de psychanalyse*, *61*(2), 965-979.

Dericquebourg, R. (2004). Comment les thérapies religieuses sont-elles plausibles? *Politica Hermetica*, *18,* 11-25.

de Souza Cavalcante, R., Banin, V. B., de Moura Ribeiro Paula, N. A., Daher, S. R., Habermann, M. C., Habermann, F., Bravin, A. M., da Silva, C. E. C., & de Andrade, L. G. M. (2016). Effect of the Spiritist "passe" energy therapy in reducing anxiety in volunteers : A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, *27*, 18-24.

de Urtubey, L. (1994). Le travail de contre-transfert. *Revue française de psychanalyse, 58S,* 1271-1372.

Devereux, G. (1969). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (3e éd.). Flammarion.

Devereux, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (3e éd.). Gallimard.

Donovan, J. L. (1995). Patient Decision Making : The Missing Ingredient in Compliance Research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *11*(3), 443-455.

Doppet, (1784). *Traité théorique et pratique du magnétisme animal.* Académie Royale des sciences.

Duerden, T. (2004). An aura of confusion Part 2 : The aided eye--"imaging the aura?". *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, *10*(2), 116-123.

Durville, (1895). *L'enseignement du magnétisme*. Librairie du Magnétisme.

Easter, A. (2011). *Toward a model of distant healing* [Thèse de doctorat en Philosophie, Université d'Edimbourg].

Easter, A., & Watt, C. (2011). It's good to know : How treatment knowledge and belief affect the outcome of distant healing intentionality for arthritis sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(2), 86-89.

Edelman, N. (1995). *Voyantes, Guérisseuses et Visionnaires en France : 1785-1914.* Albin Michel.

Edelman, N. (2006). *Histoire de la voyance et du paranormal : Du XVIIIe siècle à nos jours.* Seuil.

Edelman, N. (2009). Un savoir occulté ou pourquoi le magnétisme animal ne fut-il pas pensé « comme une branche très curieuse de psychologie et d'histoire naturelle » ? *Revue d'histoire du XIXe siècle*, *38*, 115-132.

Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Rompay, M. V., & Kessler, R. C. (1998). Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997 : Results of a Follow-up National Survey. *JAMA*, *280*(18), 1569-1575.

Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L. (1993). Unconventional Medicine in the United States – Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *New England Journal of Medicine*, *328*(4), 246-252.

Ellenberger, H. (2001). *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Fayard.

Ellenberger, H. (1995). *Médecines de l'âme. Essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques*. Fayard.

Elstein, A. S. (2009). Thinking about diagnostic thinking : A 30-year perspective. *Advances in Health Sciences Education*, *14*(S1), 7-18.

Enns, A. (2021). Satellites and Psychics : The Militarization of Outer and Inner Space, 1960–95. Dans A. C. T. Geppert, D. Brandau, & T. Siebeneichner (Éds.), *Militarizing Outer Space : Astroculture, Dystopia and the Cold War* (p. 257-282). Palgrave Macmillan.

Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine : A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*(2), 252-257.

Ernst, E. (2003). Distant healing—An "update" of a systematic review. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *115*(7), 241-245.

Ernst, E. (2011). Paranormal healing : What is the way forward? *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(5), 287.

Ernst, E., & Smith, K. (2018). *More Harm than Good?* Springer International Publishing.

Etchegoyen, H. (2001). Quelques réflexions sur l'histoire de la technique psychanalytique. Dans A. de Mijolla (Dir.), *Evolution de la clinique psychanalytique* (p. 59-80). L'esprit du temps.

Evrard, R. (2010). Schizotypie ou névrose ? La place des expériences réputées psychotiques. *Perspectives Psy*, *49*(3), 230-240.

Evrard, R. (2013). Psychopathologie et expériences exceptionnelles : Une revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, *78*(1), 155-176.

Evrard, R. (2016). *Enquête sur 150 ans de parapsychologie—La légende de l'esprit*. Trajectoire.

Evrard, R., & Maléfan, P. L. (2010). Une marge de la psychopathologie contemporaine : Les « enfants indigo ». *L'information psychiatrique*, *86*(5), 413-421.

Evrard, R., & Rabeyron, T. (2012). Les psychanalystes et le transfert de pensée : Enjeux historiques et actuels. *L'Évolution Psychiatrique*, *77*(4), 589-598.

Faimberg, H. (2005). Apres-coup. *The International Journal of Psychoanalysis*, *86*(1), 1-13.

Faimberg, H. (2009). Après-coup et construction. *Revue française de psychanalyse*, *73*(2), 473-486.

Fain, M. (1966). Régression et psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, *30D*(4) 451-456.

Faivre, A. (2001). Histoire des courants ésotériques et mystiques dans l'Europe contemporaine et moderne. *Annuaires de l'École pratique des hautes études, Section des sciences religieuses, 110, 403-413*.

Fajnwaks, F. (2003). La machine à attraper l'orgone de Wilhelm Reich. Dans F. Hulak (Dir.), *Pensée psychotique et création de systèmes* (p. 255-268). Érès.

Falissard, B. (2019). Croire et soigner : Réflexions autour d'une crise de la modernité en médecine. *In Analysis*, *3*(3), 258-260.

Faure, C. (2015). Le rôle de l'imagination créative dans la vie psychique. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *105*(1), 85-93.

Faure, O. (2020). Esquisse d'une histoire des marges médicales en France (XIXe—Milieu XXe siècle). *Histoire, médecine et santé*, *15*, 127-139.

Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Gallimard.

Favret-Saada, J. (1986). L'invention d'une thérapie : La sorcellerie bocaine 1887-1970. *Le Débat*, *40*(3), 29.

Favret-Saada, J. (1991). Le désorcèlement comme thérapie. *Ethnologie française*, *21*(2), 160-174.

Favret-Saada, J. (2009). *Désorceler*. Editions de l'Olivier.

Feder, F. (1990). Le mythe de la genèse. A propos des stérilités féminines : Psychosomatique ou «psychosomatisme». *Revue française de psychanalyse*, *54*(3), 689-705.

Feinstein, B., Langton, J. N. K., Jameson, R. M., & Schiller, F. (1954). Experiments on pain referred from deep somatic tissues. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, *36*(5), 981-997.

Fejtö, K. (2019). Pourquoi la télépathie ? Discussion de l'article de Thomas Rabeyron, Renaud Evrard, Claudie Massicotte. *Revue francaise de psychanalyse*, *83*(4), 1253-1264.

Fennell, D., Liberato, A. S. Q., & Zsembik, B. (2009). Definitions and patterns of CAM use by the lay public. *Complementary Therapies in Medicine*, *17*(2), 71-77.

Ferenczi, S. (1949). Confusion of the Tongues Between the Adults and the Child—(The Language of Tenderness and of Passion, 1932). *International Journal of Psycho-Analysis*, *30*, 5.

Ferenczi, S. (2012). Les pathonévroses (1917). *Revue française de psychosomatique*, *42*(2), 117-127.

Ferro, A. (2015). *Le champ analytique. Un concept clinique.* Editions d'Ithaque.

Fine, A. (1995). L'opératoire comme négatif de la réalité psychique. *Revue francaise de psychanalyse, no 59*(1), 173-188.

Fiorio, M., Recchia, S., Corrà, F., Simonetto, S., Garcia-Larrea, L., & Tinazzi, M. (2012). Enhancing non-noxious perception : Behavioural and neurophysiological correlates of a placebo-like manipulation. *Neuroscience*, *217*, 96-104.

Fischler, C. (1996). Pensée magique et utopie dans la science. De l'incorporation à la « diète méditerranéenne ». *Cahiers de l'OCHA*, *5*, 1-17.

Fjær, E. L., Landet, E. R., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2020). The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *20*(1), 108.

Fønnebø, V., Kristiansen, T. T., Falkenberg, T., Hegyi, G., Hök, J., di Sarsina, P. R., & Wiesener, S. (2012). *Legal status and regulation of CAM in Europe*.

Fourcade, J.-M. (2010). La technique active. Dans J.-M. Fourcade (Dir.), *Les patients-limites* (p. 159-163). Erès.

Fragu, P. (2004). La relation médecin-patient : Histoire d'une transformation. *Éthique & Santé*, *1*(1), 26-31.

Frazer, S. J. G., & Frazer, L. L. G. (1923). *Le rameau d'or*. P. Geuthner.

Freud, S. (1915). *Pulsions et destins des pulsions*. Payot & Rivages.

Freud, S. (1917a). *Deuil et mélancolie*. Payot.

Freud, S. (1917b). *Leçons d'introduction à la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1919). Doit-on enseigner la psychanalyse à l'université ? Dans Freud, S., *Résultats, idées, problèmes* (1, p. 239-242). Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1924). *Totem et Tabou* (3e éd.). Payot.

Freud, S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse* (3e éd.). Gallimard.

Freud, S. (1933). Une difficulté de la psychanalyse. Dans Freud, S., *Essais de psychanalyse appliquée* (p. 133-147). Gallimard

Freud, S. (1934). Malaise dans la Civilisation. *Revue française de psychanalyse, 7*(4), 692-769.

Freud, S. (1935). *Cinq psychanalyses*. Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1937). Constructions dans l'analyse. Dans Freud, S., *Résultats, idées, problèmes* (2, p. 269-281). Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1948). *Esquisse d'une psychologie/Entwurf einer Psychologie*. Erès.

Freud, S. (2004). Remémoration, répétition et perlaboration. *Libres cahiers pour la psychanalyse, 9*(1), 13-22.

Freud, S. (2007). *La technique psychanalytique*. Presses Universitaires de France.

Friedmann, D. (1981). *Les guérisseurs : Splendeurs et misères du don*. A.M. Métailié.

Gainot, B. (2018). Des baquets sous les Tropiques. À propos de la diffusion du magnétisme animal à Saint-Domingue en 1784. *Annales historiques de la Revolution francaise*, *1*(391), 81-104.

Gallese, V. (2009). Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification. *Psychoanalytic Dialogues*, *19*(5), 519-536.

Gélard, M.-L. (2016). L'anthropologie sensorielle en France. Un champ en devenir ? *L'Homme. Revue française d'anthropologie, 217*, 91-107.

Gensini, G. F., Conti, A. A., & Conti, A. (2005). Past and present of « what will please the lord » : An updated history of the concept of placebo. *Minerva Medica, 96*(2), 121-124.

Geoffroy, M. (2000). Pour une typologie du nouvel âge. *Cahiers de recherche sociologique*, *33*, 51-83.

Georgieff, N. (2008). L'empathie aujourd'hui : Au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La psychiatrie de l'enfant*, *51*(2), 357-393.

Geuter, U., Heller, M. C., & Weaver, J. O. (2010). Elsa Gindler and her influence on Wilhelm Reich and body psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *5*(1), 59-73.

Ghasarian, C. (2006). Réflexions sur les rapports entre le corps, la conscience et l'esprit dans les représentations et pratiques néo-chamaniques. Dans O. Schmitz (Dir.), *Les médecines en parallèle* (p. 139-172). KARTHALA Editions.

Gil, J. (2000). Les petites perceptions. *Chimères. Revue des schizoanalyses*, *39*(1), 9-20.

Gingras, B., Pohler, G., & Fitch, W. T. (2014). Exploring Shamanic Journeying : Repetitive Drumming with Shamanic Instructions Induces Specific Subjective Experiences but No Larger Cortisol Decrease than Instrumental Meditation Music. *PLoS ONE*, *9*(7).

Girardin, D (1784). *Observations adressées à Mrs. Les commissaires de la Société royale de médecine, nommés par le roi pour faire l'examen du magnétisme animal ... Par un médecin de Province*. Librairie Royer.

Godbout, J. (2000). *Le don, la dette et l'identité : Homo donator versus homo oeconomicus*. Découverte.

Godfrind-Haber, J., & Haber, M. (2002). L'expérience agie partagée. *Revue francaise de psychanalyse, 66*(5), 1417-1460.

Godignon, L. (2018, 22 mars). « Fake médecine » : Des professionnels se rebiffent contre les « médecines alternatives ». *L'Express.fr*.

Goldman, M. (2012). *The American Soul Rush : Esalen and the Rise of Spiritual Privilege*. NYU Press.

Golse, B. (2007). Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été. *Le Carnet PSY, 117*(4), 39-47.

Golse, B. (2011). De l'empathie et de l'intersubjectivité primaires, à l'empathie et à l'intersubjectivité secondaires : Le travail de la polysensorialité. *Le Carnet PSY, 157*(8), 35-37.

Graber, M. L., Kissam, S., Payne, V. L., Meyer, A. N. D., Sorensen, A., Lenfestey, N., Tant, E., Henriksen, K., LaBresh, K., & Singh, H. (2012). Cognitive interventions to reduce diagnostic error : A narrative review. *BMJ Quality & Safety*, *21*(7), 535-557.

Grad. B. (1965). Some biological effects of laying on of hands: A review of experiments with animals and plants. Journal of the American Society for Psychical Research, 59, 95–127.

Grauer, P. (2002). Régression, décharge émotionnelle, catharsis. *Gestalt*, *23*(2), 69-83.

Green, A. (1999). Sur la discrimination et l'indiscrimination affect-représentation. *Revue francaise de psychanalyse, 63*(1), 217-272.

Green, A. (2000). *Le temps éclaté*. Les éditions de minuit.

Green, A. (2011). Répétition et compulsion de répétition. Relation à l'objet et aliénation à l'objet. Quelques hypothèses sur la fonction de la compulsion de répétition. Dans B. Chervet, C.-J. Strochlic (Dir.), *La compulsion de répétition* (p. 63-70). Presses Universitaires de France.

Green, A. (2017). Négatif et négation en psychanalyse. *Revue française de psychosomatique, 52*(2), 163-190.

Gremion, G., Gaillard, D., Leyvraz, P.-F., & Jolles, B. M. (2009). Effect of Biomagnetic Therapy Versus Physiotherapy for Treatment of Knee Osteoarthritis : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41*(13), 1090-1095.

Greyson, B. (1993). Near-death experiences and the physio-kundalini syndrome. *Journal of religion and health*, *32*(4), 277-290.

Grimaud, E. (2018). La face obscure de la clairvoyance. Petite histoire des machines à mesurer l'aura. *Cahiers d'anthropologie sociale, 17*(2), 152-176.

Guénon, R. (1952). *Initiation et réalisation spirituelle*. Les Editions traditionnelles.

Guignard, F., & Bokanowski, T. (2007). *Actualité de la pensée de Bion*. In press.

Guillaud, A. (2020). *Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France* [Thèse de Doctorat en Médecine humaine et pathologie, Université Grenoble Alpes].

Guillaud, A., Allenet, B., & Pinsault, N. (2020). Does dissatisfaction with physicians lead patients to alternative practitioners ? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *39*.

Guillaumin, J. (1995). Théorie du négatif ou pensée au négatif en psychanalyse. Dans A. Green, B. Favarel-Guarrigues, J. Guillaumin, P. Fédida, *Le négatif* (p. 129-168). L'Esprit du temps.

Guillemain, H. (2013a). Autoguérison et minimalisme thérapeutique dans la France des années 1920. *Revue d'anthropologie des connaissances*, *7*, n° *3*(3), 639-653.

Guillemain, H. (2013b). *La Méthode Coué : Histoire d'une pratique de guérison au XXe siècle*. Seuil.

Gurney, E., Myers, F. W. H., & Podmore, F.; (1892). *Les hallucinations télépathiques* (2e éd.). Alcan.

Güthlin, C., Anton, A., Kruse, J., & Walach, H. (2012). Subjective Concepts of Chronically Ill Patients Using Distant Healing. *Qualitative Health Research*, *22*(3), 320-331.

Guy, J.-B., Bard-Reboul, S., Trone, J.-C., Vallard, A., Espenel, S., Langrand-Escure, J., Hamrouni, A., Mrad, M. B., Morisson, S., Michaud, P., Magné, N., & Rancoule, C. (2017). Healing touch in radiation therapy : Is the benefit tangible? *Oncotarget*, *8*(46), 81485-81491.

Hartung, T., & Steinbrecher Gyrhofst, M. (2019). De la douleur somatique à la douleur psychique : Le corps dans le champ analytique. *L'Année psychanalytique internationale*, *2019*(1), 79.

Hawranik, P., Johnston, P., & Deatrich, J. (2008). Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research*, *30*(4), 417-434.

Heller, M. (2008a). Wilhelm Reich (1897-1957) : Le corps et l'organisme deviennent des notions incontournables en psychothérapie. Dans M. Heller, *Psychothérapies corporelles*, (p. 367-422). De Boeck.

Heller, M. (2008b). L'après Reich (1945-2000). Dans M. Heller, *Psychothérapies corporelles*, (p. 423-468). De Boeck.

Hickey, W. S. (2019). *Mind Cure : How Meditation Became Medicine*. Oxford University Press.

Hintz, K. J., Yount, G. L., Kadar, I., Schwartz, G., Hammerschlag, R., & Lin, S. (2003). *BioEnergy Definitions and Research Guidelines*. *9*, 37.

Hoenders, H. J. R., Appelo, M. T., van den Brink, E. H., Hartogs, B. M. A., & de Jong, J. T. V. M. (2011). The Dutch Complementary and Alternative Medicine (CAM) Protocol : To Ensure the Safe and Effective Use of Complementary and Alternative Medicine Within Dutch Mental Health Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *17*(12), 1197-1201.

Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground : Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine*, *62*(3), 731-744.

Hommel, B., Sellaro, R., Fischer, R., Borg, S., & Colzato, L. S. (2016). High-Frequency Binaural Beats Increase Cognitive Flexibility : Evidence from Dual-Task Crosstalk. *Frontiers in Psychology*, *7*.

Honda, K., & Jacobson, J. S. (2005). Use of complementary and alternative medicine among United States adults : The influences of personality, coping strategies, and social support. *Preventive Medicine*, *40*(1), 46-53.

Horden, P. (2017). *Music as Medicine : The History of Music Therapy Since Antiquity*. Routledge.

Howe, L. (2019). *Guérir grâce aux mémoires akashiques : De nos blessures sacrées à la lbération intérieure*. Véga.

Hróbjartsson, A., & Gøtzsche, P. C. (2001). Is the Placebo Powerless? *New England Journal of Medicine*, *344*(21), 1594-1602.

Hufford, D. J., Sprengel, M., Ives, J. A., & Jonas, W. (2015). Barriers to the Entry of Biofield Healing Into "Mainstream" Healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*, *4*(suppl), 79-88.

Hunt, H. (2018). Intimations of a Spiritual New Age : II. Wilhelm Reich as Transpersonal Psychologist. Part I: Context, Development, and Crisis in Reich's Bio-energetic Spiritual Psychology. *International Journal of Transpersonal Studies*, *37*(2).

Hur, M.-H., Song, J.-A., Lee, J., & Lee, M. S. (2014). Aromatherapy for stress reduction in healthy adults : A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Maturitas*, *79*(4), 362-369.

Illouz, E., Cabanas, E., & Joly, F. (2018). *Happycratie—Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*. Premier Parallèle.

Jackson, E., Kelley, M., McNeil, P., Meyer, E., Schlegel, L., & Eaton, M. (2008). Does Therapeutic Touch Help Reduce Pain and Anxiety in Patients With Cancer? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *12*(1), 113-120.

Jadoulle, V. (2003). Les dérives de la pensée psychosomatique. *L'Évolution Psychiatrique*, *68*(2), 261-270.

Janet, P. (1920). La tension psychologique, ses degrés, ses oscillations. *British Journal of Medical Psychology*, *1*(1), 1-15.

Johannessen, B. (2009). Why do Norwegian nurses leave the public health service to practice CAM ? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *15*(3), 147-151.

Jolliot, C. (2003). *Les notions de force vitale et d'énergie. Permanence culturelle, nécessité conceptuelle*. L'Harmattan.

Jørgensen, K. J., Hróbjartsson, A., & Gøtzsche, P. C. (2009). Divine intervention? A Cochrane review on intercessory prayer gone beyond science and reason. *Journal of Negative Results in BioMedicine*, *8*(1), 7.

Jorion, P., & Delbos, G. (1980). La Notion spontanée de magie dans le discours anthropologique. *L'Homme, 20*(1), 91-103.

Joyce, J., & Herbison, G. P. (2015). Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*.

Julliard, A. (1982). Le Don du guérisseur. Une position religieuse obligée. *Archives de Sciences Sociales des Religions*, *54*(1), 43-61.

Jung, C. G. (1915). *The Theory of Psychoanalysis*. Journal of nervous and mental disease publishing Company.

Jung, C. G. (1947). *L'énergétique psychique* (5e éd.). Livre de Poche.

Jung, C. G. (1952). *Synchronicité et Paracelsica*. Albin Michel.

Jung, J., & Roussillon, R. (2013). L'identité et le « double transitionnel ». *Revue française de psychanalyse*, *77*(4), 1042-1054.

Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, *117*(4), 33.

Kaës, R. (2010). *L'appareil psychique groupal (3e* éd). Dunod.

Kahneman, D. (2012). *Système 1, système 2 : Les deux vitesses de la pensée*. Flammarion.

Kapsambelis, V. (2020). Freud et les sciences de la vie. *Revue française de psychanalyse*, *84*(4), 833-843.

Kaptchuk, T. J. (2001). The double-blind, randomized, placebo-controlled trial : Gold standard or golden calf? *Journal of Clinical Epidemiology*, *54*(6), 541-549.

Kaptchuk, T. J. (2011). Placebo studies and ritual theory : A comparative analysis of Navajo, acupuncture and biomedical healing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, *366*(1572), 1849-1858.

Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., Kirsch, I., Schyner, R. N., Nam, B. H., Nguyen, L. T., Park, M., Rivers, A. L., McManus, C., Kokkotou, E., Drossman, D. A., Goldman, P., & Lembo, A. J. (2008). Components of placebo effect : Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *336*(7651), 999-1003.

Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Deykin, A., Wayne, P. M., Lasagna, L. C., Epstein, I. O., Kirsch, I., & Wechsler, M. E. (2008). Do "placebo responders" exist? *Contemporary Clinical Trials*, *29*(4), 587-595.

Kardec, A. (1861). *Le Livre des esprits.* Didiet et Cie.

Katz, Y. (2013). Against storytelling of scientific results. *Nature Methods*, *10*(11), 1045-1045.

Kennel, S., (2018, 11 octobre), Voyage au pays des guérisseurs romands [documentaire]. *Temps Présent*. RTS.

Kessler-Bilthauer, D. (2013). *Guérisseurs contre sorciers dans la Lorraine du XXIe siècle*. Serpenoise.

Kessler-Bilthauer, D., & Evrard, R. (2018). *Sur le divan des guérisseurs… et des autres : À quels soins se vouer?* Archives contemporaines.

Kienle, G. S., & Kiene, H. (1997). The powerful placebo effect : Fact or fiction? *Journal of clinical epidemiology*, *50*(12), 1311-1318.

Kirlian, S. D., & Kirlian, V. Kh. (1974). High frequency currents and photography. *Psychoenergetic Systems*, *1*(1), 21-24.

Kivari, K. (2015). The Theory of the Earth Energy : Academia and the Vernacular in Search of the Supernatural. *Implicit Religion*, *18*(3), 399-421.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *27*, 99-110.

Klein, M. (1952). Les origines du transfert. *Revue française de psychanalyse*, *16*(1-2), 204-214.

Kleist, P. (2006). Quatre effets, phénomènes et paradoxes de la médecine. *Forum Médical Suisse*, *6*(46), 1023-1027.

Korff-Sausse, S. (2006). Contre-transfert, cliniques de l'extrême et esthétique. *Revue française de psychanalyse*, *70*(2), 507-520.

Korff-Sausse, S. (2010). Le psychanalyste « écrivant ». Écrire la psychanalyse avec W. R. Bion. *Revue francaise de psychanalyse*, *74*(2), 389-400.

Kornwachs, K. (1998). Pragmatic Information and the Emergence of Meaning. Dans G. van de Vijver, S. N. Salthe, & M. Delpos (Éds.), *Evolutionary Systems : Biological and*

Epistemological Perspectives on Selection and Self-Organization (p. 181-196). Springer Netherlands.

Korotkov, K., & Wisneski, L. A. (2004). Assessing Biophysical Energy Transfer Mechanisms in Living Systems : The Basis of Life Processes. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, *10*(1), 44-57.

Koshi, E. B., & Short, C. A. (2007). Placebo theory and its implications for research and clinical practice : A review of the recent literature. *Pain Practice*, *7*(1), 4-20.

Kreidler, M. (1994, 1 septembre). If Looks Could Kill and Words Could Heal. *Skeptical Inquirer*.

Kreidler, M. (2019, 1 novembre). Therapeutic Touch : Responses to Objections to the JAMA Paper. *Quackwatch*.

Kripal, J. J. (2008). *Esalen : America and the religion of no religion* (Paperback edition). The University of Chicago Press.

Kripal, J. J., & Shuck, G. W. (2005). *On the Edge of the Future : Esalen and the Evolution of American Culture*. Indiana University Press.

Kristeva, J. (2006). La passion selon Thérèse d'Avila. *Topique*, *96*(3), 39-50.

Ksensée, A. (2008). De l'excitation... *Revue française de psychosomatique*, *33*(1), 181-187.

Kuo, W.-H. (2020). You've got the point? Acupuncture and the techno-politics of bodyscape. In *Global health and the new world order* (p. 130-153). Manchester University Press.

Kurdi, M. S., & Gasti, V. (2018). Intraoperative Meditation Music as an Adjunct to Subarachnoid Block for the Improvement of Postoperative Outcomes Following Cesarean Section : A Randomized Placebo-controlled Comparative Study. *Anesthesia, Essays and Researches*, *12*(3), 618-624.

Lafon, V., & Dauger, S. (2021). *Chroniques d'un Dragonnier : Témoignage d'une exploration inédite via l'hypnose*. Books on Demand.

Laplanche, J. (1987a). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse : La séduction originaire* (3e éd.). Presses Universitaires de France.

Laplanche, J. (1987b). *Problématiques V : Le Baquet. Transcendance du transfert* (3e éd.). Presses Universitaires de France.

Laplanche, J. (1997). Buts du processus psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, *61*(4), 1181-1194.

Laplanche, J. (2014). La pulsion et son objet-source. Son destin dans le transfert. *Annuel de l'APF*, *2014*(1), 201-216.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie : Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine* (3e éd.). Payot.

Laplantine, F., & Rabeyron, P.-L. (1987). *Les médecines parallèles*. Que sais-je ?

Laszlo, E. (2005). *Science et champ akashique*. Ariane.

Lavallée, G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi : Perception et hallucinatoire*. Dunod.

Lavallée, G. (2003). L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire. *Cahiers de psychologie clinique*, *20*(1), 57-87.

Le Breton, D. (1991). Corps et anthropologie : De l'efficacité symbolique. *Diogène, 153,* 92-107.

Le Breton, D. (1993). De l'efficacité symbolique. Dans C. Clanet, *Corps, culture et thérapies* (p. 75-88). Presses universitaires du Mirail.

Le Breton, D. (2017). *Anthropologie du corps et modernité*. Presses Universitaires de France.

Le Guen, C. (1995). Le principe de réalité psychique. *Revue française de psychanalyse, 59*(1), 9-26.

Le Guen, C. (2001). Quelque chose manque... *Revue française de psychanalyse, 65*(1), 37-70.

Lebrun, J.-P. (2015). *La perversion ordinaire : Vivre ensemble sans autrui*. Flammarion.

Lebrun, P. (1977). Thérapie néo-reichienne. *Santé mentale au Québec, 2*(2), 103.

Leclaire, M. (2003). The 'mad scientists' : Psychoanalysis, dream and virtual reality. *The International Journal of Psycho-Analysis, 84*(2), 331-346.

Leclaire, M., & Scarfone, D. (2004). Épreuve de réalité et jeu. *Revue française de psychanalyse, 68*(1), 19-37.

Lefebvre, T. (2012). Émile Coué et les médias. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, *99*(376), 519-521.

Leibovici, L. (2001). Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection : Randomised controlled trial. *BMJ : British Medical Journal*, *323*(7327), 1450-1451.

Lemoine, P. (2011). Pharmacologie de l'âme ou le mystère du placebo. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 195*(7), 1465-1476.

Levin, J. (2011). Energy Healers : Who They Are and What They Do. *Explore, 7*(1), 13-26.

Levin, M. (2020). Revisiting Burr and Northrop's "The Electro-Dynamic Theory of Life" (1935). *Biological Theory, 15*, 83-90.

Levine, J. D., Gordon, N. C., & Fields, H. L. (1978). The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet, 312*(8091), 654-657.

Lévi-Strauss, C. (1949a). Le sorcier et sa magie. *Les temps modernes*, *41*, 3-24.

Lévi-Strauss, C. (1949b). L'Efficacité Symbolique. *Revue de l'histoire des religions*, *135*(1), 5-27.

Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology : Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology, 4*(1), 2-22.

Lonie, I. (1991). Chaos theory : A new paradigm for psychotherapy? *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 25*(4), 548-560.

Louit, É. (2012). Quel travail possible pour le psychologue clinicien au domicile des personnes ? *Vie sociale et traitements, 116*(4), 84-90.

Lowen, A. (1976). *La bio-énergie*. Tchou.

Luchetti, A. (2016). Pour une critique de la pratique en psychanalyse. Dans C. Dejours, F. Votadoro (Dir.), *La séduction à l'origine* (p. 125-161). Presses Universitaires de France.

Ma, K.-W. (2000). Acupuncture : Its Place in the History of Chinese Medicine. *Acupuncture in medicine, 18*(2), 88-99.

Mackenzie, E., Taylor, L., Bloom, B., Hufford, D., & Johnson, J. (2002). Ethnic minority use of complementary and alternative medicine (CAM) : A national probability survey of CAM utilizers. *Alternative therapies in health and medicine, 9*, 50-56.

Majault, M.-J., Franklin, B., Bailly, J. S., d'Arcet, J., & De Lavoisier. (1784). *Rapport des commissaires chargés par le Roi de l'examen du magnétisme animal, imprimé par ordre du Roi*.

Maluf, S. W. (2007). Des mythes collectifs et des récits personnels : Guérison rituelle, travail thérapeutique et émergence du sujet dans les cultures du Nouvel Âge. *ethnographiques.org, 14*.

Mannoni, O. (1969). *Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre Scène*. Média Diffusion.

Marcellini, A., Turpin, J.-P., Rolland, Y., & Ruffié, S. (2000). Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives : Une éducation à un « autre corps » ? *Corps et culture, 5*.

Marks, L. (2013). Freud and Fechner, desire and energy, hermeneutics and psychophysics. Dans H.-G. Geissler, S. W. Link, & J. T. Townsend, *Cognition, Information Processing, and Psychophysics : Basic Issues* (p. 23-43). Psychology Press.

Martin-Vallas, F. (2015). *La chimère transférentielle : Proposition épistémologique, neuroscientifique et clinico-théorique du transfert psychanalytique comme système complexe* [Thèse de doctorat en psychologie, Université Lyon 2].

Marty, P. (1968). La dépression essentielle. *Revue française de psychanalyse*, *32*(3), 595-598.

Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique : Les mouvements individuels de vie et de mort* (Vol. 2). Payot Paris.

Marty, P., De M'Uzan, M., & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Presses Universitaires de France.

Matschuck, A. (2011). Non-Local Correlations in Therapeutic Settings? A Qualitative Study on the Basis of Weak Quantum Theory and the Model of Pragmatic Information. *Axiomathes, 21*(2), 249-261.

Mauss, M. (1903). L'origine des pouvoirs magiques dans les sociétés australiennes. *Annuaires de l'École pratique des hautes études*, *17*(13), 1-55.

Mauss, M. (1923). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives. *L'Année sociologique, seconde série*, *1*.

Mauss, M. (1926). Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité : Australie, Nouvelle-Zélande. *Journal de Psychologie Normale et Pathologique, 1, 653-669*.

Mauss, M. (1936). Les Techniques du corps. *Journal de psychologie, 32*(3-4).

Mauss, M., & Hubert, H. (1904). *Esquisse d'une théorie générale de la magie*. Presses Universitaires de France.

Mayberg, H. S., Silva, J. A., Brannan, S. K., Tekell, J. L., Mahurin, R. K., McGinnis, S., & Jerabek, P. A. (2002). The Functional Neuroanatomy of the Placebo Effect. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 728-737.

McKusick, E. D. (2014). *Tuning the human biofield : Healing with vibrational sound therapy*. Healing Arts Press.

McManus, D. E. (2017). Reiki Is Better Than Placebo and Has Broad Potential as a Complementary Health Therapy. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 22*(4), 1051-1057.

Méheust, B. (1999a). *Somnambulisme et médiumnité:(1784-1930). Le défi du magnétisme* (1). Institut Synthélabo.

Méheust, B. (1999b). *Somnambulisme et médiumnité, 1784-1930 : Le choc des sciences psychiques* (2). Institut Synthélabo.

Melon, J. (1978). Réflexions sur la structure psychosomatique et son approche à partir des tests de Rorschach et de Szondi. *Psychologie clinique et projective*, *31*(1), 41-51.

Memon, A. R. (2019). Revisiting the Term Predatory Open Access Publishing. *Journal of Korean Medical Science*, *34*(13).

Mesmer, F. A. (1785). *Aphorismes de M. Mesmer dictés à l'assemblée de ses élèves et dans lesquels on trouve ses principes, sa théorie et les moyens de magnétiser.* Edgar Quinet, Paris.

Mesmer, F. A. (1766). *De l'influence des planètes sur le corps humain*. Genève.

Mijolla, A. de. (2001). *Évolution de la clinique psychanalytique.* L'Esprit du Temps.

Miles, P., & True, G. (2003). Reiki- Review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *9*(2), 11.

Miller, F., & Kaptchuk, T. (2008). The power of context : Reconceptualizing the placebo effect. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *101*(5), 222-225.

Miller, J. A. (2010). Alexander Lowen (1910–2008) : Reflections on his life. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *5*(2), 197-202.

Milner, M. (2000). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole (1955). Dans B. Chouvier, (Dir.), *Matière à symbolisation* (p. 29-59). Delachaux et Niestlé.

Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. (2013). *Rapport au premier ministre 2011-2012*. La Documentation française.

Monnier, A. (2020). Covid-19 : De la pandémie à l'infodémie et la chasse aux fake news. *Recherches & éducations*.

Monvoisin, R. (2007). *Pour une didactique de l'esprit critique—Zététique et utilisation des interstices pseudoscientifiques dans les médias* [Thèse de Doctorat en Didactique des disciplines scientifiques, Université Joseph-Fourier - Grenoble I].

Moreno, J. J. (1988). The music therapist : Creative arts therapist and contemporary shaman. *The Arts in Psychotherapy*, *15*(4), 271-280.

Mukharji, P. B. (2016). *Doctoring Traditions : Ayurveda, Small Technologies, and Braided Sciences*. University of Chicago Press.

Murphy, M. (1980). The Esalen Institute transformation project. *The Journal of Transpersonal Psychology*, *12*(2), 4.

Natanson, J. (2001). L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire Inconscient*, *2*(2), 7-19.

Nathan, T. (2001). *L'influence qui guérit*. Jacob.

Nathan, T. (2003). L'oeil, le poison magique et le talisman. Cause et sens en pratique ethnopsychanalytique. *Anthropologie et Sociétés*, *17*(1-2), 99-124.

Nathan, T., & Stengers, I. (2016). *Médecins et sorciers*. La Découverte.

Nichols, M. P., & Zax, M. (1977). *Catharsis in psychotherapy*. Gardner Press.

Notter, D. (1999). Emile Coué et la seconde école de Nancy. *L'année de l'école de Nancy*. Nancy.

Ogden, E. (2018). *Credulity : A Cultural History of US Mesmerism*. University of Chicago Press.

Ogden, T. H. (1979). On Projective Identification. *International Journal of Psycho-Analysis, 60*, 357-373.

Ogden, T. H. (1991). Analysing the matrix of transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 72*, 593-605.

Ogden, T. H. (2005). Le tiers analytique : Les implications pour la théorie et la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse, 69*(3), 751-774.

Ogden, T. H. (2010). On Three Forms of Thinking : Magical Thinking, Dream Thinking, and Transformative Thinking. *The Psychoanalytic Quarterly, 79*(2), 317-347.

Omura, Y. (1997). Impressions on Observing Psychic Surgery and Healing in Brazil Which Appear to Incorporate Qi Gong Energy & the Use of Acupuncture Points. *Acupuncture & Electro-Therapeutics Research, 22*(1), 1997, 17-33.

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle* (p. 87). OMS.

Otto, R. (1917). *Le sacré : L'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel*. Payot & Rivages.

Papakostas, Y. G., & Daras, M. D. (2001). Placebos, placebo effect, and the response to the healing situation : The evolution of a concept. *Epilepsia, 42*(12), 1614-1625.

Parat, C. (2001). La répression chez l'analyste. *Revue française de psychanalyse, 65*(1), 141-143.

Parot, F. (1994). Le bannissement des esprits : Naissance d'une frontière institutionnelle entre spiritisme et psychologie. *Revue de synthèse, 115*(3-4), 417-443.

Pedinielli, J.-L., & Fernandez, M. (2011). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.

Peltzer, K. (2009). Utilization and Practice of Traditional/Complementary/Alternative Medicine (TM/CAM) in South Africa. *African Journal of Traditional, Complementary, and Alternative Medicines, 6*(2), 175-185.

Peltzer, K., & Pengpid, S. (2015). Utilization and Practice of Traditional/Complementary/Alternative Medicine (T/CAM) in Southeast Asian Nations (ASEAN) Member States. *Studies on Ethno-Medicine, 9*(2), 209-218.

Perret, N. (2007). *Place des coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière des brûlures en Haute-Savoie en 2007* [Doctorat en Médecine, Université de Grenoble].

Perry, C. (1978). The Abbé Faria : A Neglected Figure in the History of Hypnosis. Dans Frankel, F. H., & Zamansky, H. S. (Éds.), *Hypnosis at its Bicentennial : Selected Papers* (p. 37-45). Springer US.

Pierce, P. F., & Hicks, F. D. (2001). Patient Decision-making Behavior : An Emerging Paradigm for Nursing Science. *Nursing Research, 50*(5), 267.

Piéron, H. (1954). Histoire succincte des Congrès internationaux de Psychologie. *L'Année psychologique, 54*(2), 397-405.

Pierrakos, J. C. (1974). *The Core of Man*. Institute for the New Age of Man.

Pierrakos, J. C. (1987). *Core energetics : Developing the capacity to love and heal*. LifeRhythm Publication.

Pietkiewicz, I., & Smith, J. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal, 20*(1), 7-14.

Piette, A. (1997). Pour une anthropologie comparée des rituels contemporains. Rencontre avec des « batesoniens ». *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, *29*, 139-150.

Pinsault, N., Monvoisin, R., & Baillargeon, N. (2014). *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*. Presses Universitaires de Grenoble.

Piotte, D. (2019). Place du magnétisme dans l'offre de soin en médecine générale. *HEGEL*, *9*(3), 263-266.

Pirlot, G. (2007). Modèles actuels en psychosomatique. *EMC - Psychiatrie*, *4*(3), 1-16.

Pittler, M. H., Abbot, N. C., Harkness, E. F., & Ernst, E. (2000). Location bias in controlled clinical trials of complementary/alternative therapies. *Journal of Clinical Epidemiology*, *53*(5), 485-489.

Poirier, A. (2010). *Les nouveaux guérisseurs, au delà du secret* [film documentaire]. France 3.

Pontalis, J.-B. (1995). Sur le négatif. Dans A. Green, B. Favarel-Guarrigues, J. Guillaumin, P. Fédida, *Le négatif* (p. 107-120). L'Esprit du temps.

Prades, P. (2014). *De la sainteté à la santé. Puritanisme, psychothérapies, développement personnel*. Le bord de l'eau.

Press, J. (2008). La construction de la théorie en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, *34*(2), 151-168.

Prigogine, I., & Stengers, I. (1979). *La nouvelle alliance : Métamorphose de la science*. Gallimard.

Rabeyron, T. (2009). Les expériences exceptionnelles : Entre neurosciences et psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, *8*(2), 282-296.

Rabeyron, T. (2010). *Approche psychodynamique et cognitive des expériences exceptionnelles* [Thèse de Psychologie Clinique et Psychopathologie]. Université Lyon 2.

Rabeyron, T. (2015a). Les processus de symbolisation et de représentation comme espace transitionnel pour la psychanalyse et les neurosciences. *L'Évolution Psychiatrique*, *81*(1), 160-175.

Rabeyron, T. (2015b). Associativité, symbolisation et entropie : Propositions théoriques et cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *173*(8), 649-658.

Rabeyron, T. (2017). Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : De l'expérience sensible à la modélisation. *L'Évolution Psychiatrique*, *82*(2), 351-364.

Rabeyron, T. (2018). Constructions finies et constructions infinies : De l'épistémologie psychanalytique dans ses rapports à la vérité. *In Analysis*, *2*(2), 143-155.

Rabeyron, T. (2019). Du néolibéralisme au Tsunami Cognitivo-Comportemental en Grande-Bretagne. *Recherches en psychanalyse*, *28*(2), 112-136.

Rabeyron, T. (2020a). Processus transformationnels et champ analytique : Un nouveau paradigme pour les modèles et les pratiques cliniques. *L'Évolution Psychiatrique*, *85*(1), 101-114.

Rabeyron, T. (2020b). Psy Wars : Le tsunami cognitivocomportemental en Grande-Bretagne. *Psycho-Oncologie*, *14*(1-2), 66-76.

Rabeyron, T. (2020c). *Clinique des expériences exceptionnelles*. Dunod.

Rabeyron, T. (2022). When the Truth Is Out There: Counseling People Who Report Anomalous Experiences. *Frontiers in Psychology*, *12*, 693707.

Rabeyron, T., & Abchiche, A. (2017). Des processus psychiques en consultations de voyance. *Le Coq-heron*, *231*(4), 123-133.

Rabeyron, T., & Caussié, S. (2016). Clinique des sorties hors du corps : Trauma, réflexivité et symbolisation. *L'Évolution Psychiatrique*, *81*(4), 755-775.

Rabeyron, T., Chouvier, B., & Le Maléfan, P. (2010). Clinique des expériences exceptionnelles : Du trauma à la solution paranormale. *L'Évolution Psychiatrique*, *75*(4), 633-653.

Rabeyron, T., Evrard, R., & Massicotte, C. (2019). « Es gibt Gedankenübertragung » : Transfert de pensée et processus télépathiques en analyse. *Revue française de psychanalyse*, *83*(4), 1239-1252.

Rabeyron, T., & Massicotte, C. (2020). Entropy, Free Energy, and Symbolization : Free Association at the Intersection of Psychoanalysis and Neuroscience. *Frontiers in psychoanalysis and neuropsychoanalysis*, *11*, 366.

Rabeyron, T., & Finkel, A. (2020). Consciousness, Free Energy and Cognitive Algorithms. *Frontiers in Psychology*, *11*, 16275.

Rabeyron, T. (2021). Beyond the death drive : Entropy and free energy. *The International Journal of Psychoanalysis*, *102*(5), 878-905.

Radin, D., Schlitz, M., & Baur, C. (2015). Distant Healing Intention Therapies : An Overview of the Scientific Evidence. *Global Advances in Health and Medicine*, *4*(Suppl), 67-71.

Raineau, C. (2001). *Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui : Médecins, guérisseurs et malades : d'un village montagnard à l'hôpital*. Paris, EHESS.

Rao, A., Hickman, L. D., Sibbritt, D., Newton, P. J., & Phillips, J. L. (2016). Is energy healing an effective non-pharmacological therapy for improving symptom management of chronic illnesses? A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *25*, 26-41.

Rebollar, G., & Rabeyron, T. (2016). Clinique et processus de symbolisation de l'atmosphère dans les problématiques psychotiques. *L'Évolution Psychiatrique*, *81*(2), 476-492.

Rechtman, R. (2000). De l'efficacité thérapeutique et « symbolique » de la structure. *L'Évolution Psychiatrique*, *65*(3), 511-530.

Redelmeier, D. A., Rozin, P., & Kahneman, D. (1993a). Understanding Patients' Decisions. *JAMA*, *270*, 72-76.

Redelmeier, D. A., Rozin, P., & Kahneman, D. (1993b). Understanding Patients' Decisions : Cognitive and Emotional Perspectives. *JAMA*, *270*(1), 72-76.

Redfield, J. (2005). *La prophétie des Andes*. J'ai Lu.

Reedijk, S. A., Bolders, A., & Hommel, B. (2013). The impact of binaural beats on creativity. *Frontiers in Human Neuroscience*, *7*.

Reich, I. O. (2011). *Wilhelm Reich : A Personal Biography*. Ollendorff Editions.

Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, *85*(3), 247-254.

Reich, W. (1953). *History of the discovery of the life energy : The Einstein affair*. Orgone Institute.

Reich, W. (1973). *The Cancer Biopathy* (1re éd.). Farrar, Straus and Giroux.

Reich, W. (1979). *The Bion Experiments on the Origins of Life*. Farrar, Straus and Giroux.

Reich, W. (2013). *The Function of the Orgasm : Discovery of the Orgone* (2e éd.). Farrar, Straus and Giroux.

Rémy, C. (1945). *Médecine officielle et médecines hérétiques*. Plon.

Rey, R. (2000). *Naissance et développement du vitalisme en France de la deuxième moitié du 18e siècle à la fin du Premier Empire*. Voltaire Foundation.

Richard, F. (2011). Le paradigme du Nebenmensch et la fonction maternelle. *Revue française de psychanalyse, 75*(5), 1539-1544.

Rhine, L. E. (1970). *Mind Over Matter : Psychokinesis*. Macmillan Publishing Co.

Ridley, R. (2019). Some difficulties behind the concept of the 'Extreme male brain' in autism research. A theoretical review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 57*, 19-27.

Rieunier, S. (2017). *Marketing sensoriel et expérientiel du point de vente* (5e éd.). Dunod.

Rieg-Boivin, J., Claudepierre, L., Colle, D., (2005) Coupeurs de feu, guérisseurs et autres rebouteux [Reportage]. Dans C. Carré (réalisateur), *Reportages*. TF1.

Riolo, F. (2008). Les transformations psychanalytiques. *L'Année psychanalytique internationale, 2008*(1), 183-197.

Roberts, L., Ahmed, I., & Hall, S. (2000). Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*.

Roberts, L., Ahmed, I., & Hall, S. (2007). Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*.

Roberts, L., Ahmed, I., Hall, S., & Davison, A. (2009). Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, CD000368.

Robinson, J., Biley, F. C., & Dolk, H. (2007). Therapeutic touch for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*.

Rocchi, V. (2000). Du Nouvel Âge aux réseaux psychomystiques. *Ethnologie française, 30*(4), 583-590. JSTOR.

Rosa, L., Rosa, E., Sarner, L., & Barrett, S. (1998). A Close Look at Therapeutic Touch. *JAMA, 279*(13), 1005-1010.

Rosolato, G. (2009). L'ombilic et la relation d'inconnu. Dans G. Rosolato (Dir.), *L'inconnu. Dialogue avec Guy Rosolato* (p. 21-57). Presses Universitaires de Frances

Rosolato, G. (2014). Comment s'isolent les signifiants de démarcation. *Annuel de l'APF, 2014*(1), 153-170.

Roussillon, R. (1992). *Du baquet de Mesmer au baquet de Sigmund Freud*. Presses Universitaires de France.

Roussillon, R. (2004). L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique. Dans M. Sassolas, *Malaise dans la psychiatrie* (p. 67-78). Erès.

Roussillon, R. (2005). Le processus et la capacité sublimatoire. *Revue française de psychanalyse, 69*(5), 1565-1573.

Roussillon, R. (2007a). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Elsevier Masson.

Roussillon, R. (2007b). La représentance et l'actualisation pulsionnelle. *Revue française de psychanalyse, 71*(2), 339-357.

Roussillon, R. (2009). Le partage de l'affect et la réflexivité par l'homosexualité primaire « en double ». *Psychismes*, 103-120.

Roussillon, R. (2012). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses Universitaires de France.

Roussillon, R. (2019). Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. Dans A. Brun & B. Chouvier (Dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 42-70). Dunod.

Roustang, F. (2003). *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Les éditions de Minuit.

Rubik, B. (2003). The Biofield Hypothesis : Its Biophysical Basis and Role in Medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *8*(6), 703-717.

Rubik, B., Brooks, A., & Schwartz, G. E. (2006). In Vitro Effect of Reiki Treatment on Bacterial Cultures : Role of Experimental Context and Practitioner Well-Being. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *12*(1), 9.

Rubik, B., Muehsam, D., Hammerschlag, R., & Jain, S. (2015). Biofield Science and Healing : History, Terminology, and Concepts. *Global Advances in Health and Medicine*, *4*(Suppl), 8-14.

Rycroft, C. (1956). Symbolism and its relationship to the primary and secondary processes. *International Journal of Psycho-Analysis*, *37*, 137-146.

Rycroft, C. (2018). *Imagination and Reality : Psychoanalytical Essays 1951-1961*. Routledge.

Saint-André, S., Richard, Y., & Lazartigues, A. (2009). Actualité psychiatrique sur les vampires. Vampire : Un mythe contemporain ? *Annales Médico-psychologiques*, *167*(6), 416-421.

Salvadori, F., & Vignaud, L.-H. (2019). *Antivax : Histoire de la résistance aux vaccins du XVIIIe siècle à nos jours*. Vendémiaire.

Sami Ali, M. (1990). Imaginaire et pathologie; une théorie de la psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*, *54*(3), 761-767.

Sanchez, P. (2007). 10. Les théories irrationalistes de la magie. *Travaux de Sciences Sociales*, 377-432.

Sánchez-Medina, A. (2018). Projective identification and "telepathic dreams". *The International Journal of Psychoanalysis*, *99*(2), 380-390.

Sandoz, T. (2009). *Histoires parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie : Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Média Diffusion.

Saposnik, G., Redelmeier, D., Ruff, C. C., & Tobler, P. N. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions : A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *16*(1), 138.

Sarradon-Eck, A., & Caudullo, C. (2011). Le décodage biologique. Diffusion d'une nouvelle médecine non-conventionnelle contre le cancer. *Anthropologie & Santé*, *2*.

Sauvayre, R. (2014). Comment la science alimente les croyances. La surprenante dialectique entre convocation et disqualification du discours scientifique. Dans V. Rasplus (Dir.), *Sciences et pseudoscience. Regard des sciences humaines* (p. 81-93). Editions Matériologiques.

Schaefer, M., Sahin, T., & Berstecher, B. (2018). Why do open-label placebos work? A randomized controlled trial of an open-label placebo induction with and without extended information about the placebo effect in allergic rhinitis. *PLOS ONE*, *13*(3), e0192758.

Schaffer, S. (2010). The astrological roots of mesmerism. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, *41*(2), 158-168.

Schiepek, G., Kowalik, Z., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K., Strunk, G., Mühlnickel, W., & Elbert, T. (1997). Psychotherapy as A Chaotic Process I. Coding the Client-Therapist Interaction by Means of Sequential Plan Analysis and the Search for Chaos : A Stationary Approach. *Psychotherapy Research*, *7*(2), 173-194.

Schmidt, S. (2003). Direct mental interactions with living systems (DMILS). Dans W. B. Jonas, C. C. Crawford, *Healing, Intention and Energy Medicine* (p. 23-38). Churchill Livingstone.

Schmidt, S., Schneider, R., Utts, J., & Walach, H. (2004). Distant intentionality and the feeling of being stared at : Two meta-analyses. *British Journal of Psychology*, *95*(2), 235-247.

Schmit, D. (2005). Re-visioning antebellum American psychology : The dissemination of mesmerism, 1836-1854. *History of Psychology*, *8*(4), 403-434.

Schmitt, E.-E. (2019). *Les guérisseurs traditionnels corses : Approche psychanalytique du « "don de guérison" » et du rituel thérapeutique* [Thèse en Psychologie clinique et psychopathologie psychanalytique, Université de Strasbourg].

Schmitz, O. (2006a). *Soigner par l'invisible : Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Imago.

Schmitz, O. (Dir.) (2006b). *Les médecines en parallèle : Multiplicité des recours au soin en Occident*. KARTHALA Editions.

Schwartz, D. (1986). Peut-on évaluer les médecines douces ? *Sciences Sociales et Santé*, *4*(2), 75-88.

Schwartz, G. E., & Simon, W. L. (2007). *The energy healing experiments : Science reveals our natural power to heal*.

Scubla, L. (2011). Le symbolique chez Lévi-Strauss et chez Lacan. *Revue du MAUSS*, *37*(1), 253-269.

Sefotho, M. (2016). An exploration of 'calling' as a career among basotho traditional healers. *Indilinga African Journal of Indigenous Knowledge Systems*, *15*(3), 253-268.

Servadio, E. (1955). Le conditionnement transférentiel et contre-transférentiel des événements «psi» au cours de l'analyse. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *3*(1), 378-383.

Servadio, E. (1956). Transference and Thought-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, *37*, 392-395.

Shapiro, A. K. (1960). A contribution to a history of the placebo effect. *Behavioral Science*, *5*(2), 109-135.

Sharaf, M. (1994). *Fury On Earth : A Biography Of Wilhelm Reich*. Da Capo Press.

Shedler, J., & Rabeyron, T. (2020). « That was then, this is now » : Introduction aux psychothérapies psychodynamiques contemporaines. *L'Évolution Psychiatrique*.

Shweder, R. A. (1996). La pensée magique est-elle une illusion? *Les Cahiers de l'OCHA*, *5*, 45-52.

Sibertin-Blanc, D., & Vidailhet, C. (2003). De l'effraction corporelle à l'effraction psychique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *51*(1), 1-4.

Simner, J. (2011). Defining synaesthesia. *British Journal of Psychology, 103*(1), 1–15.

Smadja, C. (1991). Le concept de pulsion : Essai d'étude comparative chez Freud et P. Marty. *Revue française de psychosomatique*, *1*(1), 149-168.

Smadja, C. (1993). A propos des procédés autocalmants du Moi. *Revue française de psychosomatique*, *4*(2), 9-26.

Smadja, C. (2001). L'évolution de la pratique psychanalytique avec les patients somatiques. Dans A. de Mijolla (Dir.), *Évolution de la clinique psychanalytique* (p. 167-182). L'Esprit du temps.

Smadja, C. (2012). Introduction à la psychosomatique. Dans V. Kapsembelis (Dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (p. 197-212). Presses Universitaires de France.

Smadja, C. (2014). Le modèle pulsionnel de la psychosomatique. *Revue française de psychosomatique, 45*(1), 11-30.

Smadja, C. (2015). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. Presses Universitaires de France.

Smadja, C. (1998). Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique. *Revue française de psychanalyse, 62*(5), 1367-1440.

Smadja, É. (2014). Le complexe d'Œdipe, cristallisateur du débat psychanalyse/anthropologie. *Connexions, 102*(2), 93-108.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. Dans J. Smith (Éd.), *Qualitative Psychology : A practical guide to research methods* (p. 53-80). London: Sage.

So, P. S., Jiang, J. Y., & Qin, Y. (2008). Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*.

Sonn, L. L. (2014). L'aimant, le transfert et la polarisation. Les manœuvres d'hypnotisation à la Salpêtrière par Alfred Binet et Charles Féré. *Recherches & éducations, 11*, 168-184.

Spitz, R. A. (1956). Transference : The Analytical Setting and its Prototype. *International Journal of Psycho-Analysis, 37*, 380-385.

Stengers, I. (2002). *L'hypnose entre magie et science*. Les Empêcheurs de penser en rond.

Stengers, I. (2006a). Penser à partir de la question de l'efficace. Dans S. Mancini, *La fabrication du psychisme*. La Découverte.

Stengers, I. (2006b). *La Volonté de faire science. A propos de la psychanalyse*. Les Empécheurs de penser rond.

Stern, D. (1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Presses Universitaires de France.

Stern, D., Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Nahum, J., Sander, L., Harrison, A., & Tronick, E. (2010). *Change in psychotherapy : A unifying paradigm*. W.W. Norton & Co.

Stewart-Williams, S. (2004). The Placebo Puzzle : Putting Together the Pieces. *Health Psychology, 23*(2), 198-206.

Strick, J. E. (2015). *Wilhelm Reich, Biologist*. Harvard University Press.

Subbotsky, E. (2010). *Magic and the Mind : Mechanisms, Functions, and Development of Magical Thinking and Behavior*. Oxford University Press.

Suissa, V., Guérin, S., Denormandie, P., Castillo, M.-C., & Bioy, A. (2020). Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. *Hegel, 2*(2), 131-142.

Swanson, D. R. (1977). A Critique of Psychic Energy as an Explanatory Concept. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 25*(3), 603-633.

Taconnat, L., & Rémy, P. (2006). Les faux souvenirs dans le vieillissement normal : Données empiriques et modèles théoriques. *L'Année psychologique, 106*(3), 457-486.

Tahmasbi, H., Mahmoudi, G., Mokhberi, V., Hassani, S., Akbarzadeh, H., & Rahnamai, N. (2012). The Impact of Aromatherapy on the Anxiety of Patients Experiencing Coronary Angiography. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 14*.

Tart, C. T. (1972). Concerning The Scientific Study Of The Human Aura. *Journal of the Society for Psychical Research, 46*(751), 1-21.

Tartakovsky, C., Beaufils, G., Béruel, A., Parmentier, M. (2015, 8 août). Guérisseurs : La Main au feu. *13h15, le samedi*. France 2.

Telepak, L. C. (2010). *Therapists as Wounded Healers : The Impact of Personal Psychological Struggles on Work with Clients* [Mémoire de Recherche en psychologie, Université de Miami].

Thachil, A. F., Mohan, R., & Bhugra, D. (2007). The evidence base of complementary and alternative therapies in depression. *Journal of Affective Disorders, 97*(1), 23-35.

Thomas, K. B. (1987). General practice consultations : Is there any point in being positive? *BMJ, 294*(6581), 1200-1202.

Thuillier, J. (2004). *Franz Anton Mesmer : Ou l'extase magnétique, biographie*. Phébus.

Tisseron, S. (1996). La catharsis purge ou thérapie ? *Les cahiers de mediologie, 1*(1), 181-191.

Tisseron, S. (2016). Du virtuel psychique au virtuel numérique. *Rhizome, 61*(3), 3-4.

Tovey, P., Easthope, G., & Adams, J. (2004). *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine : Studies in Social Context*. Psychology Press.

Travers, T. H. E. (1977). Samuel Smiles and the Origins of "Self-Help" : Reform and the New Enlightenment. *Albion, 9*(2), 161-187.

Trivedi, M. K., Patil, S., Shettigar, H., Gangwar, M., & Jana, S. (2015). In Vitro Evaluation of Biofield Treatment on Cancer Biomarkers Involved in Endometrial and Prostate Cancer Cell Lines. *Cancer Science & Therapy*, *7*(8), 253-257.

Trivedi, M. K., Patil, S., Shettigar, H., Mondal, S. C., & Jana, S. (2015). The Potential Impact of Biofield Treatment on Human Brain Tumor Cells : A Time-Lapse Video Microscopy. *Integrative Oncology*, *4*(3), 1000141.

Tucker, J. (2002). New age religion and the cult of the self. *Society*, *39*(2), 46-51.

Turbiaux, M. (2007). En marge de la querelle de l'hypnose, Henry Beaunis et l'affaire Cadiou. *Bulletin de psychologie*, *Numéro 488*(2), 159-169.

Vavken, P., Arrich, F., Schuhfried, O., & Dorotka, R. (2009). Effectiveness of pulsed electromagnetic field therapy in the management of osteoarthritis of the knee : A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *41*(6), 406-411.

Vermersch, P. (2006). *L'entretien d'explicitation*. ESF éditeur.

Vermote, R. (2013). La valeur du « dernier Bion » pour la théorie et la pratique analytique. *L'Année psychanalytique internationale, 2013*(1), 123-137.

Vialou, V. (2013). Dépression et régulation de l'activité dopaminergique. *médecine/sciences*, *29*(5), 473-477.

Villa, F. (2014). The role of organic repression in character formation. *Revue francaise de psychanalyse, 78*(4), 978-989.

Vincent J.-D., (1986). *Biologie des passions*. Odile Jacob.

Vinchon, J. (1999). *Mesmer et son secret*. L'Harmattan.

Virtue, D. (2005). *Angel Medicine : How to Heal the Body and Mind with the Help of the Angels*. Hay House, Inc.

Voisenat, C., & Lagrange, P. (2013). *L'ésotérisme contemporain et ses lecteurs : Entre savoirs, croyances et fictions*. Éditions de la Bibliothèque publique d'information.

Von Neumann, J., & Burks, A. W. (1967). *Theory of Self-reproducing Automata*. University of Illinois Press.

von Franz, M.-L. (1995). *La psychologie de la divination*. Albin Michel.

Wahlström, M., Sihvo, S., Haukkala, A., Kiviruusu, O., Pirkola, S., & Isometsä, E. (2008). Use of mental health services and complementary and alternative medicine in persons with common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(1), 73-80.

Walach, H. (2001). The Efficacy Paradox in Randomized Controlled Trials of CAM and Elsewhere : Beware of the Placebo Trap. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *7*(3), 213-218.

Walach, H., Bösch, H., Lewith, G., Naumann, J., Schwarzer, B., Falk, S., Kohls, N., Haraldsson, E., Wiesendanger, H., Nordmann, A., Tomasson, H., Prescott, P., & Bucher, H. C. (2008). Effectiveness of Distant Healing for Patients with Chronic Fatigue Syndrome : A Randomised Controlled Partially Blinded Trial (EUHEALS). *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*(3), 158-166.

Warber, S. L., Cornelio, D., Straughn, J., & Kile, G. (2004). Biofield Energy Healing from the Inside. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *10*(6), 1107-1113.

Warber, S. L., Gordon, A., Gillespie, B. W., Olson, M., & Assefi, N. (2003). Standards for conducting clinical biofield energy healing research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *9*(3), 54-64.

Westphal, C., & Laxenaire, M. (2012). Émile Coué : Amuseur ou précurseur ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *170*(1), 36-38.

Wilson, L. B. (1993). *Women and Medicine in the French Enlightenment : The Debate Over" maladies Des Femmes"*. Johns Hopkins University Press.

Winnicott, D. W. (1954). Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, *2*, 250-267.

Winnicott, D. W. (1956). On Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, *37*, 386-388.

Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, *41*, 585-595.

Winnicott, D. W. (1970). Cure. Dans Winnicott, D. W., *Home is where we start from*, (p. 112-120). Penguin Books.

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.

Winnicott, D. W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, *11*, 35-44.

Winnicott, D. W. (1989). The Importance of the Setting in Meeting Regression in Psycho-Analysis : Written for a seminar given to third-year students at the Institute of Psycho-Analysis, 9 July 1964. Dans D.W. Winnicott, *Psycho-Analytic Explorations (p. 96-102)*. Routledge.

Wiseman, R., & Schlitz, M. (1999). Experimenter effects and the remote detection of staring : An attempted replication. *Proceedings of Presented Papers: The Parapsychological Association 42nd Annual Convention*, 471-479.

Wolff, H. G., & Dubois, E. F. (1946). The use of placebos in therapy. *New York State Journal of Medicine*, *46*, 1718-1727.

Wood, L. S. (2008). Contact, Encounter, and Exchange at Esalen : A Window onto Late Twentieth-Century American Spirituality. *Pacific Historical Review*, *77*(3), 453-487.

Woodstock, L. (2006). All About Me, I Mean, You : The Trouble with Narrative Authority in Self-Help Literature. *The Communication Review*, *9*(4), 321-346.

Young, C. (2008). The History and Development of Body-Psychotherapy : The American Legacy of Wilhelm Reich. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, An International Journal for Theory, Research and Practice*, *3*(1), 21.

Zubieta, J.-K., & Stohler, C. S. (2009). Neurobiological Mechanisms of Placebo Responses. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1156*(1), 198-210.

Annexes

Annexe 1. Cas cliniques

Pour préserver l'anonymat des participants, cette section a été retirée de la diffusion.

Annexe 2. Glossaire

Ce glossaire a pour but de définir brièvement quelques méthodes thérapeutiques ou théories qui se retrouvent dans le champ du soin énergétique. A l'instar de l'ensemble du champ des soins énergétiques, les thèmes et abordés ci-dessous font rarement l'objet de travaux de recherche spécifiques et de consensus scientifique. Ainsi, les informations sur ces thématiques proviennent de sources diverses et l'efficacité des techniques thérapeutiques, leur origine ou l'ampleur diffusion restent sujets à débat. Le plus souvent, nous avons repris les données de recherches scientifiques dans le champ des sciences humaines. Cependant, ces informations étaient souvent lacunaires, partiales, ou même parfois erronées. Nous avons alors cherché des informations complémentaires à partir de sources moins fiables, comme des manuels thérapeutiques ou encore des sites internet. Nous avons également puisé dans les propos des participants à la thèse, ou dans les informations obtenues lors de rencontres avec des thérapeutes (par exemple la communication animale, connue par l'intermédiaire d'une thérapeute dans le contexte d'ateliers de médiation animale en EHPAD). Nous faisons figurer ici les données issues de ces recherches annexes pour compléter le propos de la thèse. Ces éléments n'ont toutefois pas la même validité et ce glossaire constitue aussi une invitation à une exploration plus sérieuse de ces thématiques qui constituent des objets de recherche fertiles pour les sciences humaines.

Index

Chakras p.477

Communication animale p.477

Cristaux et lithothérapie p.478

Digitopuncture ou Acupression p.479

Echelle de Bovis p.479

Enfants indigos, crystal, arc-en-ciel p.480

LaHoChi p.481

Orgonite p.482

Pranathérapie p.482

Reiki p.482

Chakras

Le terme de *Chakra*, en sanskrit, signifie « *roue* », et il est employé pour désigner des points critiques de la circulation de l'énergie vitale dans le corps. Celle-ci, dans les textes Védiques, est nommée *prana*, et elle circule dans les *nadis*, des canaux qui parcourent le corps. Il existerait trois canaux principaux, *Sushumma*, qui s'étend du coccyx jusqu'au sommet du crâne, puis *Ida* et *Pingala*, deux canaux qui parcourent le corps en passant par les hémicorps droit et gauches dans une forme d'ondulation[225]. Les septs zones de croisement entre ces trois canaux constituent les chakras. Par ailleurs, chacun est associé à des organes et à leurs fonctions somatiques et psychiques, ainsi qu'aux éléments naturels et à leur rôle symbolique. La position des chakras, tout comme leur ordre et leurs implications fonctionnelles varient cependant selon les sources. Thierry Janssen (2006) propose par exemple une relecture plus médicale des chakras, dans laquelle ceux-ci seraient une représentation métaphorique des glandes endocrines, ce qui fait de l'ayurvéda un modèle empirique du fonctionnement hormonal, sur son versant somatique mais aussi psycho-neuro-immunologique.

D'un point de vue plus historique, l'introduction des chakras dans les systèmes thérapeutiques occidentaux doit certainement beaucoup à la société Théosophique du début du XXè siècle, et particulièrement à Charles Leadbeater, un auteur notable de ce mouvement. Après plusieurs voyages, en Inde et au Sri Lanka, Leadbeater expose ses découvertes dans un ouvrage intitulé sobrement « *Les Chakras* » (1927). Ses connaissances, proviennent à la fois de l'initiation et de la lecture de textes hindous, mais aussi de sa propre expérience de « *clairvoyance* », cultivée dans la doctrine théosophique. Ainsi, ses travaux inscrivent d'emblée la théorie des Chakras au sein d'un système cosmologique que l'on retrouvera à la fin du XXè siècle dans les techniques thérapeutiques de Rosalyn Bruyère ou Barbara Brennan. Dans cette théorie, les chakras sont des ponts entre le corps dans sa réalité matérielle et d'autres « *plans* » de l'existence, jugés plus « *subtils* » et spirituels, dont la perception n'est possible qu'à ceux qui ont développé leurs capacités de clairvoyance.

Communication animale

La communication animale est une méthode de canalisation (*channeling*) appliquée aux animaux. L'objectif du praticien en communication animale est de parvenir à établir un contact télépathique avec son propre animal ou celui d'un tiers. Les objectifs de cette communication

[225] Cette organisation *d'Ida* et *Pingala* forme une double hélice. Son mouvement est souvent décrit dans les expériences de Kundalini, dont les propos de Sophie donnent un bon aperçu.

sont multiples. Parfois, il s'agit de résoudre par la communication des problèmes comportementaux. Dans d'autres cas, il s'agit de tenter de trouver des éléments de diagnostic d'une maladie vétérinaire, avant de la traiter par des méthodes conventionnelles ou alternatives, comme des soins énergétiques ou de l'homéopathie. La communication animale est fréquemment employée pour tenter de retrouver les animaux disparus, et elle rencontre également beaucoup de succès auprès des maîtres d'animaux défunts qui souhaitent être rassurés sur leur sort dans l'au-delà.

Cristaux et lithothérapie

Un dispositif lithothérapique tire son efficacité thérapeutique de pierres, et plus précisément de cristaux, appliquées sur ou autour du corps, mais aussi mises en scènes dans des rites. Les racines de la lithothérapie sont nombreuses. La médecine ayurvédique, originaire d'Inde, base par exemple les effets bénéfiques des gemmes par rapport à leur correspondance symbolique avec certains astres (Murthy, 1991). S'il existe d'anciens textes Indiens qui énumèrent les propriétés de ces pierres, la traduction du sanskrit à d'autres langues, et les descriptions parfois imagées des pierres compliquent toute approche précise de ces théories. De surcroit, les systèmes thérapeutiques Indiens se sont profondément transformés au début XXè siècle en réaction à l'introduction de la médecine occidentale, ce qui a entrainé non seulement une relecture des anciens textes, mais aussi leur ré-écriture (Mukharji, 2016). De la même manière, il semble que les systèmes thérapeutiques traditionnels des peuples Apaches et Cherokee comprenaient aussi l'utilisation rituelle de cristaux (Bourgault, 1997), mais ces usages ont été transmis de manière orale, ce qui ne facilite pas leur exploration aujourd'hui. Notons qu'il existe également une tradition européenne ancrée dans le paganisme, qui propose, tout comme les écrits hindous, d'associer cristaux et astrologie (Stockinger, 2016). Là encore, le problème de la reconstruction de cette lignée à partir de lecture contemporaine de la lithothérapie se pose.

En effet, ces techniques thérapeutiques ont éclos à partir de 1980 dans le mouvement New Age, par l'intermédiaire de manuels et de formations destinées à doter chaque thérapeute d'outils supplémentaire à son arsenal énergétique. Reynald Georges Boschiero, auteur d'une imposante collection de livres sur le sujet, fait figure de référence et de précurseur dans le développement de la lithothérapie. A sa suite, de nombreux thérapeutes, formateurs et auteur ont enrichi le corpus lithothérapique, tentant à la fois de le rapprocher de traditions millénaires comme celles évoquées plus haut, mais aussi d'intégrer les principes de ces thérapies dans un discours adossé à celui de la science. Par exemple, Nassim Haramein, fabricant et vendeur des

cristaux ARK, vante les propriétés quantiques de ses pierres obtenues par des procédés technologiques : *« Lorsqu'elle est exposée au champ de spin structuré toroïdal, la fréquence oscillatoire des réseaux cristallins de quartz est couplée aux oscillations harmoniques quantiques de l'énergie du vide de l'espace, de sorte que même lorsque les cristaux sont retirés du champ du HFR, ils conservent le spin vibrationnel modes engendrés par la dynamique de champ cohérente du HFR. Chaque cristal est alors une fractale du plus grand champ toroïdal du HFR, où la cohérence moléculaire peut être maintenue indéfiniment. »* (voir le site internet des cristaux Ark)

Aujourd'hui, malgré la diversité des usages, il semble que le mouvement du New Age soit parvenu à une relative unicité théorique — mais pas toujours technique — autour de la lithotérapie. Les méthodes de lithothérapie reposent sur l'idée que les propriétés structurales des cristaux, de même que leur forme, ou encore leurs correspondances symboliques avec le cosmos auraient des effets sur notre santé. Les pierres précieuses ou semi-précieuses deviennent donc des outils thérapeutiques susceptibles d'influer sur les énergies du corps. Cette pratique donne lieu à un commerce particulièrement important de ces pierres, qui sont très majoritairement issues de l'exploitation des travailleurs dans les pays en voie de développement et notamment sur le continent Africain. Ce marché est alimenté par un nombre important de contrefaçons (pierres en verre ou plastique). Le commerce de manuels, de séminaires, de formations et d'appareils thérapeutiques de toutes sortes autour du pouvoir des cristaux semble former une manne économique considérable qui forme un des moteurs des thérapies New Age.

Digitopuncture ou Acupression

La digitopuncture, aussi appelée acupression, est une technique d'acupuncture sans aiguilles. Le thérapeute appuie avec ses doigts ou d'autres outils sur les centres et les méridiens énergétiques du corps pour harmoniser son fonctionnement. Ces méthodes sont largement répandues en Asie du sud-est. Il existe une littérature abondante sur le sujet en chinois et en japonais, mais peu en anglais. Les études anglo-saxonnes mettent en avant l'efficacité modérée de ces méthodes sur l'anxiété (Au et al., 2015) et les symptômes somatiques du stress (Lee & Frazier, 2011), ce qui invite donc à considérer que ces méthodes reposeraient plutôt sur des effets psychologiques.

Enfants indigos, crystal, arc-en-ciel

Les enfants indigos sont, pour les adeptes de ces théories, une catégorie d'enfants d'origine cosmiques, incarnés sur terre pour faire évoluer l'humanité. Ils sont dotés de

nombreux pouvoirs psychiques qui compliquent leur adaptation à la vie humaine et suscite souvent un sentiment marqué de différence ou d'incompréhension à l'égard de leurs pairs. Ces théories naissent dans les années 1970 à partir du New Âge, se systématisent et s'exportent autour 1990. Elles proviendraient surtout du regard porté par les parents sur les difficultés et les ressources d'enfants au développement atypique, comme les enfants ayant un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (Evrard & Maléfan, 2010).

Géobiologie

La géobiologie, pratique apparue à la fin du XXè siècle, se situe l'intermédiaire entre la sourcellerie et la radiesthésie. Le géobiologue cultive une capacité à détecter dans les lieux, au moyen de baguettes, de pendules de radiesthésie, ou d'autres dispositifs à lire l'aura, les sources des malheurs des individus qui le contactent. Le géobiologue a connaissance d'hypothétiques réseaux énergétiques souterrains qui influent sur la santé. Souvent, la géobiologie recommande la plus grande prudence envers les ondes de toutes sortes et invite à se protéger des appareils technologiques (Schmitz, 2006). La géobiologie n'est pas un champ unifié et il en existe plusieurs courants, dont certaines se rapprochent du chamanisme, d'autres du désenvoutement ou encore des soins énergétiques.

Echelle de Bovis

Le *« Biomètre de Bovis »* est une sorte de règle, originairement en métal, graduée en degrés ou « *unité bovis »*, qui mesure le *« niveau vibratoire »* d'un lieu, d'un objet ou d'une personne. Il porte le nom de son inventeur, Alfred Bovis (ce prénom s'est déformé au fil du temps, si bien que l'on peut retrouver également André ou Antoine Bovis dans certains écrits). Il semblerait que l'homme, que l'on présente parfois comme docteur, chaudronnier ou encore physicien, ait surtout travaillé dans un élevage familial de poulets puis soit devenu quincailler (Moine & Degaudenzi, 1993). Autour de 1920, alors qu'il est âgé d'environ cinquante ans, il se plonge dans diverses lectures et se fascine notamment pour les mystères des pyramides, auxquelles il prête des pouvoirs énergétiques. Il mène différentes expériences sur des miniatures de ces monuments, et tente par exemple de fossiliser des bouts de viande grâce à l'énergie catalysée par la géométrie. Il invente alors, dans les années 1930, un moyen de mesurer cette énergie à partir des procédés radiesthésiques et développe son biomètre, ainsi que d'autres appareils destinés à mesurer l'énergie.

L'invention de Bovis, contrairement aux nombreux autres dispositifs créés par les radiesthésistes de son époque (voir par exemple la quarantaine d'appareils à mesurer l'énergie

listés dans Regnault, 1948), a bien survécu dans les usages. Aujourd'hui, l'énergie se quantifie encore à l'aide du pendule de radiesthésie, dont l'oscillation d'un côté ou de l'autre de l'échelle renseigne sur le taux vibratoire (Schmitz, 2006b). Notons également que Bovis a formulé un principe géobiologique encore en vigueur aujourd'hui, ce qui fait de lui un précurseur de ce champ. La « *loi de Bovis* », prononcée à un congrès de Radiotellurie de Nice que nous ne pouvons malheureusement dater, suppose ainsi que : *« Tout corps (dessin ou contour de corps) de forme allongée, quelle que soit sa longueur et quelle que soit sa nature, animale, végétale, ou minérale, a la propriété de capter les ondes telluriennes lorsqu'il est placé en direction Nord-Sud. Si l'on donne à ce corps une forme géométrique quelconque, il deviendra émetteur et capteur d'onde, quelle que soit sa position. »* (p.20). Il s'agit là du principe de « *l'onde de forme* », que l'on retrouvera notamment en 1980 comme support de l'efficacité des cristaux.

LaHoChi

L'origine du LaHoChi est difficile à déterminer. Il ressort de nos recherches un discours unique. Les praticiens semblent s'accorder sur le fait que le LaHoChi a été transmis par la canalisation (*Channeling*) du maître Spirituel LaHoChi, siégant au *« royaume angélique »*, par le maître spirituel Satchamar le 15 mai 1991. Selon les adeptes de cette pratique, le son « *La* » dans LaHoChi fait référence à la lumière christique, le son « *Ho* » fait référence au mouvement d'une énergie vitale, le son « *Chi* » ou « *Qi* » est la force vitale. Cette description fait loi et ne connait aucune variante. La théorie LaHoChi constitue un syncrétisme entre le catholicisme, par la référence aux anges et à la trinité, et le taoisme, notamment par l'idée du Chi, mais surtout parce que le maitre LaHoChi du royaume angélique serait Lao Tseu. Il existe également des hybridations, comme le Reiki-LaHoChi.

Le maître spirituel Satchamar serait en réalité Fred Sailor, un adepte américain de la doctrine de Sathya Sai Baba (dont le mouvement est reconnu comme une secte en France) et Meher Baba. Fred Sailor serait parti en Inde autour des années 1960 pour développer sa spiritualité. A son retour vingt ans plus tard, il aurait organisé un groupe de méditation journalier composé de thérapeutes, infirmiers, artistes, éducateurs… De ces « *Light Sessions* » aurait émergé le LaHoChi, une technique de soins énergétiques qui se réclame des plus efficientes. La technique aurait ensuite été propagée aux Etats-Unis et en Europe par Elisabeth Chandler (pseudonyme de Mary Claire Helldorfer), auteur de romans à succès proche de Satchamar. La directrice actuelle du LaHoChi institute aux USA est Beloved Heartsong, une artiste et thérapeute énergétique. Le LaHoChi a pour particularité d'avoir seulement deux niveaux, celui de praticien et de formateur. Ces niveaux n'impliquent souvent qu'une ou deux

journées de formation, car le LaHoChi ne nécessite qu'une simple « *activation* » par un détenteur de cette énergie pour pouvoir être pratiqué. L'intérêt de la méthode, pour les praticiens, réside dans son efficacité immédiate. De plus, utiliser le LaHoChi sur quelqu'un d'autre permet de se soigner soi-même.

Orgonite

L'orgonite est un assemblage constitué le plus souvent par de la résine de polyester et divers métaux et minéraux, notamment du quartz. L'orgonite est inspirée des travaux de Reich sur l'accumulateur à Orgone. Elle est une libre interprétation des travaux de Reich par Don Croft, un ingénieur américain versé dans l'ésotérisme. L'assemblage, souvent sous forme de pyramide, est réputé dans le milieu ésotérique pour avoir le pouvoir de transformer l'énergie négative en énergie positive. On lui confère également le pouvoir de protéger des ondes électromagnétiques. (voir https://educate-yourself.org/dc/orgonegenindex.shtml#top, le site de Don Croft).

Pranathérapie

Cette méthode de soins énergétiques d'inspiration orientale vise à favoriser l'autoguérison du corps par un travail sur le prana, une énergie subtile qui forme l'aura humaine. Le Grand Maître Choa Kok Sui (1952-2007), un gourou philippin, a inventé cette méthode et l'a diffusée dans de nombreux livres à partir de 1984.

Reiki

Le Reiki est une thérapie énergétique inventée en 1922 par Mikao Usui, un moine bouddhiste japonais. L'histoire du Reiki est entachée d'approximations qui semblent conduire à de larges déformations des faits. Il existe également de nombreuses manipulations historiques faites par les différents successeurs d'Usui. (Miles & True, 2003; Pinsault et al., 2014). Ainsi, différentes écoles de Reiki existent et s'organisent autour de la doctrine des différents maîtres. Un premier discipline, Chujiro Hayashi (1878-1940) a fondé le premier centre Reiki à Tokyo et a sensiblement changé l'enseignement d'Usui. Il surtout monétisé la pratique pour l'adapter aux contingences de la vie citadine. Hawayo Takata (1900-1980), une américaine venue se faire soigner par Hayashi de problèmes respiratoires en 1936, a exporté le Reiki aux Etats-Unis entre 1973 et 1980 (Miles & True, 2003).A l'origine, l'enseignement du Reiki est d'abord spirituel, et la guérison complémente seulement l'illumination atteinte par la pratique.

Aujourd'hui, le Reiki distingue trois niveaux de pratique, qui s'obtiennent en suivant plusieurs heures de stages. Notons qu'un aucun prérequis n'est nécessaire pour étudier le Reiki.

Celui-ci se transmet par l'enseignement maître-élève et chaque élève, s'il étudie suffisamment, peut devenir à son tour un maître. Le premier degré est initiatique, l'élève apprend à utiliser la « *lumière* », le « *Ki* », une énergie vitale, pour soigner en apposant ses mains à quelques centimètres du corps. Au bout d'au moins trois mois de pratique, les élèves apprennent les symboles du Reiki, des runes employées pour favoriser la guérison et permettre la guérison à distance (Miles & True, 2003). Ce deuxième stage met également l'emphase sur les aspects sensoriels et spirituels du Reiki, et les participants relatent fréquemment des expériences exceptionnelles au cours de celui-ci. Le dernier degré de pratique attribue le statut de maître, qui s'obtient lors de stages orientés sur la pédagogie et la transmission avec d'autres maîtres (Miles & True, 2003). Le Reiki s'intègre particulièrement bien aux autres thérapies alternatives car il favorise le développement de la pensée magique et du raisonnement intuitif (Pohjanheimo, 2012).

Annexe 3. Annonce passée sur le site du CIRCEE

Dans le cadre d'un travail de thèse portant sur le magnétisme, nous recherchons des personnes effectuant des soins énergétiques de manière régulière, à titre personnel ou professionnel. Nous recherchons également des personnes ayant vécu une expérience significative, positive ou négative, durant des soins énergétiques. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre ce type de soins.

Les personnes seront sollicitées pour des entretiens de recherche par téléphone. Pour les personnes résidant ou exerçant dans le 44, ces entretiens pourront se faire en présentiel. Ces entretiens seront confidentiels et toutes les données qui en seront issues anonymisées.

Si vous souhaitez participer à cette recherche, merci d'utiliser le formulaire de contact CIRCEE en précisant votre participation, ou d'envoyer un mail à samuel.circee@orange.fr

Annexe 4. Note sur l'efficacité symbolique et la formule canonique des mythes

D'éventuels effets de la structure des mythes pourraient également être à l'œuvre dans le soin énergétique, considéré alors comme un rite thérapeutique. Ces effets suivraient la formule canonique des mythes de Lévi-Strauss (1958) : $F_x(a) : F_y(b) : : F_x(b) : F_a^{-1}(y)$. Cette fonction se lit : *« la fonction x de a est à fonction y de b comme fonction x de b est à fonction a-1 (contraire de a) de y »* (Journet, 2017, p. 47) , sachant que a et b sont des termes (figures, personnages) qualitativement opposés, x et y sont des fonctions (propriétés, actions) qualitativement opposées et qu'entre la première et la seconde moitié de l'équivalence, il y'a eu une inversion de la valeur de a en a^{-1} et un échange entre la valeur de terme a et la valeur de fonction y.

Cette énoncé, resté obscur pendant de nombreuses années, a récemment donné lieu à des perspectives théoriques fécondes qui rapprochent les sciences sociales des sciences formelles (Petitot, 1988; Scubla, 2009). Pour l'énoncer plus simplement, avec cette formule, Lévi-Strauss propose que le mythe permet de résoudre une opposition (de a et de b comme de x et de y) par la mise en correspondance d'un élément médiateur ($f_x(b)$) et d'une inversion de cet élément ($F_a^{-1}(y)$, figure d'une nouvelle différenciation *a' b'*. Cette formule s'applique pour décrire les transformations d'éléments au sein d'un mythe, ou encore des transformations dans des séries de mythes. Nous pensons, avec Scubla (2009), qu'il existe un parallèle entre le mythe individuel et le mythe collectif que la fonction canonique peut nous aider à saisir. Lévi-Strauss propose à ce propos assez clairement de réduire l'inconscient à une forme de machine structurelle mythique :

« Le vocabulaire importe moins que la structure. Que le mythe soit recréé par le sujet ou emprunté à la tradition, il ne tire de ses sources, individuelle ou collective (entre lesquellesse produisent constamment des interpénétrations et des échanges) que le matériel d'images qu'il met en oeuvre ; mais la structure reste la même, et c'est par elle que la fonction symbolique s'accomplit. » (1949, p. 225).

L'articulation entre le mythe individuel et le mythe collectif serait visible dans les méthodes thérapeutiques alternatives et nous pensons qu'une application de la formule canonique éclaire singulièrement le travail de Jeanne Favret-Saada. Celle-ci, dans *Désorceler,* relate la consultation chez Madame Flora et met au centre du travail de désorcèlement *« l'embrayeur de violence »,* cette combinaison spécifique des cartes de tarots qui permettent à

la désorceleuse de désigner les forces en présence. Pour rappel, la configuration implique une double opposition entre cartes rouges et noires, ainsi que cartes masculines et féminine, dans une série d'équivalences : roi de carreau = ensorcelé, dame de carreau = ensorcelée, dame de pique = sorcière, roi de pique = sorcier. Or, lors du tirage du jeu par la désorceleuse, il existe *« deux exceptions capitales »* : *« la sorcière est toujours représentée par la dame de carreau »* et l'ensorcelée qui se présente seule à la consultation est représentée par la dame de pique, tirage qui appelle toujours le commentaire *« Dans l'avenir, vous deviendrez veuve. »* (Favret-Saada, 2009, p. 88-89).

L'application de la formule canonique nous donne alors l'énoncé suivant : $f_{ensorcelé}$(roi de carreau) : $f_{sorcière}$(dame de pique) : : $f_{sorcière}$(dame de carreau) : $f_{roi\ de\ pique}$(sorcier), le roi de pique étant l'inverse du roi de carreau. A l'équivalence ensorcelé-sorcier initiale, madame Flora en induit une autre, la dame de carreau est maintenant accouplée avec les cartes noires et représente la sorcellerie, au lieu de représenter les ensorcelés, elle fait partie des deux couples roi de carreau-roi de pique. Cette appariement attribue à l'épouse de l'ensorcelée la même force que celle du sorcier. L'auteur propose également, en des termes plus psychologiques, que cette manipulation des cartes amène inconsciemment l'épouse de l'ensorcelé à s'identifier au sorcier, et ceci lui permet de réveiller son agressivité afin de se défendre du sorcier en acceptant de lui renvoyer le sort, ce qui équivaut dans la sorcellerie, au meurtre.

Dans cette même perspective, nous soupçonnons qu'un même processus mythique est ici à l'œuvre et se caractérise par cette structure d'opposition qualitative entre des symboles et des fonctions. Sur la base de notre exemple de la thérapie énergétique de la brulure, l'utilisation de la formule canonique pourrait peut-être aboutir à : $f_{douleur}$(rouge) : f_{soin}(pensée) :: $f_{douleur}$(pensée) : f_{bleu} (soin). Cela impliquerait que la fonction douloureuse de la couleur rouge est opposée à la fonction thérapeutique de la pensée, et que lorsque l'énergéticien en viendrait à penser la douleur du client, la thérapie passerait par la couleur bleue, inverse du rouge. Contrairement à Jeanne Favret-Saada, nous n'avons pas pu mettre en place d'observations suffisantes pour pouvoir obtenir des données qui nous permettraient de donner forme à cette intuition, aussi cette formulation est pour l'instant peu satisfaisante et manque certainement de rigueur. Cependant, cette réflexion pourrait cependant être féconde pour des recherches anthropologiques ultérieures sur le rôle des mythes dans les soins énergétiques et l'examen prolongé de ces modalités thérapeutiques pourrait permettre de formaliser plus clairement ce processus.