



HAL
open science

Place des coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière des brûlures en Haute-Savoie en 2007

Nicolas Perret

► To cite this version:

Nicolas Perret. Place des coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière des brûlures en Haute-Savoie en 2007. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-00630683

HAL Id: dumas-00630683

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00630683v1>

Submitted on 17 May 2012

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2009

**Place des coupeurs de feu dans la prise en charge
ambulatoire et hospitalière des brûlures
en Haute-Savoie en 2007**

—

Evaluation des pratiques au niveau départemental

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

QUALIFICATION MEDECINE GENERALE

DIPLOME D'ETAT

Nicolas PERRET

Né le 04 octobre 1979

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 11 DECEMBRE 2009

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres : M. le Professeur Pierre-Simon JOUK

M. le Professeur Bruno BONAZ

M. le Docteur Jacques LATARJET

M. le Docteur François BERTHET

Directeur de Thèse : M. le Docteur Jean-Pierre ALIBEU

Remerciements

Je remercie tous les membres du jury pour avoir accepté de juger mon travail et pour l'honneur qu'ils me font par leur présence :

Monsieur le professeur Thierry BOUGEROL, professeur des Universités et praticien hospitalier au Centre hospitalier universitaire de Grenoble, chef du pôle de psychiatrie et de neurologie, et chef de la clinique universitaire de psychiatrie.

Votre présidence m'honore sincèrement.

Monsieur le professeur Pierre-Simon JOUK, professeur des Universités et praticien hospitalier, chef du service de génétique clinique, responsable médical du pôle couple enfant au CHU de Grenoble.

Votre humilité et votre humanité resteront pour moi un exemple qui guidera ma pratique.

Monsieur le professeur Bruno BONAZ, professeur des Universités et praticien hospitalier dans la clinique universitaire d'hépatogastroentérologie, CHU de Grenoble.

Je vous remercie pour l'intérêt sincère que vous portez à mon travail.

Monsieur le docteur Jacques LATARJET, chef de service honoraire du centre des brûlés de l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc à Lyon.

Je vous remercie cordialement pour votre participation spontanée au jury de cette thèse et pour l'apport en tant que spécialiste que vous avez amené à mon travail.

Monsieur le docteur François BERTHET, médecin généraliste à Valleiry.

Cher ami, je te remercie pour notre rencontre, pour ta participation à mon travail, pour ta grande humanité et pour ta musique !

Monsieur le docteur Jean-Pierre ALIBEU, responsable du Centre de traitement de la douleur du CHU de Grenoble.

Je vous remercie pour la responsabilité que vous avez osé prendre en dirigeant mon travail sans laquelle il ne serait peut-être pas... Vous rencontrer est à chaque fois un plaisir.

Je remercie les personnes suivantes pour l'aide précieuse qu'elles m'ont fournie dans la réalisation de ce travail :

Toutes les équipes des services des urgences de Thonon-les-Bains, d'Annecy et d'Annemasse, pour leur participation indispensable à ce travail.

Tous les coupeurs de feu que j'ai rencontrés pour l'accueil qu'ils m'ont réservé.

Tous les médecins généralistes et les patients qui ont répondu à mes enquêtes et qui font la valeur de ce travail.

Le personnel de la bibliothèque universitaire de médecine-pharmacie de Grenoble pour leurs conseils répétés.

Mme Gisèle BOUGEROL – secrétaire du professeur Thierry Bougerol – pour sa précieuse guidance.

Mme Nicole BULLAT – cadre infirmier aux urgences d'Annemasse – pour l'accueil qu'elle m'a réservé.

Mme Marie-Line CASSAZ – Département informatique médicale à Annemasse – pour sa disponibilité et son aide technique.

Dr Anne FONTANELLE – responsable du secteur traumatologie du service des urgences d'Annecy – pour l'accueil qu'elle m'a réservé dans son service et son aide.

Dr Jean-Paul GENTIL – urologue – pour son accueil et l'intérêt qu'il porte à mon travail.

Mme Brigitte GRUMEAU – Département informatique médicale à Annecy – pour sa disponibilité et son aide technique.

Dr Jérôme JUND – Département informatique médicale à Annecy – qui a toute ma reconnaissance pour toutes les analyses de données qu'il a réalisées pour ce travail.

Dr Claude LAE – chef de service des urgences d'Annemasse – pour l'accueil qu'il m'a accordé dans son service.

Dr Patrick LEMETTRE et Mme Sophie MARISSAL – MGForm – pour leur disponibilité et leur aide logistique.

Dr Danièle TAVERNIER – chef de service des urgences de Thonon-les-Bains – pour l'accueil qu'elle m'a réservé dans son service.

Dr Dominique THEVENON – Département informatique médicale à Thonon-les-Bains – pour sa disponibilité et son aide technique.

*Pour leur digne enseignement et l'agréable souvenir qu'ils m'ont laissé, je remercie mes
« maîtres » et tout particulièrement :*

Le professeur **Dominique SARAGAGLIA** et toute l'équipe des urgences traumatologiques de l'hôpital Sud du CHU de Grenoble. La qualité de votre enseignement, la responsabilisation de l'étudiant et l'ambiance du service m'ont été tout à fait profitables.

Le docteur **Philippe ROMAND** et toute l'équipe du service de pneumologie et de médecine infectieuse de l'hôpital de Thonon-les-Bains. Vous avez mon entière admiration pour ce que vous êtes et ce que vous faites.

Le docteur **Grégoire THERY** et toute l'équipe du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Thonon-les-Bains. Pour une ambiance et un enseignement des plus profitables et des plus plaisants.

Le docteur **Thierry PIELLARD** – médecin généraliste à Frangy. Ta sagesse et ton implication communiquent l'envie de faire son métier le mieux possible ; mais aussi de profiter de la vie !

Les docteurs **Jacques MARTIN** et **Hélène PORCO** – médecins généralistes à Marnaz. Votre compétence et votre implication sont également un exemple de sagesse et inspirent la confiance la plus totale.

Les docteurs **Francis DUCRET**, **Philippe POINTET**, **Cécile TURC-BARON** et **Guillaume VERNIN** ainsi que toute l'équipe des services de néphrologie et d'endocrinologie de l'hôpital d'Annecy. Les larges compétences et l'originalité des néphrologues en font des spécialistes qui laissent un souvenir inoubliable... Je vous admire, ne changez pas !

Le docteur **Alain MAURY** et toute l'équipe du service des urgences de l'hôpital de Chambéry. Pour finir en beauté avec un stage qu'on n'aurait pas voulu voir finir.

Je remercie tous mes relecteurs et notamment mon père, ma sœur Anne-Sophie et mon oncle Claude pour l'intensité de leurs corrections.

Je tiens à honorer l'intense et vieille amitié qui me lie avec tous mes amis, trop nombreux pour être cités, mais qui représentent pour moi la sûreté de la vie, et c'est peu dire.

Que toute ma famille trouve ici la preuve de mon entière considération.

Mon parcours médical récent m'a conduit à de nouvelles connaissances qui méritent d'être honorées, et qui ont toutes mes excuses pour mon indisponibilité. Je pense tout particulièrement à Pascale, Prosper, et des amis au Burkina Faso.

Je garde une pensée particulière pour toute ma promo : quasiment dix ans de connivence...

Et surtout, pour l'expérience grenobloise, je remercie tout particulièrement Yves, Seb et Christophe : on a partagé, on s'est compris, on s'est soutenu...

Enfin, je remercie, pour leur soutien moral et leur amour,

Ma mère, mon père, mon frère, mes sœurs,

Avec mes intangibles sentiments.

*A Nathalie,
Pour tout son amour, sa patience et sa tolérance.*

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers au 01/09/2009

ALBALADEJO	Pierre	Clinique d'anesthésie – pôle 2 Anesthésie – réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Clinique de chirurgie et de l'urgence – Pôle 6 Digidune
BACONNIER	Pierre	Biostatistique et informatique médicale – Pavillon D – Pôle 17 Santé publique
BAGUET	Jean-Philippe	Clinique de cardiologie – hypertension artérielle – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie – Pôle 5 Cancérologie
BARRET	Luc	Clinique médecine légale – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
BAUDAIN	Philippe	Clinique radiologie et imagerie médicale – Pôle 13 Imagerie
BEANI	Jean-Claude	Clinique dermatologie-vénérologie-photobiologie et allergologie – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
BENHAMOU	Pierre-Yves	Clinique endocrino-diabète-nutrition éducation thérapeutique / diabétologie – Pôle 6 Digidune
BERGER	François	Oncologie médicale – Pôle 5 Cancérologie
BLIN	Dominique	Clinique chirurgie cardiaque – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
BOLLA	Michel	Centre coord. cancérologie – Pôle 5 Cancérologie
BONAZ	Bruno	Clinique hépato-gastro-entérologie – Pôle 6 Digidune
BOSSON	Jean-Luc	Dpt de méthodologie de l'information de santé – Pôle 17 Santé publique
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes – pavillon D. Villars – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
BRAMBILLA	Elisabeth	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
BRAMBILLA	Christian	Clinique de pneumologie – Pôle 7 médecine aiguë et communautaire
BRICHON	Pierre-Yves	Clinique de chirurgie vasculaire et thoracique– Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
BRIX	Muriel	Clinique chir. maxillo-faciale – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
CAHN	Jean-Yves	Cancérologie– Pôle 5 Cancérologie
CARPENTIER	Patrick	Clinique médecine vasculaire – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
CARPENTIER	Françoise	Clinique d'urgence – Pôle 1 SAMU SMUR
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie – bâtiment J. Roget Fac médecine – Pôle 14 Biologie
CHABARDES	Stephan	Clinique de neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Clinique endocrino-diabète-nutrition éducation thérapeutique / diabétologie – Pôle 6 Digidune
CHAFFANJON	Philippe	Clinique chirurgie thoracique, vasculaire et endocrinienne
CHAVANON	Olivier	Clinique de chirurgie cardiaque – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
CHIQUET	Christophe	Clinique ophtalmologique – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie – Fac de médecine – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
CINQUIN	Philippe	Dpt d'innovations technologiques – Pôle 17 Santé publique
COHEN	Olivier	Délégation – HC forum (création entreprise) – rémunération universitaire conservée
COUTURIER	Pascal	Clinique médecine gériatrique – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	Dpt médecine & santé du travail – Pôle 17 Santé publique
DEBILLON	Thierry	Clinique réa et médecine néonatale – Pôle 9 Couple/enfant
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistique et informatique médicale – Pôle 17 Santé publique
DESCOTES	Jean-Luc	Clinique urologie – Pôle 6 Digidune
DYON	Jean-François	

ESTEVE	François	Dir équipe 6 U836 – ID17/ESRF – Grenoble institut des neurosciences
FAGRET	Daniel	Clinique de médecine nucléaire – Pôle 13 imagerie
FAUCHERON	Jean-Luc	Clinique de chir digestive et de l'urgence – Pôle 6 Digidune
FAVROT	Marie-Christine	Dpt de biologie intégrée / cancérologie – Pôle 14 Biologie
FERRETTI	Gilbert	Clinique radiologie & imagerie médicale – Pôle 13 imagerie
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	Clinique nutrition artificielle – Pôle 7 médecine aiguë & communautaire
FRANCO	Alain	Clinique vieillissement et handicap – Pôle 7 médecine aiguë et communautaire
FRANCOIS	Patrice	Dpt de veille sanitaire – Pôle 17 Santé publique
GARNIER	Philippe	
GAUDIN	Philippe	Clinique de rhumatologie – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
GAY	Emmanuel	Clinique neurochirurgie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
GIRARDET	Pierre	
GUIDICELLI	Henri	
HALIMI	Serge	Clinique endocrino-diabéto-nutrition – Pôle 6 Digidune
HOMMEL	Marc	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
JUVIN	Robert	Clinique de rhumatologie – hôpital Sud – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
KAHANE	Philippe	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
KRACK	Paul	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
KRAINIK	Alexandre	Clinique neuroradiologie & IRM – Pôle 13 imagerie
LANTUEJOUL	Sylvie	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
LE BAS	Jean-François	Clinique neuroradiologie & IRM – Pôle 13 imagerie
LEBEAU	Jaques	Clinique chir. maxillo-faciale – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
LECCIA	Marie-Thérèse	Clinique dermatologie-vénérologie-photobiologie et allergologie – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
LEROUX	Dominique	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
LEROY	Vincent	Clinique hépato-gastro-entérologie – Pôle 6 Digidune
LETOUBLON	Christian	Clinique de chir digestive et de l'urgence – Pôle 6 Digidune
LEVERVE	Xavier	Laboratoire thérapeutique UFR biologie Bat 72 UJF BP 53X
LEVY	Patrick	Physiologie – Pôle 12 rééducation & physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie ADN – Pôle 9 Couple/enfant
MACHECOURT	Jacques	Clinique de cardiologie – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
MAGNE	Jean-Luc	Clinique de chirurgie vasculaire & thoracique– Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/Dpt biologie intégrée – Pôle 14 Biologie – J. Roget 4è étage
MALLION	Jean-Michel	
MASSOT	Christian	Clinique médecine interne – Pôle 8 pluridisciplinaire de médecine
MAURIN	Max	Dpt des agents infectieux / bactériologie – Pôle 14 Biologie
MERLOZ	Philippe	Clinique chir. Orthopédie traumatologie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
MORAND	Patrice	Dpt des agents infectieux / virologie – Pôle 14 Biologie
MOREL	Françoise	
MORO-SIBILOT	Denis	
MOUSSEAU	Mireille	Oncologie médicale – Pôle 5 Cancérologie
MOUTET	François	Chir. Plastique & reconstructrice & esthétique
PASQUIER	Basile	
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Clinique réanimation – Pôle 2 Anesthésie-réanimation

PELLOUX	Hervé	Dpt des agents infectieux / parasitologie et mycologie – Pôle 14 Biologie
PEPIN	Jean-Louis	Clinique physiologie sommeil & exercice – Pôle 12 rééducation & physiologie
PERENNOU	Dominique	Service de rééducation – Pôle 12 rééducation & physiologie
PERNOD	Gilles	Clinique de médecine vasculaire – Pôle 8 pluridisciplinaire de médecine
PIOLAT	Christian	Clinique de chir. Infantile
PISON	Christophe	Clinique pneumologie – Pôle 7 médecine aiguë & communautaire
PLANTAZ	Dominique	Clinique médicale pédiatrique – Pôle 9 Couple/enfant
POLACK	Benoît	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
POLLAK	Pierre	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
PONS	Jean-Claude	Clinique universitaire gynécologie obstétrique – Pôle 9 Couple/enfant
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Clinique urologie – Pôle 6 Digidune
REYT	Emile	Clinique ORL – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
ROMANET	Jean-Paul	Clinique ophtalmologie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
SARAGAGLIA	Dominique	Clinique orthopédique & traumatologie – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
SCHAAL	Jean-Patrick	Clinique universitaire gynécologie obstétrique – Pôle 9 Couple/enfant
SCHMERBER	Sébastien	Clinique ORL – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
SEIGNEURIN	Daniel	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
SEIGNEURIN	Jean-Marie	Dpt agents infectieux – Pôle 14 Biologie
SELE	Bernard	Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
SESSA	Carmine	Chirurgie thoracique vasculaire – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
SOTTO	Jean-Jacques	
STAHL	Jean-Paul	Clinique infectiologie – Pôle 7 médecine aiguë & communautaire
TIMSIT	Jean-François	Clinique réanimation médicale – Pôle 7 médecine aiguë & communautaire
TONETTI	Jérôme	Clinique orthopédique & traumatologie – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire – Pôle 14 Biologie
VANZETTO	Gérald	Clinique de cardiologie – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et traitement de l'image
ZAOUI	Philippe	Clinique néphrologie – Pôle 6 Digidune
ZARSKI	Jean-Pierre	Clinique hépato-gastro-entérologie – Pôle 6 Digidune

BOLLA	Michel	Du 13/06/09 au 31/08/2012
DYON	Jean-François	(surnombre)
GARNIER	Philippe	(surnombre)
GIRARDET	Pierre	(surnombre)
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)
MALLION	Jean-Michel	(surnombre)
MOREL	Françoise	Surnombre depuis le 08/08/2008 → 31/08/2011
PASQUIER	Basile	(surnombre)
SEIGNEURIN	Jean-Marie	Du 11/02/2009 au 31/12/2012
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)

Maîtres de Conférence des Universités – PH au 01/09/2009

BOTTARI	Serge	Dpt de biologie intégrée – Pôle 14 Biologie
BOUTONNAT	Jean	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	Dpt des agents infectieux / parasitologie mycologie – Pôle 14 Biologie
BRICAULT	Ivan	Clinique radiologie et imagerie médicale – Pôle13 Imagerie
BRIOT	Raphaël	Pôle urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Clinique de médecine nucléaire – Pôle 13 imagerie
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de pharmacologie
CROIZE	Jacques	Dpt des agents infectieux / microbiologie – Pôle 14 Biologie
DEMATTEIS	Maurice	Clinique physiologie sommeil & exercice – Pôle 12 rééducation & physiologie
DERANSART	Colin	GIN – Bat E. SAFRA – Equipe 9
DETANTE	Olivier	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
DROUET	Christian	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Centre Angiodème – Pôle 14 Biologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie – Bat J. Roget
EYSSERIC	Hélène	Clinique médecine légale – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la procréation / CECOS – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
FAURE	Julien	Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire – Pôle 5 Cancérologie
GAVAZZI	Gaëtan	Clinique méd. int. gériatrique – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
GRAND	Sylvie	Clinique radiologie et imagerie médicale – Pôle13 Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la procréation / CECOS – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Clinique universitaire gynécologie obstétrique – Pôle 9 Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Clinique d'anesthésie – pôle 2 Anesthésie – réanimation
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire – Pôle 17 Santé publique
LAPORTE	François	Dpt de biologie intégrée – Pôle 14 Biologie
LARDY	Bernard	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Laboratoire d'enzymologie – Pôle 14 Biologie
LARRAT	Sylvie	Dpt des agents infectieux – Pôle 14 Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique physiologie sommeil & exercice – lab. explor. fonctionnelles cardio-respiratoires – Pôle 12 rééducation & physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Unité d'hygiène hospitalière – Pavillon E
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Dpt d'innovations technologiques – Pôle 17 Santé publique
MOUCHET	Patrick	Clinique physiologie sommeil & exercice – lab. explor. fonctionnelles cardio-respiratoires – Pôle 12 rééducation & physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Laboratoire d'enzymologie – Pôle 14 Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique neurochirurgie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
PASQUIER	Dominique	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
PELLETIER	Laurent	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François	Clinique médecine légale – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
RAY	Pierre	Biologie de la reproduction – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
RENVERSEZ	Jean-Charles	Dpt de biologie intégrée – biochimie & biologie moléculaire – Pôle 14 Biologie
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC LA TRONCHE
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
TAMISIER	Renaud	Clinique physiologie sommeil & exercice – lab. explor. fonctionnelles cardio-respiratoires – Pôle 12 rééducation & physiologie
WEIL	Georges	Biostatistique et informatique médicale – Pôle 17 Santé publique

Prologue

Les choses me paraissent claires... et pourtant...

La vie s'explique à elle-même, cependant...

Tout m'est donné pour aller vers le mieux, mais...

L'enseignement dure tout le temps, c'est ce qui égaye mes perspectives ; Mais mon présent est encore souvent inconfortable faute d'en jouir.

La vie et le destin, le hasard et la chance, choix et refus, compassion, écoute, Dieu, souffle, Verbe, âme, inconscience, cécité, repliement, peur, vomis, abjecte déjection d'une insouciance existentielle, et culpabilité, mais pourquoi ?

Tout ça je le devine, je l'imagine, je le souhaite, je tends à y croire. Mais qui suis-je pour y croire ?

J'ouvre les yeux, je vois. Est-ce que je vois juste ? Est-ce que je vois vrai ? Remise en question. Qu'est-ce que... ? Recule ! Recule encore. Recule toujours ! Relatif ? Objectif ! Attends, recule... Et quand on est sûr ? Alors on sait. Mais recule quand même encore.

Dans un sens ça me va. Mais ça ne me lâche pas. Pas moyen de se rendre compte. Le présent... C'est dur le présent. Je suis là et pourtant, il y a tout ça aussi. C'est dur de se sentir compatible. J'ai mon colon qui m'en veut. Esprit - corps.

Alors voilà ! Je me dois de croire qu'il y a des moyens pour trouver le courage de m'y lancer. Alors trouvons-les, essayons-les et exploitons-les. Tout est dans mon esprit, je cherche. Spiritualité ? « Connais-toi toi-même. » Alors, qui suis-je ?

Introduction à la médecine

D'abord était pour moi la connaissance. Passionnant cumul de savoir sur le comment du corps humain. Peut-être alors sur le pourquoi ? Physiologie, anatomie, biophysique, biochimie, ... La médecine est une science. C'est intéressant et il y a de quoi remplir une vie.

Sciences humaines et éthique, personne humaine et dignité, psyché et soma, apporter des soins, guérir, parler, comprendre, écouter, aider à mourir, trouver les limites de la vie, lutter. Alors, la médecine est un art. C'est passionnant et il y a de quoi y abandonner une vie.

Assurance qualité, preuves, démonstration, quantification, coût, dépenses, sécurité sociale, mécontentement et procès, pouvoir et détournements. La médecine souscrit aux dures lois mercantiles du capitalisme. C'est réjouissant, en France, l'accès aux soins est permis à toute vie.

La médecine c'est énorme, infini, compliqué. J'ai déraillé ? Je déraille ? Ou bien je n'ai encore pas allumé la vapeur ? Je me fais doubler ? Est-ce important ?

L'esprit ; puissantes fondations du bonheur humain ou grande instabilité sociale ; immense outil de découverte ou impénétrable mur d'incompréhension. Insondable entité, le soi est pourtant à cadrer. Est-ce le devoir de chacun ? Peut-on l'espérer de tous, pour tous ? Peut-être que le médecin se doit de veiller et de prendre cela en considération. L'hygiène de vie passe par la santé de l'esprit. Cela me paraît incontournable et on ne le sait que trop peu. La médecine est recherche de soi et recherche de l'autre et il y a de quoi combler une vie.

La médecine se veut humaniste dans sa déontologie. Et si je pose les premiers pavés du chemin de ma spiritualité, ou si je pose le premier pavé, ou même si je taille le premier pavé de mon chemin dans la montagne, ou encore si je n'en suis qu'à trouver le marteau et le burin qui me permettent de faire ma première pierre, alors mon burin est humaniste, mon caillou est humaniste, mon chemin est humaniste. Donc la médecine ne me paraît pas dévier de la direction de mon chemin et je considère peut-être bien qu'elle représente un noble et robuste appui, pour découvrir l'homme dans son essence spirituelle. La « science de l'esprit » n'est pas salvatrice ou révélatrice ; le chemin qui mène à la compréhension de son propre esprit, du moi, est (peut-être - quelles certitudes puis-je avoir ? -) révélateur et salvateur ; mais la science, la spéculation, la mise en évidence et l'exposition de faits cohérents à tout le monde peut peut-être aider tout le monde. *L'esprit reste-t-il de très loin incompris ?*

Et là, libre à toi de spéculer sur l'objectivité du magnétisme, de l'acupuncture, des miracles et autres médecines parallèles. La médecine ne comprend pas cela. La médecine guérit parce que telle lésion entraîne tel symptôme, parce que tel symptôme est inacceptable, parce que tel élément pathogène entraîne telle lésion, parce que tel phénomène répare telle lésion, parce que telle molécule agit sur telle molécule, parce que telle étude très approfondie, très longue et très logique a prouvé que ça marchait comme ça. Il ne faut pas croire, il faut voir. Un pansement gras sur une brûlure favorise la cicatrisation et prévient l'infection. Quelqu'un qui pose ses mains sur un brûlé et conjure par quelques incantations « le mal » pour guérir en 24 heures une peau dont les cellules ont subi un dommage létal qui nécessite physiologiquement au moins une demi semaine pour régénération, dans le meilleur des cas ; c'est impossible ! Et pourtant, tout le monde en parle, certains ont vu. Qu'est-ce que la médecine attend pour étudier ces phénomènes ? Que tout le monde puisse voir, puisse comprendre et, pourquoi pas, les utiliser ? Et si l'être humain a ces « pouvoirs inexplicables », pourquoi ne seraient-ils pas accessibles à tous ou presque ?

Je ne vois pas ce que je pourrais te dire de plus sur « la façon » de guérir les gens si ce n'est que je suis sûr d'une chose qui me paraît être la plus importante même si ce n'est peut-être pas encore une priorité dans ma pratique (vu que je ne soigne pas encore et que je ne suis pas prêt...) : l'écoute profonde, l'objectivité morale et déontologique, la neutralité et le recul, sans oublier, mais c'est une évidence, la compétence professionnelle, permettent d'apporter les soins les plus satisfaisants, les plus gratifiants, les plus efficaces, et la même aide à tous. Je crois que j'ai toujours voulu tendre vers cet idéal, mais il me reste à évaluer la distance qui m'en sépare et à la parcourir ; j'ai envie de dire le plus vite possible, mais ça ne sert à rien. Voilà la réponse que j'ai envie de faire quand on me demande vers quelle spécialité je souhaite m'orienter. La spécialité, je n'en sais rien. Mais tout ça sonne trop idéaliste et plutôt niais que réalisable. Qui suis-je ? Qui est-ce que je veux être ? Je crois que la voie sur laquelle je me trouve remplit pleinement des objectifs que je vise, que je peux viser, que je rêve de viser. Mais je cherche le courage de m'y lancer pleinement.

Alors voilà, je t'en prie, la place est à toi, il te faut réagir.

(Une introduction est toujours suivie d'un développement !)

Le 17 août 2002
Lettre à mon cousin

Table des matières

<i>Prologue</i>	11
<i>Table des matières</i>	13
<i>Résumé</i>	15
<i>Introduction</i>	17
Chapitre 1 : Les guérisseurs en général, le coupeur de feu en particulier	20
1. Histoire et origine des guérisseurs	21
1.1. De l'Antiquité au Moyen-âge.....	21
1.2. XVII ^e – XVIII ^e siècles	23
1.3. XIX ^e – XX ^e siècles	24
2. Essai de classification des guérisseurs aujourd'hui	28
2.1. Les « guérisseurs traditionnels » de nos médecines populaires	28
2.2. Les « guérisseurs modernes »	29
2.3. Et à l'étranger ?	30
3. Portrait du guérisseur traditionnel en général	31
3.1. Méthodes des guérisseurs	31
3.2. Maladies traitées.....	32
3.3. Recours au guérisseur : comment et pourquoi ?	32
3.4. Satisfaction des patients.....	34
4. Portrait des leveurs de maux en particulier	35
4.1. Définition et caractéristiques des leveurs	35
4.2. Le don, le rituel.....	36
4.3. Recours au leveur de maux.....	41
4.4. La prière : rapport avec la religion et la foi.....	41
4.5. Démographie et collaboration avec la médecine.....	46
5. Efficacité des coupeurs de feu, fondements et explications : quelques théories	49
5.1. Anthropologie	49
5.2. Magnétisme et radiesthésie.....	55
5.3. Concept énergétique.....	60
5.4. Hypnose et suggestion	61
5.5. Psychologie.....	63
5.6. Approche médicale des brûlures et de l'efficacité des coupeurs de feu	67
5.6.1. Epidémiologie des brûlures	67
5.6.2. Physiopathologie de la brûlure	69
5.6.3. Physiopathologie de la douleur.....	70
5.6.4. Recommandations pour le traitement médical des brûlures	73
5.6.5. La science face au paranormal.....	76
5.6.6. Médecine et guérisseurs.....	79
5.7. Aparté sur la religion et la foi.....	87
5.8. En conclusion	89

Chapitre 2 : Enquête épidémiologique : Le recours aux coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière des brûlures en Haute-Savoie en 2007.....		90
1.	Méthodes	91
1.1.	Entretiens avec des coupeurs de feu	91
1.2.	Enquête auprès des soignants des services des urgences	92
1.3.	Enquête aux urgences auprès des patients brûlés	94
1.4.	Enquête auprès des médecins généralistes	96
1.5.	Méthodes statistiques	97
2.	Résultats	99
2.1.	Entretiens avec quelques coupeurs de feu.....	99
2.2.	Enquête auprès des soignants des services des urgences	109
2.3.	Enquête aux urgences auprès des patients brûlés	115
2.4.	Enquête auprès des médecins généralistes	128
3.	Discussion	134
3.1.	Les coupeurs de feu	134
3.2.	Pourquoi le recours aux coupeurs de feu : explication rationnelle d'un phénomène social ?	139
3.3.	Opinions et épidémiologie du recours au coupeur de feu	141
3.4.	Satisfaction des patients	145
3.5.	Essai sur la démographie des coupeurs de feu.....	147
3.6.	Conclusion sur la pertinence de l'étude.....	148
Conclusion.....		152
Références.....		156
Serment d'Hippocrate.....		160
Epilogue.....		161
Index des figures		163
Table des annexes.....		164
Annexes.....		165

Résumé

INTRODUCTION : Les coupeurs de feu, acteurs de nos médecines populaires, prétendent soulager la douleur des brûlures grâce à un secret : le don. Certains soignants, notamment dans des services d'urgences en Haute-Savoie, ont recours aux coupeurs de feu pour les patients brûlés.

OBJET DE L'ETUDE : Notre étude se propose d'évaluer la place et l'impact des coupeurs de feu dans la prise en charge médicale des brûlures.

BUT : Faire le point sur l'avis et la collaboration des soignants et des médecins généralistes avec les coupeurs de feu. Evaluer la satisfaction des patients qui ont eu recours à un coupeur de feu.

METHODE : Nous avons réalisé une dizaine d'entretiens avec des coupeurs de feu qui interviennent en complément de la médecine, une enquête auprès des soignants de trois services des urgences de Haute-Savoie qui collaborent avec des coupeurs de feu, une enquête auprès des patients brûlés qui ont consulté ces services, et une enquête auprès des médecins généralistes de Haute-Savoie.

RESULTATS : 134 soignants, 173 patients et 210 médecins généralistes ont répondu. Les soignants interrogés ont, en moyenne, une bonne opinion de l'action des coupeurs de feu. Ils sont plutôt favorables à leur collaboration au sein de leur service (61 % la trouvent souhaitable). Ils ont proposé l'intervention d'un coupeur de feu à 75 % des patients dont 81 % l'ont acceptée. 87 % des patients qui en ont bénéficié disent que leur douleur a diminué de plus de 30 %. Les médecins généralistes ont une opinion plus modérée concernant l'efficacité et la collaboration avec des coupeurs de feu (36 % la trouvent souhaitable).

DISCUSSION : Nous n'avons pas trouvé d'autre étude sur la collaboration des coupeurs de feu avec les services d'urgences. Malgré les biais de nos enquêtes, l'intérêt de cette collaboration paraît manifeste. L'effet placebo apporte une compréhension partielle de ce phénomène. Dans toute relation thérapeutique il y a, plus ou moins, de l'anthropologique, du psychologique, du relationnel... et de l'inexplicable. Au-delà de *l'evidence-based medicine*, une hypothèse possible sur l'inexplicable efficacité des guérisseurs tient dans la relation thérapeutique et son effet symbolique.

CONCLUSION : Faut-il réintégrer du culturel et du sens à la médecine pour espérer une prise en charge plus globale ? Nous abordons, peut-être, le sens, l'ontologie de la relation humaine dans laquelle peut s'inscrire une relation thérapeutique. Une leçon populaire pour notre technocratie ? Des études supplémentaires seraient nécessaires pour identifier un éventuel bénéfice spécifique de l'intervention des coupeurs de feu.

Mots-clefs :

Coupeur de feu ; Brûlure ; Barreur de feu ; Leveur de maux ; Panseur de secret ; Guérisseur ; Médecine populaire ; Le don.

Role of burn healers in the ambulatory and hospital management of burns in Haute-Savoie in 2007

(Evaluation of practices at the local level)

Abstract

INTRODUCTION: Burn healers, who play a part in folk medicine, claim they can alleviate the pain due to burns by “talking the fire out” of burns thanks to a secret incantation: “the power”. Some members of the medical staff, particularly in emergency rooms in Haute-Savoie, resort to burn healers for patients suffering from burns.

OBJECTIVE OF THE STUDY: Our study aims at evaluating the role and the impact of burn healers in the medical treatment of burns.

GOAL: Assessing the opinion and the collaboration of the medical staff and of general practitioners with burn healers. Evaluating the satisfaction of patients who resorted to burn healers.

METHOD: Interviews of a dozen burn healers acting in complement to medical treatments ; survey among the medical staff of three emergency departments resorting to burn healers in Haute-Savoie; survey among patients suffering from burns who consulted the medical staff in these departments; survey among GPs of Haute-Savoie.

RESULTS: 134 medical staff, 173 patients and 210 GPs answered the surveys. The medical staff generally declares to have a good opinion of the action of burn healers. They are rather favourable to their intervention in the department (61 % think it is desirable). They suggested having recourse to burn healers to 75 % of their patients, among whom 81 % agreed. 87 % of the patients who benefited from burn healers’ interventions say their pain decreased by more than 30 %. GPs are more moderate in evaluating the efficiency and the intervention of burn healers in emergency rooms (36 % think it is desirable).

DISCUSSION: We didn’t find any survey about the collaboration between burn healers and emergency departments. Despite our survey’s bias, this collaboration remains interesting. The placebo effect partly brings light to the understanding of this phenomenon. Every therapeutic relationship implies at least anthropological, psychological and relational elements... and mysterious ones. Beyond evidence-based medicine, one way to explain the mysterious efficiency of burn healers is the therapeutic relation itself and its symbolical effect.

CONCLUSION: Is it necessary to include culture and meaning into medicine in order to develop a more global management of pathologies? Complementary studies would be necessary to identify any potential specific benefit brought by the intervention of burn healers.

Key words:

Burn ; Burn healer ; Distant healing ; Healer ; Folk medicine ; Therapeutic touch ; The power ; Prayer.

Introduction

Les coupeurs de feu ou barreurs de feu, connus encore sous le nom de leveurs de maux ou panseurs de secrets, sont des personnes n'appartenant pas, la plupart du temps, au corps des professionnels de santé de notre médecine occidentale. Ils prétendent, sans contrepartie, soulager (« lever ») la douleur due aux brûlures et en limiter les complications et les cicatrices grâce à une prière : le don. C'est tout du moins ce que rapporte la croyance populaire. Quoique tenue dans une sorte de secret voire de tabou magique, cette croyance gagne tous les milieux et toutes les régions de France. Comme beaucoup d'entre nous ont pu l'entendre de leurs proches, les témoignages à propos de ces soins irrationnels sont souvent enthousiastes. Des émissions télévisées ^[61 ; 62] ou des articles de la presse pour grand public¹ semblent s'intéresser de plus en plus régulièrement aux coupeurs de feu ou aux leveurs de maux. Cependant, il existe des réticences quant à ces pratiques, des réticences notamment institutionnelles, surtout par rapport à la collaboration des coupeurs de feu avec la médecine universitaire.

Car des témoignages rapportent que des médecins et des soignants font parfois appel à des coupeurs de feu quand ils se trouvent devant une brûlure : en médecine ambulatoire, mais aussi à l'hôpital, dans des services d'urgences. D'autres acteurs de santé, surtout en services spécialisés (services de brûlés, radiothérapie), sont régulièrement sollicités soit par la famille des patients pour faire appel à un coupeur de feu, soit par les coupeurs de feu eux-mêmes qui proposent en tout honneur leur présumée action aux patients souffrants.

Cependant, aucune publication médicale n'évoque l'action des coupeurs de feu dans la prise en charge médicale des brûlures. Ainsi, au-delà de l'opinion individuelle, on peut se demander quelle est la pertinence de l'action des coupeurs de feu et quelle place, aussi informelle soit-elle, leur est accordée aujourd'hui dans la prise en charge médicale des brûlures et plus particulièrement de la douleur des brûlures..

Le but de cette étude est de faire le point, en 2007, dans le département de la Haute-Savoie, sur les coupeurs de feu et leur démographie, leurs relations à la médecine officielle et le bénéfice que l'on peut attendre de leur intervention.

Ainsi nous avons rencontré quelques coupeurs de feu de Haute-Savoie et des équipes de services des urgences faisant appel à eux.

¹ Strelzyk Y. Coupeurs de feu. *Le Messenger* Edition Chablais, 7 juin 2007;6-7, par exemple.

Dans cette thèse, nous essayons de retrouver les origines des guérisseurs et des médecines populaires et la place qu'occupent les coupeurs de feu dans cette médecine populaire.

Puis nous faisons un état des lieux sur le point de vue de la Science ou de la Raison sur ces pratiques.

Enfin, une enquête observationnelle évalue la relation entre les coupeurs de feu et la médecine, comme on peut la trouver dans certains services des urgences ou avec certains médecins généralistes en Haute-Savoie.

Les questions auxquelles nous essayons de répondre sont les suivantes :

- Qui sont les coupeurs de feu ? Comment agissent-ils ? D'où leur vient leur « don » ? Combien sont-ils ? Qu'en est-il du mécanisme de leur action ?
- Dans quelles mesures les coupeurs de feu interviennent-ils dans la prise en charge médicale des brûlures en Haute-Savoie ?
- Comment les acteurs de notre médecine perçoivent-ils l'action des coupeurs de feu et leur intervention dans la prise en charge médicale des brûlures ? Ont-ils recours à leur action ? Dans quelle proportion ?
- Que peut-on attendre de la satisfaction des patients, principalement en terme d'amélioration de la douleur ?

Les coupeurs de feu semblent représenter une forme encore bien vivante de la médecine populaire française. Leur origine culturelle exclut de notre sujet le charlatanisme, définit comme une imposture de celui qui profite d'autrui en faisant croire qu'il peut guérir alors qu'il sait très bien que ses méthodes n'ont aucune efficacité.

Chapitre 1 :

**Les guérisseurs en général,
le coupeur de feu
en particulier**

1. Histoire et origine des guérisseurs

Définition du *Petit Robert* :

- *guérisseur* : 1- (XVIII^e) RARE Personne qui guérit. 2- (1526) COUR. Personne qui fait profession de guérir sans avoir la qualité officielle de médecin et par des moyens non reconnus de la médecine. => empirique, rebouteux

Définition du *Larousse* :

- 1- Personne qui prétend obtenir la guérison de certaines maladies par des procédés secrets, incommunicables, sans vérification scientifique démontrable et qui agit ainsi en contravention avec les lois sur l'exercice de la médecine. 2- Littéraire. Personne qui supprime un mal moral : Il est le guérisseur de toutes mes peines.

Définition de J.C. Collart, guérisseur¹ :

- *Le guérisseur est une personne qui sait utiliser et canaliser les énergies que la nature a mises à sa disposition pour réarmer physiquement et mentalement les personnes qui viennent à lui. L'approche est globale, spontanée, respectueuse de la nature, de la personne, de ses émotions et de ses capacités d'auto guérison. Il ne force pas, n'impose pas.*

1.1. De l'Antiquité au Moyen-âge

Références [41 ; 42 ; 45 ; 49 ; 52]

Dès l'Antiquité, les prêtres possédaient le savoir et l'érudition. Ils représentaient, aux yeux du peuple, une élite qui détenait l'art de guérir.

En Egypte, pour guérir, les prêtres imposaient les mains dans les temples.

En Inde, les Brahmanes guérissaient par attouchement.

En Grèce antique, Esculape était le dieu guérisseur ; il exerçait son activité dans les temples qui lui étaient dédiés, via les prêtres d'Esculape : on y guérissait aveugles, paralytiques, sourds, insomniaques, hydropiques, maladies vénériennes. Ils étaient d'excellents psychologues. Les asclépiades, antique famille de médecins grecs, prétendaient descendre d'Asclépios, fils d'Apollon. Ils imposaient les mains.

Dans la Rome antique on évoquait également l'imposition des mains (Virgile, Celse, Galien). Pline l'ancien, dans son « Histoire Naturelle » constatait qu'il existait des hommes du

¹ Collart JC. *Le guérisseur de Châtillon*. Guy Trédaniel, 2004. Cité dans [45].

corps desquels émanait un pouvoir de guérison, canalisé par la force de l'attention. Certains empereurs romains avaient le pouvoir de guérir (Adrien et Vespasien notamment).

Bien sûr, on trouve de multiples références bibliques à la guérison surnaturelle, dans le Nouveau Testament mais aussi dans l'Ancien Testament.

Mais à partir du premier siècle av J.C., l'art médical a essayé de se dégager de l'emprise des prêtres. Sont apparues alors les premières Ecoles avec Hippocrate (à Cos) et, plus tard, Galien (II^e siècle), qui eurent beaucoup d'influence sur la médecine occidentale jusqu'au XVI^e siècle et sur la médecine arabe via Avicenne.

De l'ère chrétienne au Moyen-âge, avec le christianisme et surtout l'Eglise, est revenue l'idée de l'intervention du divin dans la maladie et donc dans le pouvoir de guérir réservé aux saints et aux prêtres (aux curés, du latin cura = soin, ceux qui sont chargés d'un soin, du soin des âmes¹). Les prêtres étaient les seuls habilités à lire les textes d'Hippocrate et de Galien. Les Universités de médecine existaient toujours, mais bien contrôlées par l'Eglise.

Le Moyen-âge a vu monter en puissance le nombre de guérisseurs, de « toucheurs » et de sorciers, qui usaient de pratiques violemment condamnées par l'Eglise. Le concept de magnétisme est apparu. La radiesthésie a été décrite pour la première fois par un alchimiste allemand, Basile Valentin, en 1453, avec l'utilisation du pendule (détection de métaux et de sources et description d'une « irradiation » du corps humain).

Du Moyen-âge jusqu'au XVII^e siècle, il n'y a pas vraiment eu d'évolution. Les médecins étaient bien trop souvent hors de prix et n'avaient pas de résultats vraiment probants. La vision de Molière en attestait encore tardivement (*Médecin malgré lui* – 1666). La population ne leur faisait guère confiance et cela encourageait les pratiques empiriques. Il persistait de plus une vision magico-religieuse de la maladie qui légitimait l'intervention des prêtres mais aussi celle des guérisseurs.

¹ Suggéré par Dr Maxime Maignan, collègue et ami.

1.2. XVII^e – XVIII^e siècles

Références [41 ; 42 ; 43 ; 45 ; 49 ; 52]

La médecine restait sur les principes d'Hippocrate et de Galien, faisant fit des travaux de chirurgie d'Ambroise Paré (1550), d'anatomie de Léonard De Vinci (1510), de Physiologie de William Harvey (1628) et d'anatomopathologie de Morgani (1761).

L'expérience, l'observation et la clinique n'avaient jusque là aucune part dans l'enseignement de la médecine.

La maladie restait encore un châtement salutaire envoyé par Dieu pour guérir l'âme. Les prêtres et les médecins agissaient côte à côte, le prêtre assurant souvent les deux rôles. Par ailleurs, une conception surnaturelle de la maladie subsistait. On l'expliquait entre autre par des sorts jetés par les sorciers ce qui donnait lieu, malgré les efforts des magistrats, à des pratiques conjuratoires, magiques, de désenvoûtement et d'exorcisme.

L'intervention des guérisseurs se justifiait initialement par des raisons économiques : répartition très inégale des médecins et des chirurgiens au profit des zones urbaines et coût exorbitant des consultations.

Il y avait les empiriques, ces médecins qui se vantaient d'avoir quelques secrets fondés sur l'expérience et qui ne s'attachaient pas à la méthode ordinaire de guérir, selon la définition de Furetière¹. Ainsi on trouvait des « bailleurs », des « renoueurs », des « rebouteux », des « remetteurs », des « adoubeurs », des « toucheurs », des « rhabilleurs », des « juges d'eau », des « châteurs », la plupart étant « généralistes » c'est-à-dire qu'ils « soignaient » divers maux. Ces gens exerçaient d'autre part leur métier. Ils tenaient leur pratique d'une transmission filiale, de leur expérience ou de Dieu via leur fonction religieuse. Il y avait également des charlatans ambulants qui s'octroyaient un pouvoir ou qui se disaient en possession d'un secret dans le but de trouver fortune ou quelque avantage.

Les guérisseurs étaient ainsi les médecins du peuple, et on a dit qu'ils ne guérissaient ni ne tuaient plus que les « médecins endossant la robe fourrée »².

La médecine officielle condamnait donc ces pratiques tout en les tolérant car elles répondaient à une demande du peuple.

¹ Poète et romancier du XVII^e cité dans la thèse de médecine des docteurs Carsalade et Naves^[43].

² Louis Sébastien Mercier. *Tableau de Paris*. 1781 à 1788. Cité dans la thèse de médecine des docteurs Carsalade et Naves^[43].

Mesmer, né en Allemagne en 1734, fonda la théorie du magnétisme animal par opposition au magnétisme « sidéral » de ses prédécesseurs. Il obtint un doctorat en philosophie puis devint docteur en médecine en 1766 en soutenant une thèse sur l'influence des planètes sur le corps humain. Il pratiquait le magnétisme dans son cabinet à partir de 1772 à l'aide d'aimants. Puis il abandonna les aimants pour pratiquer des « passes » ou des bains (après avoir magnétisé l'eau) pour les traitements en groupe. Mais sa théorie n'a pas obtenu l'accueil attendu, que ce soit auprès des savants de Bavière ou bien de ceux de Paris. Pourtant, Charcot essaya aussi le magnétisme à l'aide d'aimants en 1880 pour modifier la sensibilité des hystériques.

1.3. XIX^e – XX^e siècles

Références [41 ; 42 ; 45 ; 49 ; 52]

A partir du XIX^e siècle, la médecine officielle s'est détachée de la religion pour commencer son essor scientifique et empirique.

Les guérisseurs représentaient toujours un recours accessible financièrement et géographiquement pour les populations reculées. Il existait une revue, *Le Médecin des Pauvres*, qui diffusait des recettes et des prières pour guérir. L'Abbé Julio (1844-1904), en s'opposant à la doctrine de son Eglise, publia des ouvrages¹ contenant des prières pour soigner.

En plus de leur interdiction de pratiquer par l'Eglise, les guérisseurs ont dû faire face à la loi. Dès le début du XVIII^e siècle, des décrets stipulaient l'interdiction de pratiquer la médecine sans diplôme. Mais les guérisseurs étaient rarement condamnés ; au XIX^e siècle, en 65 ans, le département de la Marne ne compta que 45 jugements de guérisseurs. Pourtant, en 1861, le président de l'Association générale des médecins de France comptait 853 guérisseurs connus et sédentaires sur 32 départements (des artisans, des marchands, des membres du clergé, des propriétaires et rentiers, des cultivateurs, ...). Les médecins, surtout ruraux, se sont plaints de

¹ *Grands secrets merveilleux pour aider à la guérison de toutes les maladies physiques et morales, Le livre secret des grands exorcismes et bénédictions, Petits secrets merveilleux pour aider la guérison de toutes les maladies physiques et morales.*

ces exercices illégaux de la médecine qui leur portaient préjudice. Mais finalement au XIX^e comme au XX^e siècle, juridiquement, les guérisseurs n'étaient pas vraiment inquiétés.

Des notions ethnographiques nous sont disponibles grâce aux travaux de quelques auteurs, dont Goursaud¹ :

« Aux environs de 1900, on trouvait en général un médecin et un pharmacien au chef-lieu de canton, ce qui veut dire que, pour une fraction importante de leur clientèle, ces praticiens se trouvaient éloignés d'une distance variant entre 3 et 10 kms, soit environ à deux heures de déplacement à pied ou à une heure en voiture. » Il fallait se déplacer pour aller chercher le médecin, attendre ensuite qu'il vienne, puis retourner au bourg pour chercher les médicaments. Ainsi, le médecin arrivait souvent trop tard ou bien lorsque le patient était hors de danger. Le prix des visites était encore bien souvent exorbitant. Dans sa thèse de médecine de 1984, Michèle Bertrand nous rapporte le témoignage d'une femme de 78 ans, dans les années 80 en Creuse, qui raconte que durant son enfance, jamais elle n'avait vu ses parents faire appel au médecin. Exceptionnellement, sa mère allait consulter le pharmacien du bourg. Le reste du temps chacun possédait des recettes familiales pour calmer certains maux bénins. Pour les maladies plus graves, on s'adressait à ceux qui savaient : guérisseurs, rebouteux, ou alors on pratiquait des dévotions au saint ou à la Fontaine réputés pour guérir le mal dont on souffrait.

En 1953, le Dr Charles Fouqué publia un petit livre intitulé *Le guérisseur guérit-il ? Avis d'un médecin* ^[37]. Ce livre montre le sérieux contentieux juridique qui régnait entre l'Ordre des médecins et les guérisseurs à cette époque, et aussi les relations plus que houleuses entre le Conseil de l'ordre et l'auteur lui-même ! Les procès intentés par le Conseil de l'ordre aux guérisseurs ne faisaient, selon lui, qu'accroître la réputation des guérisseurs et susciter des vocations ou, pire, le charlatanisme. En effet, même si la justice ne pouvait faire autrement que de condamner ces guérisseurs à une amende pour indemniser l'Ordre des médecins, c'est plutôt l'Ordre qui était ridiculisé.

En 1978, Marie-France Morel² attestait encore que le médecin n'était pas le seul spécialiste des phénomènes du corps et son savoir livresque ne garantissait pas de son efficacité thérapeutique : « les guérisseurs sont souvent aussi efficaces ».

¹ Goursaud. *La société rurale traditionnelle en Limousin*. 1978. Cité par Bertrand ^[41].

² Morel MF. *Les curés, les paysans : un même langage*. ^[38]

Aujourd'hui, les guérisseurs font partie, selon le code de la santé publique, des personnes exerçant illégalement la médecine, tout comme un médecin qui outrepasserait ses droits d'ailleurs (« *Il y a des médecins – voire des professeurs des universités – qui peuvent être des charlatans ; il y a des guérisseurs qui n'en sont pas.* » selon le Dr Fouqué ^[37]). Paradoxalement, pour ceux qui en tirent des bénéfices pécuniaires, l'Etat leur confère une reconnaissance fiscale en les taxant comme d'autres professions libérales.

Une décision de la Cour de cassation¹ du 18 octobre 2008 a récemment confirmé la nécessité de protéger le terme de « médecin » mais pas celui de « médecine ». Cela sous-entendrait-il qu'il n'y a plus d'exercice illégal de la médecine ?

Les médecines alternatives s'insinuent de plus en plus dans les pratiques de soins de notre société ^[23]. Les médecins se tournent vers une pratique non allopathique, complémentaire ou même exclusive (mésothérapie, ostéopathie, chiropractie, hypnose, homéopathie, ...). Des guérisseurs proposent leur art sous des airs de plus en plus scientifiques (magnétisme, radiesthésie, bioénergétique, phytothérapie). Des pratiques extra-occidentales gagnent notre société (médecine chinoise, acupuncture, ...). Ainsi, l'opposition entre médecins et guérisseurs est-elle de plus en plus floue. Evoquons aussi toutes les techniques de développement personnel, de recherche du bien être, de nouvelles psychothérapies et autres thérapies corporelles qui émergent à la fin du XX^e siècle et qui ne relèvent pas toutes d'une science universitaire.

Selon l'OMS, 80 % des individus à l'échelle planétaire auraient recours à des thérapies traditionnelles telles que chamanisme, sorcellerie, voyance, ou à des guérisseurs traditionnels. L'ethnomédecine, en étudiant ces pratiques, avance que la prière serait le premier traitement utilisé dans le monde, l'imposition des mains le second ^[45]. Les sondages sont nombreux à nous montrer que le recours aux guérisseurs et aux médecines alternatives n'est pas prêt de s'estomper. Selon l'OMS, 50 % des français auraient eu recours aux médecines alternatives, et 25 % y auraient recours régulièrement ^[45]. Un sondage SOFRES révélait, en 1978, que 34 % des français avaient eu recours au moins une fois aux médecines parallèles. Le même sondage en 1985 montrait que ce chiffre était monté à 49 % ^[48]. L'Institut français d'opinion

¹ Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du jeudi 16 octobre 2008. *Legifrance.gouv.fr. La jurisprudence judiciaire* [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000019660487&fastReqId=1416999186&fastPos=16> (dernier accès le 2 octobre 2009).

publique, I.F.O.P., rapportait en 1984 qu'environ 25 % de la population adulte avait déjà consulté au moins une fois un guérisseur, et que 30 % de la population croyait en l'efficacité des guérisseurs ^[52]. Nouveau sondage SOFRES¹ en 1993, 55 % des français croyaient à la guérison par le magnétisme et l'imposition des mains. Cependant, une analyse comparée de Daniel Boy² rapporte l'absence d'évolution sensible des opinions sur les para-sciences entre 1982 et 2000.

¹ SOFRES. *Les français, la pensée scientifique et les para-sciences*. Janvier 1993. Cité dans [31])

² Boy D. *Les Français et les para-sciences : vingt ans de mesures*. Revue française de sociologie, Vol. 43, No. 1 (Jan. - Mar., 2002), pp. 35-45.

2. Essai de classification des guérisseurs aujourd'hui

Selon Daniel Friedmann¹, toute typologie des guérisseurs semble irréalisable en raison de la forte interpénétration des savoir-faire de chacun. On peut toutefois essayer de lister ces différentes pratiques sans en trier tous les rouages puisque l'expérience montre que chaque guérisseur a des principes qui peuvent varier.

2.1. Les « guérisseurs traditionnels » de nos médecines populaires

Selon F. Laplantine², en 1978, la médecine populaire se décline en quatre modèles : la pharmacopée populaire et la médecine empirique (rebouteux), les dévotions aux saints guérisseurs, le recours aux pansements de secret, et l'interprétation de la maladie par la sorcellerie (la maladie est un sort jeté par un ennemi via un sorcier).

- **Le panseur de secret**, leveur, barreur ou coupeur de maux (dont le coupeur de feu) : il soigne un mal par un secret qu'il ne doit pas révéler sous peine de perdre son pouvoir. Le secret est un rituel, une prière souvent suivie d'un certain nombre de *Pater* et de *Je vous salue Marie* ou de signes de croix. Les rituels varient d'un barreur à l'autre. La transmission des prières, orale ou par le biais d'un petit carnet recopié à partir d'un autre trop jauni, participe probablement à la dispersion des pratiques. Mais la religion ou la foi a toujours une place dans cette pratique, au moins dans les mots. On trouve des leveurs de maux qui soignent les brûlures mais aussi le zona et d'autres dermatoses ; « couper » les hémorragies est assez

¹ Cité dans [40].

² Laplantine F. *Une tentative de décodage...* [38].

fréquent également. Certains « lèvent », sans aucune manipulation, les entorses, les contusions, d'autres les œdèmes... Jamais un leveur de maux ne demande de rétribution pour ses actes. Le « traitement » du zona est souvent associé au don des barreaux de feu.

- **Le rebouteux** : il tient son art d'une expérience souvent familiale qui consiste, par des manipulations, à « remettre les membres démis » (entorse, fracture, ...) ou « les nerfs en place ». On l'appelle aussi « rhabilleur ».

- **La tireuse de saints** : c'est souvent une vieille femme qui, par des moyens divinatoires, peut déterminer quel saint guérisseur pourra soigner la maladie du patient, dans le but de lui proposer un pèlerinage vers le lieu représentant ce saint.

2.2. Les « guérisseurs modernes »

Cette liste n'est évidemment pas exhaustive ; il s'agit de quelques exemples caricaturaux ; nous savons que les « techniques » invoquées pour guérir aujourd'hui se multiplient.

- **Phytothérapeute** : le traitement par les plantes est souvent associé par l'un ou l'autre des guérisseurs.

- **Magnétiseur** : il intervient par l'imposition des mains, des « passes » au-dessus ou au contact du patient, en faisant appel à la théorie du magnétisme. Il parle souvent « d'ondes », « de fluide » ou « d'énergies » qu'il ressent et manipule.

- **Radiesthésiste** : il détecte les radiations, les ondes électromagnétiques émanant de tous corps. Il utilise un pendule, une baguette ou un autre appareil comme amplificateur. Les ondes permettent ainsi de choisir un diagnostic ou un traitement adéquat en fonction des oscillations du pendule.

- **Bio énergétique** : il prétend rééquilibrer les énergies défaillantes, cause de la maladie, par l'imposition des mains ou d'autres techniques.

Entre magie, philosophie et religion, les guérisseurs semblent perpétuer une médecine née avec l'humanité. La science moderne ne représente que le dernier effilochement du long tapis de l'histoire de l'Homme Guérisseur, dans le sens de l'Homme qui cherche à guérir. Et les guérisseurs modernes, sous la contrainte du rationalisme, doivent s'adapter progressivement, et argumenter en expliquant dans certains cas l'origine de leur art par des théories scientifiques ou pseudo scientifiques.

2.3. Et à l'étranger ?

On peut trouver des coupeurs de feu en Italie et en Roumanie ^[8]. Une thèse d'anthropologie, rédigée par Olivier Schmitz ^[51] en 2004, en Belgique, nous montre comme la pratique des rebouteux, radiesthésistes et autres « désorcelleurs » est encore bien présente. Mais surtout, on retrouve aujourd'hui en Belgique des coupeurs de feu comme en Haute-Savoie.

Aux Etats-Unis, des coupeurs de feu seraient présents en Louisiane, Caroline du Nord, Indiana, Illinois, Pennsylvanie, Michigan et dans le Sud-Est des USA ^[63].

Aux Etats-Unis et en Angleterre, les « drugless healers » utilisent la prière, la lecture des Ecritures, les agents naturels. Il semble que la prière thérapeutique, clairement appuyée par la foi, soit une « pratique populaire » plus anglo-saxonne.

En Angleterre, 13 000 guérisseurs sont regroupés de façon officielle dans 9 associations.

En Allemagne, il existe des écoles de guérisseurs reconnues par l'Etat avec un diplôme leur autorisant l'exercice.

En Norvège, en Suède et au Danemark, les guérisseurs ont le droit d'exercer à l'exclusion de certains actes et de certaines maladies, réservés aux médecins. En Suède, les guérisseurs n'ont pas le droit de soigner des enfants de moins de 8 ans, au Danemark, pas avant 18 ans ^[49].

En 1960, Fidel Castro interdit drastiquement les guérisseurs à Cuba pour développer à la place la médecine moderne.

En Amérique du Sud, d'autres pays ont voulu suivre cet exemple pour mettre fin à la médecine traditionnelle, mais sans résultat ^[49].

En Afrique, bien sûr, où la sorcellerie fait partie intégrante du quotidien des habitants, les sorciers et guérisseurs existent partout, même si un tabou certain recouvre ces pratiques.

Le chamanisme est une pratique rituelle et spirituelle centrée sur la médiation entre les êtres humains et les esprits de la nature. Au sens strict, le chamanisme concerne les sociétés traditionnelles de Sibérie, berceau de cette pratique. Ce terme évoque, par extension, des pratiques rituelles et spirituelles de tous les continents.

Les pratiques sont aussi variées que les populations et il n'est certainement pas dans notre intention de les comparer ni de les citer de façon exhaustive.

Le charlatanisme profite de toutes ces pratiques pour s'y mêler ou s'y intégrer et en tirer profit, sur tous les continents sans doute et à toutes les époques.

3. Portrait du guérisseur traditionnel en général

Références [9 ; 32 ; 39 ; 43 ; 45]

Nous parlons ici des guérisseurs traditionnels car ils sont les représentants de la médecine populaire qui fait appel au don, à la tradition ou au savoir-faire. Les coupeurs de feu sont des leveurs de maux. Et les leveurs de maux sont des guérisseurs traditionnels.

3.1. Méthodes des guérisseurs

Les méthodes employées par les guérisseurs traditionnels sont le plus souvent des prières ou l'imposition des mains. Mais il n'est pas rare que le magnétisme ou « le fluide » soit cités quand les guérisseurs parlent de leur don. Les manipulations et le traitement par les plantes sont moins fréquents.

Pour éviter les rigueurs de la loi, les guérisseurs prescrivent ou emploient moins souvent qu'auparavant des remèdes ^[39]. Des recettes populaires, plus ou moins saugrenues selon les régions, peuvent accompagner ou remplacer la prière dans le traitement des brûlures (pansement de bouses de vache, de mélanges à partir d'huile d'olive, ...). Ces recettes se transmettent alors par le bouche à oreille sans le caractère ritualisé du don ^[39].

3.2. Maladies traitées

Il semblerait que la majorité des cas de consultation des guérisseurs soit représentée par des maladies chroniques ou fonctionnelles pour lesquelles la médecine n'a pas de réponse rapide et efficace ^[8 ; 32]. Les maladies graves sont peu représentées ou alors seulement pour un soutien annexe ^[8 ; 32 ; 43 ; 46].

Les pathologies dermatologiques seraient peut-être les demandes les plus fréquentes auprès des guérisseurs (verrues, brûlures, zona, eczéma, ...). Les douleurs rendent compte d'un grand nombre de consultations également (douleurs rachidiennes, douleurs diffuses, ...). Les pathologies psychiatriques ou fonctionnelles courantes (dépressions, stress, asthénie, trouble du sommeil, sevrage tabagique, ...) sont des motifs fréquents. La petite traumatologie ostéo-articulaire peut être une demande (contusions, entorses, ...) ^[45].

3.3. Recours au guérisseur : comment et pourquoi ?

Le plus souvent les patients consultent un guérisseur sur les conseils d'un proche ou alors de leur propre initiative. 60 % des patients consultant un guérisseur auraient consulté leur médecin auparavant ^[45].

Un article de 2008 de Fuschia M Sirois (Ontario) ^[23] nous annonce l'augmentation du recours aux médecines complémentaires et alternatives au cours des quinze dernières années aux Etats-Unis, au Canada, en Europe et en Australie. Les raisons principales, selon lui, tiennent en des facteurs attractifs des médecines complémentaires (rôle actif du patient dans la prise en charge de sa santé et le caractère holistique de ces approches, c'est-à-dire la vision globale de la santé). Mais cette augmentation du recours aux médecines complémentaires et alternatives s'expliquerait aussi par une insatisfaction des patients envers la médecine conventionnelle (effets indésirables et inefficacité des traitements, certains aspects de la relation médecin/malade). Cet article suggère que pour ces dernières années (2005 comparée à 1997/1998), les raisons principales du recours aux médecines complémentaires relèveraient

plus des facteurs attractifs des médecines complémentaires que de l'insatisfaction envers la médecine conventionnelle.

On retrouve dans d'autres références ^[43 ; 45] les mêmes raisons qui poussent les patients à consulter un guérisseur :

- D'une part le mécontentement envers la médecine officielle (son inefficacité, ses effets indésirables, la mauvaise communication avec le médecin et notamment le manque de temps, l'attente). Déjà en 1953, le Dr Fouqué ^[37] annonçait que les patients « en ont par-dessus la tête de la médecine classique, officielle et de la dictature qu'elle prétend imposer partout. »

- D'autre part, la satisfaction envers la prise en charge globale du guérisseur, le caractère naturel du traitement, la qualité et la confiance dans la relation et, surtout, d'après les patients, son efficacité (parfois déjà éprouvée par le patient lors d'une première approche).

A la lumière de leur enquête auprès des patients consultant un guérisseur-magnétiseur en milieu rural, sur 126 réponses, les docteurs Isabelle Carsalade et Catherine Naves concluent que 80 % des patients croient en un « don de guérir » chez ce magnétiseur. 70 % des personnes interrogées croient à l'existence du pouvoir de guérir des guérisseurs d'après l'enquête du Dr Jalby ^[46] auprès de 20 personnes témoins, de 20 patients hospitalisés pour troubles somatiques et de 20 patients hospitalisés pour des troubles psychiques.

L'adhésion et la croyance en ces pratiques médico-magiques pourraient être liées, selon les docteurs Carsalade et Naves :

- à l'appartenance à une même culture, la reconnaissance de valeurs et d'un langage commun ;
- à la conception de la maladie et son retentissement dans les activités humaines ;
- à la croyance en l'existence d'une intervention surnaturelle (le don), là où échouent l'action scientifique et la « médecine légitime » ;
- à l'impuissance de la pensée scientifique à donner un sens au vécu de la souffrance.

La mobilité des personnes dans notre société actuelle, l'augmentation du pouvoir d'achat, l'élargissement de l'offre de soins, officiels comme alternatifs, et le retour au naturel, au « bio », sont autant de facteurs sociaux qui tendent à favoriser le recours aux médecines parallèles et à leur diversité. Et les acteurs de la médecine populaire, témoins d'une culture ancestrale, ne fléchissent pas pour autant. Devant la diversité moderne de nos soins, ils sont toujours présents, s'adaptent et se déplacent au même titre que les patients.

La vision holistique du guérisseur semble plus appréciée par les patients qui le consultent que l'abord du médecin, centré sur l'organe malade. Il y a une grande proportion de patients qui consultent le médecin généraliste et qui présentent des symptômes que la médecine occidentale n'arrive pas à classer dans un syndrome reconnu de façon consensuelle. Ces plaintes mal systématisées par la médecine universitaire sont souvent cataloguées comme symptômes psychosomatiques ou fonctionnels. La médecine scientifique et la relation médecin/malade ne semblent pas à l'aise en ce domaine.

3.4. Satisfaction des patients

La satisfaction des patients et l'efficacité des guérisseurs ne sont pas étudiées par les anthropologues.

Le Dr Marina Gaimon ^[45] a mené une enquête auprès d'une population rurale berrichonne, avec 145 inclusions. Elle a évalué la satisfaction des patients en termes de guérison complète ou situation améliorée de façon significative, selon l'avis (subjectif) des patients. Avec les réserves de l'auteur quant à leur valeur statistique et scientifique, les résultats rendent compte d'une très grande satisfaction pour les pathologies dermatologiques (89 % des patients interrogés sur une centaine de cas tous motifs confondus) notamment pour les brûlures (93 %) et le zona (95 %). Il en est presque de même pour les troubles psychiques, en particulier le stress (83 %). Les douleurs de toutes origines semblent un peu moins bien soulagées (65 %). Il faut bien voir ici une évaluation de la satisfaction des patients mais pas de l'efficacité des guérisseurs.

4. Portrait des leveurs de maux en particulier

4.1. Définition et caractéristiques des leveurs

André Julliard, anthropologue, a beaucoup travaillé sur les leveurs de maux dans le département de l'Ain entre 1970 et 1980. Il les définit ainsi : « Il existe une catégorie de guérisseurs bien représentée de nos jours, notamment en France, qui pratiquent en récitant une prière secrète (le don) à caractère médical et religieux (catholicisme) sur les symptômes corporels de la maladie. [...] C'est le *Signadori* en Corse et en Italie ; *mos* (le vieux) en Roumanie ; *endébinnaire* en Languedoc ; *persignieux* en Berry ; panseur de secret, souffleur, barreur et leveur de maux ailleurs ; ou plus usuellement, celui qui est fort, celui qui fait. »^[8]

Marcel Proust¹ les définissait ainsi : « Des gens discrets qu'on trouve quand on va les chercher et qui se font oublier le reste du temps... »

Dans un article de ce même Almanach du Savoyard², ils sont décrits par leur humilité, leur volonté de soulager. Ils pratiquent cette activité occasionnelle de guérisseur en plus de leur activité professionnelle, avec l'évocation de saints personnages dans les prières sans forcément l'adhésion croyante du barreur. Les maladies traitées par les leveurs, qui peuvent soigner plusieurs maux, sont : les brûlures le plus communément, des plus bénignes aux plus graves, les hémorragies (un barreur dit avoir sauvé plusieurs de ses camarades blessés pendant la guerre d'Algérie), les dermatoses, les rhumatismes, les entorses... Ils peuvent soigner à distance, par téléphone. Ils peuvent intervenir auprès des animaux (hémorragie lors du

¹ Proust M. Cité dans *l'Almanach du Savoyard 2006*.

² Rosset MJ. Les guérisseurs traditionnels. *L'Almanach du Savoyard 2006*, p.63-65.

vêlage). Ils ne veulent pas se substituer aux médecins, mais souhaitent simplement soulager en parallèle et pourquoi pas collaborer ; certains craignent la menace juridique de l'exercice illégal de la médecine.

Certains auteurs avancent quelques caractéristiques socioprofessionnelles des guérisseurs traditionnels : souvent agriculteurs en milieu rural, leur appartenance socioprofessionnelle correspond en fait à la répartition socioprofessionnelle du territoire où ils habitent. Leur âge correspond le plus souvent à la classe des 40 – 60 ans. A. Julliard a fait une étude sur la pratique religieuse des guérisseurs par secrets en Bresse et Bugey, publiée en 1982 ^[9] : sur 25 panseurs, 17 en Bresse et 8 en Bugey, il y avait 9 femmes et 16 hommes, treize agriculteurs, deux maraîchers, un de profession libérale, un employé de bureau, deux prêtres, un fonctionnaire et cinq dont la profession n'était pas renseignée ; ces panseurs détenaient tous au moins un don, une d'entre eux en possédait 21, et quatre disaient pouvoir tout soigner (pour A. Julliard, concernant ces derniers, l'évènement déclencheur pour devenir guérisseur a été de recevoir le don, et leur pratique dépasse celle du simple leveur de maux ; ils en font souvent une activité professionnelle). Selon André Julliard, en 1990, les leveurs agriculteurs ont pratiquement disparu avec la population agricole qui ne représente plus que 6 % de la population française. Leurs successeurs sont surtout des employés, des commerçants et des professions libérales ^[9].

En Bretagne, le « diskont » est un secret alliant une formule magique à réciter un certain nombre de fois avec des gestes symboliques (signe de croix, cercles, souffle). Chaque formule soigne une maladie. On retrouve donc une forte corrélation avec les leveurs de maux, mais il est dit que la religion et la foi n'interviennent pas dans le diskont breton ^[52].

4.2. Le don, le rituel

Dans un article sur le don, Sophie Sauzade ^[22], praticien hospitalier à Martigues, en se référant à André Julliard, nous dit qu'avoir le don c'est être propriétaire d'une prière secrète transmise par un parent, un voisin, ou même un étranger. Il ne s'agit ni d'une capacité corporelle innée comme le « fluide » des magnétiseurs, ni d'une révélation spirituelle. La transmission n'est pas de type initiatique. Recevoir le don ne modifie en rien le statut social

du leveur de maux. Les rapports du leveur de maux à la pratique de la religion sont difficiles à cerner mais peuvent se déceler selon quelques détails (contenu des prières, nécessité d'être baptisé, ...). Le guérisseur n'a pas l'ambition du magicien et le don n'est une pratique magique que dans l'espace de la cure. Il est, en outre, indépendant des mécanismes sociaux qui structurent la cohabitation villageoise.

La transmission du don se fait généralement à la fin de l'adolescence, mais le receveur peut différer la pratique du don. En effet, la prière ne peut être utilisée par plus d'une personne à la fois. La transmission intrafamiliale représente environ la moitié des cas seulement d'après l'étude d'A. Julliard dans l'Ain. Il ajoute que les règles de transmission sont extraordinairement variées et très peu ritualisées.

L'exercice du don est gratuit, à part la possibilité de cadeaux, de « dons » en retour. Nous ajoutons que les leveurs de maux qui sont, en plus, guérisseurs « généralistes » (c'est-à-dire qui disent pouvoir tout traiter et qui tirent souvent un profit de leur activité) différencient bien leur action en tant que leveur de maux et ne font jamais de profit quand leur intervention s'en tient à l'exercice du don, de la prière.

Sophie Sauzade conclut : « On retrouve ainsi plusieurs constantes dans le "don" des leveurs, constantes qui ne sont pas toutes nécessaires mais qui sont le plus souvent intriquées et qui peuvent aller à des degrés de complexité plus ou moins importants. »

Les principes liés au rituel et au don sont énoncés aussi par J. Markale¹ dans leur variabilité d'un leveur à l'autre. Il précise aussi le lien compréhensible que ces leveurs peuvent avoir avec la capacité à faire le mal, à provoquer la maladie. Ces leveurs ne répondent bien sûr jamais à ces demandes.

Dans *Le livre des secrets : les mots et les gestes qui guérissent*^[32], Dominique Camus pose ses premières lignes en décrivant le rituel d'un coupeur de feu qui soulage un enfant ébouillanté. L'intérêt de cette description réside plus en l'effigie que représente cette situation typique au sens social. Les éléments intéressants qui en ressortent sont les caractères suivants :

Ce coupeur de feu en particulier exerce depuis 50 ans. Ce don lui a été légué par son grand-père, il le transmettra à son fils. Son statut de coupeur de feu ne modifie en rien sa place au sein de la société, il n'en retire pas de prestige social. Il y a un ressenti quant à la

¹ Markale J. *En forêt de Perseigne, sorciers et guérisseurs « blancs »*.^[38]

brûlure qu'il vient de lever (il est plus dur de s'en remettre quand c'est du lait plutôt que de l'eau qui est l'agent brûlant). Cela fait bien longtemps qu'il ne discute plus le « comment ça marche ». Lui, sur la question de la religion, n'est pas croyant et donc, il n'explique pas le mécanisme de son don par une intervention divine ; mais il ne souscrit pas non plus à « la suggestion et/ou l'efficacité symbolique déclencheuse de « psychochocs » qui peut entraîner des effets d'ordre bio-physiologiques ».

Manifestement les choses ne sont pas si simples... En effet, comment pourrait-il alors soigner aussi les animaux ? On ne pratique pas « l'art magique » si on doute de son efficacité ; il faut que le leveur soit convaincu de son action. En fait, ça marche toujours. Sauf dans quelques circonstances particulières comme si l'on met de la crème sur une brûlure, ou si elle est mise sous l'eau, ou si le patient fait résistance, ou encore s'il s'agit d'un sort jeté par un sorcier ! André Julliard ^[8] précise que l'échec de la cure est interprété par les protagonistes comme une erreur humaine dans la manipulation du texte, sans remettre en cause l'intervention cosmique ou divine.

De la séance du *Pansement de Secret* décrite par Dominique Camus ^[32] on peut retenir ce qui suit non pas comme une généralité mais plutôt comme un bon exemple :

Le barreur passe et souffle sur la brûlure, puis récite mentalement une prière mettant en scène saint Pierre et saint Paul, puis il fait un signe de croix, un dernier souffle, trois *Pater* (Notre Père) et trois *Ave* (Je vous salue Marie) pour finir. Le panseur ressent par la suite une fatigue, pendant une demi-heure. Il refuse tout dédommagement. Il sait son obligation de répondre à toutes les demandes, ce qu'il vit comme une contrainte (du fait de sa forte sollicitation, de la fatigue que cela induit chez lui et de la perte de rendement dans son labeur quotidien). Il devra transmettre le « secret », avec ses règles d'usage ; le don n'est ni initiatique ni inné, « ce qui compte c'est que la chaîne thérapeutique perdure et que la filiation instaurée par l'obligation réaffirme l'efficacité de ce type de cure ». Le légataire doit reconnaître le pouvoir du successeur à utiliser le don, et c'est d'abord la nécessité de la force physique et de la probité morale ^[33].

Nous relèverons avec Dominique Camus le caractère impressionnant de l'effet de guérison, le caractère très rapide ou quasi immédiat du soulagement avancé par la parole populaire comme miraculeux, avec les histoires qui l'accompagnent. Un exemple typique, rapporté entre autre par un collègue qui coupe le feu lui-même, concerne une enfant en bas âge : une petite fille de trois ans brûlée gravement par un liquide bouillant sur la face antérieure des cuisses et du tronc hurlait aux urgences. L'antalgie était difficile, les

pansements délicats devant l'agitation de la jeune patiente. Les infirmières qui connaissaient le don du médecin l'ont sollicité pour intervenir de cette manière. Une fois le rituel effectué, la petite fille s'est calmée et les pansements ont pu être faits sans douleur.

Cette pratique se retrouve autant en milieu urbain qu'en milieu rural. Le carnet d'un leveur de maux peut parfois contenir des dizaines de prières, chacune pour un mal. Certaines peuvent s'appliquer aux animaux ^[39 ; 32].

Le rituel peut se pratiquer à distance, sans contact avec le patient s'il y a impossibilité de se déplacer, d'où l'exercice fréquent du don par téléphone de nos jours. Par contre, si on n'exécute pas le rite exactement comme il se doit, on s'expose à un échec. Si l'on utilise une pommade ou autre « écran », on gêne le processus ^[32].

Bien souvent, le leveur de maux ne vante pas ses pouvoirs car la demande d'un malade vient toujours contrarier la journée de labeur agricole, par le nombre de demandes (directement liée à la réputation du panseur), par la fatigue qui peut en résulter, et, bien sûr, par la perte de rendement que cela représente puisqu'il ne peut tirer profit de sa pratique de soin.

D. Camus, en 2001, dans *Paroles magiques, secrets de guérison* ^[33], a récolté plus de 500 prières en Haute Bretagne au plus près de la tradition des panseurs de secrets. Il confirme qu'il n'existe aucun pansement de secret pour les maladies graves (méningite, poliomyélite, tuberculose, cancer, ...). Par contre il a listé des prières pour tous les problèmes liés à la santé et aux organes suivants : abcès, accouchement, angine, brûlure, chancre, charbon, cœur, colique, constipation, plaie, dartre, maux de dents, douleur, entorse et nerf froissé, épine, écharde, estomac, eczéma, fièvre, hémorroïde, hoquet, hydropisie, matrice, oreille, piqûre d'insecte, règles, rhumatisme, teigne, tête, toux, verrues, vers, vipère, yeux, zona et des prières utilisées pour toutes les maladies, des prières pour les maladies d'animaux et des prières pour se protéger du malheur (orage, rats, limaces, bétail, ...) ^[33].

André Julliard dit, de la même manière, qu'il est rare de trouver dans les carnets de guérisseurs, et même dans les revues comme *Le Médecin des Pauvres* ou les ouvrages spécialisés comme le livre de l'Abbé Julio (1844-1904), des prières contre les maladies réputées incurables : le leveur renvoie systématiquement à la médecine universitaire et aux « pèlerinages » aux saints guérisseurs tels saint Julien pour la surdité, saint Boniface pour les tumeurs ou saint Gilles pour le cancer ^[8].

La notion de consensus social :

D'après A. Julliard ^[8;9], « est leveur de maux, toute personne qui, possédant au moins une prière ou une formule à caractère thérapeutique, accepte parallèlement à un métier principal, de la réciter sur tout patient venant consulter. » Mais Daniel Friedman, cité par Jalby ^[46], insiste sur une condition supplémentaire : le guérisseur est désigné par le groupe social auquel il appartient. Ce sont les patients qui lui confèrent sa valeur soignante en transformant la potentialité du don en capacité thérapeutique. Un coupeur de feu qui n'est pas connu ou reconnu, qui ne pratique pas, n'existe pas, même s'il a le don. Le guérisseur a une obligation de résultats, par opposition au médecin qui a une obligation de moyens.

D. Camus, dans *Paroles magiques, secrets de guérison* ^[33], affirme la même chose : être leveur de maux c'est avoir reçu le secret, c'est-à-dire le rituel thérapeutique et toutes les règles relatives à son application ainsi qu'à sa transmission, mais c'est aussi sa mise en pratique et son efficacité qui doivent être reconnues socialement.

Pour toutes les médecines, on peut dire que trois croyances sont nécessaires : la croyance du soignant dans l'efficacité de sa propre technique, celle du soigné dans le pouvoir du soignant, et, enfin, la confiance et le soutien de l'opinion collective¹.

D. Camus fait état de traces historiques de procédés identiques pour traiter entorses, plaies, brûlures, gale, coliques et pour assister les accouchements, dans certains ouvrages du XV^e siècle (*Le Petit Albert* - 1427) et même du premier millénaire (*Livre des conjurations du Pape Honorius* - 625). Difficile ainsi de savoir à quand remonte l'origine de ces pratiques.

Il nous informe aussi sur quelques prédispositions de naissance à être coupeur de feu ou leveur de maux, selon la tradition des campagnes françaises, en rappelant que jamais le don n'est inné ou n'est une capacité propre à un individu (à l'inverse des magnétiseurs qui prétendent avoir plus de « fluide » que les autres). Ainsi les natifs du 10 août, jour de la Saint Laurent, martyr qui périt brûlé, et les natifs du 31 décembre, jour de la saint Sylvestre qui maîtrisa un dragon et ses flammes, ont le pouvoir de guérir les brûlures par simple attouchement. Ou encore, le « Marcou », cinquième enfant d'une fratrie où tous ont le même sexe, peut guérir les dermatoses ^[33].

¹ Hirsch J.F. *La magie des hommes en noir*. ^[38]

4.3. Recours au leveur de maux

Une étude pratiquée dans le Bas Berry, en 1978, montrait qu'une frange minoritaire de la population ne croyait pas du tout à l'action des panseurs, une frange moins minoritaire y était franchement favorable et la majorité en tant que pratiquants occasionnels « y croit sans y croire ».¹

Le leveur de maux, on le perçoit et nous le reverrons, est un praticien de proximité. Il est accessible à tous et tout le temps. Faire appel à lui est une démarche active, un choix du patient, mais qui ne coûte rien.

Rares sont les patients orientés par un médecin ou un soignant. Cela peut être le cas pour le zona ou pour les brûlures post-radiothérapie le plus souvent^[45].

Dans *Paroles magiques – secrets de guérison*, D. Camus^[33] nous dit que les patients, dans la plupart des cas, n'osent pas informer leur médecin de leurs recours aux leveurs de maux, par peur d'une réaction punitive à leur rencontre ou à celle du guérisseur ou par peur du ridicule. Dans son enquête auprès d'un guérisseur rural, le Dr Gaimon recense 40 % des patients qui n'en parlent pas à leur médecin par peur du ridicule, ou par peur de lui manquer de respect ou encore parce qu'ils pensent que leur médecin est contre ces pratiques. Dans 23 % des cas, les patients ne voient pas l'utilité d'en parler au médecin, parce que cela ne le regarde pas^[45].

4.4. La prière : rapport avec la religion et la foi

Dans son étude sur les panseurs de secrets de l'Ain^[9], A. Julliard nous annonce les règles nécessaires à la transmission et à l'exercice du don : il faut que le futur leveur soit baptisé et il faut soigner les patients baptisés. La totalité des 25 leveurs interrogés pour l'étude sont effectivement baptisés mais l'auteur ne trouve pas cela significatif au vu de la forte proportion catholique dans cette région. Par contre, seulement cinq leveurs respectent la règle de ne soigner que les patients baptisés. Le guérisseur admet qu'avoir été baptisé contribue à la guérison. Mais l'évolution des pratiques religieuses fait évoluer l'exercice du don et la transmission ne se fait plus obligatoirement à une personne baptisée. De la même manière, on

¹ Laplantine F. *Une tentative de décodage...*^[38]

se soucie de moins en moins de l'appartenance religieuse du patient. Le risque étant maintenant de scinder le groupe social.

Ces deux règles sont les seules qui impliquent le guérisseur dans une pratique en lien avec l'Eglise. Environ la moitié des leveurs interrogés vont à la messe de façon assidue, par contre presque la totalité d'entre eux y vont au moins pour les grandes fêtes religieuses. Dans les années 1980 dans l'Ain, les guérisseurs recevant le don l'interprétaient donc comme une conduite de type religieux ; nous verrons que c'est sans doute de moins en moins le cas.

Exemples de prières pour barrer le feu :

*« En passant dans la rue Saint-Blaise
Saint Jean dit à Notre Seigneur :
Seigneur, voilà un enfant qui se brûle.
Le Seigneur lui répondit :
Saint Jean, souffle cet enfant trois fois
En disant Au Nom du Père, Au nom du Fils, Au nom du Saint Esprit,
Et par ton souffle l'enfant sera guéri. »* ^[32]

Ou :

*« Feu ardent,
Baisse ta chaleur
Comme Judas
Dans le jardin des Oliviers
A trahi Notre Seigneur. »* ^[32]

Il faut comprendre, comme le dit D. Camus, que dévoiler des prières isolément n'est pas considéré comme dévoiler le secret, car il manque toutes les règles accompagnant le don (le rituel complet) et ses origines. Les prières, ici, en dehors de leur contexte, perdent leur sens profond ^[33].

Les leveurs de maux ont en général un carnet rassemblant les prières ou formules qu'on leur a transmises. On peut trouver aussi quelques opuscules qui rassemblaient des prières à l'usage du public, comme *Le Médecin des Pauvres*, revue de quatre feuillets éditée au

XIX^e siècle (imprimée à Lyon), ou encore le recueil de l'Abbé Julio (1908). C'est comme ça que l'on peut trouver la même prière en différents endroits d'Europe. Selon André Julliard ^[8], ces prières sont de courts récits qui mettent en scène le mal comme une force agressive de la Nature, néfaste pour le patient. Elles perçoivent la maladie comme une force extérieure qui réside dans l'environnement attaché à l'homme et qui menace l'individu. La thérapie consiste à la refouler hors du corps, « en nettoyant en quelque sorte à rebours le chemin organique qu'elle a parcouru ». Pour cela, elle fait appel aux puissances divines et à la force des mots. Et c'est à partir de l'histoire d'une guérison divine (par l'intermédiaire de Jésus-Christ, de la Vierge Marie, ou directement de Dieu) ou bien à partir de l'histoire d'un Saint, souvent martyr, que se fonde l'acte thérapeutique originel qui se perpétue par la lignée des leveurs de maux, c'est-à-dire les propriétaires successifs et inconnus de la prière. C'est cette transmission orale ou écrite, de main en main, depuis l'origine historiquement divine, qui légitime le droit de réciter le don et qui permet de transmettre la formule, non sans précaution, c'est-à-dire en gardant le secret.

Ainsi, on retrouve dans l'ensemble des prières pour soigner les brûlures qui sont disponibles dans la littérature, surtout les saints suivants : saint Jean, saint Paul, saint Pierre, Jésus, souvent Judas et sa trahison au jardin des Oliviers, Lazare, saint Laurent, (parfois sainte Brigitte, sainte Agnès, saint Simon).

La prière n'est pas à proprement parler un exorcisme puisqu'il n'y a pas d'entité ayant pris possession de la personne, elle peut être classée dans «les thérapies par lavage» dont les tisanes et macérations sont les techniques les plus représentatives.

Qu'elle soit symbolique ou empirique, la prière est d'abord efficace c'est-à-dire technique et pratique.

On peut trouver des prières particulièrement longues (surtout dans les ouvrages spécialisés comme celui de l'Abbé Julio par exemple). Les prières sont ensuite raccourcies, voire vraiment abrégées comme le suppose André Julliard, de par la transmission pluri séculaire et le souci de simplifier les rites. « La version «orale» devient technique, urgente : c'est un savoir appliqué ! » Aujourd'hui même, on peut trouver des coupeurs de feu qui agissent sans secret, sans prière ou formule quelconque. D. Camus rapporte des exemples de formules avec des mots ou des phrases incompréhensibles, les leveurs qui les utilisaient les ayant toujours récitées ainsi. Il explique aussi ce phénomène par la transmission orale des prières qui peuvent être tronquées ^[33].

Ces prières sont composées de trois parties, inconstantes^[8] :

- elles commencent souvent par exposer l'histoire de l'acte thérapeutique originel mettant en scène l'affrontement de deux forces contraires ; une série de *Pater* et *Ave Maria* sans position fixe est souvent associée ; la récitation mécanique est là un moyen de se concentrer sur le patient ; J. Cheyronnaud¹ définit cette façon de « réciter » la formule de façon incompréhensible sur un ton qui n'est ni chanté ni parlé par le terme de marmotter ;
- la neuvaine, rituel de prières qui se répète neuf jours, est comprise comme un accompagnement à distance ; elle se pratique de moins en moins, proportionnellement au nombre de catholiques pratiquants ;
- la troisième partie énonce un procédé médical pouvant associer quatre formes : la bénédiction (*Pater* et *Ave* au moment de nommer le patient), la conjuration (qui barre du signe de la croix), l'exorcisme (ordonne au mal de quitter le corps du patient), et le remède empirique (souvent à usage externe et à base végétale).

D. Camus en tant qu'ethnologue originaire de Haute Bretagne a fait un gros travail de recueil dans sa région. Il a ainsi compilé 520 pansements de secrets. Les leveurs de maux ont en moyenne quatre dons. Il existe des cahiers qui rassemblent 20 ou 30 pansements de secrets. Bien sûr la majorité des prières concernent les mêmes maladies ; on retrouve le même pansement de secrets plusieurs fois, témoignant de la transmission multipliée d'une génération à l'autre, mais il s'agit parfois d'origines tout à fait différentes ce qui s'explique par la diffusion, surtout au XIX^e siècle, de ces pansements de secrets dans les almanachs ou des revues comme *Le Médecin des Pauvres*.

Pour lui, la somme des différents maux que prétendent soigner les panseurs représente moins une catégorisation des maladies qu'un discours sur celles-ci, ce qui traduit davantage une liaison entre le corps et l'environnement plutôt que le symptôme d'un organe. Les notions de santé et de maladie se définissent donc dans le rapport du corps à l'environnement et, en pratique, au travail.

Les prières sont construites, d'après D. Camus, selon une même règle : elles distribuent les rôles entre l'officiant (je) qui agit et le patient (souvent nommé) qui reçoit l'action ; elles rappellent deux principes : comment les saints personnages ont légué le pouvoir thérapeutique aux hommes et quelles sont les conditions nécessaires pour user de ce pouvoir.

¹ Cheyronnaud J. *Quand marmotter, c'est prier...*^[38]

Le rituel comprend la prière mais souvent aussi des gestes : le cercle circonscrit le mal, le signe de croix barre le mal (valeur défensive) et les mots, rythmés par les rimes et les assonances (marmotter), deviennent plus puissants pour terrasser le mal et pour l'éjecter hors du patient. La salive, le souffle sont encore des outils pour certains rituels. Mais de plus en plus les gestes font place à l'office oral, notamment dans son utilisation à distance^[33].

Selon André Julliard^[8], le leveur appelle le thérapeute divin sans vraiment solliciter son aide, et il récite le texte sur le patient sans prendre ouvertement parti dans la suite de l'événement biologique. Il se tient à distance à la fois du pouvoir de la prière dont la nature, en grande partie ignorée, risque de déborder dans sa vie familiale et professionnelle, et de la force du mal dont le contact peut être nuisible à sa propre vie physique. Un leveur en Bresse disait à A. Julliard, en 1975 : « Je ne suis qu'un valet [de ferme] dans toute cette histoire [car] j'exécute les ordres d'en haut, on peut le dire comme ça. Alors moi, je veux bien enlever des verrues puisque c'est comme ça qu'on m'a dit de faire. Mais une fois que c'est fait, c'est fait, je retourne travailler pour moi [dans son exploitation agricole] sans plus y faire. »

Ainsi aucune prière ne semble exprimer une demande d'aide ou d'intervention ; aucun texte ne contient de formule visant à dominer ou commander la divinité thaumaturge. Avec A. Julliard, on peut dire que le leveur évoque, et non invoque, le thérapeute divin^[8].

Dans les prières rapportées par D. Camus on en trouve cependant un certain nombre qui s'expriment sous forme d'invocation voire de supplication, alors qu'il confirme que la plupart (60 % de son corpus) ne sont qu'évocations rédigées sous forme narrative. Enfin, un petit nombre de prières sont bâties sur la forme d'une conjuration pure et simple ou l'officiant s'adresse directement au mal pour le sommer de quitter le patient ; elle peut même prendre l'image d'un petit exorcisme où le mal en tant que symptôme ou cause de maladie est personnifié comme le Mal.

Cependant, selon André Julliard, dans les années 90, la pratique ne se situait déjà plus par rapport à l'acte thérapeutique originel. « Les interrogations de la nouvelle génération portent plus sur la nature du don derrière le pouvoir des mots. Seule la position de distance par rapport au patient et au secret perdue dans les centres urbains où la prière continue d'être récitée. »^[9]

4.5. Démographie et collaboration avec la médecine

Nous n'avons pas trouvé d'évaluation démographique des coupeurs de feu dans nos références anthropologiques.

Un site Internet sur l'ésotérisme ^[59] rapporte qu'il existerait plus de 6 000 coupeurs de feu en France. Il n'y a malheureusement aucune argumentation ou référence associée à cette valeur, on ne peut donc y accorder aucun crédit.

En 2005, une émission sur TF1, *Reportages* ^[62], faisait le point sur les coupeurs de feu en Haute-Savoie et leur relation avec certains services des urgences. Il était alors bien signifié qu'un service des urgences de Haute-Savoie faisait appel à des coupeurs de feu pour les patients qui se présentaient pour des brûlures et que les coupeurs de feu prenaient en charge régulièrement les complications douloureuses de la radiothérapie.

Les références suivantes se rapportent à la Suisse romande, proche de la Haute-Savoie et notamment du Chablais et de Thonon-les-Bains, qui semble plus « avant-gardiste » en ce qui concerne la collaboration des coupeurs de feu et de la médecine (il y aurait même un cours en quatrième année de médecine sur les médecines populaires et les « faiseurs de secrets »¹).

En avril 2004, une émission télévisée suisse sur les panseurs de secrets et leur relation avec la médecine universitaire ^[61] atteste de ce recours médical au sein de la plupart des hôpitaux de la Suisse Romande pour soulager les brûlures et les complications de la radiothérapie. Les témoignages sont évidemment partagés, comme ailleurs, entre soulagements voire guérisons miraculeuses et inefficacité. Les avis divergent également sur la légitimité de cette collaboration au sein des hôpitaux.

En mai et juillet 2006, deux articles¹ de la presse suisse font état de la collaboration entre hôpitaux suisses et coupeurs de feu :

- Une liste de coupeurs de feu serait disponible aux urgences de l'hôpital cantonal universitaire de Genève, mais utilisée seulement à la demande du patient sous réserve de l'accord du chef de service.

¹ Dejardin-Verkinder A. *La Tribune de Genève*. 21 mai 2006.

Et

En Suisse le secret entre à l'hôpital. L'Hebdo. 20 juillet 2006. Disponible sur : <http://www.info-sectes.ch/guerisseurs.htm> (Dernier accès le 24/11/2009)

- Cet article rapporte les mêmes pratiques au sein du centre hospitalier universitaire à Lausanne, de l'hôpital cantonal de Fribourg et du centre hospitalier de Sion dans le Valais.

- Le chef du service de radiologie-oncologie à la clinique privée de Genolier (canton de Vaud), en précisant toutefois qu'il ne croit pas lui-même en leur action, fait part également de la présence d'une liste de coupeurs de feu pour les patients qui sont traités par radiothérapie afin d'en soulager les effets secondaires.

- A l'hôpital de Porrentruy, dans le Jura suisse, une liste de coupeurs de feu était disponible jusqu'à ce que le chef de service l'interdise en même temps que la prise de contact direct à l'initiative d'un soignant. Il y aurait eu, en 1990, dans le Jura Suisse (« le berceau du secret »), 140 « faiseurs de secrets » pour 64 000 habitants et 64 médecins ^[61].

- Une rumeur prétend qu'une liste de coupeurs de feu est disponible au service des grands brûlés à Lausanne mais le chef du service des soins intensifs du CHUV de Lausanne rapporte l'opposition de certains médecins concernant ces pratiques.

Nous avons effectué une rapide enquête téléphonique en Haute-Savoie, en 2007, auprès de tous les services des urgences du département :

- Aux urgences de Thonon-les-Bains, certains médecins ou autres soignants proposent aux patients brûlés de se faire couper le feu. Le coupeur de feu est appelé par téléphone à partir d'une liste de leveurs qui se sont fait connaître, et il agit à distance.

- Aux urgences d'Annecy, les médecins ou le personnel soignant proposent aux patients brûlés de se faire couper le feu, à partir d'une liste de numéros de téléphone disponible dans le service. Certains se déplacent, d'autres agissent par téléphone. Certains soignants eux-mêmes coupent le feu.

- Aux urgences de l'hôpital de Saint-Julien, l'ancienne infirmière cadre de santé coupait le feu mais elle est maintenant à la retraite. Depuis il n'y a plus d'appel aux coupeurs de feu.

- Aux urgences de l'hôpital de Sallanches, une rebouteuse (qui ne s'occupe donc que de traumatologie) adresse ses patients à l'hôpital quand elle pense à une lésion qui mérite une prise en charge médicale (quand « elle ne sent pas les gens ») ; officiellement on ne fait pas appel aux coupeurs de feu, officieusement on connaît bien un numéro de téléphone (certains soignants, infirmiers ou médecins, le communiquent aux patients quand ils y croient ou quand les gens ont trop mal).

- A la polyclinique de Savoie à Annemasse, il n'y a pas de numéro de téléphone de coupeur de feu disponible aux urgences, mais il paraît que de nombreux patients appellent avant de venir consulter ; quand ils ne l'ont pas fait, certains soignants évoquent l'existence

des coupeurs de feu pour leur conseiller après le premier pansement. Il n'y a plus de coupeur de feu dans le personnel de la clinique.

- Aux urgences de l'hôpital d'Annemasse, il n'existe pas d'objection de la part des médecins mais ils ne veulent pas en entendre parler ; ce n'est pas une prescription, et ça ne doit en aucun cas gêner ou retarder les soins. Il n'existe donc pas de protocole car certains médecins n'y sont pas favorables. Il n'y a pas de liste de coupeurs de feu mais si un soignant en connaît un, il peut en parler au patient. Quand c'est le cas, le coupeur de feu agit par téléphone ou bien se déplace. Il y a un coupeur de feu dans le personnel de l'hôpital.

- Aux urgences de l'hôpital de Bonneville, une infirmière cadre, maintenant à la retraite, coupait le feu. Cette pratique n'est ici plus en vigueur.

- Aux urgences de l'hôpital de Chamonix¹, ils ne connaissent pas de coupeur de feu donc n'y font pas appel.

- A la Clinique de l'Espérance à Cluses, il arrive fréquemment qu'on fasse appel à un coupeur de feu à partir d'un seul numéro disponible. Toutefois, parmi le personnel, rares sont ceux qui y croient. Par contre il est fréquent que les patients aient déjà appelé.

Dans une communication personnelle à propos de la collaboration entre les coupeurs de feu et les médecins et soignants, et notamment au sein des services des urgences, le président du Conseil départemental de l'ordre des médecins de Haute-Savoie nous signifie que « Concernant ce type de pratiques, le Conseil départemental de l'ordre ne peut à l'heure actuelle qu'appliquer les règles du *Code de déontologie médicale* (Article 39). Ceci étant, il nous apparaît intéressant que les médecins puissent étudier ce genre de pratiques avec un regard scientifique pour pouvoir faire évoluer les connaissances. »

Article 39 (article R.4127-39 du Code de la santé publique)

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salulaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Cette position prudente et déontologique n'est cependant pas fermée. De son côté, la Caisse primaire d'assurance maladie du département ne communique aucun avis officiel ou répertorié connu.

¹ Au moment de la rédaction de ce travail, il n'y a plus de service des urgences à l'hôpital de Chamonix.

5. Efficacité des coupeurs de feu, fondements et explications : quelques théories

L'efficacité des coupeurs de feu peut trouver ses fondements dans l'anthropologie. Nous essayons aussi d'expliquer, avec la psychologie, la notion de croyance. Les éventuels effets spécifiques des coupeurs de feu sont abordés, que ce soit par l'approche des para sciences ou à travers les bases physiologiques connues de la brûlure et de l'intégration de la douleur. Les effets non spécifiques sont évoqués avec les notions que l'on connaît de l'effet placebo. Une revue rapide de la littérature nous donne un aperçu des connaissances et des débats de la science et de la médecine aujourd'hui sur l'efficacité des méthodes non conventionnelles de soins, en particulier la prière et l'imposition des mains.

5.1. Anthropologie

Définitions Wikipedia ^[58] :

- *L'anthropologie est la branche des sciences qui étudie les êtres humains sous tous leurs aspects, à la fois physiques (anatomie, physiologie, pathologie, évolution) et culturels (sociaux, psychologiques, géographiques, etc.). Elle tend à définir l'humanité en faisant une synthèse des différentes sciences humaines et naturelles.*
- *L'ethnologie (ou anthropologie sociale et culturelle) est une science humaine qui relève de l'anthropologie, et dont l'objet est l'étude explicative et comparative de l'ensemble des caractères sociaux et culturels des groupes humains « les plus manifestes comme les moins avoués ». À l'aide de théories et concepts qui lui sont propres, elle tente de parvenir à la formulation de la structure, du fonctionnement et de l'évolution des sociétés*

Le corps : une structure symbolique

David Lebreton, anthropologue et sociologue spécialiste des représentations et des mises en jeu du corps humain, qu'il a notamment étudiées en analysant les conduites à risque, nous invite à placer le corps comme une structure symbolique investie d'une représentation différente d'une culture à l'autre, d'une société à l'autre : le savoir biomédical de nos sociétés occidentales, le magnétisme des médecines populaires, l'énergie de la médecine chinoise... Les médecines douces ou parallèles, l'importation de disciplines venues d'ailleurs (yoga, acupuncture), la résurgence des médecines populaires sont autant de représentations contradictoires du corps humain qui se côtoient parfois au sein d'un même cabinet ou d'un même thérapeute qui « bricole par collage la vision qu'il se fait de lui-même. Même dans nos sociétés, aucune représentation du corps ne fait finalement l'unanimité »^[13].

« Le barreur de feu des campagnes européennes guérit les brûlures en murmurant une prière et en effectuant quelques gestes sur la zone brûlée. L'expérience quotidienne à son sujet montre que la brûlure s'estompe sans laisser le plus souvent la moindre cicatrice. Plus étonnant encore, le barreur agit de la même façon sur un animal brûlé. Observation banale pour nombre d'ethnologues. Observation étonnante pour celui qui voudrait obstinément maintenir un cadre de pensée biomédical pour lequel cette action du barreur est impensable et donc jugée impossible. En fait le savoir biomédical et le savoir-faire du barreur ne se réfutent pas mutuellement, ils sont anthropologiquement d'un ordre différent. La condamnation de l'un ou de l'autre n'a de sens que dans la perspective d'une relation d'intimidation et donc de pouvoir exercé légalement ou politiquement par l'un sur l'autre. Le médecin et le barreur ne visent pas le même "corps". Et si les savoirs populaires nés le plus souvent dans les campagnes européennes (panseurs de secrets, magnétiseurs, radiesthésistes, phytothérapeutes, barreurs, rebouteux ou autres) continuent à exercer leur vocation encore aujourd'hui, c'est parce que les usagers y trouvent leur compte. Et si la médecine moderne est aujourd'hui en crise, c'est que le modèle hégémonique du corps n'est plus perçu par les usagers comme étant la seule autorité. »^[13]

La maladie et la guérison, des modèles variables

Il est intéressant de prendre connaissance des formes élémentaires de la maladie et de la guérison énoncées par François Laplantine^[10], professeur d'ethnologie à Lyon qui a beaucoup

travaillé sur les médecines populaires autant que sur la médecine scientifique. Il propose ainsi des *modèles étiologiques* qui s'opposent par paires :

Le modèle **ontologique** aborde l'étude de la maladie en la nommant et en lui attribuant une cause et une localisation, le processus de guérison porte alors davantage sur la maladie/objet que sur l'individu/malade. On reconnaît ici la vision de la médecine universitaire.

Par opposition, il existe le modèle **fonctionnel** ou **relationnel** qui envisage l'homme malade dans la perte de son harmonie avec lui-même ou avec son environnement. Les thérapies sont centrées sur l'individu/malade (homéopathie, psychanalyse, cérémonies sacrificielles, ...).

Le modèle **exogène**, où la maladie est le résultat d'une cause extérieure (bactérie, virus ou sorcier, esprit) et où la thérapeutique doit être une intervention extérieure (traitement médicamenteux, rite conjuratoire), s'oppose au modèle **endogène** où la maladie s'inscrit à l'intérieur du sujet (hérédité, immunité, psychologie, ou astrologie, dérèglement énergétique, ...). Le traitement favorisera une attitude plus holistique (homéopathie, conseils hygiéno-diététiques, ...).

Dans le modèle **additif**, la maladie est un excès indésirable (tumeur, fièvre) ou conséquence d'un excès (poids, alcool). L'extraction thérapeutique peut être allopathique (chirurgie par exemple) ou peut faire appel à des pratiques magico religieuses. On retrouve en contrepartie le modèle **soustractif** où la maladie est assimilée à une perte.

Enfin, dans le modèle **maléfique** la maladie est identifiée au mal absolu avec souvent une conséquence sociale négative (douleur, SIDA, ...). Et le modèle **bénéfique**, où la maladie est vécue comme un message ou comme ayant un sens et le traitement, dont on retirera un bénéfice personnel supplémentaire, prend une valeur initiatique (exemple de la cure analytique).

Globaliser la vision de soi-même ou isoler l'organe malade : opposition ou complémentarité ?

Selon André Julliard ^[8], l'utilisateur d'une médecine alternative se détache de la médecine universitaire pour globaliser sa vision de lui-même. Cet auteur pose la problématique de la multiplicité des approches alternatives à la médecine universitaire en décrivant trois sortes de demandes. L'une venant de la presse et des médias amalgamant médecine, magie, sorcellerie, religion, parapsychologie et passionnant leurs lecteurs. L'autre représente la médecine

« officielle », hostile à toute reconnaissance des pratiques dont elle ne contrôlerait pas l'encadrement universitaire, souvent assimilées à l'ignorance ou, en tout cas, à l'absence de preuve scientifique. Pourtant certains acteurs médicaux participent à ces approches alternatives d'une manière ou d'une autre. La troisième est celle des consommateurs qui commencent à contester l'approche technocratique de la médecine universitaire pour prôner un retour au naturel, à la prise en charge globale, et à la médecine traditionnelle.

Quant aux leveurs de maux, il explique leur existence, leur origine et leur légitimité sociologique dans la société agraire par le fait que le travail agricole perd en rentabilité quand ses exploitants souffrent d'un mal. Ainsi, « le leveur de maux demeure *un praticien de proximité*, un voisin que l'on consulte aussi par commodité et par conséquent, en dehors de toutes convictions religieuses ou scientifiques. "Tout le monde m'a sous la main, me disait l'un d'entre eux, on vient chez moi nuit et jour, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. Quel médecin fait ça ?" »^[8]

Pour Laplantine, les patients considèrent que le guérisseur et le médecin sont tous deux nécessaires mais qu'ils n'ont pas le même rôle. Ils opposent la médecine technique, scientifique, déshumanisée, à la prise en charge globale du guérisseur qui redonne du sens et une dimension sacrée. Les guérisseurs, qui détiennent un savoir unitaire sur l'homme et le cosmos, réussissent là où le partage de l'homme par les différents spécialistes d'organes a échoué^[41].

D'après Françoise Loux^[38] également, les recours au guérisseur et au médecin sont complémentaires. Pour les patients, il n'y a pas d'incompatibilité. Le guérisseur s'adresse au corps et le prend en charge en entier, avec sa douleur, ce qui n'est pas la même chose que diagnostiquer et soigner, ce que font les médecins. L'incompatibilité vient des médecins et leur attitude oscille selon les cas entre une franche hostilité, une attitude indifférente ou alors plus coopérative mais dans aucun des cas le guérisseur n'est considéré comme ayant un savoir et un pouvoir autonome sur le corps. Il s'agit d'une hostilité générale qui s'apparente peut-être à de la concurrence. Pourtant, une acceptation de la part des médecins pourrait réduire le fossé avec les guérisseurs et diminuer l'existence des charlatans, des profiteurs.

« Les demandes qui continuent d'être adressées, soit à l'Eglise soit à la Médecine, conjuguent étroitement les malheurs de l'esprit et de l'âme aux souffrances du corps ; elles exigent une réponse globale qui non seulement tiendrait compte de l'unité de la personne,

mais aussi donnerait un sens symbolique à son histoire, en marquant la place de chacun dans l'univers social et cosmique.

A ces demandes, ni l'Eglise ni la Médecine ne sont de nos jours en mesure de faire face. Quand les généralistes reconnaissent qu'ils occupent, pour la majorité de leurs clients, le rôle de confesseur des âmes, c'est pour mieux le fuir, et renvoyer leurs patients auprès des spécialistes en la matière (psychologues, psychiatres, psychanalystes et quelques fois religieux) ou, le plus souvent, se muer, comme pétrifiés, en distributeurs d'anxiolytiques.

Les ecclésiastiques ne font pas mieux, dans leur domaine. L'Eglise devenue surtout depuis le dernier concile, tout à fait hostile à ce qui, de près ou de loin, pourrait ressembler à de la « superstition », s'est faite scientifique et, cherchant à limiter le plus possible la référence au surnaturel, choisit la plupart du temps de renvoyer malades, possédés et miraculés aux médecins. »¹

Préserver le rôle actif du patient

Françoise Loux ajoute que la condamnation de la pratique des guérisseurs peut favoriser l'éclosion des charlatans qui n'ont plus rien à voir avec le choix des patients d'avoir recours à une médecine soit universitaire soit populaire.

D'autres ^[46] avancent que le caractère transgressif de la démarche de consulter un guérisseur, du fait que celui-ci n'est pas reconnu par la « faculté », assure une efficacité par le rôle actif du patient dans la prise en charge de sa maladie puisqu'il se démarque du point de vue officiel. Ainsi, ces auteurs disent que légitimer ces recours aux guérisseurs pourrait en diminuer l'efficacité.

Pour David Lebreton, le patient qui recourt à ces approches parallèles y adhère de quelque façon et il faut concevoir une notion de croyance où l'inconscient a son mot à dire. Il évoque l'importance du bouche à oreille, du mystère et de la réputation flatteuse du guérisseur dans sa représentation symbolique qui font l'intensité de la rencontre patient/guérisseur.

¹ Pouchelle MC. *Voyants, magnétiseurs et l'espace du sacré. Deux cas, deux itinéraires.* ^[38]

L'effet symbolique du guérisseur... et du médecin

Il faut différencier les charlatans, qui font profit de la crédulité des gens, de l'illusion dont peuvent jouer les guérisseurs, plus ou moins consciemment et dans le but d'être efficace, tout comme l'a montré Lévi Strauss avec les chamans et l'histoire de Quesalid¹. Quesalid voulait découvrir la supercherie des chamans car il ne croyait pas en leur pouvoir. Il finit, à force de les fréquenter, par devenir l'un des leurs et par découvrir l'envers du décor, à savoir toute la mise en scène de leur prestation (prestidigitation, art de feindre, illusions, recueil secret des informations, ...). Mais surtout, il a fini par constater l'efficacité de leur méthode... Et cette efficacité n'est pas liée à une action réelle mais symbolique. Le sorcier doit croire, non pas à son pouvoir magique, mais à l'efficacité de ses techniques.

« Cette acceptation des guérisseurs ne pourra se faire que par des changements à l'intérieur même de la médecine, par l'acceptation par les médecins de la partie symbolique de leur pouvoir, par la prise en compte du symbolique de l'humain, dans l'exercice de leur métier. »²

Au total, on parle avec l'anthropologie d'un effet symbolique, chez le guérisseur comme chez le médecin, et de la place de chacun dans une société qui a des lois et des valeurs. Mais la vision holistique de la santé par le guérisseur semble être un atout pour la représentation par le malade de sa maladie.

¹ Citée dans [44].

² Loux F. *Médecins et guérisseurs : deux rapports au corps.* [38]

5.2. Magnétisme et radiesthésie

Références [34]

Nombre de guérisseurs et même de coupeurs de feu expliquent leur action par le « fluide » ou le magnétisme.

Comme on l'a vu, l'imposition des mains pour guérir, même si on ne peut pas encore parler vraiment de magnétisme, est utilisée depuis l'Antiquité.

Le concept de magnétisme apparaît dès le Moyen-âge avec, par exemple, Alexandre de Taille qui précise ces effets ainsi : « il élimine les principes morbides, calme, régularise et tonifie ». Mais il note que le magnétisme est d'autant plus efficace quand le patient est volontairement réceptif et le magnétiseur convaincu de son action...

L'histoire du magnétisme :

Le « Fluide Universel » est un principe qui a été évoqué avant Mesmer (par Paracelse, Newton) sans que fut exposé d'hypothèses telles qu'il l'a fait pour le magnétisme animal, entre 1766 et 1799 avec ses 27 propositions^[34]. Selon Mesmer, le magnétisme animal est une « influence mutuelle entre les corps célestes, la Terre et les corps animés » qui « répond à des lois mécaniques inconnues jusqu'à présent », avec des « effets alternatifs de flux et de reflux » « s'insinuant dans la substance des nerfs » grâce à des « propriétés analogues à celle de l'aimant ». Selon Mesmer, cette influence agit à distance sans aucun corps intermédiaire, elle peut être accumulée et transportée. Tous les corps animés n'en sont pas également susceptibles. Le magnétisme animal peut soigner toutes les maladies sans effet secondaire, il aide le médecin à choisir les bons médicaments et en augmente l'efficacité. Enfin, le magnétisme animal permettra au médecin de juger le bon état de santé et de le préserver (prévention), « l'art de guérir parviendra ainsi à sa dernière perfection ».

Sur le tard, devant l'incompréhension, Mesmer a fini par refuser les protocoles d'expérimentation pour prouver ses principes. Il décrivait son magnétisme animal entre ses mains comme un sixième sens. Il s'est cantonné à citer des observations comme preuves alors

qu'il semble que nombre d'entre elles peuvent être des cas d'hystérie et des troubles psychosomatiques.

Il pratiquait l'imposition des mains, en invoquant l'action du fluide, induisant ainsi des « crises », souvent collectives, non sans rappeler les crises hystériques (« ... on agit sur les malades par le regard et par l'application des mains, et par la pression des doigts sur les hypochondres et les régions du bas ventre » ; survient alors des convulsions, puis la « crise » et enfin la guérison des malades suivie d'enthousiasme collectif). En effet, la proximité physique du magnétiseur et du patient (ou de la patiente), et l'imposition des mains autour de zones érogènes évoquent une action suggestive ou imitative. C'est ainsi que certains voient chez Mesmer un précurseur de la psychothérapie suggestive et de l'hypnose ^[57].

Malgré tout, en 1831, une commission médicale a demandé que l'Académie encourage les recherches sur le magnétisme comme une branche très curieuse de psychologie et d'histoire naturelle.

Deslon était un élève de Mesmer qui a repris à son compte tout ou partie de la théorie du magnétisme animal. Il sollicita Louis XVI qui nomma deux commissions de grands savants (Franklin, Lavoisier, Guillotin, de Jussieu) pour évaluer l'effet du magnétisme : ce fut un échec total, et le rapport qui en résulta porta un dur coup au magnétisme qui se fait sentir jusqu'à nos jours.

De façon nettement plus contemporaine, c'est le professeur Yves Rocard (physicien français, 1903-1992) qui s'est intéressé de très près au biomagnétisme notamment à travers le pouvoir des sourciers. Depuis bien des siècles, les sourciers prétendent trouver des sources d'eau mais aussi des gisements de minerais, des grottes, etc. Avec le pendule, certains ont certifié (et certifient encore) pouvoir retrouver des personnes ou répondre à toutes sortes de questions. Le professeur Rocard démontrait, études à l'appui, que les sourciers étaient capables de détecter, par l'intermédiaire de leur baguette, de très faibles variations du champ magnétique terrestre, qu'il a lui-même mesuré, et qu'il expliquait par l'irrégularité du sol avec des anfractuosités pouvant contenir de l'eau. Par contre, une grande variation du champ magnétique ôtait toute capacité au sourcier, par exemple un gros pylône électrique sur le terrain à explorer (Pr Y. Rocard, *Le signal du sourcier*, 1964) ^[21]. Malheureusement pour lui et pour le biomagnétisme, le Pr Rocard y consacra la fin de sa carrière sans réussir à convaincre ses pairs qui lui reprochaient ses recherches par trop insolites. Cela lui coûtera un

fauteuil à l'Académie des Sciences où il aurait pu terminer sa vie scientifique plutôt brillante (directeur du laboratoire de physique de l'École normale supérieure, CNRS, CEA, ...).

Les expériences du Pr Rocard ont été refaites par la suite, de façon plus rigoureuse, avec plus de sujets et en double aveugle. Elles n'ont pas été concluantes (Henri Broch et son laboratoire de zététique) ^[31]. La zététique est « l'étude rationnelle des phénomènes présentés comme paranormaux, des pseudosciences et des thérapies étranges » ^[58], ou encore « l'art du doute » comme la définit Henri Broch qui en est le fondateur et qui l'enseigne dans son université.

Des cristaux de magnétite, susceptibles de réagir au champ magnétique et ses variations, se trouvent dans des organismes vivants tels que certaines bactéries magnétotactiques, l'abeille, les pigeons voyageurs, les dauphins et l'homme. Chez les êtres évolués, on ne peut qu'émettre l'hypothèse d'un rôle du champ magnétique ou de ses variations sur l'organisme par le biais de ces cristaux de magnétite. Mais les bactéries magnétotactiques ont été découvertes en 1975 par R.P. Blackmore. Ce sont des bactéries Gram négative que l'on trouve dans les sédiments en eau douce ou salée partout sur la planète et qui se déplacent le long des lignes du champ magnétique terrestre. Leur déplacement sous l'influence du champ magnétique a été reproduit en laboratoire et est rapporté à la présence de granules d'oxydes métalliques dans leur cytoplasme¹.

MS. Raybourn² a pu prouver in vitro qu'un champ magnétique produit un effet mesurable sur les propriétés électriques de la rétine de la tortue sans pour autant pouvoir conclure sur la finalité de ce phénomène.

Le magnétisme contemporain :

Aujourd'hui, les magnétiseurs ne se présentent plus en tant que théoriciens mais se disent empiriques, et la réputation de certains laisse croire à des résultats non discutables dont le mécanisme d'action reste un grand débat auquel la société scientifique ne s'intéresse plus vraiment.

On peut encore trouver quelques rares références ^[34] sur les principes pratico théoriques à propos du magnétisme, comme par exemple le côté droit du corps qui serait polarisé positivement et le côté gauche négativement, alors que vertex et périnée seraient neutres. Ou

¹ Pradel N, Lefèvre C, Santini CL, Wu LF. *Les bactéries magnétotactiques et la biogenèse des magnétosomes*. <http://www.sfbm.fr/pdf/pradel-et-al-2006.pdf> (dernier accès le 11/10/2009).

² Raybourn MS. *The effects of direct-current magnetic fields on turtle retinas in vitro*. Science 1983;220(4598):715-7.

bien l'on pourrait charger, fixer, dégager ou disperser le magnétisme dans un organisme selon les types de gestes effectués (passes lentes ou rapides, passes horizontales ou verticales, ...). Ces affirmations empiriques ne sont pas soutenues par une théorie scientifique.

Toute personne est-elle réceptive au biomagnétisme ? On peut lire qu'il existe environ une personne sur trois qui serait « sensitive », c'est-à-dire particulièrement réceptive et qui ressentirait les effets du magnétisme en moins d'une minute.

Toutefois, quand on s'entretient avec des magnétiseurs, ces principes sont évoqués de façon non constante selon la pratique de chacun.

Une liste des affections qui pourraient être traitées par le magnétisme^[34] :

- troubles qui ne sont pas secondaires à une maladie chronique : syncope, céphalée, douleur dentaire et faciale, indigestion, anxiété, insomnie, sommeil agité, nervosité, timidité, crampe des écrivains, tremblement nerveux ;

- troubles fonctionnels : gastralgies, troubles de la digestion, colite, constipation, asthme, bronchite, cardiopathie, paralysie (dont l'étiologie n'est pas une hémorragie cérébrale) ;

- ataxie syphilitique, névroses, fatigues, idées fixes et obsessions, alcoolisme et toxicomanies.

On entend, encore aujourd'hui, des témoignages indirects sur ce qu'on appelle chez les initiés la momification de produits biologiques périssables (exemple typique de la viande ou des fruits). Cela consiste à magnétiser par des passes le produit en question pour en empêcher la putréfaction, pratique annoncée comme microbicide. Le procès verbal (1928) d'un huissier constate officiellement l'évolution dans le temps de deux lots de corps putrescibles (viande, poisson), l'un témoin, l'autre magnétisé, et atteste de la franche disparité de leur devenir en quelques jours ; le lot témoin était en état de putréfaction net tandis que le lot magnétisé était sec, propre et sans odeur^[34]. Si l'on devait encore prouver l'absence d'effet scientifique du biomagnétisme, une expérience simple et bien menée avec quelques magnétiseurs réputés sur des produits organiques et sur des cultures de bactéries et de levures pourrait faire l'objet d'une preuve scientifique. Sans pour autant, suite à la conclusion anthropologique du paragraphe précédent, discréditer la bonne foi des magnétiseurs qui, on commence à le sentir, trouvent aujourd'hui leur place dans la pratique empirique plus que dans la théorie.

Plutôt que de nier l'efficacité des magnétiseurs, nous affirmons ici que la science a montré qu'il n'existait pas de preuve d'une force magnétique capable des effets avancés (sourcellerie, guérison, etc.). Même s'il n'est plus concevable dans le milieu des puristes scientifiques, le

débat n'en est pas pour autant clos. Il existe d'ailleurs des centres de soins modernes non conventionnels¹ qui utilisent « les champs magnétiques pulsés » ou des entreprises qui vendent des appareils à champ magnétique pulsé pour soulager les maladies rhumatismales ou autres. (Sur Google, au 24 octobre 2009, la requête « champ magnétique pulsé » et « santé » ramène 7280 références !)

Enfin, le concept radiesthésique reprend l'idée d'un champ magnétique, celui créé cette fois par l'organisme vivant à partir de ses innombrables différences de potentiel entre milieux intra et extra cellulaires. C'est le « champ vital », soumis aux influences « cosmo telluriques » et à l'interaction avec les autres champs vitaux (principe de réceptivité). C'est ainsi que cette énergie vitale peut manquer aux individus malades et être en excédent chez les radiesthésistes ou les magnétiseurs qui l'utilisent alors pour soigner.

Les radiesthésistes utilisent le pendule, la baguette de noisetier ou même des outils plus perfectionnés telle que l'échelle de Lecher comme amplificateurs des ondes captées. Mais déjà en 1833 Eugène Chevreuil commençait à mettre à bas la réalité paranormale de ce phénomène en la ramenant aux mouvements du bras ou des doigts de celui qui tient le pendule. La démonstration du rôle de la vue de l'opérateur dans ces phénomènes a été confirmée de nombreuses fois depuis, ce qui n'empêche pas les pendules de tourner encore...^[31]

Au final, nous n'avons pas d'argument scientifique pour retenir la rationalité de l'hypothèse du magnétisme ou de la radiesthésie dans le but d'expliquer le mécanisme d'action des coupeurs de feu.

¹ Nous pouvons attester de l'existence de pratiques de démarchages ou de publicités par téléphone de la part de ces centres auprès des personnes de plus de 60 ans.

5.3. Concept énergétique

En réalité, les pratiques se mélangent souvent chez un même « thérapeute de l'irrationnel ». Nous avons rencontré des coupeurs de feu qui ne font que couper le feu. Certains peuvent soulager d'autres maux de la même manière. Enfin, il en est qui soignent tout. Ceux-là peuvent invoquer le magnétisme, mais rarement de façon exclusive ou de façon précise. Effectivement, en jugeant la multitude des savoir-faire, on ne peut pas tout mettre sous le sceau du magnétisme et de la radiesthésie qui n'ont pas de réalité scientifique.

C'est ainsi que l'on peut étendre le débat avec le concept de bioénergétique.

Pierre Daverat (Association française de bio-énergétique), encore fortement attaché à une théorisation de sa pratique, explique ce concept énergétique par une théorie astrologique appuyée sur l'évocation d'arguments astrophysiques, mêlée d'une théorie énergétique chinoise. Les énergies vibratoires du cosmos génèrent des effets sur notre vie et notre santé ; et la santé résulte d'un équilibre des énergies ^[56].

Dans la même tentative de prétendre à une approche universitaire, « SBJ International est un Centre de recherche scientifique en bioénergétique, dirigé depuis 1985 par René Naccachian, ingénieur, chercheur en biophysique et en bioénergétique, docteur en médecine énergétique, en sciences et en biologie moléculaire (Ph. D.), créateur de la Méthode ACMOS (Analyse des compatibilités des matières sur l'organisme et leur synergie) d'équilibre énergétique global ». Il développe des activités de recherche et de développement, d'enseignement, de consultations et de diffusion du matériel nécessaire. Ces activités sont axées sur la méthode ACMOS, définit comme un « pont entre la médecine traditionnelle chinoise et les découvertes scientifiques les plus récentes », notamment la physique quantique ^[55]. Nous n'arrivons cependant pas à nous laisser *magnétiser* par autant de *fioritures scientifiques* !

Perdons en précision et gagnons non pas en vérité mais en absence de mensonge : plus simplement et plus empiriquement, ce qui paraît maintenant presque plus séduisant, des praticiens, dans leur simplicité clinique, disent manipuler les énergies, sans préciser plus loin. Nous pouvons comprendre que nous ne sommes pas tous égaux devant la vie et il est humain que les plus forts aident les plus démunis. Les énergies... ce mot n'a plus beaucoup de sens, et pourtant, il veut bien dire quelque chose ? Une force de vie ?

5.4. Hypnose et suggestion

Références [34 ; 43]

En 1841, un médecin anglais, Braid, demanda à plusieurs personnes de fixer un point brillant et put ainsi induire un état de sommeil semblable au somnambulisme et qu'il appela hypnose.

La suggestion agit sur l'imagination du sujet grâce à « *l'action des gestes et paroles de l'opérateur, par des commandements impérieux, des regards soutenus et des gestes éloquents* »^[34]. Ainsi, le Dr Liébault, à partir de 1864, à Nancy, fit apparaître un sommeil comparable à l'hypnose de Braid et au somnambulisme mesmérien. Il utilisait la fixation d'objets, refusait les passes et entendait ainsi démontrer que la suggestion était le véritable mécanisme du magnétisme et de l'hypnose.

On distingue :

- L'hypnotisme sensoriel, école de Paris, avec Charcot, qui s'obtient par une action progressive ou brutale sur un des sens (exemple : tic tac d'une montre ou coup de gong). Charcot l'utilisait sur des malades (hystériques, épileptiques ou autres). Il décrivait trois états dans l'hypnotisme sensoriel, à savoir l'état cataleptique (le sujet garde la position, abolition des réflexes, insensibilité, réceptivité à la suggestion), l'état léthargique (analgésie complète, perte du tonus, sommeil profond, non accessible à la suggestion) et l'état somnambulique (le sujet peut réaliser des actes automatiques qu'on lui demande).

- L'hypnotisme par la suggestion, école de Nancy, avec Liébault et Bernheim, lesquels disaient : « fixez le regard du sujet à un point et son esprit sur l'idée de dormir ». La suggestion agit sur l'imagination. On influence le subconscient en détournant la conscience. La suggestion peut mener à l'hypnose partielle ou « état de veille » ou bien à l'hypnose totale, le sujet n'est plus du tout conscient. Contrairement à l'hypnotisme sensoriel qui agit sur des sujets prédisposés, un grand nombre de personnes est influencé par cette méthode (693 sur 753 selon l'expérience de Liébault). Il existe des personnes suggestibles et d'autres qui opposent une résistance pouvant être mise à plat par les suggestions de l'opérateur s'il a compris la cause de ces résistances.

On s'est vite rendu compte que l'hypnose à l'état de veille était tout aussi efficace sur le plan thérapeutique dans bon nombre de cas que l'hypnose totale. Ainsi, l'hypnose a souvent pris la forme d'une psychothérapie. La fin du XIX^e siècle marque donc, avec la découverte de l'hypnose, le point de départ des psychothérapies et des prémisses de grandes théories psychologiques, que ce soit à propos de l'hystérie avec Charcot ou de l'inconscient avec Freud et la psychanalyse. Au XX^e siècle, plusieurs noms prendront part à l'exercice de la suggestion : de l'autosuggestion de Coué à la sophrologie de Caycedo ^[57].

Ainsi, une des hypothèses concernant l'efficacité des guérisseurs, étayée notamment par la psychanalyse, tiendrait dans un transfert suggestif sur le malade qui vit une régression vers la dépendance. L'état d'angoisse, susceptible d'accroître la subjectivité, et la confiance dans le pouvoir du guérisseur favoriseraient la suggestion.

D'ailleurs, certains guérisseurs disent :

« *"Le pouvoir que j'ai consisté beaucoup en la confiance que je mets en moi-même sans quoi ça n'opérerait pas."* (Un rural magnétiseur rusé de Normandie) »

« *"A partir de longs entretiens, j'ai appris à vendre ma sympathie, ma confiance ; j'ai soigné pendant dix ans les entreprises avant de soigner le corps... Tout dépend de la confiance que l'on a en moi, c'est pourquoi je veux vendre la confiance que l'on a en moi."*(Homéopathe radiesthésiste de Montpellier) »¹

Et le Dr Fouqué ^[37] : « j'en suis à me demander si le fait de leur accorder (aux guérisseurs) une sorte d'autorisation légale d'exercice de leur art ne diminuerait pas leur prestige vis-à-vis des gens qui s'adressent à eux et dans les résultats qu'ils cherchent à obtenir, étant la part immense du psychisme dans ces résultats, le prestige conserve une utilité primordiale. »

Pour autant, il n'est pas évident de conclure à une efficacité des coupeurs de feu par la suggestion. Mais il paraît raisonnable de penser que la croyance populaire, le statut impersonnel et médiateur du coupeur de feu, la souffrance du patient, l'espoir du soulagement, la confiance, sont autant de raisons qui pourraient influencer les résultats attendus.

¹ Friedmann D. *La ruse du pouvoir*. ^[38]

5.5. Psychologie

Références [43 ; 44 ; 46 ; 50]

Lorsque un homme observe (ou juge, malheureusement) un groupe d'hommes, il a de fortes chances de le trouver en proie à des croyances.

Le principe de la magie et le mode de pensée animiste se basent, selon Freud, dans *Totem et tabou*, sur le mécanisme psychique de la toute puissance des idées.

En effet, l'homme primitif n'a pas accès à l'explication réaliste de certains mouvements de la nature (étoiles, lune, maladies, phénomènes météorologiques, ...). Il les classe donc dans la catégorie du surnaturel et, pour pouvoir s'orienter dans le monde, la culture a élaboré des formations telles que mythes, croyances, rituels et modes de raisonnement. Cela n'empêche pas l'homme primitif d'avoir conscience des limites de son système, mais cela lui permet de vivre dans un monde cohérent avec son système de pensée, avec des entités façonnées à son image, c'est le totémisme et l'animisme. Ces formations culturelles visent donc à contrôler ou expliquer efficacement le surnaturel et à neutraliser le stress lié à la conscience qu'a l'homme qu'une partie de la réalité échappe à sa maîtrise. Pour Freud, elles ont donc une fonction analogue à celle des constructions délirantes et des symptômes névrotiques, à savoir lutter contre l'angoisse de l'inexpliqué (le malheur, la maladie, la mort) à la différence que ces derniers mécanismes sont individuels alors que les formations culturelles sont portées par le groupe et jouent un rôle supplémentaire de cohésion sociale.

L'enfant aussi élabore son psychisme conscient sur la toute puissance du désir et des idées. La croyance magique gère son quotidien : en tout premier lieu, il pleure et la mère arrive, « ça marche à tous les coups » ; ensuite il prête des sentiments et autres qualités anthropomorphes aux objets, aux animaux ; le jeu imite une scène où la situation désirée est prise très au sérieux. La représentation d'une chose a le même caractère de réalité que la chose elle-même. Pour l'enfant, les parents ont ce même pouvoir magique, cette omnipotence. On pense par exemple à la magie antalgique du baiser maternel – si l'on veut bien ne pas s'arrêter au détournement des informations des fibres C non myélinisées de la douleur par les fibres myélinisées...

La littérature pour enfant regorge effectivement d'être merveilleux, de pouvoirs magiques, de vœux exaucés, etc. Mais l'enfant, face aux épreuves de la réalité, abandonne progressivement cette pensée magique pour le mode rationnel. Cette pensée magique n'est en fait pas annihilée mais refoulée dans l'inconscient. Elle peut redevenir accessible dans certaines formations pathologiques de défense. Tout psychisme possède les deux pôles, l'un rationnel, l'autre magique, présents à différents degrés chez tout individu. De la même manière, dans chaque culture, primitive ou non, le surnaturel a son explication qui sera jugée à la lumière de son propre système. Ainsi en est-il de la superstition dans notre société occidentale. Le trèfle à quatre feuille ou le chat noir font sens pour nous tous et il suffit alors de se positionner par rapport à cette croyance. A l'inverse, la sorcellerie africaine est hors de notre entendement.

La culture occidentale porte en son sein des croyances magiques (voyance, astrologie, magnétiseurs, guérisseurs, ...) qui sont incompatibles avec le mode de pensée rationnel dominant. L'attitude culturellement adaptée est donc d'en sourire ou de s'en inquiéter mais, quoi qu'il en soit, de s'en démarquer. La croyance magique va donc avoir tendance à être tenue dans le secret. L'expression publique d'une croyance magique s'accompagnera ainsi toujours d'une marque explicite ou implicite de dénégation (« je n'y crois pas, mais... »). D. Camus ^[33] s'est confronté à ce mur de la parole qui veut que l'on délocalise l'histoire, que l'on affirme sa non-crédulité par rapport aux croyances. On ne s'affirme pas partisan de ces soins illégitimes devant le curieux qui se voit difficilement admis dans le cercle de ces pratiques. Les raisons sociales de cette opacité, ce secret des pratiques médico-magiques, se trouvent dans leur condamnation par la Médecine, par l'Eglise et par la Loi.

La culture occidentale n'a donc pas réussi à faire disparaître les croyances magiques mais a simplement rendu impossible leur expression collective et leur rôle unificateur de cohésion sociale ; « chassées de l'étage culturel, elles persistent dans le secret du psychisme individuel. » Elles persistent, effectivement ; la pensée rationnelle ne se suffit pas, ne nous suffit pas. La fonction du magique est de nier les limites de la pensée rationnelle pour donner l'illusion de maîtrise absolue, de complétude et de toute puissance. Le magique trouve son origine dans le narcissisme humain.

« La résistance vive du magique à l'éradication complète par le rationnel est liée à la nature même du psychisme, et trouve son origine et sa force dans la persistance et la reviviscence, au sein du psychisme adulte, du narcissisme infantile. » ^[44]

Tout le monde conserve toujours plus ou moins des croyances magiques atténuées ou déguisées, car elles ont une fonction réparatrice sur le Moi.

Mais la magie et la science partagent le même but, la maîtrise du monde. Et bon nombre de pouvoirs « magiques » sont devenus des réalités quotidiennes scientifiques ou technologiques. Il est maintenant possible de se déplacer dans les airs, de voyager dans l'espace, de parler avec quelqu'un à l'autre bout de la Terre, d'écouter et de voir une personne défunte, d'assister à un événement se déroulant à distance tout en restant chez soi, d'expliquer et de prévoir des phénomènes météorologiques, de voir à l'intérieur du corps humain sans l'ouvrir, de connaître le sexe d'un enfant avant sa naissance, ... Observons également que l'extension de la maîtrise de l'homme sur le monde s'accompagne aussi d'un pouvoir de destruction inégalé (armes nucléaires, déforestation au napalm, pollution chimique, génocides, ...).

Alors la science et la pensée magique partagent le même aspect mégalomane. L'individu superstitieux croit que ses désirs et ses actes sont tout-puissants et capables d'influencer le cours des événements. Qu'ils soient le résultat de sa propre volonté ou de celle d'une puissance supérieure, il n'y a plus de hasard. L'individu superstitieux se croit au centre du monde ; tout événement extérieur est soit la conséquence de ses désirs ou de ses actes, soit des avertissements qui lui sont destinés. On reconnaît là certains traits du mécanisme de défense de la personnalité obsessionnelle. C'est cette même toute puissance qui sous-tend la croyance en la survie de l'âme après la mort et en la possibilité d'entrer en contact avec les défunts.

Les guérisseurs en occident aujourd'hui, en filiation avec les premiers guérisseurs, partagent la dimension sacrée et le sens cosmique avec les chamans d'autres cultures. Les chamans sont les médiateurs entre la communauté qui les reconnaît comme tels et les esprits de la nature. Cette dimension sacrée, la médecine l'a tout à fait écartée de son champ. L'essor des guérisseurs semble lié à cette dimension fondamentalement humaine de soin, privilégiant le malade par rapport à la maladie, et interférant avec le sacré, redonnant un sens à la souffrance et à la mort, ce que ne fait plus notre médecine. La rationalité s'effondre vite devant l'incompréhensible de la mort et de la souffrance, surtout quand la médecine échoue (affections chroniques, maladies incurables ou troubles fonctionnels).

On peut définir deux types de médecines, l'une scientifique, rationnelle, universitaire, savante, plutôt intellectuelle et urbaine, et l'autre traditionnelle, populaire, sacrée, plutôt rurale et liée à des particularités régionales et ethniques. La médecine populaire est plus

sociale qu'individuelle et réintègre l'homme dans son univers social et cosmique alors que la médecine savante circonscrit le mal sur un organe et son spécialiste. Ainsi, la conception de la santé est plus vaste dans les médecines populaires et traditionnelles, elle s'étend au domaine des relations humaines et spirituelles. Dans notre société occidentale actuelle il est difficile de satisfaire, de soigner toute la population et ses maux avec une seule de ces médecines. Il semble qu'on ne puisse pas remplacer une chirurgie par du sacré et que la science ne donne pas non plus un sens satisfaisant à la souffrance et à la mort.

5.6. Approche médicale des brûlures et de l'efficacité des coupeurs de feu

5.6.1. Epidémiologie des brûlures

Il n'est pas aisé de recenser les brûlures. Selon Lyngdorff P., Sorensen B. et Thomsen M.¹, les estimations rendraient compte d'une incidence de l'ordre de 300 à 400 brûlures qui nécessitent des soins (ou tout du moins qui consultent) pour 100 000 habitants, soit 150 000 à 200 000 cas par an en France. L'hospitalisation est nécessaire pour environ 15 sur 100 000 habitants. Les brûlures mortelles représentent 0,5 % des brûlures, soit 1000 morts par an. Des données PMSI² (Programme de médicalisation des systèmes d'information) plus récentes (1997) estiment à 400 000 cas les brûlures nécessitant des soins médicaux.

A partir de 1986, l'incidence des accidents de la vie domestique accueillis dans les hôpitaux, dont les brûlures, nous est fournie par les enquêtes EHLASS (l'European home and leisure accident surveillance system, à l'initiative de la Communauté économique européenne et dirigée par la Direction générale de la santé)^[53]. En 1997, EHLASS nous rapporte les données épidémiologiques suivantes des brûlures dans les services d'urgences des hôpitaux :

- on retrouve 56 % d'hommes ;
- la répartition selon l'âge est la suivante :

¹ 1986. Cités dans [36].

² Thélot B, Daoudi J, Bonaldi C. Institut de veille sanitaire, DMCT, Unité Traumatismes. Dijon ; 31 août 2006 : <http://www.dsi.univ-paris5.fr/AcVC/Enquetes/EPAC/Resultats/TR06B233.pdf> (dernier accès le 11/10/2009).

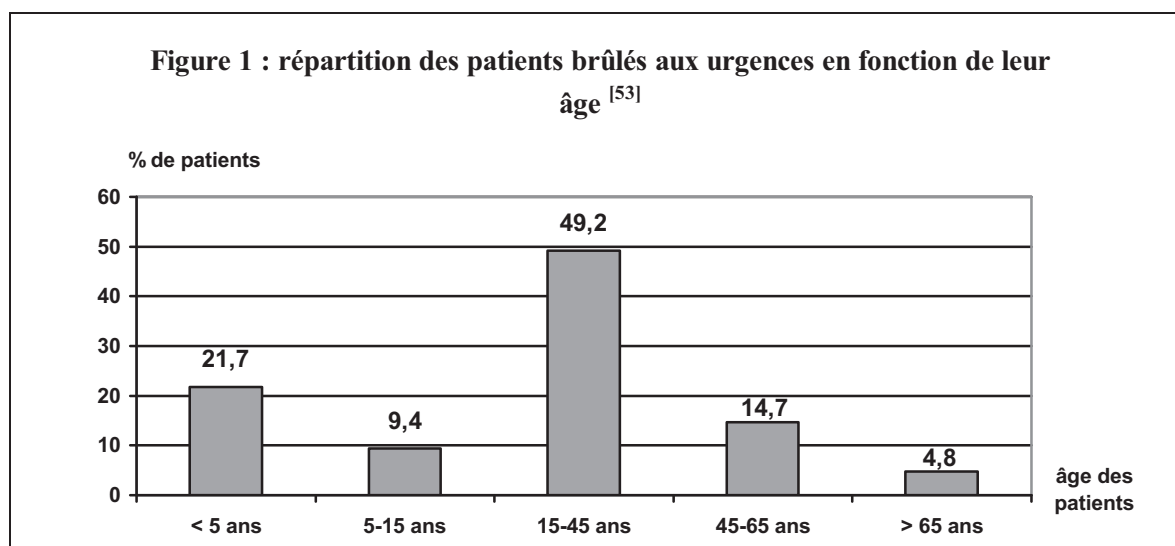


Figure 1 : Répartition des patients brûlés aux urgences en fonction de leur âge selon l'enquête EHLASS ^[53]

Les chiffres avancés par Ch. ECHINARD et J. LATARJET ^[36] sont tout à fait comparables.

- 71 % des brûlures ont lieu dans la maison (cuisine le plus souvent : 36 %), 16 % dans le jardin et alentours (21 % entre 15 et 24 ans), 4 % dans les zones de loisirs (10 % entre 15 et 24 ans) ;

- Les brûlures touchent les membres supérieurs dans 40 % des cas (mains = 25 %, jusqu'à 40 ou 50 % selon Echinard et Latarjet), la tête dans 16 % des cas.

- 18 % des brûlures nécessitent une hospitalisation.

- La plupart des brûlures sont des brûlures thermiques (81 %), principalement par liquide bouillant (51 %), le reste étant représenté par les brûlures chimiques (6 %), électriques (1 %) et autres (12 % : radiations, explosions, accident de la route, tentatives de suicide, ...).

Ces chiffres sont globalement superposables à ceux de la même enquête réalisée en 1999, 2000 et 2001.¹

¹ Institut de veille Sanitaire [En ligne].

[http://www.invs.sante.fr/surveillance/acvc/Enquetes/EPAC/Resultats/CT03D314\(brulures\).pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/acvc/Enquetes/EPAC/Resultats/CT03D314(brulures).pdf) (dernier accès le 11/10/2009).

Selon Thélot B., Daoudi J. et Bonaldi C. de l'Institut de veille sanitaire¹, en se basant sur les données PMSI de 2003 avec 8 592 brûlures :

- l'âge moyen des brûlés est de 28,8 ans avec une prépondérance des 0-4 ans (27,4 %) et des 25-44 ans (24,1 %) ;
- le sex ratio est de 1,9 ;
- l'incidence moyenne des brûlures induisant une hospitalisation est de 14 cas pour 100 000 habitants.

Grâce à l'Observatoire de médecine générale de la Société française de médecine générale (accessible sur Internet²), on peut avoir une estimation épidémiologique de la répartition des brûlures en 2005 en France dans les cabinets de médecine générale : les brûlures représenteraient 0,1 % des patients qui consultent. Un peu moins en 2007.

5.6.2. Physiopathologie de la brûlure

Références [30 ; 36]

La profondeur d'une brûlure est liée au débit calorique, c'est-à-dire à la température de l'agent vulnérant et à sa durée d'application.

Les brûlures du premier degré se caractérisent par une douleur et une rougeur locales. Elles sont toujours de bon pronostic car elles ne détruisent que la couche superficielle de la peau sans atteindre la couche germinale de Malpighi, couche basale entre épiderme et derme qui est à l'origine du renouvellement de l'épiderme. Cette couche superficielle épidermique est de toute manière constamment vouée à être renouvelée et ces brûlures guérissent spontanément, quelque soit le traitement, en quatre à cinq jours maximum avec une légère desquamation. Ces lésions sont douloureuses.

Par contre, les brûlures du deuxième degré sont plus hétéroclites avec une cicatrisation plus aléatoire puisqu'elles touchent la couche de Malpighi. Ainsi, on a été amené à définir un

¹ Thélot B, Daoudi J, Bonaldi C. Institut de veille sanitaire, DMCT, Unité Traumatismes. Dijon ; 31 août 2006 : <http://www.dsi.univ-paris5.fr/AcVC/Enquetes/EPAC/Resultats/TR06B233.pdf> (dernier accès le 11/10/2009).

² Société française de médecine générale. Observatoire de médecine générale [En ligne]. <http://omg.sfm.org/> (dernier accès le 30/10/2009).

deuxième degré superficiel et un deuxième degré profond ou brûlures intermédiaires en fonction de l'atteinte de cette couche de Malpighi.

Le deuxième degré superficiel atteint tout l'épiderme mais avec préservation de la quasi totalité de la couche de Malpighi. L'épiderme se décolle pour former la phlyctène et la cicatrisation se fait sans séquelle à partir de la couche basale en moins de dix jours.

Quand la couche de Malpighi est partiellement détruite par la brûlure, c'est le deuxième degré profond, ou brûlure intermédiaire. Il persiste des îlots de cellules épidermiques susceptibles de renouveler tout l'épiderme si le traitement est bien conduit, dans un délai plus long que pour la brûlure de deuxième degré superficiel. La cicatrisation peut devenir très aléatoire si toute la couche de Malpighi est détruite, laissant potentiellement quelques îlots minimes d'inclusions épidermiques (autour des follicules pileux et des glandes sudoripares). On parle ainsi de brûlures intermédiaires superficielles et brûlures intermédiaires profondes. Ces lésions s'accompagnent d'une douleur importante.

Dans le troisième degré, tout le derme est détruit excluant tout espoir de cicatrisation. Les poils ne tiennent plus, les veines sont coagulées, les terminaisons nerveuses détruites. Donc la lésion est indolore et ne saigne pas à la scarification.

Nous retiendrons que les brûlures du premier degré et du deuxième degré superficiel guérissent toujours spontanément et rapidement même en l'absence de traitement. Ainsi, tous les remèdes de grand-mère qui proposent d'appliquer des onguents de toute sorte sur la brûlure (cataplasme de vinaigre et de bicarbonate, pansement de dentifrice au fluor, application de jaune d'œuf, ... chaque recette étant issue de la pharmacopée populaire locale), ne peuvent qu'être efficaces sur les brûlures superficielles. Il est tout aussi difficile d'admettre scientifiquement un effet spécifique de l'action des coupeurs de feu sur la cicatrisation de toute manière obligatoire et rapide de ces brûlures superficielles.

5.6.3. Physiopathologie de la douleur

La douleur d'une brûlure est due à l'excitation de récepteurs nerveux situés dans la peau, dits nociceptifs, qui transmettent l'information douloureuse aux centres cérébraux supérieurs. Si ces récepteurs sont détruits, ce qui est le cas dans la brûlure du troisième degré, il n'y a plus de douleur. Dans les autres cas de brûlures, la réponse inflammatoire locale augmente la sensibilité de ces récepteurs. C'est ce qui est appelé l'hyperalgésie primaire périphérique, qui

peut durer tout le temps de la cicatrisation ; la douleur ne diminue pas avec le temps, pas avant la fin de la cicatrisation.

Dans les brûlures du premier degré et du deuxième degré superficiel, la douleur est due à la libération de prostaglandines et disparaît en 72 heures mais peut faire place à un prurit. Dans le cas des brûlures du deuxième degré profond, la phase inflammatoire douloureuse initiale dure sept jours ^[11 ; 36].

La transmission répétée de ces signaux périphériques (notamment à l'occasion des soins locaux) peut modifier également la sensibilité des neurones centraux, en l'accentuant. C'est l'hyperalgésie primaire centrale ^[17].

On peut être également confronté à une douleur neuropathique de type désafférentation, qui pourrait correspondre à la régénération des fibres nerveuses dans les cas de brûlures du troisième degré ou du deuxième degré profond, et qui peut se prolonger au-delà de la cicatrisation. Enfin, l'hyperalgésie secondaire est une réaction encore mal expliquée qui occasionne des douleurs à distance de la zone brûlée de certaines brûlures. Ces deux dernières composantes de la douleur ne concernent pas la phase aiguë et donc probablement pas non plus l'action des coupeurs de feu.

Il faut distinguer encore deux types de douleurs ^[30] :

- des douleurs continues d'une intensité modérée et faciles à traiter, bien que dépendantes de la localisation sachant que les extrémités représentent des sites plus douloureux ; contrairement à des idées reçues, ces douleurs ne sont pas influencées par des critères tels que l'âge, le niveau social ou l'éducation ;
- des douleurs dues aux actes thérapeutiques, redoutées par le patient pour leur caractère répétitif, d'autant plus importantes que la brûlure est profonde et étendue, avec un retentissement affectif qui peut être considérable. Ces douleurs paroxystiques sont dues le plus souvent aux réfections de pansements, aux mobilisations et aux toilettes dans le cas de patients hospitalisés.

« Les manifestations de la douleur sont extrêmement diverses, tant dans l'intensité que dans la chronologie. Certains patients font état d'une période indolore dans les premières heures, d'autres non. D'une façon générale, sur un fond douloureux continu ressenti aux niveaux des brûlures [...], tous les actes thérapeutiques, en particulier les pansements, entraînent des paroxysmes, qui par leur répétition, deviennent insupportables. Cette situation va souvent en s'exacerbant jusqu'à la cicatrisation. Celle-ci ne termine pas le problème [...].

Il est d'ailleurs possible que ces problèmes douloureux ultérieurs à la brûlure et à sa cicatrisation soient en partie conditionnés par la prise en charge initiale de la douleur. »^[30]

La période indolore que certains rapportent à une phase précoce de la brûlure, encore appelée période réfractaire, peut être assimilée à l'analgésie de stress qui correspond à une décharge de catécholamines.

Dans le système nerveux central, le traitement des informations douloureuses est modulé par des mécanismes inhibiteurs.

Après activation des nocicepteurs, le message est véhiculé jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière par les fibres de petit calibre faiblement myélinisées (A-delta, vitesse de 4 à 30 m/s), responsables de la douleur localisée et précise à type de piqûre, et par les fibres non myélinisées (C, vitesse de 0,4 à 2 m/s) responsables de la douleur diffuse, mal localisée, plus tardive, à type de brûlure. Les afférences primaires fortement myélinisées (A-alpha-bêta, vitesse 30 à 120 m/s) répondent aux stimulations mécaniques modérées, comme le tact ou le toucher, mais ne répondent pas aux stimulations nociceptives^[17].

Le « contrôle de la porte » ou « gate contrôle » (Melzack et Wall) correspond à l'inhibition de l'information douloureuse transmise par les fibres C (amyélinique) et A delta (faiblement myélinisée) grâce à l'influx des fibres de gros calibre (A alpha et beta) qui transmettent les informations relatives à la sensibilité^[17].

Des hormones et des neurotransmetteurs (systèmes opioïde, catécholaminergique, sérotoninergique, ...) régulent aussi l'information douloureuse au niveau central (au niveau médullaire et au niveau du tronc cérébral par un contrôle descendant) mais aussi en périphérie. Il s'agit bien là d'une sécrétion endogène déclenchée par des mécanismes neurophysiologiques sur lesquels on peut attendre une action de la suggestion avec l'hypnose ou l'effet placebo par exemple. L'intégration cérébrale de la douleur fait intervenir de nombreux sites dont certains interagissent avec l'attention et les émotions^[17].

Pour mesurer la douleur en clinique, une échelle d'évaluation fait consensus : l'échelle visuelle analogique (EVA). Il s'agit d'une réglette munie d'un curseur se déplaçant entre « absence de douleur » et « douleur maximale imaginable », correspondant à une échelle graduée de 0 à 100 mm sur sa face cachée. L'EVA est la méthode de référence pour quantifier l'intensité douloureuse et la réponse thérapeutique, puisqu'elle est simple, reproductible, sensible et linéaire. La littérature rapporte que le seuil minimal à partir duquel le patient

éprouve un début de soulagement après traitement est une baisse de 13 mm sur l'EVA. Bien qu'il y ait une grande variabilité interindividuelle dans le niveau de douleur ressentie, l'obtention d'une EVA inférieure à 40 mm ou 30 mm constitue un objectif thérapeutique raisonnable^[4 ; 17].

Au total, l'action des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures pourrait se comprendre scientifiquement comme favorisant les mécanismes inhibiteurs de la douleur (*gate control* et contrôle descendant, mise en jeu de l'attention et des émotions) influant ainsi sur la « soupe » chimique que l'on retrouve dans les synapses des voies de la douleur.

5.6.4. Recommandations pour le traitement médical des brûlures

En urgence, la prise en charge de la brûlure commence par soustraire la victime à la cause de l'accident ; puis il faut passer la brûlure sous l'eau, entre 10 et 15°C, pendant 10 à 15 minutes : on se souviendra du slogan à visée médiatique « *Brûlure : vite sous l'eau* » de la SFETB (Société française d'étude et de traitement des brûlures). Passer la brûlure sous l'eau a un rôle important sur la diminution de la douleur et de l'œdème et limite la lésion en profondeur^[30 ; 36].

Les recommandations de la SFETB pour le traitement local des brûlures bénignes proposent l'excision des phlyctènes et une protection de la plaie par un pansement après une antiseptie non alcoolisée. Le pansement doit utiliser une interface grasse ou un substitut cutané. Il ne doit pas utiliser des produits colorants, il doit être non compressif. La plaie doit être contrôlée et le pansement renouvelé tous les deux jours. La SFETB recommande de prendre un avis spécialisé^[60].

Les brûlures intermédiaires, graves ou étendues nécessitent une prise en charge spécialisée pour la réévaluation régulière et la prévention ou le traitement des complications locales ou générales ainsi que des séquelles.

Le traitement local de ces brûlures fait appel à des pansements régulièrement adaptés à l'évolution de la cicatrisation quand celle-ci est possible. Les techniques chirurgicales sont souvent indispensables : aponévrotomies ou incisions de décharge pour éviter les ischémies dues aux brûlures circulaires ou électriques, excisions suivies de greffes cutanées quand la lésion est trop profonde ou trop étendue pour cicatriser spontanément ^[3].

Le traitement général doit prendre en compte les risques, graves et fréquents chez le brûlé, d'hypothermie, de déshydratation et d'infections.

Le cas particulier des brûlures électriques doit faire prendre en compte les risques associés : traumatismes par contraction musculaire induite par la décharge électrique, troubles du rythme cardiaque, coma, convulsions, rhabdomyolyse et risques rénaux associés.

Les brûlures chimiques exposent également à des risques particuliers avec une gravité qui peut être retardée. Il existe un risque de toxicité systémique (notamment avec l'acide fluorhydrique). Le traitement doit être envisagé en relation avec le Centre anti-poison pour prendre connaissance des risques et des éventuels antidotes spécifiques. Le lavage à grande eau doit être prolongé ^[2].

Le traitement de la douleur doit utiliser des antalgiques conventionnels et doit aller jusqu'au recours des morphiniques si nécessaire ^[11]. Des anxiolytiques peuvent être prudemment ajoutés dans les brûlures graves, notamment avant les actes douloureux. L'anxiété peut aggraver l'expérience douloureuse ^[1]. Dans les brûlures moindres, on peut associer un anti-inflammatoire et un antalgique adapté, notamment pendant les soins locaux. L'utilisation du mélange oxygène – protoxyde d'azote peut paraître indispensable pendant les actes thérapeutiques douloureux. L'appui psychologique, comme l'hypnose, la relaxation, les thérapies comportementales ou cognitives ou la distraction (notamment pour les brûlures bénignes de l'enfant) peuvent utilement s'ajouter au traitement pharmacologique ^[1 ; 11 ; 30 ; 36]. Les soins de certaines brûlures graves, étendues, peuvent nécessiter des anesthésies générales répétées.

Galinski et Adnet ^[4] suggèrent qu'il est indispensable qu'un protocole de soins pour la prise en charge de la douleur dans les services d'urgences soit validé par l'ensemble du personnel soignant (médical et paramédical).

Notons que le protocole écrit de prise en charge des brûlures dans le service des urgences d'Annecy, rédigé en avril 2006 par les médecins responsables du secteur de traumatologie et approuvé par le médecin président la Commission médicale de l'établissement, mentionne à la fin : *« N.B. : il est possible de faire appel à un « coupeur de feu » avec l'accord du patient. Cet appel ne doit en aucun cas retarder les soins traditionnels. Coordonnées des coupeurs de feu en dernière page. »*

5.6.5. La science face au paranormal

Pour envisager médicalement l'intervention des coupeurs de feu ou autres guérisseurs dans la prise en charge de la douleur des brûlures, il faut discuter les intérêts et les objections en terme d'arguments que la science portent à l'action des guérisseurs et, plus généralement, au paranormal.

Rupert Sheldrake¹, biologiste anglais, expose la théorie de la causalité formative et de la résonance morphique pour expliquer le paranormal ou les phénomènes inexplicables. Il entend par là l'existence d'un champ inconnu de la physique, le « **champ morphique** », avec des propriétés particulières, notamment une grande étendue dans l'espace et dans le temps ainsi que sa capacité de « mémorisation » et de sommation. La conséquence théorique des champs morphiques est la suivante : si dans certaines conditions une certaine entité physique se comporte d'une certaine manière, et si par la suite une entité semblable se trouve placée dans des circonstances semblables, la probabilité pour qu'elle se comporte de façon semblable se trouvera augmentée.²

Cette théorie a permis à Sheldrake de conduire des expériences sur la télépathie, par exemple.

Pour la **zététique**³, la critique de la théorie de Sheldrake tient en deux arguments :

- la fausse approche méthodologique qui part d'un postulat hypothétique et qui tente de mettre en évidence l'absence de sa contradiction,
- l'approximation des conclusions statistiques des études de Sheldrake, parfois bien douteuses.

Pour en savoir plus, le lecteur peut se reporter au site Internet de la zététique et aux débats qui opposent les zététiciens à la théorie de Sheldrake (blog zététique).⁴

¹ Sheldrake R. *Sept expériences qui peuvent changer le monde*. Du Rocher, 1995.

² <http://membres.lycos.fr/teledev/log/text/reflmp/français/sheldrak.htm> (dernier accès le 25/10/2009).

³ *L'Etude rationnelle des phénomènes présentés comme paranormaux, des pseudosciences et des thérapies étranges*. Fondée par Henri Broch, Professeur de physique à l'Université de Nice-Sophia Antipolis ^[58].

⁴ <http://www.zetetique.ldh.org>

<http://www.zetetique.info>

<http://www.zetetique.info/archives/00000077.html>

<http://www.zetetique.info/archives/00000038.html>

Sheldrake a le mérite de poser des questions qui restent pour l'instant sans réponse, et de proposer des bases de réflexion. La zététique a le mérite de faire tomber des mythes et de mieux appréhender certaines réalités d'apparence extraordinaires.

Dans un article sur l'action surnaturelle à distance, et notamment la guérison à distance, Leder ^[12] propose quatre modèles théoriques sur ces phénomènes et ouvre le débat sur leur réalité à la lumière des connaissances actuelles de la physique quantique ou de la théorie de la relativité selon Einstein qui sont en mesure d'expliquer une action à distance (exemple de la loi de la gravitation) sans qu'on n'ait jamais pu les extrapoler aux phénomènes psychologiques ou mentaux. Il n'avance aucune preuve et laisse la liberté à chacun d'aborder ces quatre modèles comme plausibles, avec leurs espoirs et leurs limites.

Il est probable que d'autres scientifiques travaillent sur d'autres théories.

Une autre façon de comprendre le phénomène du paranormal est de se rendre compte de la propension de l'humain à croire l'irrationnel. Comme nous l'avons vu plus haut, tout le monde a plus ou moins des croyances, des pensées magiques.

A propos des croyances dans une population « éduquée » et notamment scientifique, H. Broch et G. Charpak ^[31] nous présentent un petit sondage du début des années 1980 auprès d'étudiants de premier cycle scientifique. Ils ont étudié la croyance des étudiants à la psychokinèse (« tordre une cuillère par la force de l'esprit » – spectacle à la mode à cette époque) et à la relativité (« dilatation relativiste du temps »). 68 % des étudiants accordaient du crédit à la psychokinèse en tant qu'acquis scientifique contre 18 % pour la relativité et 52 % pensaient que la relativité est une pure spéculation théorique contre 0 % pour la psychokinèse ! Des enquêtes sociologiques nationales¹ ont montré que plus de 50 % des femmes croyaient à l'astrologie (et plus de 30 % des hommes) ; plus de 40 % des hommes croyaient au paranormal (et plus de 50 % des femmes). Les plus jeunes croyaient plus à l'astrologie et au paranormal que les plus âgés (50 à 60 % des 18-25 ans contre 30 % des plus de 65 ans). Ces enquêtes montraient également que, globalement, plus le niveau d'étude était élevé (du primaire à l'enseignement supérieur), plus les gens croyaient au paranormal et à l'astrologie. Une exception pour ceux issus d'un enseignement supérieur scientifique chez qui les croyances en l'astrologie étaient nettement plus faibles (plus de 20 % quand même) et plus

¹ Boy D, Michelat G. *Croyance aux parasciences ; dimensions sociales et culturelles*. Revue française de sociologie 1986,XXVII. Cité par Broch H et Charpak G ^[31].

modérées pour le paranormal (50 %, un peu moins que pour les personnes issues du secondaire). Enfin, si l'on comparait les professions, les instituteurs, étudiants et professeurs arrivaient quasiment en tête des croyances au paranormal. C'est moins net pour l'astrologie (seulement 30 % des professeurs croyaient à l'astrologie). En tout cas, les agriculteurs étaient ceux qui y croyaient le moins (20 – 35 %) ^[31].

On peut donc retenir que la population est bien partagée face à ses croyances mais prédomine toutefois l'attitude plus rationnelle, plus sceptique, de la « non-croyance ». Précisons que l'astrologie n'est pas recevable scientifiquement comme l'expose Henri Broch. Le paranormal est déjà, dans bien des cas, prouvé par la zététique comme inexistant, c'est-à-dire comme résultant de la somme de coïncidences (dont l'absence totale serait, pour le coup, vraiment extraordinaire ; l'homme a une évidente propension à remarquer ce qui sort de l'ordinaire ; mais ce qui sort de l'ordinaire a, manifestement, toujours une explication, au moins statistique ; par exemple, dans une population à l'échelle nationale, il est prouvé, statistiquement ^[31], qu'il arrive régulièrement – peut-être plusieurs fois par an – que quelqu'un pense à une personne qui meurt alors juste après cette pensée... il s'agit donc d'une coïncidence ; mais il suffit que cela nous arrive pour que nous nous posions nombre de questions sur notre capacité à tuer des gens involontairement rien que par la pensée ou bien nous croirions que nous avons été averti de la mort de cette personne d'une manière paranormale. Mais combien de fois pensons-nous à des personnes qui n'en meurent pas ?).

5.6.6. Médecine et guérisseurs

L'effet placebo :

Selon Shapiro, l'effet placebo est « l'effet psychologique, physiologique ou psychophysiologique de toute médication ou procédé donné avec une intention thérapeutique qui est indépendante, ou très faiblement reliée aux effets pharmacologiques de la médication ou des effets spécifiques du procédé et qui opère au travers d'un mécanisme psychologique »¹. Toute thérapeutique agit par combinaison d'effets spécifiques du médicament ou de la technique et d'effets non spécifiques^[5]. Parler d'effet placebo est probablement réducteur au regard de l'éventail des facteurs psychologiques en cause dans l'effet d'une thérapeutique. Ce phénomène concerne aussi bien les traitements pharmacologiques que les psychothérapies ou la chirurgie.

L'existence de l'effet placebo chez 35 % des patients n'est qu'une moyenne puisque les études ramènent des résultats différant de 15 à 53 %^[5]. Il faut savoir aussi ne pas attribuer la totalité de l'amélioration uniquement à l'effet placebo mais reconnaître d'autres effets sur l'évolution d'un symptôme : évolution spontanée, fluctuation naturelle de la douleur, biais de l'étude, ...

Il existe des données pharmacologiques sur le rôle du système opioïde endogène dans l'effet placebo (des études le démontre en inhibant ce système opioïde endogène avec la naloxone)^[5]. Dans un article du Concours Médical d'octobre 2005, le Pr H. Allain, pharmacologue, discute l'intérêt d'une étude² sur l'exploration en imagerie cérébrale fonctionnelle de l'effet placebo (injection d'une solution saline dans le masséter pour provoquer une douleur peu intense et injection d'un placebo présenté comme un analgésique). La nouveauté de cette étude était de visualiser la mise en jeu du système opioïde via les récepteurs μ en rapport avec l'attente du soulagement et l'espoir de l'analgésie. Le Pr Allain replace aussi l'importance du rôle empathique du prescripteur dans la confiance dans le médicament à transmettre au patient traité pour en améliorer la réponse.

¹ Shapiro AK. *Factors contributing to the placebo effect*. Cité par Guy-Coichard C. et Bourreau F. dans [5].

² Zubieta JK, Bueller JA, Jackson LR et al. *Placebo Effects Mediated by Endogenous Opioid Activity on μ -Opioid Receptors*. J Neurosci 2005;25(34):7754-7762. Cité par Allain H dans un entretien. *Effet placebo: le cerveau pris sur le fait*. Concours medical 2005 Oct;127-29:1602-4.

D'autres études ont montré les effets de variables cognitives sur l'effet placebo comme le conditionnement, la suggestion, l'attente, l'espoir ^[5]. En conclusion, il convient de dire qu'il n'est pas nécessaire de donner un placebo pour obtenir des effets non spécifiques mais que ceux-ci sont partie intégrante des effets attendus de toute thérapeutique, et il semble bénéfique de savoir les encourager par l'attitude du prescripteur quant à l'administration du traitement. Et la relation médecin/malade (information, conviction et suggestion du soignant versus croyances, anxiété, attentes et conditionnement du malade) trouve là une place importante. La relation entre coupeur de feu et patient pourrait bien s'inscrire dans ce cadre.

Certains s'avancent à dire que les patients consultant les guérisseurs sont sujets à un biais de sélection puisqu'ils sont déjà dans l'expectative d'une amélioration thérapeutique et probablement plus enclins à répondre à cet espoir d'amélioration anticipée. Ainsi, l'effet placebo est possiblement plus important dans cette population et on peut s'attendre, uniquement par l'effet placebo, à plus de 30 % de succès de la thérapeutique du guérisseur ^[46].

Revue bibliographique sur l'efficacité des guérisseurs :

« Le fait de guérissage demeure toujours dans le domaine de l'incontrôlable, de l'improuvé. Tous les arguments ou pour ou contre porteront à faux. Il n'y a que la foi qui sauve, déclare la sagesse populaire. Or, la foi n'exige pas de preuves... » Dr Fouqué ^[37].

Dans la bibliographie médicale, après une recherche basée principalement sur les résumés, nous n'avons pas trouvé de travaux sur les coupeurs de feu ou les leveurs de maux. Coupeur de feu, leveur de maux et panseur de secret sont des termes et donc des concepts francophones, bien sûr. André Julliard, dans son article *A propos d'une ethnographie des leveurs de maux (méthodes et réflexions)*, traduit le terme français « leveur de maux » par le terme générique anglais « healer ». Dans *Herbal and magical medicine*, J. Kirkland ^[63], anthropologue médical, a étudié des guérisseurs qui ressemblent de très près à nos coupeurs de feu : *burn healers, talking the fire out of burns*. Ils lèvent la douleur due aux brûlures et améliore la cicatrisation. Certains disent pouvoir faire disparaître les verrues ou stopper les hémorragies. Ces leveurs de maux semblent encore très attachés à l'implication de la foi dans le processus de guérison. Ils disent être des intermédiaires entre le patient et Dieu. Sur ces quelques éléments, nous pouvons reconnaître la même définition que celle de nos leveurs de maux si ce n'est que la prière semble plus adressée à l'intention d'une entité divine.

Une recherche sur la base de données Medline nous a permis de retenir les mots-clefs suivants :

Intercessory prayer : la formulation de prières par une personne pour une autre, dans notre cas une personne malade. On parle donc ici de prier pour la guérison de quelqu'un, cela fait intervenir la foi, la croyance en un Dieu, et une ou plusieurs religions dans la plupart des études (ex. moines bouddhistes, catholiques, carmélites, juifs, autres, ...).

Distant healing : la guérison à distance.

Therapeutic touch ou **healing touch** : le traitement par l'imposition des mains (la plupart du temps sans contact physique avec le patient), en manipulant les « énergies ».

Dans Pubmed¹, avec la requête [« **intercessory prayer** » OR « **distant healing** »], après avoir exclu les sources sans résumé et les articles non pertinents, nous retenons 42 références entre 1995 et 2009.

Avec la requête [« **Therapeutic touch** » AND « **burn** »] nous retenons 3 références.

Avec [« **Therapeutic touch** » AND « **alternative medicine** »], nous retenons 9 références qui nous intéressent entre 1995 et 2009.

Nous pouvons imaginer un effet spécifique des coupeurs de feu par le biais des mots et de la prière, ou bien par l'imposition des mains ou encore par la guérison à distance sans canal médiateur identifié (intervention par téléphone par exemple).

Rappelons encore que dans le cas des coupeurs de feu en France, la prière appartient plutôt à un rituel, maintenant souvent détaché de la croyance religieuse bien qu'elle se réfère systématiquement à une obédience catholique. Dans le cas des coupeurs de feu aux Etats-Unis, la prière semble s'approcher de la définition de **intercessory prayer**.

Les termes de **distant healing** ou **therapeutic touch** ne font pas allusion dans ces études à nos coupeurs de feu mais peuvent correspondre aux mécanismes d'action invoqués par nombre de guérisseurs qui traitent par « manipulation des énergies », par imposition des mains, et pourquoi pas par magnétisme.

Au final, ces concepts ne sont pas forcément équivalents au concept du pansement de secret mais ils peuvent éventuellement le recouper.

¹ Moteur de recherche de données bibliographiques (biologie et médecine scientifique).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Les types d'articles retenus sont souvent des essais cliniques ou des recommandations méthodologiques, des méta analyses ou des revues de la littérature, ou encore des discussions.

Les pays investigateurs sont principalement anglo-saxons (USA, UK surtout, Australie parfois) et l'Allemagne. (Rares références d'autres pays : Israël, Corée du Sud, Suisse alémanique.) Aucune étude française.

Les essais cliniques se sont intéressés à des prises en charge par des guérisseurs ou par la prière de maladies aussi différentes que les cervicalgies, les verrues, les maladies coronariennes aiguës, le syndrome de fatigue chronique, les maladies chroniques, le diabète, l'insuffisance rénale traitée par la dialyse, les douleurs chroniques, la polyarthrite rhumatoïde, le SIDA et les troubles pédopsychiatriques. Nous avons trouvé une étude sur les brûlures plus en rapport avec notre sujet ^[27] (cf. infra).

Mais la méthodologie des essais cliniques sur les traitements non conventionnels, notamment à propos de la prière thérapeutique, est critiquable et fait l'objet de plusieurs articles ou communications. Ces derniers s'attachent souvent à montrer le non-sens des études sur la prière, invalidant ainsi la méthodologie scientifique par un conflit d'ordre philosophique, voire logique ^[24 ; 26]. Un auteur avance même la possibilité de fraude dans l'exposition de certains résultats ^[7]. Sur le plan purement méthodologique, les principaux biais des essais sur la prière, sur la guérison à distance ou sur l'imposition des mains sont surtout de ne pas pouvoir différencier les effets spécifiques des guérisseurs ou de la prière des effets non spécifiques (croyance ou foi, relaxation, personnalité du patient, etc.) ^[24]. De plus, le problème de conduire les études en aveugle est manifeste : on peut ne pas s'attendre aux mêmes résultats si le patient sait ou ne sait pas qu'il bénéficie de l'intervention d'un guérisseur. Certaines études font état d'une amélioration clinique seulement quand le patient sait qu'il bénéficie de l'intervention d'un guérisseur (statistiquement, s'attendre à une amélioration favorise l'amélioration ^[28 ; 29]).

Les résultats des essais cliniques sont mitigés avec une prédominance de résultats négatifs. Les essais cliniques apparaissant dans les journaux renommés sont toujours négatifs. Les revues les plus concernées sont les revues sur les médecines alternatives ou complémentaires avec des essais qui semblent moins rigoureux en matière de méthodologie ^[19].

Trois méta analyses (2006-2007) concluent à l'absence d'efficacité de la prière thérapeutique ^[15 ; 16 ; 20].

Les revues de la littérature sont contradictoires ou alors n'apportent pas de réponse.

Certains auteurs recommandent de ne plus produire d'études sur le sujet ^[15], alors que d'autres annoncent que cela justifierait de plus amples études sur les effets humains de la prière bien qu'il soit impossible de prouver l'absence ou la présence de l'effet d'une intervention divine ^[20].

E.C. Halperin ^[6] a publié un article dans le *Journal of the association of American medical colleges*, en 2001, sur l'intérêt et la légitimité de produire des essais cliniques en médecine pour évaluer l'effet de la prière sur l'amélioration de la santé. La question de l'efficacité de la prière était déjà posée au début du XX^e siècle. Les premiers essais cliniques ont été réalisés en 1965. Après une revue de la littérature jusqu'à 2001 qui ne montre que peu de résultats encourageants, l'auteur expose les arguments pour et contre la légitimité de conduire de telles études. Si la médecine universitaire se doit de chercher et trouver de nouvelles connaissances sans tenir compte de leur origine, si elle se doit aussi de répondre à la demande du corps politique et industriel en matière de recherche, et enfin, si elle garde une totale distance avec l'interprétation de l'éventuelle existence d'un Dieu, il semble en contrepartie qu'il soit impossible de conduire un essai contrôlé sur l'efficacité de la prière (impossibilité d'inclure les patients dans des groupes tout à fait comparables en matière de croyance notamment, grande difficulté à choisir des critères de comparaison valides, impossibilité d'isoler l'effet de la prière ni de le doser, impossibilité de s'assurer de l'absence de prière dans un groupe contrôle, ...); de plus il peut paraître politiquement incorrect de porter offense aux croyances selon les résultats des études et, quoique l'on puisse penser initialement, l'étude de l'efficacité de la prière reste une tentative pour prouver l'existence de Dieu, et les méthodes scientifiques ne sont pas valables en matière de théologie, tout comme l'inverse (notamment au vu du caractère évolutif des connaissances scientifiques contre l'immuabilité de la vérité fondamentale en théologie).

Il semble que la prière et les guérisseurs sont souvent sortis de leur contexte (mélange des obédiences religieuses, recrutement de guérisseurs de plusieurs pays, absence de contact entre guérisseurs et patients, alors que nous pouvons penser que la démarche active d'un patient pour contacter un guérisseur est importante dans les résultats qu'il peut en attendre, ...); étudier l'effet des guérisseurs dans leur contexte pourrait fournir des résultats potentiellement différents.

Nous focaliserons toutefois notre intérêt sur une étude de Turner J. et collaborateurs en Alabama aux USA, publiée dans le *Journal of Advanced Nursing* en 1998 : *The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients* [27].

Cette étude évalue l'intérêt d'un traitement par l'imposition des mains (« **therapeutic touch** », sans contact physique avec le patient, action qui doit influencer le champ énergétique) au sein d'un service de brûlés. L'imposition des mains est pratiquée par des infirmiers. Cent patients ont été randomisés en deux groupes, l'un recevant le traitement par l'imposition des mains, l'autre recevant une simulation du traitement par l'imposition des mains. Le traitement conventionnel est bien sûr assuré dans les deux groupes. Les variables mesurées évaluaient la douleur, l'anxiété et le taux de lymphocytes T circulants. Les résultats rapportent dans le groupe traité une amélioration de la perception de la douleur grâce au traitement par l'imposition des mains, même si la consommation d'antalgiques n'est pas statistiquement différente d'un groupe à l'autre. Une amélioration de l'anxiété a également été retenue, mais pas de différence significative sur le taux de lymphocytes T. Les auteurs suggèrent que si des études ultérieures confirment ces résultats, l'intervention par imposition des mains pourrait devenir une part importante des soins infirmiers pour les patients brûlés hospitalisés.

D'autre part, trois publications (Canada et USA) [14; 18; 25], par une approche à la fois humaine et rationnelle, discutent l'intérêt d'un traitement complémentaire par imposition des mains que ce soit dans des centres de traitement du cancer et de soins palliatifs ou simplement par une démarche personnelle du patient cancéreux ou de sa famille. Les patients y ont recours dans le but d'aider le système immunitaire, de soulager la douleur ou de contrôler les effets indésirables des traitements ou de la maladie ; exceptionnellement dans un but de guérison. L'imposition des mains, en tant qu'approche énergétique, est sans danger tant qu'elle s'adapte au patient et qu'elle ne gêne pas la prise en charge conventionnelle. Les patients semblent l'approuver et certains auteurs sont favorables à son intégration dans une approche rationnelle et à son extension au soutien de la famille et des professionnels de l'oncologie.

Ces approches sont intéressantes par le respect du choix des patients, par les résultats parfois observés, par leur innocuité et par l'intégration d'une démarche holistique qui dépasse la simple lésion d'organe comme l'entend la médecine. Il n'est pas fait état de résultat magique ou d'explication irrationnelle et il est parfois proposé d'intégrer ces recours à une évaluation de type *evidence-based medicine*.

Ainsi, conclure sur l'identification scientifique de l'effet des guérisseurs et de la prière thérapeutique est délicat. La méthodologie relevant de ces études doit être très stricte pour éliminer un maximum de biais ce qui semble rarement être le cas dans les études positives. Un nombre important d'inclusions semble nécessaire pour renforcer la validité des essais cliniques. De plus, même avec une méthodologie irréprochable, il paraît difficile de dissocier les effets spécifiques des guérisseurs et les effets non spécifiques. En effet, il faut prendre le parti d'étudier l'effet spécifique des guérisseurs, toujours difficile à isoler totalement, dans des essais en aveugle, ou bien d'étudier la réaction des patients qui savent qu'ils sont pris en charge par un guérisseur, ce qui évaluerait, pour le coup, les effets non spécifiques en plus des effets spécifiques potentiels. La problématique en sera différente : souhaite-t-on savoir si les guérisseurs peuvent prétendre à un réel effet scientifiquement démontrable ou bien si la prise en charge par des guérisseurs est globalement bénéfique du point de vue des patients ?

Il faut reconnaître enfin que chaque guérisseur est différent et nous ne pouvons, en plus, affirmer que les guérisons spirituelles ou à distance dont il est question dans ces études soient en tout point comparables à nos médecines populaires françaises et notamment aux coupeurs de feu. Il apparaît que la prière telle qu'elle est définie dans ces études ne correspond pas au don ou au rituel des coupeurs de feu, et l'imposition des mains (« *therapeutic touch* ») se base sur des théories bioénergétiques rarement invoquées par les coupeurs de feu.

Comme nous avons vu que médecine universitaire et guérisseurs ne s'opposent pas mais sont plutôt d'un mode anthropologique différent, il semble mal aisé de contenir le concept de guérisseur en des termes scientifiques et médicaux et il faut peut-être entendre cela comme une limite pour l'instant infranchissable dans les essais cliniques. Pour définir avec plus de précision le rôle des guérisseurs dans les bénéfices qu'on peut en attendre, il faudrait peut-être mettre en place une méthodologie qui s'appuie autant sur l'anthropologie que sur la science. Ce qui ne semble pas aisé à appréhender.

La médecine ne démontre pas l'effet spécifique des guérisseurs. Peut-être même qu'elle peut démontrer l'absence d'effet spécifique des guérisseurs. Par contre, elle prouve et comprend de mieux en mieux l'effet placebo. Elle conseille de l'utiliser au mieux. La psychologie, la suggestion, l'hypnose... voilà qui ne peut que s'ajouter à l'effet positif de toute thérapeutique.

Au sens plus large, la science commence aussi à démontrer l'inexistence du paranormal, en tout cas pour le magnétisme ou la radiesthésie comme ils sont pratiqués aujourd'hui. Il n'est cependant pas exclu de s'intéresser à quelques nouvelles théories. Mais restons méfiants. L'inévitable interprétation des faits entretient bien des mystères.

Le fondement ethnologique de l'existence et de l'efficacité des médecines traditionnelles soutient favorablement le mécanisme (psychologique) de la genèse du phénomène de croyance en ces pratiques médico-magiques au sein du groupe humain, et inversement.

A la lumière de ce concept de l'Homme guérisseur anthropologiquement et historiquement défini, avec son pesant, savamment entretenu, de croyances, de pouvoir et de discipline, cette faculté primitive qui fait du soin un des premiers métiers du monde et dans laquelle nous, médecins, nous insinuons, et bien encore de nos jours, au cabinet, nous faisons de la magie (« Vous verrez, avec ça, vous irez beaucoup mieux... » – parfois, nous ne faisons, intérieurement, que le souhaiter dubitativement...).

5.7. Aparté sur la religion et la foi

Une preuve que la prière existe encore bien aujourd'hui comme méthode de soin avec le tract que l'on m'a remis en mains propres dans les rues d'Amsterdam :

*« God's love intercessory ministry inter.incor.
 We are specialists in praying for people to be healed of any disease,
 sickness, infirmity or hopless condition,
 in the mighty name of Jesus
 (cancer, diabetes, cripple, paralysis, barrenness, blindness, deafness, poverty etc.)
 Matthew 8:16-17 call today on tel : xxx, email : xxx
 And you are 100 % guaranteed to receiving that desire of yours
 in Jesus mighty name. Amen. » [Orthographe originale]*

L'Abbé Julio a publié en 1908, contre l'avis de son Eglise, un « recueil rare et précieux ne devant être confié qu'aux personnes vertueuses, douées du don de faire le bien et de combattre le MAL sous toutes ses formes. » Il s'agit du *Livre secret des grands exorcismes et bénédictions*, recueil de prières, de formules occultes ou de recettes spéciales pour toutes sortes de maladies ou situations désagréables. On retrouve là clairement la lutte du Bien contre le Mal, le Mal étant représenté par la maladie et le Bien par la Foi ^[47].

Mais de nos jours, la Foi n'est plus représentée par une entité autoritaire régissant les croyances et guidant les pratiques (bien que ces pratiques se différencient la plupart du temps de l'Autorité ecclésiastique). La porte est ouverte à tout type de croyances, les pratiques s'élargissent tous azimuts. Nos sociétés modernes rationalisent alors que les esprits aspirent à une nouvelle ère spirituelle qui, parfois, prend une tournure magique ; nous ne savons plus sur quel pied danser : cultures, spiritualités, religions, croyances, sectes, psychologie, et cette force impalpable de l'esprit humain... Le melting pot des croyances est bien la coupe où chacun peut faire une sauce à son goût mais qui sera rarement au goût du voisin !

« Jamais les hommes n'ont cru à tant de choses depuis qu'ils ne croient plus à rien » a dit Me Ph. De Las Cases, cité par Noël Bäyon, grand détracteur des guérisseurs en face du Dr Fouqué ^[37].

Dans d'autres sociétés, la santé, définie par l'OMS dans ses composantes seulement physiques, sociales et psychologiques, est prise en charge de façon globale. Ainsi les chamans d'Amérique du sud qui soignent « les maladies physiques, psychologiques et spirituelles ». Ces sociétés ont gardé un lien entre les questions sociales et les questions spirituelles.

Notre médecine occidentale moderne ne prend pas en charge la composante spirituelle de la santé. Les questions spirituelles sont extérieures à notre société. Dans l'histoire de la médecine, cette composante spirituelle a pu avoir une place quand les soignants se confondaient avec le clergé. Qu'en est-il aujourd'hui ? Ne peut-on pas voir la prise en charge spirituelle de la santé individuelle à travers certaines prises en charge extra médicales qui peuvent faire appel au « magique » ? Le guérisseur redonne du sens ^[47].

5.8. En conclusion

Par extension du narcissisme infantile, la pensée magique est omniprésente, bien que souvent refoulée (socialement et psychologiquement). Cette pensée magique peut faire le lit de la suggestion de la guérison par le guérisseur qui se trouve alors dans une position adéquate pour opérer. La suggestion, ou l'effet placebo, agissant sur le corps, et quelques coïncidences ou interprétations aidant, la guérison finit par surgir. Avec la parole populaire qui vient renforcer le mythe, la guérison survient presque toujours totalement (d'autant plus qu'il s'agit souvent de petites pathologies d'évolution spontanément favorable).

En pratique, si l'on cherche un peu, les coupeurs de feu n'obtiennent pas toujours, tout le temps et partout des résultats incontestables... A l'inverse, si l'on écoute bien, il y a toujours des histoires extraordinaires qui dépassent l'entendement et qui ne paraissent pas discutables. Scientifiquement, nous n'avons pas d'autre argument que l'effet placebo pour encourager les coupeurs de feu, effet placebo qui n'est cependant jamais négligeable et peut-être même d'autant plus important dans ce contexte. De plus, culturellement, traditionnellement, leur existence compte. Et leur intervention ne semble pas contestable sur le plan éthique.

Il n'appartient à personne de juger les expériences extraordinaires de chacun, et la science n'est, unanimement, toujours pas en mesure d'expliquer certains phénomènes humains ou naturels pour le moins incroyables. En ce domaine, l'humilité scientifique reste indispensable. Et le rôle du médecin, loin du jugement, sera d'abord d'entendre la symbolique dans le discours du patient et d'être conscient de son propre pouvoir symbolique, cette magie bien difficile à manier pour rester soignant et ne pas devenir sorcier.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas de notre propos de statuer catégoriquement sur la légitimité de la collaboration qui fait le sujet de l'étude qui suit.

Chapitre 2 :

**Enquête épidémiologique :
Le recours aux coupeurs de feu
dans la prise en charge ambulatoire
et hospitalière des brûlures
en Haute-Savoie en 2007**

1. Méthodes

Il s'agit de quatre enquêtes observationnelles transversales dans le département de Haute-Savoie en 2006/2007 pour observer la place et l'impact des coupeurs de feu dans la prise en charge médicale des brûlures. La première enquête était une rencontre avec quelques coupeurs de feu à travers des entretiens libres. Les trois suivantes utilisaient des questionnaires destinés d'une part aux soignants de trois services des urgences de Haute-Savoie, d'autre part aux patients qui ont consulté pour brûlure dans ces mêmes services, et enfin aux médecins généralistes de Haute-Savoie.

1.1. Entretiens avec des coupeurs de feu

Nous avons rencontré onze coupeurs de feu en entretien et trois par téléphone. Ils ont pu être contactés grâce aux listes disponibles dans les services des urgences faisant appel à eux. Partant de ces listes, par bouche à oreille, nous avons eu connaissance d'autres coupeurs de feu. Il ne nous a pas été possible de tous les rencontrer, moins par refus de leur part (une fois) que par manque de temps (et une dispersion géographique non négligeable). Parfois, les coupeurs de feu eux-mêmes proposaient de nous rencontrer, mais aussi d'autres personnes qui se sentaient impliquées dans le sujet.

Le seul critère d'exclusion rassemblait les guérisseurs qui ne sont pas coupeurs de feu, alors que certains coupeurs de feu inclus sont en plus guérisseurs au sens plus large.

Les entretiens ont été menés selon une méthode non directive, laissant libre expression aux idées en cours. Nous prenions des notes pendant certains entretiens.

Le but était de trouver des informations sur l'activité des coupeurs de feu (fréquence, modalité, mécanismes, etc.) et d'appréhender l'état d'esprit de leur pratique.

1.2. Enquête auprès des soignants des services des urgences

L'enquête s'adressait à tous les soignants (aides-soignants, infirmiers, médecins) des services des urgences d'Annecy, d'Annemasse et de Thonon-les-Bains. Il s'agissait, à partir d'un questionnaire (cf. annexe 1), de définir l'opinion des soignants et leurs habitudes en ce qui concerne les coupeurs de feu, au sein des services des urgences. Le choix de ces hôpitaux a été fait pour viser les services qui faisaient régulièrement appel aux coupeurs de feu d'après notre expérience. De plus, l'hôpital d'Annecy et les hôpitaux du Léman (Thonon-les-Bains) ont les services des urgences qui accueillent le plus grand nombre de patients dans le département (respectivement 56 000¹ et 34 000² en 2008). Les services des urgences du centre hospitalier intercommunal d'Annemasse-Bonneville sont répartis sur Annemasse et Bonneville et accueillent 41 500 patients par an³. Les services des urgences du centre hospitalier intercommunal du Mont-blanc (Sallanches et Chamonix sachant qu'il n'y a maintenant plus de service des urgences à Chamonix) accueillait en 1999 environ 27 000 patients⁴. Enfin, le service des urgences de l'hôpital de Saint-Julien accueille 18 000 patients par an⁵. Nous savions déjà, grâce à un sondage téléphonique auprès de tous les services des urgences de Haute-Savoie (cf. p. 47), que ces centres de recueil ne rendaient pas nécessairement compte de l'ensemble des pratiques du département. Le recueil s'est fait au cours de l'automne 2006.

La population visée par ce questionnaire était donc l'ensemble des soignants. Elle était entièrement identifiable et nous pouvions nous fixer l'objectif d'un taux d'inclusion de presque 100 %.

¹ *Centre hospitalier de la région d'Annecy (Pringy)*. Fédération hospitalière de France [En ligne]. <http://etablisements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id=2012> (Dernier accès le 24/11/2009).

² *Hôpitaux du Léman* [En ligne]. http://www.hopitauxduleman.fr/pages_fr.php/article/1/presentation.html (Dernier accès le 24/11/2009).

³ *Centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville* [En ligne]. http://www.chi-annemasse-bonneville.fr/chi_annemasse_bonneville/menu_gauche/votre_hopital/chiffres_cles (Dernier accès le 24/11/2009).

⁴ Mocquet N. *Optimisation de la politique de maintenance biomédicale des Hôpitaux du Mont-Blanc* [En ligne]. http://www.utc.fr/~farges/dess_tbh/98-99/Stages/Mocquet/Mocquet.htm (Dernier accès le 24/11/2009).

⁵ *Hôpital intercommunal sud Léman Valserine* [En ligne]. http://www.ch-st-julien.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=38 (Dernier accès le 24/11/2009).

Les critères d'exclusion étaient :

- les membres du personnel ne participant pas aux soins (même s'il est possible que certains puissent avoir un rôle dans l'intervention du coupeur de feu) ;
- ceux qui travaillaient aux urgences depuis moins de 1 mois ; si la période de recueil s'étendait au-delà du premier mois d'activité du soignant, celui-ci était en mesure d'y répondre ;
- les internes ont été exclus a posteriori car ils représentaient une population qui n'était pas identifiable à la population cible du fait de leur parcours itinérant et de l'absence de sensibilisation au sujet (ne participent pas à la « politique » du service, les coupeurs de feu ne sont pas évoqués pendant les études et ils sont souvent originaires d'un autre département).

Le questionnaire était construit comme suit (cf. annexe 1) :

- Etat civil du soignant (sexe, date de naissance, code postal du lieu de résidence, profession, religion).

Le code postal nous permettait de statuer sur le milieu de vie du soignant (urbain, semi-urbain, rural).

- Opinion sur les coupeurs de feu (efficacité sur la douleur, sur la cicatrisation, mécanisme d'action, collaboration avec les urgences).
- Recours au coupeur de feu (fréquence, recours à d'autres types de guérisseurs, recours pour lui-même, ...).
- Connaissance de coupeurs de feu ou d'institutions en rapport avec des coupeurs de feu. Nous avons essayé de demander une identification partielle des coupeurs de feu que le soignant connaissait dans un but de recensement.
- Commentaire libre.

Avec l'aide des cadres infirmiers, nous avons laissé les questionnaires dans les services concernés et nous avons effectué de multiples rappels pour les remplir, parfois en les remettant en mains propres. Nous avons essayé de demander à chaque soignant de se cocher dans une liste quand ils avaient rempli un questionnaire pour faciliter l'exhaustivité du recueil et éviter les doublons.

1.3. Enquête aux urgences auprès des patients brûlés

Il s'agit d'une étude prospective à partir d'un questionnaire (cf. annexe 2) destiné à tous les patients admis pour brûlure dans ces trois mêmes services des urgences.

La population visée par ce questionnaire n'était pas identifiable à l'avance et l'objectif était alors d'inclure au moins 30 % des patients brûlés recrutés par les services concernés pour prétendre à un échantillonnage au moins honnête. L'inclusion de plus de 150 patients nous paraissait nécessaire et la période de recueil ne devait pas atteindre un an pour des raisons logistiques.

Nous n'avons pas estimé nécessaire de soumettre le protocole à un comité de protection des personnes puisque l'étude était strictement observationnelle et ne modifiait pas la prise en charge habituelle. Il n'y avait aucune perte de chance pour les patients inclus du fait de l'absence de tirage au sort.

Les critères d'exclusion rassemblaient toutes les personnes qui, en l'absence de proche pour les aider :

- ne comprenaient pas le questionnaire,
- refusaient le questionnaire,
- avaient des troubles de conscience,
- s'étaient brûlées depuis plus de 8 jours,
- avaient déjà répondu au questionnaire,
- devaient être mutées en urgence dans un autre hôpital.

La période d'inclusion a commencé le 1^{er} septembre 2006 pour se terminer le 30 juin 2007, fonction de nos disponibilités et du temps nécessaire pour obtenir plus de 150 questionnaires. Le recueil s'est arrêté après avoir atteint l'objectif quand le taux d'inclusion a brusquement chuté.

Le but était d'évaluer la collaboration des services des urgences avec les coupeurs de feu ainsi que la croyance des patients quant à ces pratiques et la satisfaction de ceux qui en ont bénéficié.

La consigne laissée aux soignants était de remettre le questionnaire à tous les patients se présentant pour brûlure, que ce soit par l'infirmier d'accueil, ou par les infirmiers de soins, ou encore par les médecins ou les aides-soignants. Un nombre non négligeable de brûlures prises en charge aux urgences étaient revues en suites de soins pour surveillance et réfection des pansements. Il était alors possible de rattraper en suites de soins les patients oubliés à la première consultation.

Le questionnaire était construit comme suit (cf. annexe 2) :

- Etat civil du patient (sexe, âge, code postal du lieu de résidence, profession, religion), et croyance du patient par rapport aux coupeurs de feu.
- Caractéristiques de la brûlure (mécanisme, délai de consultation, localisation, lieu où s'est passé l'accident, s'agit-il d'un accident de travail), nous avons évalué les caractéristiques médicales (profondeur, surface corporelle atteinte) à partir du dossier médical quand cela était possible (nous nous sommes appuyés sur le diagnostic du médecin qui a pris en charge le patient pour ce qui est de la profondeur et, pour la surface corporelle atteinte, sur la description de la zone atteinte avec le principe qui veut que la surface d'une paume de main représente 1 % de la surface corporelle totale). Pour l'étendue des brûlures, nous avons rassemblé, a posteriori, les brûlures étendues au-delà de 10 % de la surface corporelle avec les brûlures de 5 à 10 % sous l'intitulé « brûlures supérieures à 5 % de la surface corporelle ». Nous avons recensé, dans nos inclusions, très peu de brûlures entre 10 et 30 % de la surface corporelle et nous n'avons pas eu de brûlure plus étendue.
- Comportement des patients avant de consulter aux urgences (premiers soins, contact avec un coupeur de feu, un médecin généraliste ou les pompiers).
- Evaluation de l'intervention du coupeur de feu aux urgences (accès, modalité d'intervention, etc.).
- Evaluation de la douleur et de la satisfaction des patients par rapport à l'intervention du coupeur de feu (note au coupeur de feu, Echelle Visuelle Analogique (EVA) avant et après l'intervention).
- Commentaire libre.

1.4. Enquête auprès des médecins généralistes

Un questionnaire (cf. annexe 3) s'adressait aux 740 médecins généralistes inscrits au conseil de l'Ordre de Haute-Savoie. Nous leur avons fait parvenir ce questionnaire par e-mail autant que possible, avec deux relances. Pour ceux qui n'étaient pas joignables par e-mail, nous avons fait un courrier. Nous avons aussi incité directement les médecins que nous avons pu rencontrer (FMC, groupes de pairs, ...). Le recueil a duré plusieurs mois, entre fin 2006 et début 2007.

L'objectif était de recenser l'opinion des médecins généralistes et leurs habitudes en ce qui concerne les coupeurs de feu, avec un taux d'inclusion d'au moins 30 % (population cible identifiable mais difficile d'accès).

Le critère d'exclusion concernait les médecins généralistes qui n'avaient jamais pratiqué de médecine générale ou bien depuis trop longtemps pour se sentir concernés (exemple : pratique exclusive de l'angiologie, spécialiste du sommeil... Cela a concerné deux médecins qui se sont fait connaître).

Le questionnaire était construit comme suit (cf. annexe 3) :

- Etat civil du médecin (sexe, âge, type d'exercice, ancienneté, religion, pratique d'une médecine complémentaire).
- Opinion sur les coupeurs de feu (efficacité sur la douleur, sur la cicatrisation, mécanisme d'action, collaboration avec les urgences).
 - Recours au coupeur de feu (fréquence, autres guérisseurs, pour lui-même, etc.).
 - Connaissance de coupeurs de feu ou d'institutions en rapport avec des coupeurs de feu, impression sur l'information par les patients de leur recours aux coupeurs de feu.
- Commentaire libre ; ils étaient invités à préciser s'ils étaient intéressés par les résultats de l'enquête.

1.5. Méthodes statistiques

L'analyse des données a été confiée à un médecin statisticien. Il a utilisé le logiciel SPSS.

Nous avons ainsi réalisé des statistiques descriptives et nous avons isolé les tests statistiques pertinents à partir d'une méthode systématique de croisement des données. Cette analyse systématique se place plutôt dans une dimension exploratoire car, du fait de l'absence de données sur notre sujet, nous avons abordés nos enquêtes sans vraiment d'hypothèse préalable.

Ont été retenus les résultats qui avaient une pertinence clinique ou épidémiologique et qui étaient interprétables, sauf précision dans le texte. On peut trouver en annexe (cf. annexe 4) l'ensemble des résultats des tests statistiques interprétables et pertinents, significatifs ou non ; ainsi que quelques résultats de tests non interprétables mais qui essayaient de répondre à une question pertinente. En *italique*, dans le texte de cette annexe, sont inclus des éléments de discussion qui nous paraissent plus avoir leur place à proximité des données et dont l'absence dans le chapitre discussion amènera plus de clarté.

Nous avons utilisé le test du Khi 2, parfois le test de Fischer (précisé dans le texte). Nous avons retenu comme significatives les valeurs de p inférieures à 0,05.

Une deuxième analyse a été réalisée pour corriger les mauvaises saisies d'une part et pour regrouper certaines données et permettre d'analyser des effectifs suffisants d'autre part.

Les questions concernées par un regroupement ont été les suivantes :

- la religion : la question initiale triait les chrétiens (en précisant catholique, protestant, ...), les juifs, les musulmans, les athées, les autres ; nous avons analysé les données en faisant deux groupes a posteriori : les chrétiens et les autres, principalement pour des considérations d'effectifs sachant qu'il semblait pertinent d'isoler les chrétiens du fait de leur proximité culturelle avec les coupeurs de feu ;
- pour les opinions avec des questions à cinq ou six items de réponses possibles, nous avons rassemblé les réponses en souvent trois groupes cohérents ;
- pour évaluer la satisfaction des patients par rapport à l'intervention du coupeur de feu, nous leur avons demandé d'une part de donner une note sur dix points au coupeur de feu en ce qui concerne son efficacité et d'autre part de cocher une échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) pour évaluer leur douleur avant et après l'intervention du coupeur de feu. La satisfaction du patient a été évaluée à la fois à partir de la note qu'il a donnée au coupeur de feu et à partir de la différentielle des EVA, c'est-à-dire le chiffre de l'EVA avant

l'intervention du coupeur auquel on retranche le chiffre de l'EVA après l'intervention (on suppose alors que le patient détermine lui-même le moment où il se sent soulagé par l'action du coupeur de feu pour juger de sa douleur).

Nous avons rassemblé, pour les tests, les notes données au coupeur de feu en trois tranches :

Patients très satisfaits = notes supérieures ou égales à 7

Patients moyennement satisfaits = notes entre 5 et 7

Patients peu satisfaits = notes strictement inférieures à 5.

De la même manière, nous avons rassemblé les différentielles des EVA en trois groupes :

Patients très soulagés = différentielles strictement supérieures à 5

Patients moyennement soulagés = différentielles entre 2 et 5

Patients peu soulagés = différentielles inférieures ou égales à 2.

La littérature recommande d'évaluer l'efficacité d'un traitement sur la douleur à partir du pourcentage de variation de l'EVA sous l'effet du traitement. On retient comme variation significative d'une efficacité un pourcentage supérieur à 30 % dans le sens de l'amélioration ^[35].

Nous avons donc calculé le pourcentage de variation de l'EVA sous l'effet des coupeurs de feu selon les patients avec la formule suivante :

$$100 \times (\text{douleur avant} - \text{douleur après}) / (\text{douleur avant})$$

Ainsi, un patient dont la douleur a diminué de zéro pourcent n'est pas satisfait du tout et un patient dont la douleur a diminué de 100 % est complètement satisfait.

N.B. : tous les pourcentages sont annoncés avec 2 chiffres significatifs (arrondis à l'entier le plus proche).

2. Résultats

2.1. Entretiens avec quelques coupeurs de feu

2.1.1. Mr B...

Mr B... a été aide-soignant en service de gastro-entérologie dans un hôpital périphérique pendant 33 ans. Il est maintenant retraité, il habite en ville. L'origine de son don remonterait à ses cinq ans. Son arrière-grand-père était coupeur de feu. Alors qu'il était trop vieux pour assister à la sépulture de sa femme, il resta chez lui en compagnie de son arrière-petit-fils, Mr B..., qui n'avait que cinq ans. Au retour de sa mère, l'aïeul dît en patois qu'il avait tout transmis au gamin. Bien sûr, celui-ci n'avait rien pu comprendre. C'est sa mère qui lui expliquera quand il aura 24 ou 25 ans, en remarquant que sa seule présence aura calmé une hémorragie dentaire sur la personne de sa tante. Il va découvrir petit à petit, au fil de sa carrière hospitalière, que sa présence suffit pour soulager les brûlures. Il lui faut simplement se concentrer sur la personne souffrante. Il ressent alors quasi-immédiatement une fatigue qui dure cinq à dix minutes, comme une grande lassitude. L'effet est ressenti par le patient de façon instantanée ou dans le quart d'heure qui suit. La douleur se dissipe. Les verrues disparaissent en quelques jours. Il a toujours refusé tout paiement ou cadeau de la part des patients.

Il n'y a pas de secret dans ce qu'il dit ou ce qu'il fait. Lui-même ne comprend pas. Il n'en est pas vraiment curieux d'ailleurs. Il en fait profiter les autres en disant qu'il s'agit simplement de les écouter. Pour lui, les prières ou les formules ne sont qu'un moyen de laisser ce qu'on est en train de faire pour se concentrer sur le patient. Il pense agir sur l'idée du patient. En tout cas, il s'affranchit de l'autorité qui oppose le médecin au malade, ce malade qui n'ose pas se livrer complètement. Lui, on lui parle, on lui raconte. Cela peut cependant

être très rapide, comme quelques secondes. Le patient peut même ne pas être au courant. Il n'y a pas besoin de contact physique, ni d'aucune information. Cela marche au téléphone, même à l'autre bout de la France. Il lui faut simplement « ressentir » le patient. Il y a certaines personnes avec qui « ça ne passe pas » ; mais « ça peut passer » si elles ne sont pas au courant.

Il a utilisé ce don petit à petit dans le service de gastro-entérologie, sans rien dire à l'hôpital, jusqu'au jour où les choses se savent. Il avait peur d'être catégorisé comme un sorcier par les médecins. Maintenant, on l'appelle de temps en temps depuis le service des urgences (environ deux fois par an), au téléphone. Il y a eu une émission de télévision sur les coupeurs de feu et le service des urgences de la région. Après l'émission, on l'appelait jusqu'à 15 fois par semaine.

Il ne sait pas s'il peut transmettre ce don, et si oui, comment. Un vieil homme de bonne réputation lui aurait dit qu'un jour il verra un gamin à qui il faudra le transmettre, et ça se fera tout seul.

Il agit aussi pour les douleurs à type de brûlure post-radiothérapie. Par contre il a peu de retour sur son action, et surtout pas à long terme. Quand le service des urgences l'appelle, par téléphone, il ne sait rien de la brûlure, en tout cas il ne demande pas de détail et il ne revoit jamais personne. Il ne s'est jamais occupé de brûlure grave. Il n'a pas d'action sur les « douleurs viscérales ». Il nous dit que certains peuvent « couper l'eau », il s'agit de faire disparaître les œdèmes. En ce qui concerne l'effet sur la cicatrisation des plaies par brûlure, il nous cite des exemples de brûlures du premier degré ou deuxième degré superficiel qui ne laissent aucune cicatrice en huit jours.

Il parle aussi de diagnostics intuitifs. Au téléphone avec un patient brûlé, il ressent un problème sur le poignet gauche, et, en l'occurrence, le patient s'était cassé le poignet gauche trois jours auparavant. Il a pu sentir qu'un de ses collègues allait mal, et bientôt, celui-ci subit une lourde opération de la hanche. Il aurait pu parier qu'il s'agissait de la hanche. Et quand nous lui parlons de provoquer le mal, il répond qu'il ne vaut mieux pas souhaiter du mal à quelqu'un par ce biais. « Quand on met les pieds là-dedans, ça devient grave. »

2.1.2. Mme M...

La grand-mère de Mme M... vivait en montagne et s'occupait de ses chèvres. Elle n'avait pas d'argent. Un soir, elle accueille pour la nuit un homme qui avait faim. Pour la remercier, il lui transmet les prières avec le don. Les prières se transmettent ensuite de mère en fille. Elle nous montre ce carnet jauni qui contient plusieurs formules en patois. C'est une sorte de secret, même si les formules ne sont pas vraiment secrètes. Mais elle ne les passe pas à n'importe qui ; seulement ses filles en fait. Sa mère ne coupait que le feu. Mme M... peut s'occuper des brûlures, des hémorragies, des zonas, des entorses et des contusions. Elle accepte d'intervenir sur les entorses seulement si un médecin a été consulté auparavant.

Mme M... habite un petit village non loin d'une petite ville. Elle est employée de banque.

Elle pense agir sur le mécanisme de la brûlure plus que sur l'idée de la douleur. Elle précise que ce don est efficace même à travers un intermédiaire, ou même si le patient n'y croit pas ou s'il n'est pas au courant. Elle pense qu'il peut y avoir des gens avec qui cela ne passe pas ; il faut alors se méfier qu'il n'y ait pas quelque chose de plus grave que prévu.

Elle ressent le mal des gens. Au téléphone, elle a besoin du prénom et de l'âge du patient, ainsi que la localisation « du mal ». Elle visualise la brûlure, fait un geste de massage avec la main, se concentre, récite la prière et intercède pour la guérison. Elle est croyante et pratiquante. C'est à Dieu qu'elle s'adresse quand elle demande la guérison. L'effet se fait sentir tout de suite ou après trois ou quatre interventions en quelques jours (exemple d'un zona installé depuis trois ans). Ensuite, elle ressent une fatigue générale. Pour s'aider, elle consulte un naturopathe et homéopathe. Après l'émission de télévision sur les urgences locales et les coupeurs de feu, elle a eu jusqu'à dix appels par jour. Maintenant, elle demande un retour sur ses actions, car cela lui coûte de ne pas savoir si le patient va mieux. Elle se sent soulagée de savoir les gens soulagés.

Elle parle d'altruisme, de générosité, d'écoute. Elle ne fait pas ça pour l'argent. Elle nous dit qu'il ne faut pas rigoler avec ça ; ce n'est pas pour jouer.

Elle pense qu'il y a tout à fait un effet positif sur la cicatrisation des brûlures. En ce qui concerne la radiothérapie, elle fait un suivi en temps réel pour chaque séance. Elle récite la prière à l'heure de chaque séance.

Elle a déjà entendu parler « du mal » que l'on peut provoquer. « Ceux qui font ça doivent se faire du mal aussi. »

2.1.3. Mr W...

Mr W... a commencé sa carrière professionnelle en tant qu'épicier – boulanger. Puis il a tenu un poste au service d'hygiène de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales avant de travailler au service de la santé, au sein même de l'hôpital, avec un poste à responsabilité administrative et technique. Il a mené en plus une activité de pompier volontaire et de maître chien d'avalanche. Il a été vice président du comité départemental de lutte contre le cancer et a fait partie du conseil municipal.

Mr W... tient le don de sa mère qui le tenait d'une amie. Il coupe le feu, les hémorragies, les entorses, le zona, ... Il transmettra le don à son fils.

Le service des urgences l'appelle en moyenne une fois par semaine. Après l'émission de télévision sur les coupeurs de feu, il a pu avoir jusqu'à 200 appels par semaine.

Pour soigner, il récite une formule qui doit rester secrète et qui diffère selon la pathologie visée. L'effet peut être immédiat ou se manifester en quelques heures. Le contact physique n'est pas nécessaire, et il ne demande pas d'information particulière. Par téléphone, il a déjà soigné en Corse, en Belgique, et même à la Réunion. L'effet peut passer par une personne intermédiaire ; le patient peut ne pas être au courant. Il n'a connu personne chez qui cela ne marche pas en particulier. Mais des échecs, il y en a, bien sûr. Il dit ressentir de la fatigue si on le sollicite plusieurs fois par jour. Il pense qu'il y a un effet sur la cicatrisation des brûlures. Selon lui, beaucoup de personnes possèdent des prières mais ne s'en servent pas.

Mr W... dit ne pas avoir d'idée sur le mécanisme d'action. Il agit aussi sur les effets secondaires de la radiothérapie. Il travaille l'utilisation du pendule pour la recherche de personnes (mais il avoue avoir encore 50 % d'échec pour une direction). Il peut aussi trouver de l'eau avec une baguette de noisetier.

2.1.4. Mr T...

Mr T... est installé et déclaré en ville comme magnétiseur. Sur sa carte, on peut lire : bioénergétique, géobiologie, accompagnement personnel.

Depuis l'enfance il s'est senti attiré vers la guérison par des méthodes parallèles, avec la perception intuitive d'avoir des capacités à exploiter dans ce domaine. Il dit avoir des souvenirs avant l'âge de un an.

Ainsi il a suivi des formations depuis la fin des années 80 :

- Formation en bioénergétique, par la technique ACMOS, enseignée par le centre de recherche SBJ international, qui allie la médecine chinoise et la radiesthésie ; il utilise ainsi l'échelle de Lecher qui mesure l'équilibre des énergies.

- Formation en géobiologie sacrée qui s'intéresse aux pouvoirs des lieux et objets sacrés.

- Formation en PNL humaniste (Programmation neuro-linguistique humaniste).

- Formation sur les chakras, les couleurs, les cristaux, les parfums (ou aromathérapie) qu'il utilise pour le « nettoyage des mémoires cellulaires ».

- Formation en décodage biologique et transgénérationnel.

Mr T... se dit catholique croyant, non pratiquant, avec une vision universelle de la spiritualité. Il rajoute : « pour moi, nous sommes là pour vivre l'expérience de la matière. Et tout est énergie. »

Il traite tout, du somatique au social en passant par le psychologique. Le scepticisme du patient quant à ses méthodes ne le gêne pas pour travailler. Certains patients résistent. Ils ont peur de ce qu'ils ressentent et empêchent l'action thérapeutique.

Il a reçu le don pour couper le feu, le zona et le sang lors d'une rencontre au sein du cercle des radiesthésistes de sa ville. Au début, il utilisait des prières s'adressant à Jésus (en rapport avec le chemin de croix et le jardin des oliviers). Il dit qu'on ne perd pas le don si on révèle la prière ou si on transmet ce don : ce ne sont que des croyances.

Selon Mr T..., tout le monde a plus ou moins la capacité de couper le feu, c'est un rapport avec l'énergie et les ondes. C'est inné et il faut le développer. Ainsi, il n'utilise plus de prière. Par contre, il signe toujours la blessure en soufflant dessus. Cela est efficace aussi à distance. Et l'efficacité est immédiate.

Il pense qu'il a des prédispositions familiales par rapport au magnétisme, issues de ses grands-parents et de sa mère.

Selon son impression, il pense avoir 60 % de retours sur ses actions (il demande à ce que les gens le tiennent au courant), et sur ces 60 %, il retient 90 % d'effets positifs...

2.1.5. Mr D...

Mr D... est fils de cantonnier, lui-même plâtrier peintre retraité. Il tient son don de sa mère qui l'a eu elle-même d'une vieille cousine. Cette cousine possédait aussi le don de faire du mal ; mais par la suite, on n'en a plus voulu. Ce don se transmet par une formule secrète qu'il est indispensable de prononcer pour agir. Cela ne peut être efficace que si seulement une personne la connaît. Ainsi, on ne la transmet qu'à sa mort. En 1987, la mère de Mr D... avait d'abord proposé le don à sa femme, qui, ne voulant pas de cette responsabilité, avait refusé.

Il y a plusieurs formules secrètes qui lui permettent de soigner les brûlures, les contusions, les entorses et les hémorragies. Il pense qu'il ne faut pas couper le zona. Il peut faire usage de ce don auprès des patients et des animaux, directement, par personne interposée ou même par téléphone. La personne peut ne pas être au courant de son action et même ne pas croire en l'efficacité de son action. Pour agir, il a besoin du nom et de la date de naissance du patient, ainsi que la localisation du mal. Ce n'est pas toujours indispensable, mais cela marche mieux. Il impose les mains sur le mal, et quand c'est au téléphone, il impose les mains sur la personne de sa femme, à l'endroit de la blessure du patient. Il pense que, dans le cas des brûlures, il y a aussi un effet sur la qualité et la rapidité de la cicatrisation. Selon lui, il n'y a pas d'échec. L'effet se fait sentir dans l'heure. Lui-même ne ressent rien de particulier, même pas une fatigue. En cas de lésion plus grave, telle qu'une fracture, son action est moins efficace : le mal revient ou ne disparaît pas complètement.

Mr D... n'a jamais utilisé son don dans le cadre de la radiothérapie, mais si c'est une brûlure, il pense que cela devrait être efficace.

Mr D... est catholique croyant non pratiquant. Il pense que cette action thérapeutique a un lien avec Dieu mais ne veut pas en dire plus.

2.1.6. Mr C...

Mr C... est un agriculteur retraité qui a découvert ce « don » tout seul, sur un lit d'hôpital, à l'âge de 40 ans. Il ressent les énergies, les visualise. Magnétiseur ? Si on veut.

Il peut soigner beaucoup de choses. Il appelle ça faire le secret. Il travaille en connivence avec la médecine. Il ne fait jamais arrêter les médicaments et conseille régulièrement de voir un médecin.

La réputation de Mr C... est vaste, ce qui lui amène de l'activité quotidiennement. Il organise ainsi des plages horaires de consultations. Il faut prendre rendez-vous. Il officie dans une pièce agencée à cet effet. Il ne demande pas d'argent.

Quand on arrive, il fait allonger sur un banc puis parle en massant légèrement (il dit ce qu'il ressent du patient). Il offre une sorte de technique de relaxation pendant que lui-même ressent les choses. Il parle abondamment mais reste mystérieux.

Mr C... peut couper le feu par téléphone. Il répond ainsi aux demandes des urgences de l'hôpital. Il pense que son action a un effet sur la cicatrisation des brûlures. Il aide la réparation.

2.1.7. Dr B...

Dr B... est médecin généraliste dans une petite commune. Au cours de sa formation, il a été urgentiste et a obtenu un Diplôme d'étude spécialisée en chirurgie. Il tient le don de sa mère qui travaillait dans l'hôtellerie et qui l'a elle-même reçu d'un client dans les années soixante. Selon la tradition, on peut transmettre ce don à trois personnes seulement. Il s'agit de formules en rapport avec la foi, des prières qui agissent sur les brûlures et sur le zona principalement. On ne doit pas être rémunéré en retour de l'utilisation du don.

Quand il travaillait aux urgences, une partie du personnel qui était au courant de son don l'a sollicité pour intervenir auprès d'une petite fille victime d'une brûlure grave, avec succès. Par la suite, sans jamais se passer du traitement conventionnel des brûlures, il a continué à en faire profiter les patients. Il a remarqué que cela était efficace, mais pas tout le temps (il s'avance même à dire une fois sur deux).

Dr B... est croyant. Mais il ne sait pas quel est le mécanisme d'action de ce don. Il n'a jamais remarqué d'effet particulièrement positif sur la cicatrisation des brûlures.

2.1.8. Dr G...

Dr G... est urologue retraité. Il a 70 ans. En arrivant dans la région, il s'est intéressé à ce sujet et il a pu rencontrer l'Abbé Chabord puis un Dr M... qui faisait de la médecine parallèle et a pu lui transmettre le don il y a plus de trente ans.

Le don fait appel à une prière mais le Dr G... est intimement persuadé que l'effet ne vient pas de la prière. Il paraît que l'on perd le don quand on le transmet, mais il pense que ce n'est pas vrai.

Après avoir agi sur une brûlure, il se sent fatigué. Il nous dit que ceux qui ont une grande expérience ne ressentent pas cette fatigue. Ainsi, il connaît Mr C..., et pense avec lui que l'effet peut être lié au magnétisme, à un « fluide », et que l'on peut le développer.

En ce qui concerne l'action par téléphone, Dr G... reste sceptique. Il utilise l'imposition des mains pour agir. Plus on intervient précocement et plus la brûlure est superficielle, plus l'utilisation du don est efficace. Il faudrait plusieurs séances pour venir à bout du zona. Il pense qu'il n'y a pas de réelle efficacité sur les grands brûlés. Et pour ce qui est de la cicatrisation, il n'y a rien de probant.

Son action concerne les brûlures superficielles, le zona, les brûlures qui compliquent la radiothérapie et parfois les contusions. Il résume par la douleur en général. Dr G... a été lui-même étonné de mettre fin à des saignements en nappe en per-opératoire

« Il y a des échecs et des réussites. En chirurgie, c'est pareil. Il faut de l'humilité. » Ainsi, il pense qu'il ne faut pas se priver d'essayer de soulager, quelque soit le moyen, surtout si ce n'est pas dangereux.

2.1.9. Mme R...

Mme R... tient un magasin de confection dans une petite ville, seule depuis la mort de son mari. Elle reçoit les patients dans l'arrière-boutique.

Pour elle, ce n'est pas un don que l'on transmet, c'est un don du pouvoir de Dieu. Elle l'a découvert à 7 ans à l'occasion d'une de ses entorses qu'un guérisseur n'a pas voulu traiter (car il lui fallait deux jours pour s'en remettre quand il s'occupait de cette petite fille).

Elle utilise des prières mais elles ne sont pas indispensables. Elle agit par téléphone (notamment pour l'hôpital local).

Mme R... soigne, elle ne guérit pas mais soulage, les brûlures. Elle nous fait part de la prière qu'elle utilise : elle somme le feu, entité maléfique, de s'arrêter, tout en se référant au Christ et au jardin des Oliviers. Elle s'occupe aussi de l'eczéma, des maux de têtes et des entorses qu'elle ne manipule pas : « les nerfs se remettent en place sous ses mains, et le patient le sent tout de suite ». Elle insiste sur le fait qu'elle demande toujours aux patients de consulter leur médecin.

Mme R... ne demande jamais d'argent, les gens lui donnent souvent quelque chose, pas grand chose. Cet argent, elle le donne à son tour et dépense très peu pour elle. Elle connaît des magnétiseurs qui prenaient 500 francs par patient, « c'est honteux ».

Elle se dit magnétiseuse, pas guérisseuse. C'est le fluide.

Pendant notre entretien, qui se déroule en fin de journée dans son arrière-boutique, un couple se présente ; l'homme souffre d'un kyste dentaire dont ne sait pas quoi faire son dentiste ; cela fait des jours qu'il a mal. Pendant cinq bonnes minutes elle passe sa main au-dessus de la zone douloureuse en psalmodiant une prière. L'homme se dit soulagé, immédiatement. Elle conseille de tamponner la dent avec un coton imbibé d'eau de vie ou d'alcool de menthe, parce qu'il y a de l'infection. La femme a une minerve, elle est tombée dans les escaliers il y a 4 jours. Mme R... passe sa main sur la nuque, « remet les nerfs en place », et ça a l'air d'aller mieux.

Mme R... nous a fait l'honneur de nous remettre son livre d'or avec des témoignages de patients. Ce livre d'or est un recueil de toute la bonté, la gentillesse et l'amour de Mme R..., selon les mots des patients. Ils parlent, sur toutes les pages, de guérison et de soulagement. Les gens remercient Mme R... pour ce qu'elle est et pour ce qu'elle fait : soulagement de l'esprit, soulagement des cœurs, soulagement des souffrances. Les séquelles de cancer, les otites, les brûlures, les lumbagos, la stérilité, le rhume de foins, les dermatoses, la cécité, la traumatologie au sens large, l'énurésie, les douleurs abdominales sont autant de maux qui ont été soulagés à son contact, d'après les patients.

Mme R... a plein d'histoires extraordinaires à raconter. Mais elle a déjà dû faire face plusieurs fois à des altercations avec des médecins pour ce qu'elle fait.

2.1.10. Quelques contacts supplémentaires

Mr Cj... est retraité ; il a reçu le don d'un guérisseur. Il pense que c'est du magnétisme. Il agit par téléphone ou en imposant les mains sur les brûlures, le zona, les hémorragies, les contusions.

Mr S... est musicien et chauffeur routier ; il a 50 ans. Il a reçu le don à 14 ans. C'est une prière et il faut être croyant. Il peut transmettre ce don sans limite à sa connaissance. Le service des urgences fait aussi appel à lui et, en général, il se déplace auprès du patient, mais il peut aussi agir par téléphone. C'est toujours gratuit. Un pharmacien lui adresse des patients.

Mme V... est sophrologue, consultante en PNL (Programmation neurolinguistique) et en communication. On lui a transmis le don, avec cette prière, mais elle se pose des questions quand au rapport avec la foi. Elle a aussi des facultés de voyance, sans pouvoir l'expliquer. Elle visualise les « couleurs du corps », les chakras, détecte les déséquilibres énergétiques selon la médecine chinoise dont elle a quelques notions et envoie alors les patients vers leur médecin traitant. Ses consultations de voyance sont payantes mais jamais quand elle coupe le feu.

Mr Cl... fait partie du personnel administratif des urgences de l'hôpital. Une dame de la campagne lui a enseigné le don qu'il utilise en massant l'occiput du patient. Il agit aussi par téléphone. Il traite ainsi les brûlures et le zona mais chasse aussi les mauvaises ondes et utilise le pendule. Il est croyant.

Mme P... a le don également. Elle est cadre infirmier de nuit aux urgences de l'hôpital. Elle reste précautionneuse quant à la divulgation des informations de cette pratique au sein de l'hôpital.

2.2. Enquête auprès des soignants des services des urgences

2.2.1. Effectifs et caractéristiques des soignants

Nous avons recensé 177 soignants dans les trois services d'urgences d'Annemasse, d'Annecy et de Thonon-les-Bains à l'époque de l'enquête. 134 ont répondu au questionnaire soit 76 %. (45/63 à Annecy, 53/68 à Thonon-les-Bains et 36/46 à Annemasse).

Nous retrouvons 24 aides-soignants (18 %) ; 85 infirmiers (63 %) et 25 médecins (19 %).

La proportion de femmes chez ces soignants est de 77 % (n = 133).

La moyenne d'âge est de 34 ans (n = 132).

2.2.2. Opinion des soignants sur l'action des coupeurs de feu de feu

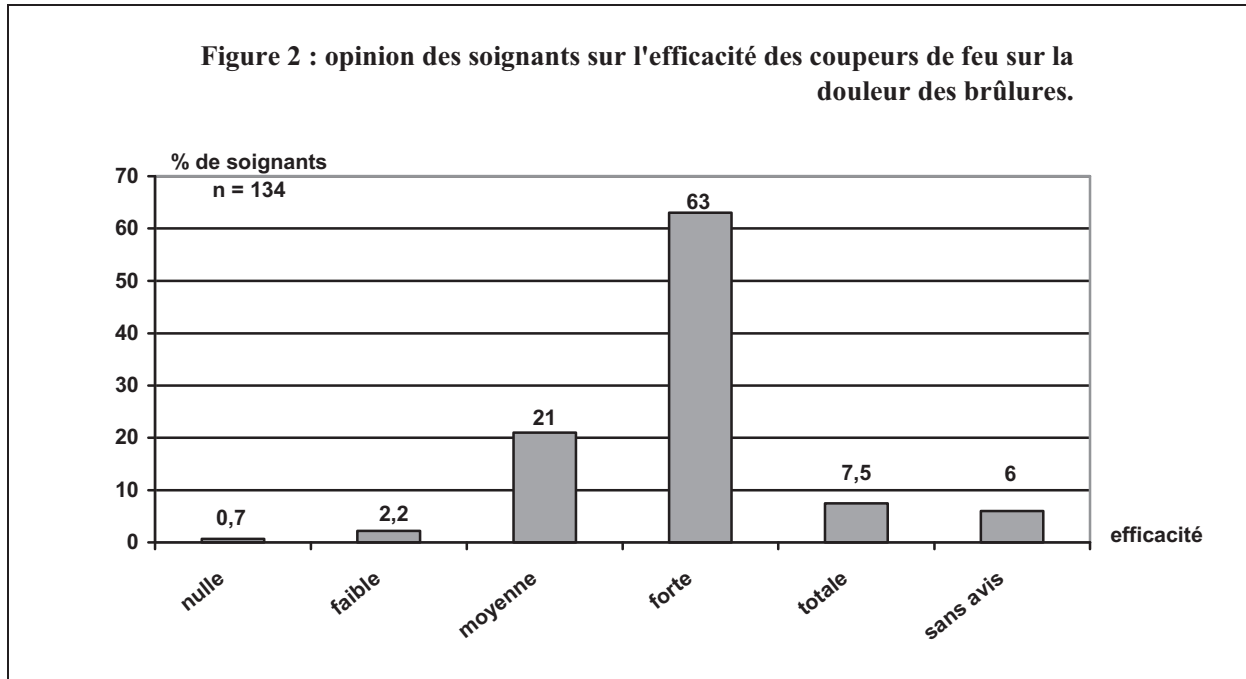


Figure 2 : Opinion des soignants sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures

Les soignants ont en majorité une bonne opinion de l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures ; peu n'ont pas d'avis sur la question.

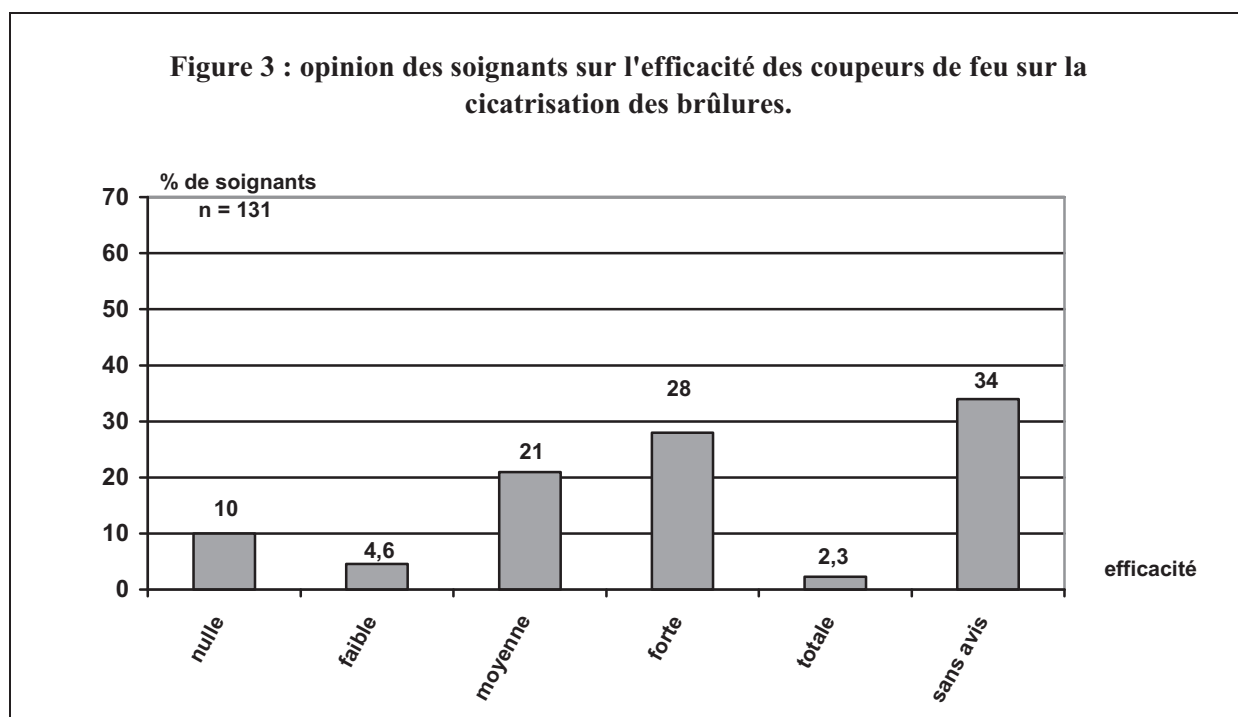


Figure 3 : Opinion des soignants sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la cicatrisation des brûlures

Nous voyons une meilleure répartition de l'avis des soignants sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la cicatrisation des brûlures ; une proportion assez importante ne se prononce pas.

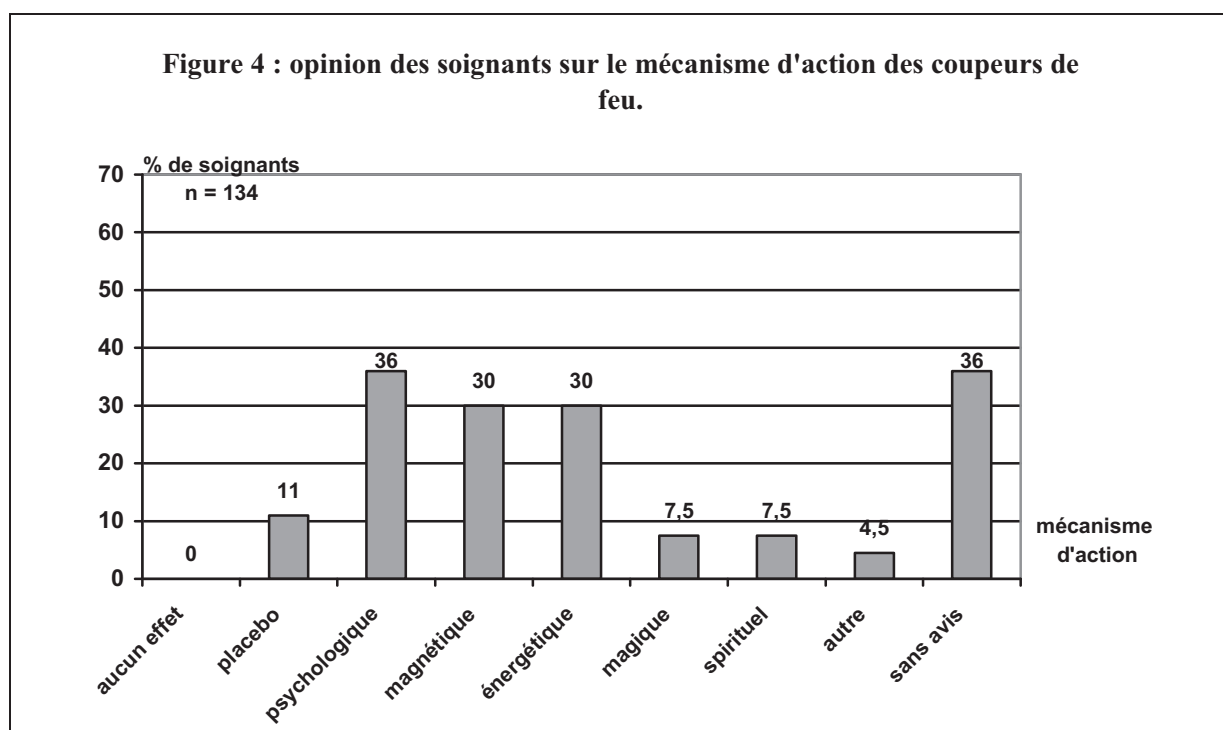


Figure 4 : Opinion des soignants sur le mécanisme d'action des coupeurs de feu

La figure 4 rend compte de la question à choix multiple posée aux soignants sur le mécanisme d'action des coupeurs de feu qu'ils supposaient. Aucun soignant ne pense qu'il n'y a aucun effet. L'opinion est majoritairement partagée entre l'effet psychologique, magnétique et énergétique. Beaucoup n'ont pas d'avis.

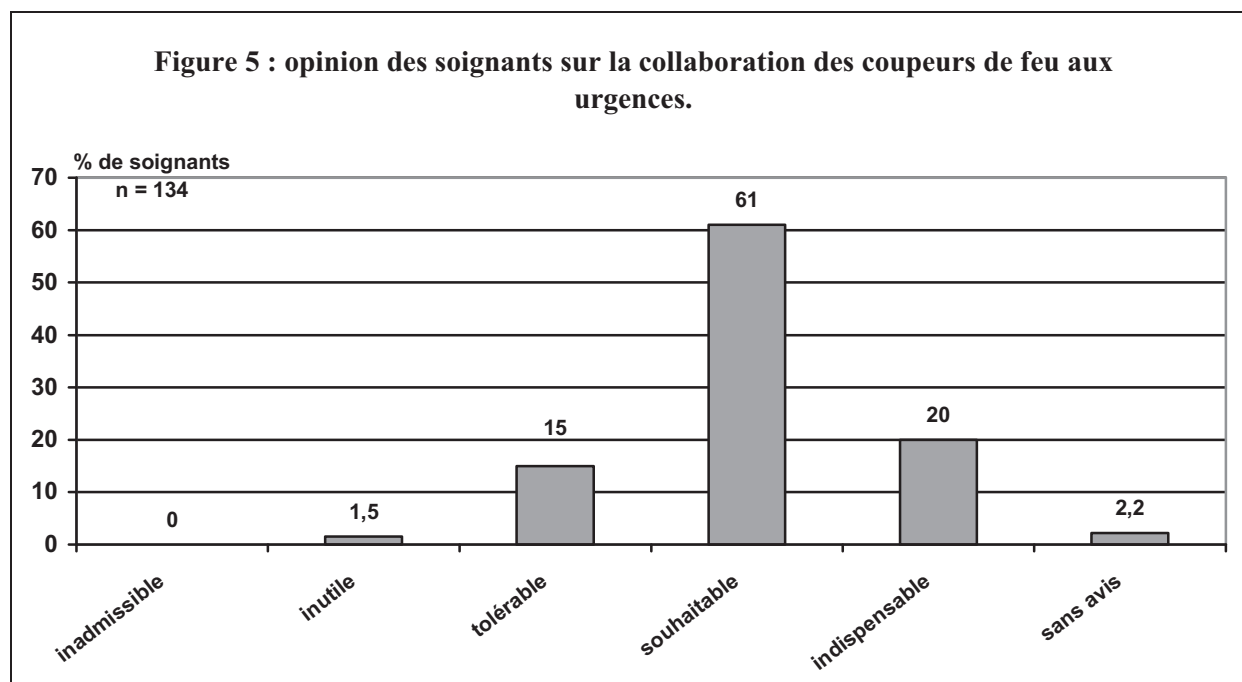


Figure 5 : Opinion des soignants sur la collaboration des coupeurs de feu aux urgences

La plupart des soignants sont plutôt favorables à la collaboration entre les services des urgences et les coupeurs de feu.

Les femmes apparaissent plus favorables que les hommes à la collaboration des services des urgences avec les coupeurs de feu (F = 88/100 (88 %) contre H = 21/30 (70 %) pensent que l'intervention des coupeurs de feu aux urgences est souhaitable ou indispensable ; test de Fischer – $p = 0,03$).

2.2.3. Les soignants et le recours aux coupeurs de feu aux urgences

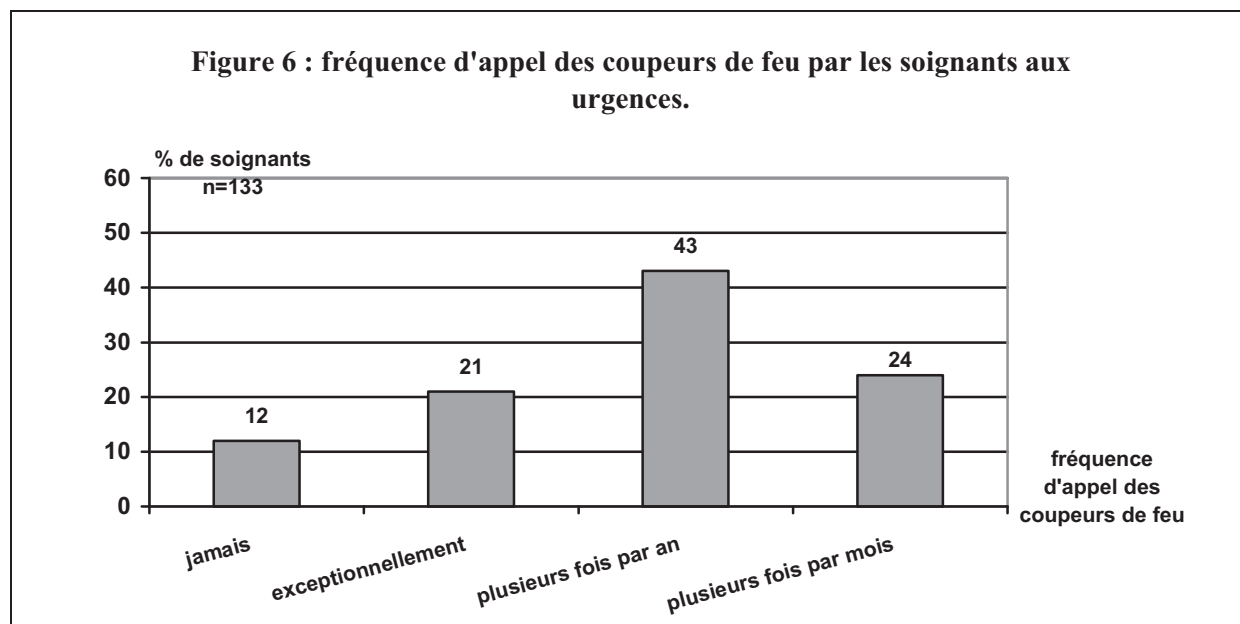


Figure 6 : Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les soignants aux urgences

Il est plutôt rare que les soignants, à Annecy, Annemasse et Thonon-les-Bains, ne fassent jamais appel aux coupeurs de feu.

(Pour l'évaluation du recours au coupeur de feu par les soignants en fonction de certaines de leurs caractéristiques, et notamment en fonction des centres de recueil – figure 19 – et de la profession des soignants – figure 20, voir l'annexe 4.)

2.2.4. Rapport des soignants avec les coupeurs de feu et d'autres guérisseurs :

Envisager le recours au coupeur de feu pour soi-même s'avère possible pour la majorité des soignants (93 % ; n = 134).

Les raisons invoquées pour faire appel au coupeur de feu, sur 109 réponses, sont :

- « à la demande du patient » pour 23 soignants (21 %),
- « parce que c'est efficace » pour 21 soignants (19 %),
- « c'est systématique si le patient est d'accord » pour 19 soignants (17 %),

- « en raison de la douleur » pour 18 soignants (17 %),
- les autres raisons invoquées sont : « quand on y pense » ; « l'innocuité » ; « la gravité de la brûlure » ; « en dernier recours » ; « l'autorisation de la hiérarchie » ; « selon le feeling avec le patient » ; « ne fait pas appel car ne connaît pas de coupeur de feu »...

30 % (n = 132) des soignants connaissent des institutions qui font appel à des coupeurs de feu. Les institutions citées sont, outre les autres services d'urgences :

Les pompiers de certaines casernes, l'hôpital cantonal de Genève, des secouristes, des médecins généralistes, le Centre Hospitalier (CH) de St Julien, en Suisse, en Vendée, services de grands brûlés (notamment Lyon et Lausanne), le CH de St Jean de Maurienne, au CHU Antoine Béclère à Clamart dans le 92.

Nous nous devons de rectifier immédiatement une fausse idée qui pourrait circuler, avec l'insistance des chefs de service correspondant : les soignants des services de grands brûlés, en tout cas à Lausanne et à Lyon, ne font pas appel aux coupeurs de feu ; mais ils ne s'opposent pas à la volonté des patients et des familles. Ainsi les affirmations des soignants dans cette enquête ne sont pas vérifiées, nous ne sommes donc pas en mesure de confirmer leurs allégations.

27 % (n = 133) des soignants ne connaissent pas de coupeur de feu personnellement ; 73 % en connaissent au moins un ; une des infirmières n'en connaît pas loin d'une cinquantaine (d'après ses dires).

Les soignants les plus jeunes connaissent, statistiquement, moins de coupeurs de feu que les plus âgés ($32/52 = 62\%$ des moins de 30 ans qui en connaissent au moins un pour $40/51 = 78\%$ des 30 – 40 ans et $24/28 = 86\%$ des plus de 40 ans ; $p = 0,04$).

Pas de différence significative pour les autres caractéristiques ($p > 0,1$).

2.3. Enquête aux urgences auprès des patients brûlés

2.3.1. Effectifs

La période d'inclusion s'est étendue du 1^{er} septembre 2006 au 30 juin 2007, avec un taux d'inclusion de :

- 33 %
- soit 143 questionnaires sur 433 passages répertoriés
- mais 173 questionnaires en tout (30 non répertoriés dans la liste des diagnostics aux

Départements d'informatique médicale - DIM).

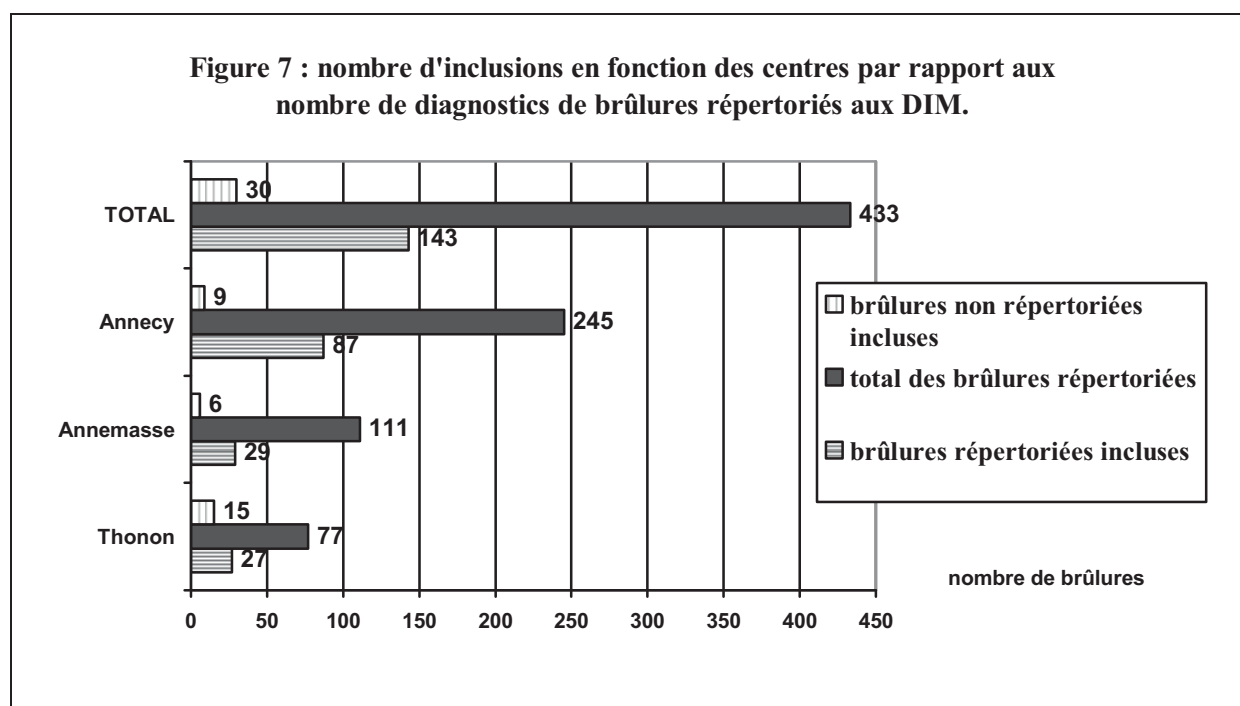


Figure 7 : Nombre d'inclusions en fonction des centres par rapport aux nombre de diagnostics de brûlures répertoriés aux DIM

La figure 7 montre le nombre de diagnostics de brûlures que nous avons inclus par rapport à ceux qui sont répertoriés dans la liste des diagnostics du DIM de chaque hôpital concerné et elle précise le nombre de diagnostics de brûlures inclus mais qui ne sont pas répertoriés aux DIM (diagnostics secondaires, oubliés, ...).

Le détail des taux d'inclusion en fonction des périodes et des centres est disponible en annexe 4.

2.3.2. Caractéristiques des patients

Sur 173 patients brûlés, nous retrouvons 58 % d'hommes.

La moyenne d'âge est de 23,6 ans. La médiane est 22 ans. (Min 2 mois et max 76 ans ; écart-type = 18,9).

Nos inclusions (n=149) montrent 57 % de chrétiens (dont 24 % pratiquants ; n = 75 ; 10 chrétiens n'ont pas précisé s'ils étaient pratiquants), 13 % de musulmans (dont 69 % de pratiquants (9/13) ; n = 13 ; 6 musulmans n'ont pas précisé s'ils étaient pratiquants), les autres sont principalement athées ou agnostiques (41/45).

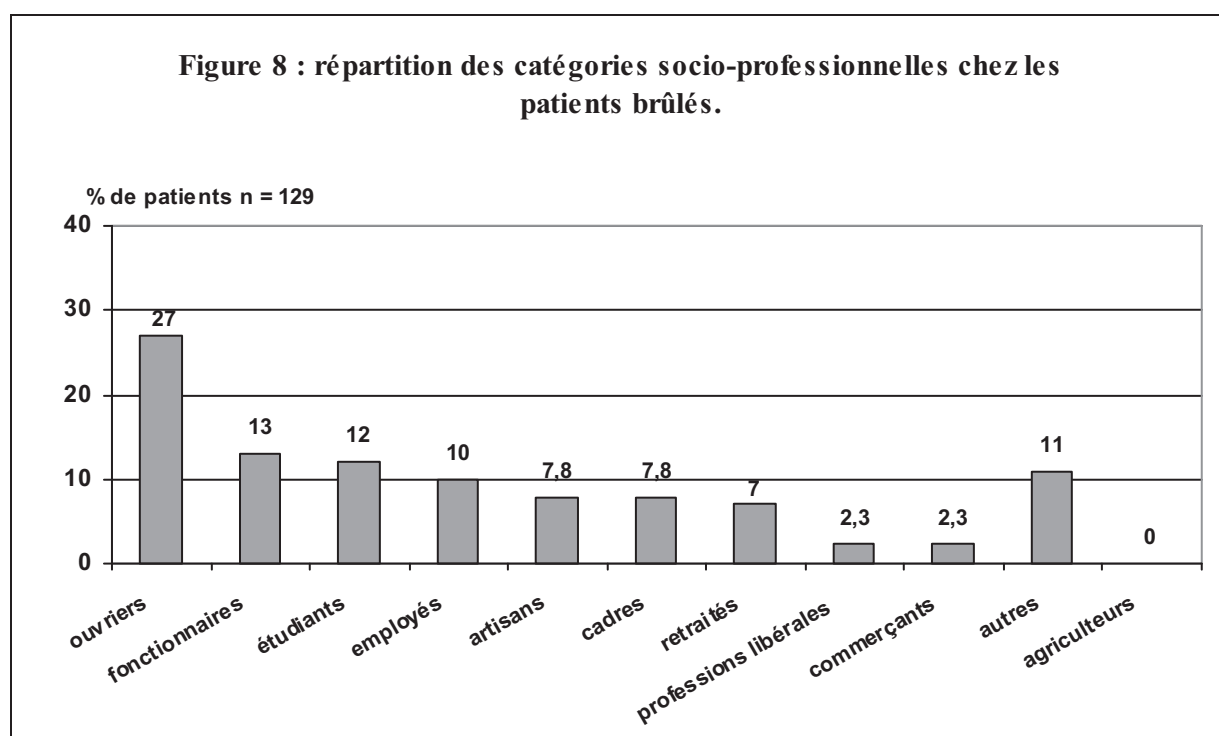


Figure 8 : Répartition des catégories socio-professionnelles chez les patients brûlés
Nous relevons la prédominance d'ouvriers et l'absence d'agriculteur.

2.3.3. Croyances des patients en l'action des coupeurs de feu

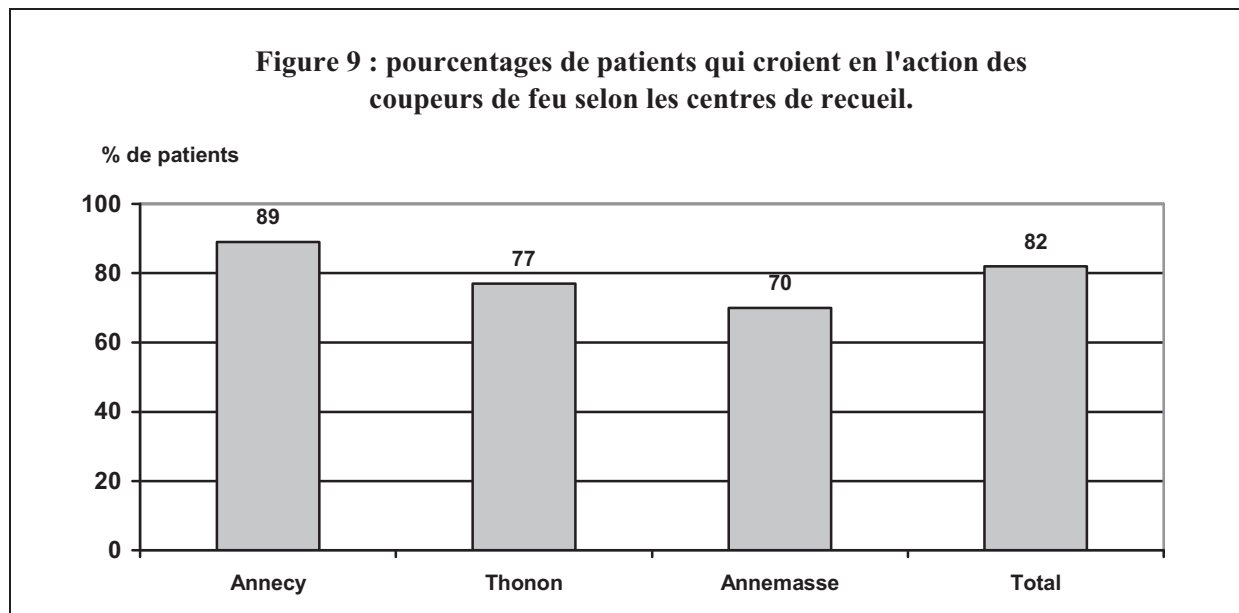


Figure 9 : Pourcentages de patients qui croient en l'action des coupeurs de feu selon les centres de recueil
 Nous voyons la forte proportion de croyance en l'action des coupeurs de feu chez les patients que nous avons inclus.
 (Effectifs : Total = 160 ; Annecy = 88 ; Thonon-les-Bains = 39 ; Annemasse = 33.)

On peut dire qu'à Annemasse, les patients croient un peu moins en l'action des coupeurs de feu et, inversement, à Annecy, ils y croient un peu plus ; $p = 0,036$.

60 femmes sur 66 (91 %) croient aux coupeurs de feu contre 71 hommes sur 94 (76 %) ;
 $p = 0,013$.

En moyenne, 44 % des patients connaissent au moins un coupeur de feu ; $n = 170$.
 (Et 23 % en connaissent au moins deux.)

Pas de différence significative en fonction des centres de recueil ($p > 0,1$;
 Annecy = 38/94 ; Thonon-les-Bains = 18/41 ; Annemasse = 19/35).

2.3.4. Caractéristiques des brûlures

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des brûlures

	TOTAL	%	Annecy	%	Thonon	%	Annemasse	%
Mécanisme (n = 172) :								
- liquide bouillant	85	49	47	49	20	49	18	51
- objet bouillant	47	27	26	27	13	32	8	23
- flamme	20	12	9	9,4	5	12	6	17
- produit chimique	15	8,7	9	9,4	3	7,3	3	8,6
- explosion	4	2,3	4	4,2	0	0	0	0
- rayonnement	1	0,6	1	1	0	0	0	0
Localisation (n = 168) :								
- membres	128	76	74	79	33	81	21	64
- tronc	16	9,5	10	11	2	4,9	4	12
- visage, parties génitales	24	14	10	11	6	15	8	24
Surface corporelle (n = 159) :								
- < 5 %	126	79	74	80	36	90	16	59
- > 5 %	33	21	18	20	4	10	11	41
Profondeur (n = 154) :								
- superficielles	70	46	40	44	16	46	14	52
- intermédiaires ou profondes	84	55	52	57	19	54	13	48
Délai avant consultation (n = 150) :								
- < 1h	93	62	53	64	20	54	20	67
- entre 1 et 2h	27	18	14	17	7	19	6	20
- >2h	30	20	16	19	10	27	4	13

Notes :

Concernant l'étendue des brûlures nous relevons une différence significative entre les centres avec une plus forte proportion de brûlures qui dépassent 5 % de la surface corporelle à Annemasse ($p < 0,01$).

Précisons que parmi les 20,8 % de brûlures supérieures à 5 % de la surface corporelle, 19,5 % concernent 5 à 10 % de la surface corporelle et 1,3 % concernent 10 à 30 % de la surface corporelle.

En moyenne, les patients consultent aux urgences 5,29 heures après l'accident (5,5 heures à Annecy ; 7,5h à Thonon-les-Bains et 2h à Annemasse) ; la médiane est 1 heure (trois-quarts d'heure pour Annemasse) ; au mieux 10 minutes après, et au plus, un patient a consulté 4 jours après ; écart-type = 13,7.

Malgré l'impression que nous donnent les moyennes, il n'y a pas de différence significative entre les trois centres ($p > 0,1$). Il n'y a pas non plus de différence significative entre les sexes ($p > 0,1$).

Lieu de survenue de l'accident : n = 165

- 74 % des cas au domicile,
- 19 % des cas au travail (21 % d'accident du travail),
- 1,2 % d'accident sportif,
- 1,8 % de loisir,
- 3,6 % sur la voie publique.

2.3.5. Comportement des patients avant de consulter aux urgences

Sur 173 patients inclus, 21 % ont fait appel à un coupeur de feu avant de venir aux urgences. 86 % ont passé la brûlure sous l'eau. Et 27 % ont déjà pris des antalgiques.

Sur 168 patients inclus, 6,5 % disent avoir appelé leur médecin traitant soit 11 cas. Sur ces 11 patients qui ont contacté leur médecin traitant, un seul a été orienté par son médecin vers un coupeur de feu et il a accepté ce recours (cependant, selon son questionnaire, ce même patient a reçu des antalgiques prescrits par son médecin, il a demandé le recours à un coupeur de feu aux urgences, en même temps on lui a proposé et là, il a refusé, parce qu'il n'avait pas mal, les soins suffisaient...il semble bien qu'il ne faille pas juger les valeurs isolément).

Sur onze cas, cinq médecins généralistes ont prescrit des antalgiques.

Enfin, sur 169 patients inclus, 21 % ont contacté les pompiers, soit 36 cas dans lesquels les pompiers ont proposé de contacter un coupeur de feu dans 10 cas (6 fois à Annecy, 4 fois à Thonon-les-Bains et aucune à Annemasse). A Annecy, les patients ont accepté les six fois alors qu'à Thonon-les-Bains, deux patients ont refusé l'intervention du coupeur de feu proposée par les pompiers.

(Cf. tableau en annexe 4, pour le détail.)

2.3.6. Intervention des coupeurs de feu aux urgences : fréquence et modalités

Dans quelles proportions propose-t-on l'intervention d'un coupeur de feu aux patients ?

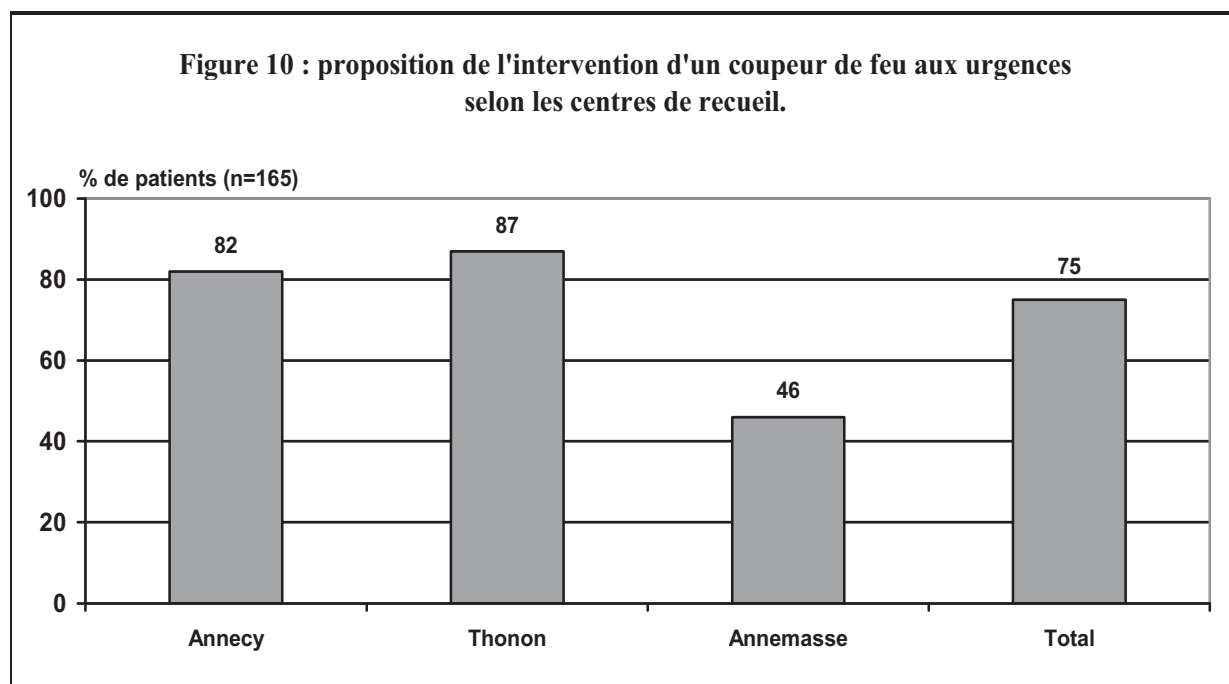


Figure 10 : Proposition de l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences selon les centres de recueil
A Annemasse, on propose moins souvent l'intervention d'un coupeur de feu aux patients brûlés qui ont répondu au questionnaire ($p < 0,001$).
(Effectifs : Ancey = 75/92 ; Thonon-les-Bains = 33/38 ; Annemasse = 16/35)

Quelle proportion de patients accepte l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences ?

Au total, sur 126 patients à qui l'on a proposé l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences, 102 ont accepté, soit 81 %.

- 84 % des patients à Ancey soit 65 cas sur 77 ;
- 85 % à Thonon-les-Bains soit 28 cas sur 33 ;
- 56 % à Annemasse soit 9 cas sur 16.

Cette différence entre les centres de recueil n'est pas statistiquement interprétable.

Les raisons du refus de certains patients à l'intervention d'un coupeur de feu ?

Sur 21 cas :

- 4 cas (19 %) parce qu'ils n'y croient pas ;
- 2 cas (9,5 %) parce qu'ils n'ont pas mal ;
- 4 cas (19 %) parce que les soins médicaux (ou le temps...) ont suffi pour les soulager ;
 - et 9 cas (43 %) parce qu'ils avaient déjà fait appel à un coupeur de feu avant de venir (ce qui ne précise pas s'ils sont soulagés et qu'ils n'en ont plus besoin ou si cela n'a pas marché et qu'ils ne souhaitent pas réessayer !).

Combien de patients inclus ont bénéficié de l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences ou autrement ?

Au moins 64 % (111 cas sur 173) des patients brûlés inclus aux urgences d'Annecy, de Thonon-les-Bains et d'Annemasse ont eu recours à au moins un coupeur de feu avant la sortie des urgences, que ce soit par eux-mêmes ou sous la proposition des soignants des urgences (102 cas sous la proposition des soignants sur 173 soit 59 %).

Mode d'action des coupeurs de feu selon les sites :

n = 109

- à Annecy : 19 cas sur 63 (30 %) par téléphone contre 44 cas (70 %) où le coupeur de feu se déplace auprès du patient ;
 - à Thonon-les-Bains : 27 cas sur 28 (96 %) par téléphone contre un cas (3,6 %) où le coupeur de feu se déplace auprès du patient ;
 - à Annemasse : 13 cas sur 18 (72 %) par téléphone contre cinq cas (28 %) où le coupeur de feu se déplace auprès du patient ;
 - au total : 54 % par téléphone (59/109) ;
 - $p < 0,001$.

Rapport entre les croyances des patients et l'intervention du coupeur de feu aux urgences :

Est-ce que les soignants proposent plus souvent l'intervention d'un coupeur de feu aux patients qui croient en leur action ?

Sur 153 patients, il y en a 124 qui croient en l'action des coupeurs de feu et 29 qui n'y croient pas. On propose l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences à 80 % (99 cas sur 124) de ceux qui y croient contre 59 % (17 cas sur 29) de ceux qui n'y croient pas ; $p = 0,02$.

Est-ce que les patients acceptent plus souvent l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences s'ils croient en leur action ?

- 85 % (85 cas sur 100) des patients qui y croient ont accepté contre 53 % (9 cas sur 17) de ceux qui n'y croient pas ;

- test de Fischer : $p = 0,005$; $n = 117$.

Est-ce que les patients croient plus aux coupeurs de feu s'ils ont déjà fait appel à un coupeur de feu auparavant ?

- 96 % (26 cas sur 27) de ceux qui ont déjà fait appel y croient contre 87 % (71 cas sur 82) de ceux qui n'ont jamais fait appel auparavant ; ce n'est pas significatif ;

- $p > 0,1$ d'après le test de Fischer ; $n = 109$.

Est-ce que les patients croient plus aux coupeurs de feu s'ils connaissent un ou plusieurs coupeurs de feu ?

- 92 % des patients (68 sur 74) qui connaissent au moins un coupeur de feu croient en leur action contre 74 % (62 sur 84) de ceux qui n'en connaissent pas.

- $p = 0,003$; $n = 158$.

Résultats supplémentaires

Par rapport aux soignants :

- Il semble, de façon significative, que plus le délai de consultation aux urgences est long, moins souvent les soignants proposent l'intervention d'un coupeur de feu. Ils proposent l'intervention d'un coupeur de feu pour 74 brûlures sur 91 (81 %) où le délai est inférieur à une heure, 17 sur 25 (68 %) quand le délai est entre 1 et 2h et 16 sur 27 (59 %) quand le délai est supérieur à deux heures ; $n = 143$; $p = 0,047$.

- Les soignants proposent moins souvent aussi quand il s'agit d'un accident de travail (AT) : dans 81 % des cas (103 sur 128) quand la brûlure n'est pas un accident de travail et 59 % des cas (20 sur 34) quand c'en est un ; $n = 162$; $p = 0,009$.

Par rapport aux patients :

- Les femmes acceptent plus facilement quand on leur propose l'intervention d'un coupeur de feu (89 % de 55 femmes contre 75 % de 71 hommes) ; $n = 126$; $p = 0,041$.

2.3.7. Evaluation de la satisfaction des patients

111 patients sur 173 ont eu recours à un coupeur de feu, et seulement 96 ont répondu à la question sur l'évaluation de la douleur avant et 92 pour la douleur après l'intervention du coupeur de feu.

70 ont donné une note au coupeur de feu.

Note donnée au coupeur de feu :

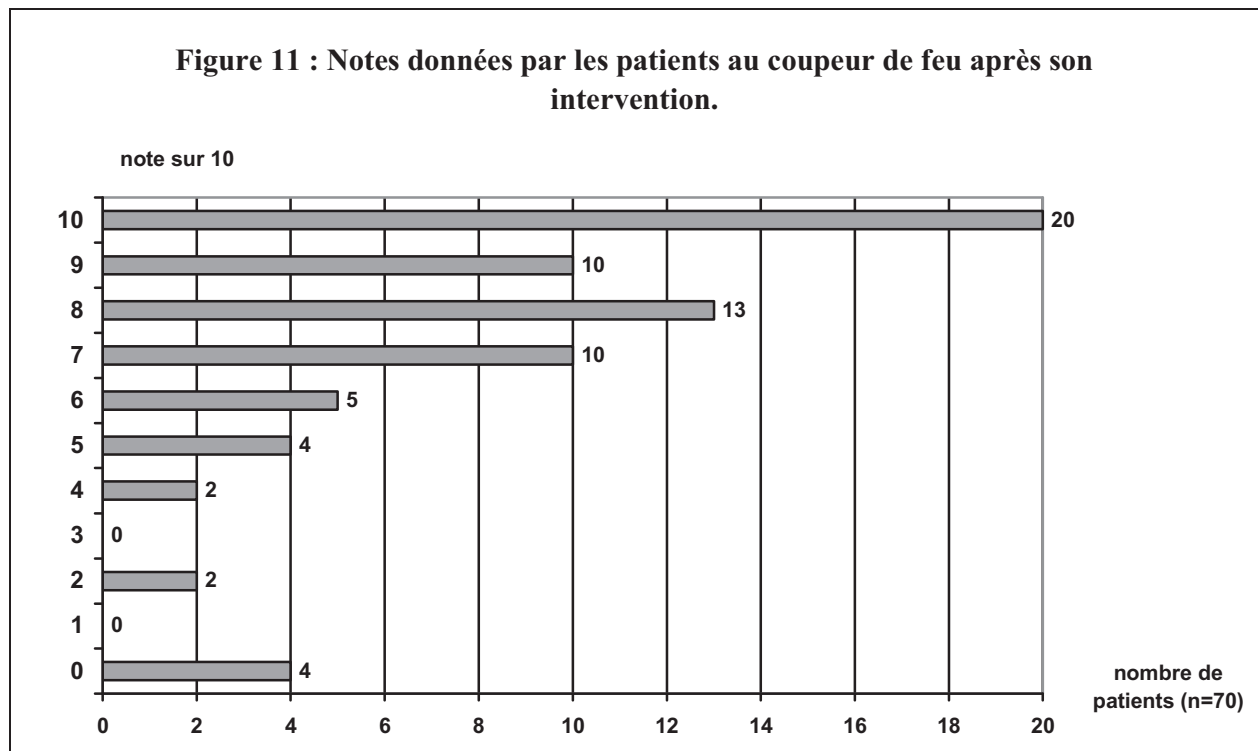


Figure 11 : Note donnée par les patients au coupeur de feu après son intervention

Cette figure montre le détail des réponses à la question « donnez une note au coupeur de feu » et on remarque que la plupart des notes se situent au-dessus de 7/10. A posteriori, nous avons classé ces notes en : (n=70)

Notes strictement inférieures à 5 : 11 % (8/70) ;

Notes entre 5 et 7 : 13 % (9/70) ;

Notes supérieures ou égales à 7 : 76 % (53/70).

Evaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA) avant l'intervention du coupeur de feu :

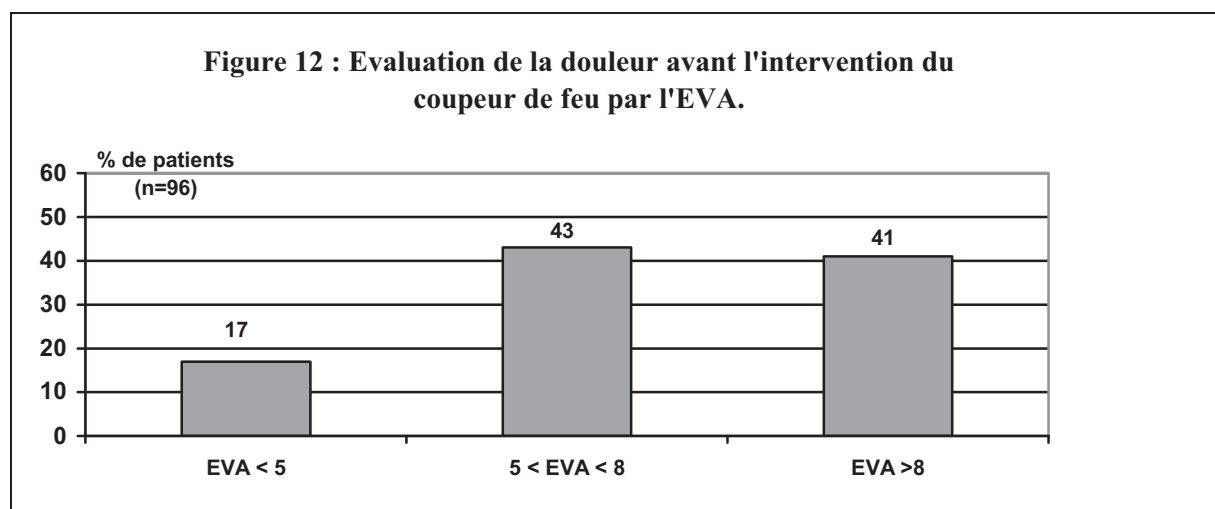


Figure 12 : Evaluation de la douleur avant l'intervention du coupeur de feu par l'EVA
 Nous trouvons une prédominance des douleurs sévères (EVA > ou = à 5).

La moyenne de l'EVA avant l'intervention d'un coupeur de feu sur les 96 questionnaires exploitables est de 7,44 ; la médiane est 8. La plus basse est à 2 est la plus haute à 10 ; écart-type = 2,1.

Sur 96 réponses, 28 sont des enfants de moins de 10 ans et leur moyenne d'EVA avant l'intervention du coupeur de feu est de 8,1 contre 7,1 pour les plus de 10 ans (médiane = 8,7 contre 7,5 ; écart-type = 1,9 contre 2,2).

Amélioration de la douleur par l'action du coupeur de feu :

Nous évaluons l'amélioration de la douleur par la différentielle des EVA. Rappelons que la différentielle des EVA = (EVA avant l'intervention d'un coupeur de feu) – (EVA après l'intervention d'un coupeur de feu) ; soit la diminution de la douleur chiffrée de 0 à 10.

Sur 92 patients :

21 % des patients annoncent une différentielle strictement inférieure à 2 (19 patients peu soulagés sur 92),

41 % l'annoncent entre 2 et 5 (38 patients assez soulagés),

Et 38 % supérieure ou égale à 5 (35 patients très soulagés).

En moyenne, les patients annoncent une différentielle des EVA de 4,57 points ; la médiane est 4,4 ; écart-type = 2,65.

La douleur après l'intervention du coupeur de feu est évaluée en moyenne à 2,88 points par l'ensemble des patients ; la médiane est 2 ; écart-type = 2,18.

Le minimum de la différentielle est de -1 (un patient avait plus mal d'un point après par rapport à avant l'intervention du coupeur de feu).

Le maximum est de 10 (un patient avait une douleur vraiment intolérable et a été totalement soulagé).

Nous pouvons également mesurer le pourcentage de variation de l'EVA à l'issue de la prise en charge par le coupeur de feu avec la formule suivante :

$$100 \times (\text{douleur avant} - \text{douleur après}) / (\text{douleur avant})$$

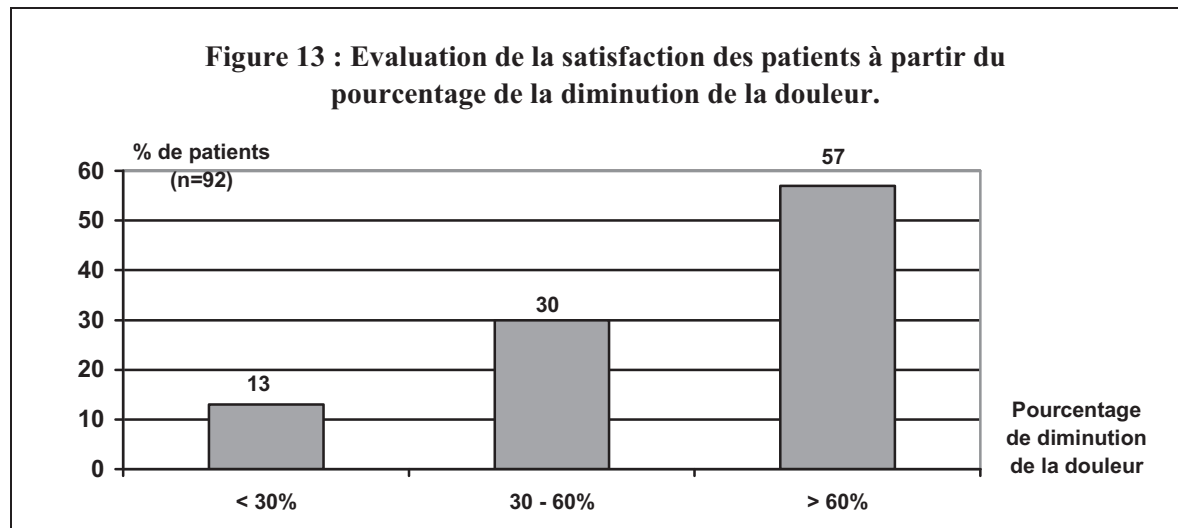


Figure 13 : Evaluation de la satisfaction des patients à partir du pourcentage de la diminution de la douleur

La moyenne du pourcentage de la diminution de la douleur sur les 92 patients est de 60 % ; la médiane est 67 % ; l'écart-type est de 29 %.

Le minimum est de - 20 %, le maximum de 100 %.

Délai d'efficacité du coupeur de feu d'après les patients :

n = 53 ;

inférieure à 15 minutes (min) : 34 cas (64 %) ;

entre 15 et 60 min : 15 cas (28 %) ;

supérieure à 1h : 4 cas (7,5 %) ;

moyenne = 30 min (Annecy = 25 min ; Thonon = 35 min ; Annemasse = 45 min) ;

médiane = 15 min (Annecy = 12 min ; Thonon = 20 min ; Annemasse = 12 min) ;

écart-type = 47 min (Annecy = 41 min ; Thonon = 33 min ; Annemasse = 1h21 min).

Recours antérieurs :

27 patients sur 114 (24 %) ont déjà eu recours au moins une fois à un coupeur de feu auparavant ; et 12 % au moins deux fois.

Cela ne semble pas être influencé par le sexe ($p > 0,1$).

Satisfaction des patients selon certains critères :

Les tests croisant la satisfaction des patients avec leurs caractéristiques ou les caractéristiques des brûlures sont disponibles en annexe 4. Nous retiendrons tout particulièrement que nous n'avons pas retrouvé de différence ou de concordance statistiquement significative dans cette enquête, selon la différentielle des EVA, entre la satisfaction des patients quand le coupeur de feu agit par téléphone et quand le coupeur de feu s'est déplacé auprès du patient (35 % de patients très soulagés quand le coupeur de feu agit par téléphone contre 40 % quand le coupeur de feu se déplace auprès du patient, pour un effectif de 89 cas ; $p = 0,84$).

2.4. Enquête auprès des médecins généralistes

2.4.1. Effectifs

210 médecins ont répondu sur les 738 médecins généralistes inscrits au Conseil de l'ordre de Haute-Savoie à la fin 2006, soit 28,5 %, avec 65 réponses par mail et 145 réponses par courrier.

2.4.2. Caractéristiques des médecins

- 69 % de médecins hommes sur 209 questionnaires ;
- une moyenne d'âge de 50,2 ans sur 195 questionnaires ;
- sur 198 réponses, 12 % des médecins disent exercer en milieu rural ; 52 % en milieu semi-rural ; et 37 % en milieu urbain ;
- sur 206 réponses, 100 % des médecins savent ce que sont les coupeurs de feu ;
- enfin, dix médecins sur 204 qui ont répondu disent être coupeurs de feu (deux femmes et huit hommes) ; quatre d'entre eux semblent pratiquer le pansement de secret régulièrement (surtout pour couper le sang pour un d'entre eux ; un autre a découvert le don tout seul) ; deux ne pratiquent pas ; trois ne précisent pas et un est ambivalent. Ces médecins coupeurs de feu ont plus de quarante ans dans 9 cas sur 10. Au moins trois ne sont pas originaires de Haute-Savoie.

2.4.3. Opinion des médecins généralistes sur l'action des coupeurs de feu

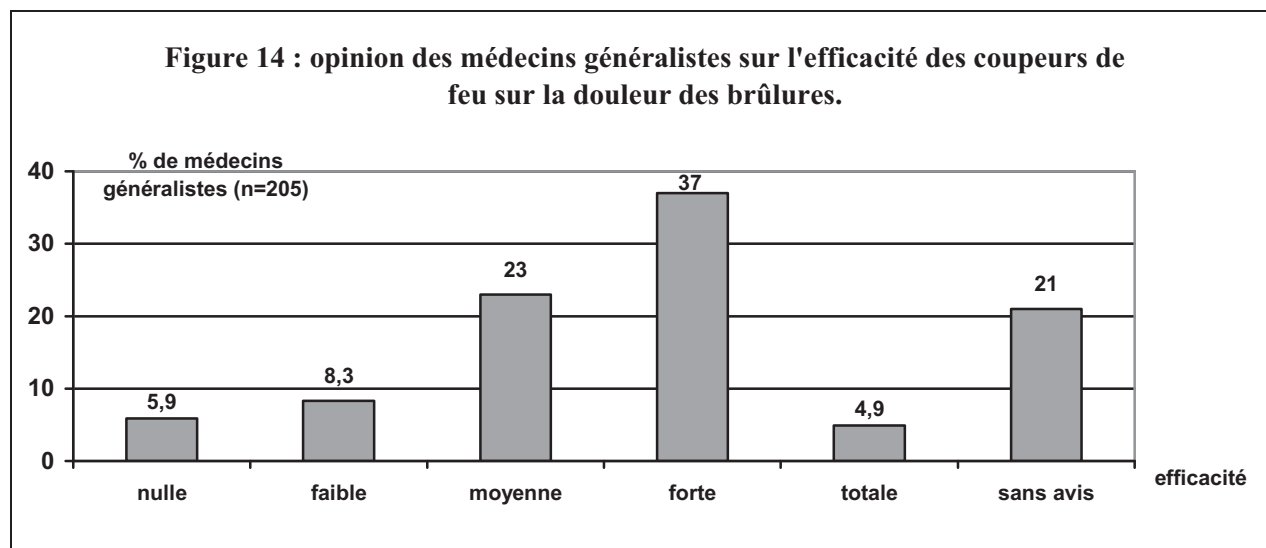


Figure 14 : Opinion des médecins généralistes sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures

Les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire ont en majorité une opinion moyenne à bonne de l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur bien que 21 % n'aient pas d'avis.

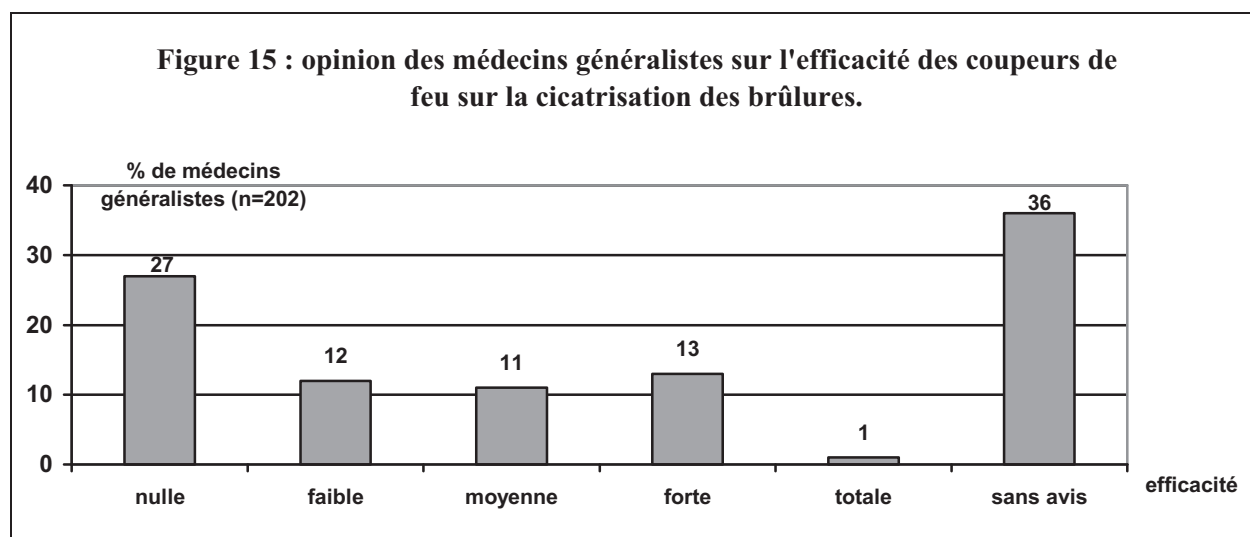


Figure 15 : Opinion des médecins généralistes sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la cicatrisation des brûlures

Les médecins généralistes ont une opinion nettement moins bonne de l'efficacité des coupeurs de feu sur la cicatrisation des brûlures que sur la douleur ; 36 % n'ont pas d'avis.

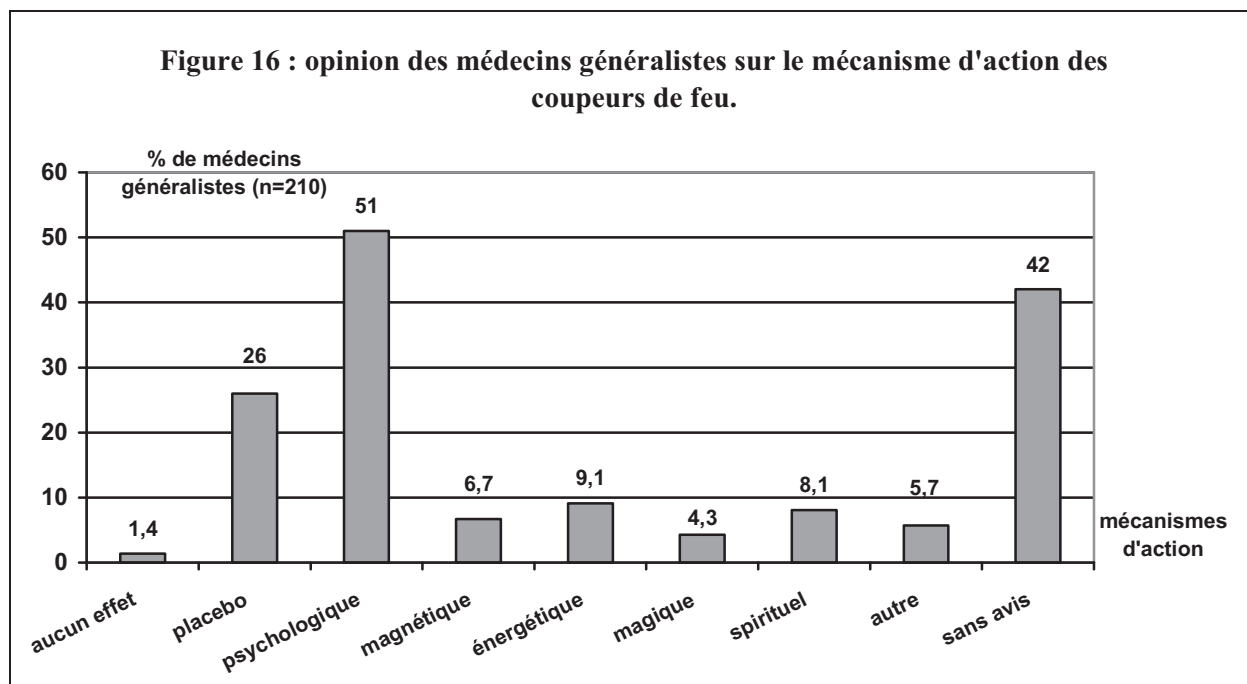


Figure 16 : Opinion des médecins généralistes sur le mécanisme d'action des coupeurs de feu

La question était à choix multiples. On note une prédominance dans le choix des effets psychologique et placebo ; très peu pensent qu'il n'y a pas d'effet ; 42 % n'ont pas d'avis.

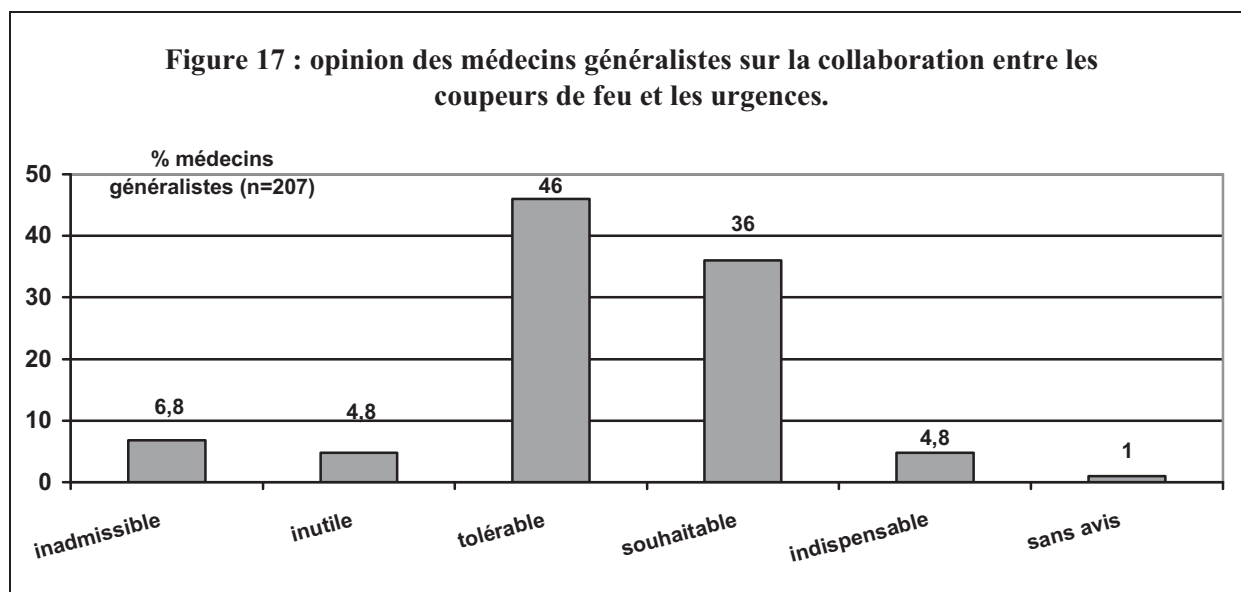


Figure 17 : Opinion des médecins généralistes sur la collaboration entre les coupeurs de feu et les urgences
Peu de médecins ont un avis extrême sur cette collaboration. Beaucoup la tolèrent seulement, et un peu moins pensent qu'elle est souhaitable.

2.4.4. Rapports entre médecins généralistes et coupeurs de feu

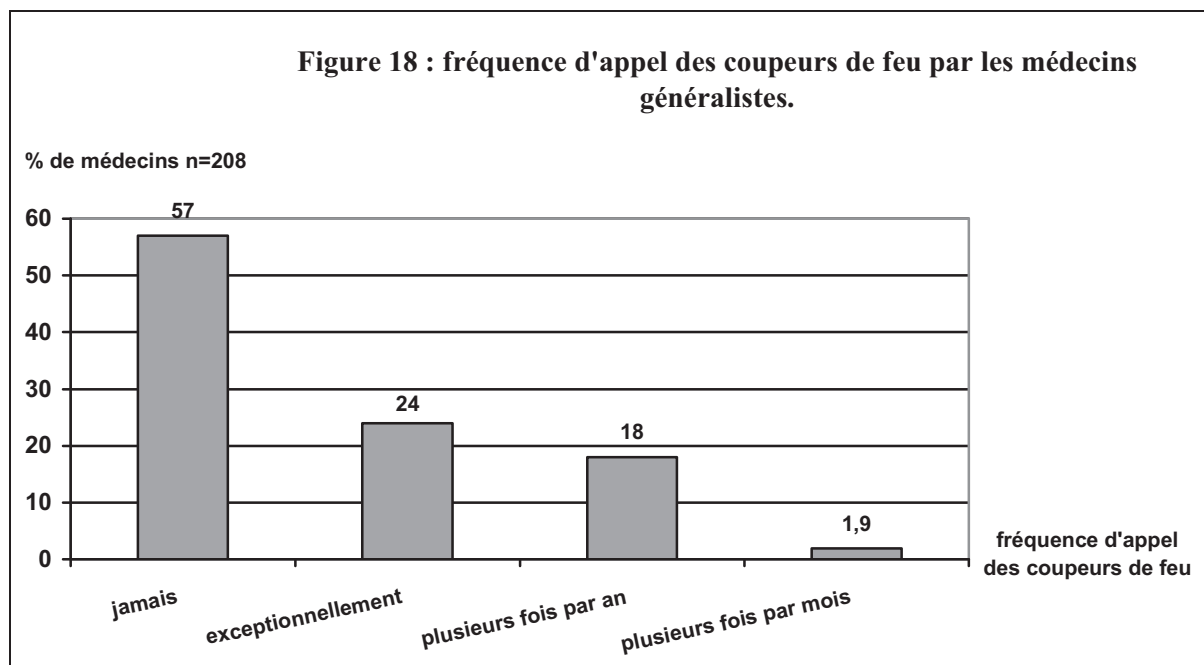


Figure 18 : Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les médecins généralistes

Signalons dès maintenant que notre impression, après avoir étudié les questionnaires, est que des médecins ont répondu qu'ils « faisaient appel » même s'ils ne faisaient que cautionner la démarche des patients (car bon nombre de médecins disent faire appel mais ne connaissent pas de coupeur de feu ; et certains se sont plaints de ne pas en connaître pour pouvoir orienter leurs patients).

- Sur 209 réponses, 31 médecins (15 %) font appel à des guérisseurs et panseurs de secrets autres que des coupeurs de feu, notamment pour le zona, les verrues, les radiodermites, les douleurs ostéo-articulaires, les dermatoses, les troubles du sommeil ou du comportement, les hémorragies.

- Sur 201 réponses, 92 médecins (46 %) seraient prêts à faire appel à un coupeur de feu pour eux-mêmes ou un de leurs proches.

▪ Les médecins avancent le plus souvent les raisons suivantes pour justifier le fait de faire appel (n = 191 dont 101 ne font pas appel) :

- l'efficacité (15 fois) ;
- la douleur ou la gravité de la brûlure, ou la douleur malgré les soins classiques (17 fois) ;
- à la demande du patient (11 fois) ;
- feeling selon les personnes, ou croyance du patient (9 fois) ;
- approuve la démarche du patient (8 fois).

▪ Seulement trois médecins sur 208 (1,4 %) ne connaissent personne qui aurait déjà fait appel à un coupeur de feu, la quasi-totalité des médecins en connaît plusieurs, voire beaucoup.

▪ 82 médecins sur 198 (41 %) connaissent des institutions qui font appel aux coupeurs de feu ; sont cités : les services d'urgences d'Annecy, de Thonon-les-Bains, de St Julien et de Cluses, des services de radiothérapie, des services de grands brûlés, le centre de cancérologie à Praz Coutant, certains chirurgiens, le CHU de Genève, une école primaire, des secouristes, le CHU Lausanne, un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), des infirmières et sages-femmes, les pompiers, d'autres CH...

Même remarque que pour les soignants : il n'y pas d'appel de la part des services de grands brûlés ; ce n'est qu'une rumeur et nous ne sommes pas en mesure de confirmer non plus les autres allégations sauf pour certains services d'urgences, certains services de radiothérapie et les pompiers.

▪ 92 médecins sur 206 (45 %) ne connaissent aucun coupeur de feu ; certains en connaissent une dizaine.

▪ 100 médecins sur 205 (49 %) pensent que plutôt oui, leurs patients les informent, et 105 (51 %) plutôt non.

▪ Les médecins de plus de 40 ans connaissent plus souvent des coupeurs de feu (42 sur 65 des 40-50 ans (65 %) et 54 sur 93 des plus de 50 ans (58 %) connaissent au moins un coupeur de feu contre 13 sur 34 des moins de 40 ans (38 %) ; p = 0,04).

- 16 médecins sur 23 en milieu rural (70 %) connaissent au moins un coupeur de feu contre 55 sur 100 en milieu semi-rural et 38 sur 71 (54 %) en milieu urbain ; la différence n'est pas significative ; $p > 0,1$.

N.B. : notons qu'à partir de la question auprès des médecins généralistes et des soignants qui demandait d'identifier les coupeurs de feu qu'ils connaissaient d'une manière semi-anonyme (prénom et première lettre du nom ainsi que la commune d'exercice), nous avons pu recenser au moins 241 coupeurs de feu différents en Haute-Savoie.

3. Discussion

Ces quatre enquêtes nous permettent de mieux connaître les coupeurs de feu en Haute-Savoie aujourd'hui et de mieux percevoir leurs pratiques que ce soit parallèlement aux méthodes conventionnelles de soins ou bien en association avec les acteurs de la médecine universitaire. Là est le mérite de notre étude, dans le sens où nous n'avons trouvé aucune référence sur la collaboration entre les leveurs de maux et les instances sanitaires officielles.

Les coupeurs de feu rencontrés se dévoilent pour nous faire connaître leur situation et leurs pratiques. Ils s'apparentent tout à fait à ceux que l'on retrouve dans la littérature anthropologique même si l'on devine ici que les pratiques s'adaptent et se déplacent.

Les soignants interrogés au sein des trois services des urgences d'Annecy, Thonon-les-Bains et Annemasse sont majoritairement favorables à l'action des coupeurs de feu et cela même au sein de leurs pratiques hospitalières. Les médecins généralistes en Haute-Savoie gardent plus de distance, rarement catégoriquement pour ou contre. Certains soignants ou médecins sont eux-mêmes coupeurs de feu.

Enfin les patients semblent favorables à l'intervention des coupeurs de feu. On perçoit que certains font appel, bien sûr, sans l'aide de la médecine. Mais une frange importante semble satisfaite de l'intervention des coupeurs de feu au sein de l'institution hospitalière.

Il n'est pas possible de généraliser nos résultats aux autres hôpitaux de Haute-Savoie et au-delà. Mais le point de vue que propose l'ensemble de ces enquêtes visait cette collaboration soutenue à titre d'exemple.

3.1. Les coupeurs de feu

Les coupeurs de feu ne peuvent pas être des charlatans d'une part parce que le don se transmet en confiance et dans le secret à un destinataire dont on sait la probité morale, mais aussi parce qu'un coupeur de feu n'accepte pas de rémunération et qu'il est obligé de

répondre aux demandes des personnes en souffrance. Si, la pratique se « modernisant », le lien avec la tradition strictement rurale se perd peu à peu, la transmission du don peut perdre également petit à petit le sens de certaines exigences du rituel. Toutefois, dans nos entretiens nous sentons survivre la ferveur du lien historique, l'humilité des pratiques, le don de soi. Toutes les personnes rencontrées signifient bien qu'elles ne demandent jamais de rémunération quand on les appelle en tant que coupeurs de feu. D'ailleurs, l'interaction se faisant souvent par téléphone, il n'est pas question de transaction. Les coupeurs de feu présentent une disponibilité évidente. Les dizaines d'appels par jour qu'ils ont pu parfois recevoir, du fait de la médiatisation de leur pratique, attestent encore de la prégnance du vécu de l'obligation de soulager toutes les demandes.

Nous avons été confronté parfois à une volonté des coupeurs de feu, plutôt ceux de la nouvelle génération, de nous rencontrer pour discuter du don et de leurs pratiques. A l'inverse, nous pouvons ressentir encore l'existence de certaines réticences à en parler, surtout chez les leveurs ruraux retraités. Peut-être que notre condition de futur médecin ne les encourage pas à se dévoiler. Il faut reconnaître que les leveurs interrogés, du fait d'un biais de sélection, sont majoritairement favorables à la diffusion de leur pratique puisque la plupart d'entre eux proposent leur collaboration au sein des services des urgences. Il en est d'autres, assurément, qui agissent encore dans la discrétion traditionnelle, le secret, et la simplicité rurale ; moins on en parle mieux c'est ! Bien que certains puissent être victimes de leur réputation...

Les caractéristiques socioprofessionnelles des coupeurs de feu dans notre étude changent par rapport à celles annoncées dans la littérature (A. Julliard principalement). Le recrutement à partir des listes de coupeurs de feu disponibles aux urgences nous ont amenés à trouver cinq personnels de santé, deux artisans, une employée de banque, un responsable administratif et politique, une commerçante, un agriculteur, un chauffeur routier. Un coupeur de feu s'est lancé dans le soin non conventionnel presque à plein temps et une s'est investie dans le développement personnel (sophrologie, PNL, communication) avec une pratique supplémentaire de voyance. Quoiqu'il en soit, le don pour lever les brûlures ou d'autres maladies est toujours pratiqué exclusivement en parallèle d'un métier ou, parfois, d'une pratique de soin non conventionnelle rémunérée.

Il y a dans nos inclusions quatre femmes pour dix hommes.

Le rapport avec la religion n'est que rarement mis au premier plan.

Nous pouvons confirmer que tous les coupeurs de feu rencontrés sont convaincus de l'efficacité de leur action. Il est vrai que les avis peuvent diverger à propos de l'efficacité sur la cicatrisation c'est-à-dire sur la lésion physique de la brûlure, ou bien sur la souffrance subjective, ou encore sur les modalités d'action. Mais ces personnes sont des coupeurs de feu car elles croient en leur propre action et elles sont reconnues socialement comme tels.

Il est intéressant de constater qu'il y a un médecin généraliste et un chirurgien qui coupent le feu dans nos inclusions. La Raison scientifique les fait douter de certaines nécessités du rituel comme la prière elle-même ou certaines règles de transmission. Un autre médecin généraliste coupeur de feu, dans un questionnaire, nous signalait qu'il était un peu ennuyé d'être le destinataire de ce don (transmis par une patiente) à cause du rapport religieux évident dans les mots, ce qui n'est pas « sa tasse de thé ».

Les caractéristiques du don :

Quasiment tous les coupeurs de feu rencontrés lèvent d'autres maux, au moins le zona et souvent les hémorragies, les douleurs en général, les entorses, les contusions.

L'utilisation du don à distance n'est pas systématique mais habituelle. Au départ, le don ne pouvait pas être utilisé par téléphone ; nous comprenons bien sûr l'anachronisme de ces concepts. Mais, pourtant, il a probablement toujours été possible de bénéficier du panseur de secret à distance (sur photo, bout de tissu ou peut-être même simplement par la pensée), parce que les distances n'étaient pas faciles à parcourir, surtout si l'on était souffrant.

La transmission du don ne s'est pas faite dans les règles et le contexte habituels pour Mme R..., Mr C... et Mr T... . C'est sur une prédisposition innée s'apparentant au magnétisme que s'est greffé le don, transmis par un confrère, dans le cas de Mr T... . Mr C... l'a découvert dans son propre rapport à la maladie et Mme R l'a découvert spontanément. Cependant, Mme R... associe une prière pour couper le feu qu'elle ne garde pas secrète et qu'elle a pu associer à sa pratique. Ainsi se mêlent les pratiques des panseurs de secrets avec d'autres méthodes de guérissage comme a pu le constater aussi A. Julliard.

Les sensations physiques des coupeurs de feu (fatigue, sensation de chaud ou de froid, « se sentir vidé ») liées à leurs pratiques ne sont pas généralisables. Quatre coupeurs de feu sur neuf le rapportent.

L'action sur les animaux n'est pas rare, mais on la retrouve chez les panseurs qui utilisent plusieurs prières pour plusieurs maladies (en effet, les animaux se brûlent rarement !). Il s'agit le plus souvent d'arrêter les hémorragies (notamment au moment de la mise bas des gros animaux) et de soigner les dermatoses et les affections ostéo-articulaires.

Qu'en est-il de la possibilité de faire le mal ? On ne sait pas trop, mais chacun comprend le lien possible entre guérir le mal ou le créer avec des formules qui rapprochent alors l'exercice du don de celui de la sorcellerie. La bibliographie l'atteste parfois¹. Certains coupeurs de feu que nous avons rencontrés nous parlent de formules pour faire le mal comme une composante historique de leur don. Mais systématiquement, aujourd'hui, les coupeurs de feu se défendent bien de s'immiscer dans ces pratiques qu'ils jugent dangereuses, pour les victimes bien sûr, mais aussi pour eux-mêmes. Ainsi cette composante en annexe du don disparaît. (Il faut bien distinguer les sorciers, qui existent encore comme l'atteste D. Camus², des leveurs de maux.)

Le mécanisme d'action selon les coupeurs de feu eux-mêmes n'est que rarement avancé. On peut considérer que s'intéresser à ces mécanismes est une attitude moderne. La question n'avait pas besoin d'être posée, historiquement. Aujourd'hui, les gens sont sceptiques et veulent des garanties, ou alors ils sont curieux et veulent savoir ; le mécanisme d'action est la problématique d'aujourd'hui. Mais la plupart des coupeurs de feu se placent simplement comme acteurs sans se prononcer sur le mécanisme en jeu.

Les raisons avancées pour les échecs de la cure sont multiples : il peut s'agir d'une faute dans le rituel (altération de la prière, mauvais ordre des actions à répéter, ...), d'un écran qui empêche l'action du coupeur de feu (crèmes, eau, pansements, ...), ou, d'après la littérature^[32], d'un sort jeté par un sorcier, plus difficile à traiter ; en dernière explication le patient peut résister à l'action du coupeur de feu. Mais devant un échec, les leveurs de maux se méfient principalement de l'existence d'une pathologie plus sérieuse que prévue (exemple de la fracture sur un traumatisme de la cheville que prend en charge un panseur avec une prière pour les entorses ou les foulures). Dans ce cas, ils incitent systématiquement le patient à

¹ Markale J. *En forêt de Perseigne, sorciers et guérisseurs « blancs »*.^[38]

² Camus D. *La sorcellerie en France aujourd'hui*. Ed. Ouest-France, 2001.

consulter un médecin. Cette dernière explication nous paraît convenable dans le sens où elle limite l'échappement aux soins conventionnels.

Les anthropologues ont étudié les leveurs de maux dans un contexte qui date déjà d'au moins deux décennies. Cela est moins vrai pour Dominique Camus même si les éléments qu'il rapporte relèvent d'un contexte très rural et d'une région très attachée aux valeurs traditionnelles. Mais dans notre société actuelle, avec ses mouvements de populations, ses avancées techniques et scientifiques notamment en médecine, et son évolution spirituelle et religieuse, les coupeurs de feu changent de plus en plus dans leurs façons de vivre leur don et de le pratiquer.

A. Julliard disait déjà dans les années 90 que l'interrogation de la nouvelle génération portait plus sur le pouvoir des mots, comme si l'on prenait du recul par rapport à l'acte thérapeutique originel, divin, parce que justement, ces origines nous paraissent peut-être bien de plus en plus lointaines, ou alors de moins en moins en rapport avec notre société moderne. Paradoxalement, la prière est peut-être récitée avec une approche plus magique : « comment cela peut-il marcher ? » Voilà la question que l'on se pose aujourd'hui, une question qui n'existait pas auparavant, ou en tout cas pas en ces termes car il y a toujours eu des sceptiques. La société change, les mentalités avec, et les pratiques, ou plutôt la préhension de ces pratiques doit s'adapter.

3.2. Pourquoi le recours aux coupeurs de feu : explication rationnelle d'un phénomène social ?

Dans l'histoire de la médecine on remarque, depuis l'Antiquité, une étroite relation entre les représentants de l'ordre religieux ou spirituel de la société observée et le guérisseur au sens de celui qui soigne traditionnellement. De son côté, la médecine universitaire semble être une exception dans l'histoire de la santé à cause de l'absence totale de prise en compte de l'âme et du besoin spirituel de l'homme. Nous sommes bien heureux de voir notre médecine tout à fait détachée du contexte expiatoire de la tradition catholique, progrès social définitif plutôt récent ; mais nous souffrons, comme la plupart, de l'absence de repères et de valeurs holistiques.

Le progrès scientifique médical majeur de ces dernières décennies n'est pas compatible avec un abord spirituel de l'homme, dimension cosmique non mesurable mais variable à l'infini dans la compréhension de chacun ou de chaque société. La spiritualité n'est pas une science, la science n'est pas une spiritualité. Manifestement, les guérisseurs posent ici un pont, ou même un viaduc si l'on veut imaginer l'ampleur mondiale du recours aux guérisseurs traditionnels.

Toutefois, en ce qui concerne les coupeurs de feu, la tradition historique catholique de leurs pratiques ne les inscrit pas pour autant dans une prise en charge spirituelle. Les coupeurs de feu eux-mêmes se détachent de plus en plus de la tradition catholique et de la Foi. André Julliard le notait déjà à la fin des années 70 quand il remarquait que le baptême était de moins en moins ressenti comme une obligation pour transmettre et exercer le don. Aujourd'hui, nombre de coupeurs de feu ne sont plus croyants. Seulement 7,5 % des soignants et 8,1 % des médecins généralistes imaginent un « mécanisme d'action » spirituel (ce n'est pour autant pas négligeable). C'est bien sûr aux patients qu'il aurait fallu poser la question. Mais on peut supposer que la laïcisation et le mélange des cultures dans notre société font que l'action des coupeurs de feu est probablement de moins en moins proche de ses origines catholiques, origines illégitimes car en opposition avec l'Eglise. N'amalgamons donc pas ici l'Eglise catholique avec la tradition catholique, populaire. Rappelons que l'Eglise a toujours

condamné ces pratiques qu'elle jugeait laïques, même si des hommes de foi ont pu favoriser leur usage.

Nous en revenons donc aux raisons des docteurs Carsalade et Naves pour expliquer l'adhésion et la croyance en ces pratiques médico-magiques :

- l'appartenance à une même culture, la reconnaissance de valeurs et d'un langage commun, ce qui n'est pas tout à fait soutenu par notre enquête qui trouve aussi chez les musulmans une adhésion significative à ces pratiques populaires françaises (13 musulmans sur 17 interrogés croient en l'action des coupeurs de feu – on peut toutefois se poser la question de savoir si ces personnes connaissaient toutes l'existence des coupeurs de feu avant de répondre au questionnaire) ;
- la conception de la maladie et son retentissement dans les activités humaines ; on peut se demander, avec notre enquête, si le retentissement social et financier d'un accident de travail, puisqu'il est pris en charge et reconnu par l'Administration, nécessite maintenant moins le soutien médico-magique de nos médecines populaires (nous l'avons vu, les soignants proposent nettement moins souvent l'intervention d'un coupeur de feu quand la brûlure est un accident de travail) ;
- la croyance en l'existence d'une intervention surnaturelle (le don), là où échouent l'action scientifique et la « médecine légitime » ;
- l'impuissance de la pensée scientifique à donner un sens au vécu de la souffrance.

Au regard de nos chiffres, que dire sur le rôle social de l'Administration dans la prise en charge des accidents de travail ? D'un point de vue social, la maladie dans le rapport au travail a toujours semblé lourde de représentations et de revendications, que ce soit dans le cadre de la maladie qui empêche le travail ou du travail qui crée la maladie. Nous avons vu le rôle historique du guérisseur dans le recouvrement des capacités du patient à accomplir son labeur. Aujourd'hui, la Sécurité Sociale prend en charge les conséquences de la perte de rendement et indemnise l'accident de travail et la maladie professionnelle. Réponse adéquate ? Oui... et non ! Catastrophisme, abus, chronicisation et invalidité, bénéfices secondaires, ... La prise en charge globale par le guérisseur rendait du sens à la guérison du patient par rapport à son rôle dans la société et dans la famille. A moins que l'absence d'indemnisation par la société ne laissait pas d'autre issue au malade que la guérison ou la misère ?

Au final, en théorie, pour nous, le caractère mystique est le principal attrait de cette « thérapeutique non conventionnelle », comme une réponse sans preuve à quelque chose de plus que la science pour le maintien et le recouvrement de la santé de l'Homme, comme il l'a toujours su... ou cru ? La technocratie n'a pas tout à fait remplacé cet « instinct cosmique », et notre société occidentale est en demande. Le retour au naturel et au traditionnel, le bio et le terroir, ou la culture du bien-être, à travers toutes les relations imaginables entre les êtres et avec la nature, sont les valeurs d'aujourd'hui pour une santé holistique, globale.

Ajoutons que le phénomène de croyance, en tant que phénomène ethnologique ou psychologique, est une entité qui colle à l'humain et qui a été théorisée. Il semble qu'on ne puisse y échapper, en tout temps comme en tout homme ?

En pratique, d'après les soignants interrogés, le recours au coupeur de feu aux urgences se justifient d'abord parce que les patients sont demandeurs, ensuite parce que c'est efficace. Il semblerait que la gravité de la douleur soit un critère favorisant le recours à l'initiative des soignants, « il n'y a rien à perdre » ! Les raisons sont sensiblement les mêmes pour ceux des médecins généralistes qui cautionnent le recours au coupeur de feu. L'empirisme est donc de mise.

3.3. Opinions et épidémiologie du recours au coupeur de feu

3.3.1. Dans les services d'urgences

Opinion des soignants :

70 % des soignants pensent que l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur est forte ou totale, 30 % en ce qui concerne l'efficacité sur la cicatrisation. Très rares sont les soignants qui pensent qu'il n'y a pas d'effet du tout. Enfin, dans 81 % des cas, les soignants pensent que la collaboration des coupeurs de feu avec les services d'urgences est souhaitable ou indispensable. Bien sûr, nous ne pouvons pas généraliser ces opinions à l'ensemble des

soignants du département et encore moins au-delà car il s'agit ici d'un avis orienté par une collaboration presque instituée ce qui n'est pas une généralité. Il en est de même pour les statistiques que nous avançons à propos de la fréquence du recours aux coupeurs de feu (seulement 12 % des soignants des services d'urgences d'Annecy, de Thonon-les-Bains et d'Annemasse ne font jamais appel à un coupeur de feu pour les patients).

Opinion des patients :

Nous sommes relativement impressionnés par le nombre de patients qui croient en l'action des coupeurs de feu (plus de 80 %). Nous pouvons imaginer ici un biais d'intervention et d'inclusion : les soignants pensaient peut-être plus facilement à donner un questionnaire aux patients quand ils pensaient à leur proposer l'intervention d'un coupeur de feu ; et ils pensaient peut-être à proposer l'intervention d'un coupeur de feu plus facilement s'ils avaient l'impression que les patients y étaient plutôt réceptifs... Certains tests statistiques sont en cette faveur : les soignants proposent l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences à des patients qui y croient dans 85 % des cas, alors que parmi les patients à qui ils ne le proposent pas, seulement 68 % y croient ($p = 0,02$). Et 85 % des patients qui croient en l'action des coupeurs de feu acceptent cette intervention contre seulement 53 % de ceux qui n'y croient pas ($p = 0,005$). Cela a probablement un impact sur la satisfaction des patients qui bénéficient de l'intervention.

Le recours aux coupeurs de feu aux urgences :

Comme on pouvait l'attendre à la suite du choix de ces trois hôpitaux comme centres de recueil, l'enquête auprès des patients montre que l'on propose moins souvent l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences d'Annemasse que dans les deux autres centres de recueil. Nous remarquons d'ailleurs que seulement 56 % des patients d'Annemasse à qui l'on a proposé l'intervention du coupeur de feu l'ont accepté ; cela correspond à seulement neuf cas ce qui explique que nous ne puissions pas tirer de conclusion sur le taux d'acceptation de l'intervention d'un coupeur de feu par les patients d'Annemasse. En moyenne, dans les trois centres, 81 % des patients acceptent l'intervention du coupeur de feu ; seulement 21 patients ont refusé, et parmi ces 21 patients, neuf avaient déjà fait appel à un coupeur de feu avant de venir aux urgences.

Notons une particularité aux urgences d'Annecy : les coupeurs de feu se déplacent auprès du patient dans 70 % des cas, et agissent donc par téléphone dans 30 % des cas, alors qu'à Thonon-les-Bains et à Annemasse, l'intervention se fait par téléphone dans la plus grande majorité des cas (96 % et 72 %). Nous pouvons expliquer ce phénomène par le fait qu'il existait deux coupeurs de feu qui travaillaient aux urgences d'Annecy, un le jour et une la nuit. En plus, un coupeur de feu qui intervenait sur demande à Annecy nous disait se déplacer autant que possible auprès du patient. Il y avait aussi des soignants qui coupaient le feu à Thonon-les-Bains et à Annemasse mais ils ne couvraient pas une présence aussi régulière qu'à Annecy.

Nous pouvons dire que 59 % des patients qui consultent pour brûlure bénéficient de l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences, mais des différences existent probablement entre les différents hôpitaux. Il est possible que si l'on avait fait cette enquête dans les services d'urgences de Sallanches, de Cluses et de Bonneville, le taux de patients qui y auraient bénéficié de l'intervention d'un coupeur de feu aurait été beaucoup plus modeste. En effet, d'après notre sondage téléphonique, les services des urgences de ces hôpitaux semblent faire bien moins souvent appel aux coupeurs de feu.

3.3.2. En médecine générale

On remarque que les avis des médecins généralistes sont plus partagés que ceux des soignants.

En effet, en ce qui concerne l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur, il y a beaucoup plus de médecins sans avis que chez les soignants. Il y a plus de médecins qui pensent que cette efficacité est nulle ou faible. Mais il y a quand même 42 % des médecins généralistes qui pensent que l'action des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures est forte ou totale.

Si les soignants croient plutôt en une efficacité moyenne ou forte de l'action des coupeurs de feu sur la cicatrisation des brûlures, les médecins croient plutôt en une efficacité nulle ou faible. Il y a autant de sans avis.

Pour l'opinion sur le mécanisme d'action, les médecins et les soignants pensent facilement à un effet placebo et/ou psychologique. Mais les soignants pensent tout autant à un effet magnétique et/ou énergétique.

Les médecins généralistes sont moins massivement favorables que les soignants des services d'urgences à la collaboration des services d'urgences avec les coupeurs de feu.

D'ailleurs les médecins généralistes font nettement moins souvent appel aux coupeurs de feu que les soignants : 57 % des médecins généralistes ne font jamais appel contre 12 % des soignants des services des urgences étudiés. De la même manière, ils sont beaucoup moins souvent prêts à faire appel à un coupeur de feu pour eux-mêmes ou pour un proche (46 % contre 93 % pour les soignants). On ne sait pas si c'est leur condition de médecin qui les empêche (statistiquement) de faire appel plus souvent ou bien si c'est le fait de ne pas travailler aux urgences (pour le savoir, il aurait fallu une enquête de plus grande envergure pour pouvoir interpréter la différence de croyance et de recours entre les médecins urgentistes et les autres soignants dans les services d'urgences).

Par contre, ils sont autant à faire appel à des guérisseurs ou des leveurs pour d'autres pathologies. Peut-être alors que la brûlure, dans son caractère urgent, concerne plus les soignants aux urgences.

Il y a 41 % de médecins généralistes qui ne connaissent aucun coupeur de feu contre 27 % des soignants. Ceci peut expliquer que les médecins généralistes y ont moins souvent recours que les soignants. D'autant que certains médecins se sont plaints de ne pas en connaître pour pouvoir orienter leurs patients. Cela dit, on peut se demander pourquoi les médecins généralistes connaissent moins de coupeurs de feu que les soignants des services d'urgences. Peut-être sont-ils moins systématiquement originaires de la région où ils exercent ; il est possible également que les coupeurs de feu se gardent bien de se faire trop connaître auprès des médecins généralistes, peut-être pour les mêmes raisons évoquées plus haut que celles qui empêchent souvent les patients de parler à leur médecin de leurs visites chez le guérisseur (peur du ridicule ou de lui manquer de respect, pensent que le médecin est contre ces pratiques, cela n'est pas son affaire) ^[45]. A ce propos, il y a à peu près autant de médecins généralistes qui pensent que leurs patients les informent de leur recours à un coupeur de feu que l'inverse. Disons que pour mieux le savoir, il aurait fallu poser la question dans le questionnaire pour les patients !

3.4. Satisfaction des patients

Après l'intervention du coupeur de feu, sur 111 cas, trois quart des patients sont très satisfaits (note au coupeur de feu supérieure ou égale à 7/10) ; 80 % des patients ont été assez ou très soulagés ; 87 % des patients annoncent un pourcentage d'amélioration de l'EVA supérieur à 30 % ; les patients ont été soulagés en quinze minutes pour 64 % d'entre eux. 25 % des patients n'ont pas reçu d'antalgique.

Ces chiffres particulièrement élevés sont comparables à ceux du Dr Marina Gaimon ^[45] dans son enquête auprès d'une population rurale berrichonne pour évaluer la satisfaction des patients en termes de guérison complète ou situation améliorée de façon significative après consultation d'un guérisseur (89 % pour les pathologies dermatologiques, 93 % pour les brûlures, 65 % pour les douleurs de toutes origines).

Nous n'avons pas suffisamment d'arguments pour savoir si l'action des coupeurs de feu apparaît plus satisfaisante sur les brûlures plutôt superficielles ou bien plutôt profondes ou encore en fonction du mécanisme de la brûlure ou de sa localisation.

Nous n'avons pas plus d'indication sur le rapport entre l'efficacité du coupeur de feu apportée par le patient et le crédit que lui porte ce patient.

Par contre, dans notre enquête, la satisfaction des patients n'est pas statistiquement différente selon que les coupeurs de feu agissent par téléphone ou auprès des patients.

Des biais concernant ces résultats sont indiscutables. Nous supposons que l'évaluation de sa douleur par le patient était souvent rétrospective. De plus, il n'a évidemment pas été possible de dissocier les effets du passage de la brûlure sous l'eau, du pansement ou de l'éventuelle prescription d'antalgiques sur la douleur par rapport à l'action du coupeur de feu. Le délai d'action du coupeur de feu jugé par les patients n'est pas pris en compte dans notre évaluation. Enfin, donner une note au coupeur de feu est une approche très subjective.

Par rapport au délai d'action du coupeur de feu, nous nous attendons à observer l'effet antalgique dans le quart d'heure qui suit l'intervention du coupeur de feu, et c'est ce qu'ils disent eux-mêmes. Quand un patient admet être soulagé, mais en plus d'une demi-heure, beaucoup de facteurs peuvent être interprétés comme antalgiques (simplement le temps, ou bien la prise de médicaments antalgiques, ou le pansement qui a eu le temps d'être fait, ...).

Evoquons enfin « l'effet Hawthorne » selon lequel le seul fait de participer à un protocole de recherche modifie les comportements ^[5]. Les patients pouvaient être incités par l'enquête à associer l'amélioration de leur douleur avec l'intervention du coupeur de feu sans la preuve d'une relation de cause à effet.

Mais si aucune explication scientifique du mécanisme d'action spécifique des coupeurs de feu n'est satisfaisante, nous avons vu que l'effet placebo peut rendre compte de résultats tout à fait significatifs. La qualité de l'empathie, de la relation soignant/malade, caractérisée par une vision holistique de la santé du patient dans le cas du guérisseur, ne peut que favoriser l'effet placebo. L'effet de l'attente et du conditionnement, la conviction du coupeur de feu et le soutien de l'équipe médicale peuvent encore augmenter les résultats positifs. D'où l'intérêt déjà souligné d'établir des protocoles de soins validés par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. Gageons, avec M. Galinski et F. Adnet ^[4], qu'une attitude professionnelle empathique et explicative sur les recours possibles facilite l'adhésion du patient à sa prise en charge et mobilise l'effet placebo. (« Ainsi, l'efficacité des analgésiques prescrits peut être augmentée de 30 à 40 % » ^[4]).

Bien que nous soyons conscients de la subjectivité et du risque de ségrégation de ce type de pratiques, nous pouvons suggérer que cibler les patients réceptifs pour leur proposer l'intervention d'un coupeur de feu a probablement un intérêt dans les résultats attendus et peut éviter certaines discussions pouvant mettre à mal l'intégrité scientifique de l'équipe médicale. Même si nos enquêtes le montrent peu, nous savons qu'il existe des réactions catégoriques¹ contre l'intervention des coupeurs de feu au sein de l'institution médicale. Bien qu'un patient ait annoncé avoir été plus douloureux d'un point sur l'EVA après qu'avant l'intervention du coupeur de feu, nous pouvons dire sans risque que l'intervention d'un coupeur de feu n'aggrave pas la situation des patients, à condition qu'elle n'empêche pas le recours aux soins médicaux ce que nous n'avons pas pu évaluer à partir de nos enquêtes. Rappelons qu'un brûlé qui présente une lésion plus grave que le simple premier degré non étendu doit, de toute manière, consulter un médecin.

¹ Selon notre expérience, il existe deux raisons pour être tout à fait contre l'intervention des coupeurs de feu :

- une attitude religieuse catégorique qui associe cette pratique à l'occultisme ou le spiritisme, en contradiction avec les valeurs de l'Eglise (contact avec des esprits malfaisants ou détournement du pouvoir de Dieu),
- et une attitude scientifique catégorique qui refuse d'admettre un intérêt à cette pratique au nom du rationalisme.

3.5. Essai sur la démographie des coupeurs de feu

Dans les questionnaires pour les soignants et les médecins généralistes, nous demandions s'ils connaissaient des coupeurs de feu dans leur entourage, et si c'était le cas, de les identifier d'une manière semi-anonyme (prénom et première lettre du nom ainsi que la commune d'exercice). Nous avons ainsi pu compter au moins 241 coupeurs de feu différents en Haute-Savoie, que l'on nous a indiqués. Il est difficile de dire quelle proportion de coupeurs de feu de Haute-Savoie nous avons pu recenser ainsi. Nous pouvons simplement dire qu'il y a au moins 241 coupeurs de feu en Haute-Savoie, peut-être deux ou dix fois plus.

Grâce à la littérature et à nos enquêtes, nous avons pu également noter l'existence de coupeurs de feu en Isère, à Paris, dans l'Ain, dans le Jura, dans la Loire, dans la Drôme, dans l'Allier, en Languedoc, en Berry, dans l'Hérault (à Montpellier), dans la Vienne, en Corse, en région Centre, en Savoie et dans le Rhône. Mais aussi en Suisse, en Belgique, en Italie et en Roumanie.

Il est probable qu'il existe des coupeurs de feu dans toutes les régions de France, avec des zones privilégiées. On peut penser notamment que Paris compte moins de coupeurs de feu qu'ailleurs, proportionnellement à la population, en raison de l'origine plutôt rurale des coupeurs de feu.

D'après l'émission télévisée suisse ^[61], dans le Jura suisse, il y aurait environ deux panseurs de secrets pour un médecin, ou alors un panseur pour 450 habitants. On ne peut pas généraliser cette estimation à la Haute-Savoie. En effet, nous ne savons ni comment ces chiffres ont été obtenus, ni si la démographie des panseurs est comparable dans ces deux régions.

En Haute-Savoie, il y a 700 000 habitants. Si on voulait comparer avec le Jura suisse, on estimerait les panseurs de secrets à 1500 dans le département. Et pour 740 médecins généralistes, on devrait compter 1500 panseurs également. On peut dire, en tout cas, que le nombre d'habitants par médecin est comparable dans ces deux régions (environ 1000).

Ainsi, l'estimation minimale de 241 coupeurs de feu recensés à partir de nos enquêtes serait peut-être environ six fois inférieure à la réalité (on peut se dire que tous les panseurs de

secrets ne sont peut-être pas coupeurs de feu – mais très certainement que la grande majorité le sont – est-il pertinent de les différencier, d'ailleurs ?).

En tout cas, cette estimation n'est pas cohérente avec celle du site de l'ésotérisme ^[59]. La Haute-Savoie ne peut pas contenir un cinquième ou un sixième de la population des 6000 coupeurs de feu en France annoncés. Notre crédit se trouve moins amputé du côté du quotidien suisse ! Mais on aurait souhaité savoir d'où viennent ces chiffres. A défaut d'autre référence, nous ne pouvons nous servir que de celle-ci.

3.6. Conclusion sur la pertinence de l'étude

Dans l'enquête auprès des patients, nous remarquons qu'à Thonon-les-Bains, il y a moins d'hommes brûlés que dans les autres centres (45 % contre 58 % à Annecy et, à l'inverse, 71 % à Annemasse ; cf. annexe 4). Nous ne pouvons pas dire avec suffisamment de confiance que cela dépende du centre de recueil car $p = 0,067$. Malgré ces disparités entre les centres de recueil qui semblent relever du hasard, le taux de patients masculins inclus total est de 58 % ce qui est très proches des chiffres annoncés par l'enquête EHLASS de 1997 ainsi que par Baux, Echinard et Latarjet (56 %) ^[30 ; 36 ; 53].

En ce qui concerne l'âge, malgré les différentes tranches d'âges étudiées ici ou dans la littérature ^[30 ; 36 ; 53], il semble que nous retrouvons de façon comparable une forte proportion de brûlés de moins de 10 ans et un deuxième pic entre 20 et 40 ans.

On peut donc dire que la population que nous étudions dans cette enquête est approximativement comparable à celle de la littérature, en ce qui concerne le rapport hommes/femmes et l'âge.

Le mécanisme principal des brûlures dans notre enquête est représenté par les liquides bouillants tout comme dans la littérature (environ 50 %). La proportion des mécanismes est respectée sauf pour les brûlures par objet bouillant (27 % dans notre enquête contre 14 % dans une des références de la littérature ^[53]).

La proportion de brûlures au domicile des patients est également cohérente avec les données de la littérature (entre 70 et 75 %).

La forte proportion de brûlures des membres (membres supérieurs notamment) rapportée par la littérature est retrouvée dans notre étude.

On peut donc affirmer que les caractéristiques des brûlures dans notre enquête sont approximativement comparables à celles de la littérature. Nous n'avons cependant pas comparé la gravité des brûlures dans notre étude avec celle de la population générale. Mais les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) de la Base nationale publique de 2001, rendant compte de la totalité des brûlures hospitalisées en France, rapportent environ 1 % de brûlures profondes (greffées) et 0,25 % de brûlures étendues. Les brûlures graves sont rares dans notre enquête tout comme dans la vraie vie !

On peut aussi penser, en pratique, qu'une brûlure grave mobilise l'attention et le temps de tous et que le questionnaire devient une considération largement annexe, surtout si les patients bénéficient d'une prise en charge de type réanimation plutôt que le circuit habituel des urgences...

La moyenne d'âge des médecins généralistes de Haute-Savoie dans notre étude est de 50,2 ans alors qu'elle est de 48 ans dans une étude de l'Union régionale des médecins libéraux ^[54].

Les défauts méthodologiques sont cependant multiples. Citons brièvement :

- Les questionnaires auraient pu être mieux construits pour limiter au maximum les incertitudes.
- Le taux d'inclusion des médecins généralistes est faible (28,5 %).
- Le taux d'inclusion des patients brûlés aux urgences dépendait de la motivation des soignants pour penser à fournir le questionnaire ; nos passages réguliers dans le service pendant une certaine période (principalement à Annecy) influaient le taux d'inclusion (cf. annexe 4) ; une conséquence de cette confusion dans les inclusions, qui devient alors un biais, peut être supposée : il paraît probable que les soignants pensaient à fournir un questionnaire au patient quand ils pensaient à proposer l'intervention d'un coupeur de feu ou, à l'inverse, ils pensaient plus souvent à proposer l'intervention d'un coupeur de feu quand ils pensaient à remettre le questionnaire... ce qui augmenterait donc artificiellement le taux du recours aux coupeurs de feu dans le service.
- Biais d'intervention : l'enquête auprès des patients a pu inciter artificiellement les soignants à proposer, ou bien les patients à demander, plus souvent l'intervention d'un coupeur de feu. Cette incitation à modifier les pratiques nous a semblé presque évidente à Annemasse.
- Nous avons vu la difficulté dans notre enquête pour obtenir une évaluation fiable de la douleur des patients qui ont probablement souvent dû coter l'EVA rétrospectivement.

L'évaluation de la douleur chez l'enfant est toujours une difficulté et dépend de l'évaluateur, de sa méthode, de sa formation ; il n'y avait aucun encadrement de cette mesure dans notre enquête (nous remarquons d'ailleurs que la moyenne de la douleur avant l'intervention du coupeur de feu est supérieure d'un point chez les enfants de moins de 10 ans et on peut considérer que le plus souvent, ce sont les adultes qui évaluent la douleur de ces enfants dans le questionnaire).

- Biais d'analyse et d'interprétation : de multiples critères mal définis interviennent dans la relation entre coupeurs de feu, patients et soignants. Ainsi, une relation de cause à effet entre l'action des coupeurs de feu et la satisfaction des patients ou des soignants ne peut pas être affirmée sans évaluer l'existence d'autres critères. Il semble que nous étudions souvent ici la croyance plutôt qu'un lien de causalité. Cela va sans dire pour l'opinion des soignants et des médecins, mais aussi, en partie au moins, pour le recours au coupeur de feu et la satisfaction des patients.

- Les données ont parfois été regroupées en sous-groupes. Les sous-groupes ont l'avantage de conserver des effectifs plus conséquents mais l'inconvénient de perdre en précision (exemple de la catégorie « religion »).

A notre connaissance, en France, l'étude de l'impact de l'intervention des coupeurs de feu dans la prise en charge médicale des brûlures était vierge. De ce fait, les hypothèses de départ étaient limitées. De plus, les enquêtes se veulent descriptives et la problématique observationnelle. On trouvera alors le mérite de ce travail dans les nouvelles questions qu'il peut susciter chez d'éventuels lecteurs. Des études plus approfondies ou plus ciblées pourraient être entreprises. Il s'agit avant tout de considérer leur pertinence. Selon nous, les questions qui méritent d'être soulevées sont :

- Pourrait-on statuer définitivement sur la légitimité scientifique de conduire des essais cliniques à propos de l'efficacité spécifique des pratiques médico-magiques ?

- A-t-on des raisons sociologiques et statistiques de penser que la collaboration entre guérisseurs et centres conventionnels de soins soit la bienvenue auprès des patients et des soignants ? Et cela en fonction des croyances et des cultures de chacun ? Un sondage de grande envergure pourrait-il être encore utile ?

- La médecine universitaire est-elle en mesure de réserver une place, en parallèle ou en marge de ses considérations scientifiques, pour le pansement de secret ?

- En plus de ces questions qui concerneront peut-être plus l'épistémologiste et le sociologue, on pourrait confronter plus loin le rapport entre les mécanismes neurobiologiques

connus de l'effet placebo et le mécanisme d'action des coupeurs de feu, et éventuellement effectuer des études de neuro-imagerie fonctionnelle sur des patients bénéficiant de l'intervention d'un coupeur de feu, en cherchant peut-être, et entre autres idées, la mise en jeu du système opioïde endogène...

▪ S'il paraissait encore pertinent d'étudier l'efficacité (à la fois spécifique et non spécifique) des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures, nous pouvons suggérer quelques principes pour l'élaboration d'un protocole d'évaluation :

- La problématique pourrait être : est-ce que l'intervention précoce d'un coupeur de feu réduit la consommation d'antalgiques des patients brûlés ?
- Un effectif conséquent de patients brûlés semble nécessaire.
- Deux groupes de patients, l'un ayant recours au coupeur de feu, l'autre non.
- Les patients doivent savoir s'ils ont recours au coupeur de feu mais pas les soignants (dans le but d'évaluer un effet placebo relatif à la relation avec le coupeur de feu et non pas à la relation soignant/malade).
- Inclure des coupeurs de feu réputés et pourquoi pas de faux coupeurs de feu pour différencier l'effet placebo d'un éventuel effet spécifique.
- Le traitement conventionnel des brûlures doit évidemment être assuré de la même manière pour tous les patients. Un protocole doit définir l'antalgie en fonction de l'évaluation répétée de la douleur.
- Le critère principal pourrait être la dose d'antalgique rapportée au poids corporel.

Conclusion

THESE SOUTENUE PAR : **Nicolas PERRET**

**TITRE : Place des coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière
des brûlures en Haute-Savoie en 2007**

(Evaluation des pratiques au niveau départemental)

CONCLUSION

Les patients en Haute-Savoie ont fréquemment recours aux coupeurs de feu, d'abord de leur propre initiative (21 %) mais aussi sur la proposition des soignants des services des urgences observés (59 %). Cette pratique populaire est donc encore bien vivante. Nous ne sommes pas en mesure de généraliser cette conclusion à l'ensemble des hôpitaux haut-savoyards, et encore moins au-delà de ce département. Il faudrait une étude clinique plus objective pour évaluer l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures. Notre étude rapporte une forte satisfaction des patients qui ont eu recours à un coupeur de feu : 87 % d'entre eux annoncent une diminution de leur douleur supérieure à 30 %. Ces chiffres sont à relativiser du fait de certains biais. L'absence d'effet indésirable de cette thérapeutique non conventionnelle et la satisfaction des patients, argument pour son efficacité, incitent à encourager ce recours pour ceux qui le souhaitent dans la mesure où cela ne retarde pas l'évaluation et la prise en charge médicales. Devant une brûlure autre que le simple coup de soleil, tout patient doit consulter un médecin pour en évaluer la gravité et en prévenir les complications.

La collaboration entre la médecine universitaire et les pratiques thérapeutiques non conventionnelles n'est pas un phénomène isolé aux seuls hôpitaux haut-savoyards ! En Suisse romande, la collaboration entre les hôpitaux et les coupeurs de feu est fréquente^[61]. La littérature rend compte de l'utilisation de l'imposition des mains dans un service de brûlés aux Etats-Unis^[26], ou d'autres techniques dans des services de cancéreux aux Etats-Unis et au Canada^[13 ; 17 ; 24].

Nous pouvons analyser la problématique des coupeurs de feu de plusieurs manières :

- sous l'angle de la magie, ou de la spiritualité, ce qui laisse la science plus que dubitative ;
- du point de vue du phénomène de croyance dans notre société (dans toute société, en fait), et il n'est pas du rôle du médecin de juger cela, d'autant que le phénomène de croyance est tout aussi essentiel dans la relation médecin/malade ; « *le médecin croit en son action en vertu de*

ce qui lui a été enseigné, le malade croit au diagnostic du praticien, en l'efficacité des traitements prescrits » ^[43];

- sous l'angle de l'ethnologie ou de l'anthropologie qui expliquent l'origine et la raison d'être de ces pratiques ;

- enfin, du point de vue de l'effet placebo et des mécanismes neurobiologiques et psychologiques de l'intégration des phénomènes douloureux, vaste champ où la médecine a encore bien des choses à découvrir, certainement.

Au final, le débat sur le mécanisme d'action des guérisseurs en général n'est pas éteint. Mais l'abord de cette problématique par un regard purement scientifique ne peut l'expliquer que par l'effet placebo qui peut toutefois rendre compte d'un soulagement important.

Le caractère empirique de ces pratiques paraît essentiel. Elles se perdent (ou perdent en crédit) devant toute théorisation. Ou alors il faut faire appel aux explications anthropologiques et psychologiques. De plus, le caractère transgressif peut aussi avoir son importance dans les résultats attendus selon certains auteurs. Alors, légaliser ou institutionnaliser est-il souhaitable ? Est-il encore vraiment nécessaire de théoriser, expliquer, étudier ? Doit-on craindre, paradoxalement, qu'institutionnaliser le recours aux coupeurs de feu au sein des hôpitaux mène, d'un point de vue culturel, au déclin de ces pratiques de pansements de secrets ?

L'evidence-based medicine ne doit pas supplanter la définition originale de la médecine qui est, en même temps qu'une science, un art. En médecine, tout n'est peut-être pas scientifique. Il ne faut pourtant pas croire qu'il y a du magique ; par contre, il y a forcément de l'anthropologique, du psychologique, du relationnel... et de l'inexplicable. La question serait alors de réintégrer du culturel, du sens à la médecine ? Les coupeurs de feu entretiennent peut-être tout cela. Ils représentent le contraire de *l'evidence-based medicine*.

Une hypothèse possible sur l'inexplicable de l'efficacité des guérisseurs résonne dans un terme que nous avons rencontré plusieurs fois au cours de ce travail : l'effet symbolique. La psychologie, l'effet placebo, l'inconscient ou la suggestion n'expliquent pas tout. La relation thérapeutique entre un patient souffrant et un soignant qui se place en tant qu'autorité médicale ou bien comme détenteur d'un savoir plus ou moins occulte, cette relation détient bien cette chose inexplicable qui se passe, se transmet, interagit et que l'on peut alors peut-être définir comme l'effet symbolique. L'effet symbolique donne une forme à ces « énergies » impalpables qui opèrent entre les mains des guérisseurs. Le symbole renvoie à l'inconscient selon certaines théories (psychologie, psychanalyse, hypnose, ...) et, tout comme lui, il semble bien inaccessible, en tout cas immédiatement, aux protagonistes de la relation. Et

l'effet symbolique tient une place plus globalement humaine sous la vue de l'anthropologue. On aborde ici, peut-être, le sens, l'ontologie de la relation humaine dans laquelle peut s'inscrire une relation thérapeutique. Il n'y a bien que ça qui a toujours existé et qui est indissociable de l'humanité : une relation thérapeutique ; et ce n'est pas de la médecine ni une technique ; enfin, peut-être qu'avec Balint, Stern et probablement bien d'autres, on pourra comprendre en partie ce qui est en jeu dans cette relation thérapeutique...

« Être ce que le médecin n'est pas, que ce soit pour être plus médecin que lui ou autrement que lui, c'est être ce que le médecin doit être. » D. Friedman, cité dans [41].

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 23/11/2008

LE DOYEN



Pr. Bernard SELE



LE PRESIDENT DE THESE



Pr. Thierry BOUGEROL

Références

Articles :

- [1] Abdi S, Zhou Y. Management of pain after burn injury. *Curr Opin Anaesthesiol* 2002;15(5):563-7.
- [2] Breden A, Laguerre J. « Brûlures chimiques cutanées : mécanismes et prise en charge. Le point de vue du brûlologue ». In *Société de toxicologie clinique*, [En ligne]. <http://www.toxicologie-clinique.org/stc2009/conferences/breden.htm> (dernier accès le 11/10/2009).
- [3] Dhennin C. Traitement local des brûlures. *Pathol Biol* 2002;50:109-17.
- [4] Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. *Réanimation* 2007;16:652-659.
- [5] Guy-Coichard C, Boureau F. Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. *La revue de médecine interne* 2005;26:226-232.
- [6] Halperin EC. Should academic medical centers conduct clinical trials of the efficacy of intercessory prayer? *Acad Med* 2001;76(8):791-7.
- [7] Jorgensen KJ, Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Divine intervention? A Cochrane review on intercessory prayer gone beyond science and reason. *J Negat Results Biomed* 2009;8(1):7.
- [8] Julliard A. « Dons et attitudes religieuses chez les leveurs de maux en France (1970-1990) ». In *Religiologiques. Sciences humaines et religion*, [En ligne]. 1998;18. <http://www.religiologiques.uqam.ca/18/18texte/18julliard.html> (dernier accès le 31/10/2009).
- [9] Julliard A. Le Don du guérisseur. Une position religieuse obligée. *Archives de sciences sociales des religions* 1982;54:43-61.
- [10] Laplantine F. La Maladie, la guérison et le sacré. *Archives de sciences sociales des religions* 1982;54:63-76.
- [11] Latarjet J. La douleur du brûlé. *Pathol Biol (Paris)* 2002;50(2):127-133.
- [12] Leder D. « Spooky actions at a distance »: Physics, Psi and Distant Healing. *J Altern Complement Med* 2005;11(5):923-930.
- [13] Lebreton D. « De l'efficacité symbolique ». In *Passereve*, [En ligne]. *Journal de Passereve*, Archives, Novembre 2004. <http://www.passereve.com/journal/HTM/efsy.html> (denier accès le 31/10/2009). Conférence faite à partir d'un article de l'auteur : Lebreton D. Corps et anthropologie : de l'efficacité symbolique. *Diogenes* 1991;153:92-107.
- [14] Mansky PJ, Wallerstedt DB. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J* 2006;12(5):425-31.
- [15] Masters KS, Spielmans GI, Goodson JT. Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer? A meta-analytic review. *Ann Behav Med* 2006;32(1):21-6.
- [16] Masters KS, Spielmans GI. Prayer and health : review, meta-analysis, and research agenda. *J Behav Med* 2007;30(4):329-38.

- [17] Payen JF. « Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur ». In Site Internet d'enseignement de la faculté de médecine de Grenoble. *Corpus médical*. Novembre 2002.
<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/rea/anesthesie/65/leconimprim.pdf> (Dernier accès le 31/10/2009).
- [18] Pierce B. The use of biofield therapies in cancer care. *Clin J Oncol Nurs* 2007;11(2):253-8.
- [19] Pittler MH, Abbot NC, Harkness EF, Ernst E. Location bias in controlled clinical trials of complementary/alternative therapies. *J Clin Epidemiol* 2000;53(5):485-9.
- [20] Roberts L, Ahmed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000368.
- [21] Rocard Y. Le signale du sourcier. *La Recherche* 1981;124(12):792-9.
- [22] Sauzade S. « Le don. Essai bibliographique ». In *Psycause*.
http://pagesperso-orange.fr/psycause/028_029/028_029_don.htm (dernier accès le 31/10/2009).
- [23] Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: a comparison of consumers from 1997-8 and 2005. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:16.
- [24] Sloan RP, Ramakrishnan R. Science, medicine, and intercessory prayer. *Perspect Biol Med* 2006;49(4):504-14.
- [25] Stephen JE, Mackenzie G. Twenty years of therapeutic touch in a Canadian cancer agency: lessons learned from a case study of integrative oncology practice. *Support Care Cancer* 2007;15(8):993-8.
- [26] Turner DD. Just another drug? A philosophical assessment of randomised controlled studies on intercessory prayer. *J Med Ethics* 2006;32(8):487-90.
- [27] Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, Williams M. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *J Adv Nurs* 1998;28(1):10-20.
- [28] Walach H, Bosch H, Lewith G, et al. Effectiveness of distant healing for patients with chronic fatigue syndrome: a randomised controlled partially blinded trial (EUHEALS). *Psychother Psychosom* 2008;77(3):158-66.
- [29] Wiesendanger H, Werthmüller L, Reuter K, Walach H. Chronically ill patients treated by spiritual healing improve in quality of life: results of a randomized waiting-list controlled study. *J Altern Complement Med* 2001;7(1):45-51.

Livres :

- [30] Baux S. *Les Brûlures*. Paris: Hermann, 2000.
- [31] Broch H, Charpak G. *Devenez sorciers, devenez savants*. Paris: Odile Jacob science, 2002
- [32] Camus D. *Le livre des secrets : les mots et les gestes qui guérissent*. Dervy, 2003.
- [33] Camus D. *Paroles magiques, secrets de guérison*. Imago, 2001.
- [34] Chausson H, Conte H. *Les sciences occultes et divinatoires – tome 4 : les médecines secrètes*. I.G.B., 1977.
- [35] Dougados M. *La Mesure - initiation du clinicien au langage statistique et méthodologique*. Paris: Expansion Scientifique Française, 1996.
- [36] Echinard Ch, Latarjet J. *Les Brûlures*. Paris: Masson, 1995.

[37] Fouqué Ch. Le guérisseur guérit-il ? Avis d'un médecin. Paris: Dangles, 1953.

[38] Loux F (dirigé par). Panseurs de secrets et de douleurs – médecine populaire : guérisseurs, voyants et rebouteux... de nouveaux interlocuteurs ? Paris : Autrement, 1978

[39] Seguin J. L'art de soigner gens et bêtes en Basse-Normandie. Paris: Guénégaud, 1980.

Thèses et mémoires :

[40] Berger Th. La pratique des guérisseurs – enquête auprès de 5 guérisseurs et de 5 médecins généralistes. Thèse de médecine, Paris VII, 1986.

[41] Bertrand M. Le médecin ou le guérisseur ? A propos d'une enquête réalisée en Limousin sur les relations existant entre malades et guérisseurs. Thèse de médecine, Limoges, 1984.

[42] Bonamy M. Les pratiques des guérisseurs ; constituent-elles des substituts crédibles à nos méthodes modernes de soins ? Thèse de médecine générale, Bordeaux II, 1996.

[43] Carsalade I, Naves C. Attrait des guérisseurs au XX^e siècle, les malades face à la médecine : a propos d'une enquête chez un magnétiseur rural. Thèse de médecine, Toulouse II, 1990.

[44] Esdraffo M. Pensée magique, guérisseurs et psychiatres. Thèse de psychiatrie, Nantes, 1994.

[45] Gaimon M. Etude des motivations et des satisfactions des patients d'un secteur rural ayant consulté un guérisseur. Thèse de médecine, Tours, 2005.

[46] Jalby J. Croyance et pensée magique dans la relation thérapeutique : à propos d'une enquête sur le recours au guérisseur. Thèse de médecine, Toulouse III, 1990.

[47] Landais Ph. Le relationnel médecin, patient, guérisseur : étude dans un canton de la Sarthe. Thèse de médecine générale, Angers, 1998.

[48] Nivon A. Enquête sur les médecines populaires en France – Le Père Noël est un guérisseur. Mémoire de DEA d'anthropologie médicale, Aix-Marseille, 1991.

[49] Pichard MF. Le médecin généraliste face aux patients qui ont recours aux personnes exerçant illégalement la médecine. Thèse de médecine, Angers, 1990.

[50] Ponsin P. Le zona en médecine rurale creusoise. Thèse de médecine, Limoges, 1994.

[51] Schmitz O. Les soins par l'invisible - Enquête sur les pratiques thérapeutiques "traditionnelles" en Wallonie aujourd'hui. Thèse d'anthropologie, Université de Louvain-la-Neuve, Belgique, 2004.

[52] Vaena Ch. Guérisseurs du Finistère. Thèse de médecine, Brest, 1991.

Divers :

[53] EHLASS n°78, Dr DUVAL Christine. Les Brûlures. Direction Générale de la Santé. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Marc NECTOUX (SGIR). Décembre 1998.

[54] Evrard Ch, URML, Géosanté. « Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes pour un schéma de démographie médicale ». In *Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes*, [En ligne]. juin 2004 http://www.urmlra.org/upload/urmlra/urm_etude/pj/doc_182_doc.pdf (dernier accès le 31/10/2009).

- [55] ACMOS. *Accueil Acmos*, [En ligne]. <http://www.acmos-sbj.com/Accueil.htm> (dernier accès le 31/10/2009).
- [56] Daverat P. *Association française de bioénergétique*, [En ligne]. <http://www.francaise-bio-energetique.com/le-concept-energetique.htm> (dernier accès le 31/10/2009).
- [57] Gross L. *Hypnose thérapeutique*, [En ligne]. <http://www.hypnose-therapeutique.com/historique/intro.htm> (dernier accès le 31/10/2009).
- [58] Wikipedia. *L'encyclopédie libre*, [En ligne]. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil> (dernier accès le 05/11/2009).
- [59] *L'ésotérisme pour tous* [En ligne]. <http://natachanoel1.free.fr/barreurs-de-feu.php> (dernier accès le 31/10/2009).
- [60] *Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures*, [En ligne]. <http://www.sfetb.org/> (dernier accès le 31/10/2009).
- [61] Hofmann B, Gazut-Goudal M, Hug W, Giovannoni C, Cowley B. « Mon docteur a le secret » [Emission télévisée diffusée le 23 septembre 2004, rediffusée le 28 juillet 2005]. In Télévision Suisse romande. Temps Présent. *Tsr.ch* [En ligne]. <http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=370501&sid=5908639> (dernier accès le 31/10/2009).
- [62] Rieg-Boivin J, Claudepierre L, Colle D. Coupeurs de feu, guérisseurs et autres rebouteux [Emission télévisée]. Reportages, TF1, 8 janvier 2005.
- [63] Kirkland J, Blaustein R, Mathews H, et al. *Herbal and magical medicine – Traditional healing today*. Duke university press, 1992.
Partiellement disponible sur :
http://books.google.fr/books?id=g0uK6C0q_EsC&pg=PA41&lpg=PA41&dq=burn+healers&source=bl&ots=wNJVOBRm1F&sig=3w5gBCTpAdL8ZaroxJ8VwOE6WQg&hl=fr&ei=cFn9SpaJMMOz4QbF6sX2Cw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAsQ6AEwAA#v=onepage&q=burn%20healers&f=false
(Dernier accès le 13/11/2009).



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Épilogue

Alors, les coupeurs de feu, efficaces ou pas ? Voilà la question que l'on me pose souvent. Et je suis toujours bien embêté pour y répondre.

On peut au moins dire que l'effet placebo assure des résultats. Mais que dire à propos de l'intervention sur une personne qui n'y croit pas, ou bien qui n'est pas au courant, ou encore sur les animaux ? Là, je n'ai plus aucune réponse. Et par téléphone ? L'effet placebo d'un coup de fil ? Pourquoi pas. Ou alors les effets toujours débattus de « l'intention à distance » ?

Scientifiquement, les témoignages ne sont pas des preuves. Nous n'avons pas grand-chose d'autre à nous mettre sous la dent, malheureusement. Et nous ne pouvons pas discréditer, ce qui frôlerait le dédain, les expériences de chacun, aussi extraordinaires ou incroyables soient-elles.

L'effet placebo est la preuve de la capacité d'auto guérison de l'Homme. L'aide d'autrui semble nécessaire pour mobiliser cette auto guérison : un médiateur, un soignant. J'aimerais mieux comprendre cette médiation pour mieux l'intégrer à ma pratique mais il ne paraît même pas obligatoire de la comprendre pour l'utiliser. Un maître mot : l'empathie. Voilà l'effort qui doit concerner tous les soignants.

D'autre part, même si ce n'est plus seulement de la médecine, la question de l'existence d'un pouvoir de l'esprit sur la matière reste posée. Il est finalement logique de s'appuyer sur la comparaison avec la loi de la relativité : lien entre matière et énergie. La science peut maintenant mesurer l'énergie, concept tout à fait étrange il y a quelques siècles. Je ne sais pas si l'on peut espérer des découvertes aussi importantes pour les années à venir, je n'ai pas le recul nécessaire sur la science et son histoire. De plus, cette action de l'esprit sur la matière paraît moins instinctive...

Y a-t-il de grands sages qui font des choses extraordinaires : influencer sur la matière par l'esprit ? Certains l'affirment avec conviction... Je trouve qu'il est sage de croire que la sagesse n'est pas de faire des miracles mais simplement de vivre ce qu'il y a de vrai.

Mes recherches ne sont pas exhaustives, évidemment. Et on ne peut pas parler de ce que l'on n'a pas exploré. Je n'ai pas l'expérience du pansement de secret en clinique, à l'inverse d'autres médecins et soignants ou d'autres scientifiques. Il me manque donc l'enthousiasme de ceux qui ont vu et qui croient, tout comme il me manque les œillères du scientifique obtus niant tout d'un bloc les moindres allusions crédules à la sensibilité humaine.

J'attire d'ailleurs l'attention sur le fait que nos croyances influent sur la couleur de ce que nous voyons, de ce que nous pensons et de ce que nous vivons. Et cela influe probablement sur l'interprétation des données du problème, données souvent subjectives.

On m'a demandé si j'étais croyant... Je ne crois pas en Dieu. Est-ce qu'il y a quelque chose qui nous transcende ? Peut-être ; la Nature visible, à mon sens, suffit déjà à remplir ce rôle. (L'organisation de la matière du corps humain est absolument sidérante – et l'organisation de l'esprit... mais là, on évoque la Nature invisible !)

Je crois qu'il y a les optimistes et les pessimistes. Comme si espérer quelque chose de plus que notre vie reconfortait. Alors je suis un optimiste. Mais j'ai eu des désillusions : des chevauchements entre la réflexion et le cours de la vie. Pas facile de croire quand on ne croit plus. Alors je ne sais plus en quoi croire. Mais je ne désespère pas. Et ma première impression me reste : la médecine m'aidera. Je n'y vois plus du spirituel mais du « psycho-philosophique ». C'est la relation thérapeutique ; cela semble très vaste.

On dit que la magie n'existe pas ; il n'y a que prestidigitations. Disons l'inconcevable, ce qui ne peut pas être conçu, n'existe pas. Alors ne cherchons pas le surnaturel si loin, si spectaculaire. Il est juste entre vous et moi. Si l'on veut encore parler de spiritualité, elle est là : palpable, quotidienne, ordinaire ; elle est la joie, elle est la souffrance de tous les jours. Ce n'est pas drôle, ce n'est pas

extraordinaire. Ou plutôt si, c'est extraordinaire, c'est magique, c'est inconcevable. Dans un échange, chaque demi seconde influe sur la suivante. Cela fait toujours assez de probabilités pour qu'il se passe n'importe quoi, et nous en sommes maîtres. Enfin, non. Bien souvent on ne maîtrise rien...

Je pense que les croyances nous permettent de vivre, mais il ne faut pas succomber aux croyances. Le scientisme effréné de certains ôte toute part au rêve. On décèle peut-être parfois même un extrémisme rationnel teinté d'inébranlables opinions personnelles. Méfions-nous d'une nouvelle religion, celle du tout scientifique ; ne cédon pas tout à la technocratie. Si la zététique ne prétend pas un jour expliquer l'esprit humain, et je ne crois pas que ce soit dans ses prétentions, alors je m'en remets aux anthropologues, loin du jugement. Observons, écoutons... et cherchons.

La population bouge, les pratiques aussi. De plus, les patients sont manifestement demandeurs, d'une manière moderne, d'un recours à consonance mystique et d'une prise en charge inexplicable et inexplicée qui ouvre toutes les portes à la grandeur de l'humain, à son entité sociale et cosmique, à sa relation avec le monde et à l'écoute de sa souffrance. Notre réponse à nous, médecins, est de systématiser cette souffrance chez le « psy », censé soigner les névroses multiples que notre société moderne renforce de jour en jour, cette « folie » sociale quotidienne qui touche tout le monde et que les patients dénie. Les gens répondent qu'ils ne sont pas fous. Bien sûr, ils sont juste angoissés, dépressifs et ont peut-être des tas de questions sans réponse qui les empêchent d'avancer comme ils le souhaiteraient, et que souhaite-t-on d'abord ? Nos valeurs sont changeantes, superficielles, acculturelles, dé-spiritualisées... Et les médecins sont dans la même souffrance ; certains veulent croire aussi qu'il existe autre chose qu'une cascade d'évènements moléculaires à l'origine de notre mal. Alors pourquoi pas ? Les coupeurs de feu gagnent les hôpitaux, solution d'adaptation peut-être, avant de redonner du sens au corps, à la santé, à la vie. Y arrivera-t-on ?

Index des figures

Epidémiologie des brûlures :

Figure 1 :	
<i>Répartition des patients brûlés aux urgences en fonction de leur âge selon l'enquête EHLASS^[53]</i>	68

Enquête auprès des soignants en Haute-Savoie :

Figure 2 :	
<i>Opinion des soignants sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures</i>	110
Figure 3 :	
<i>Opinion des soignants sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la cicatrisation des brûlures</i>	111
Figure 4 :	
<i>Opinion des soignants sur le mécanisme d'action des coupeurs de feu</i>	111
Figure 5 :	
<i>Opinion des soignants sur la collaboration des coupeurs de feu aux urgences</i>	112
Figure 6 :	
<i>Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les soignants aux urgences</i>	113

Enquête auprès des patients en Haute-Savoie :

Figure 7 :	
<i>Nombre d'inclusions en fonction des centres par rapport aux nombre de diagnostics de brûlures répertoriés aux DIM</i>	115
Figure 8 :	
<i>Répartition des catégories socio-professionnelles chez les patients brûlés</i>	116
Figure 9 :	
<i>Pourcentages de patients qui croient en l'action des coupeurs de feu selon les centres de recueil</i>	117
Figure 10 :	
<i>Proposition de l'intervention d'un coupeur de feu aux urgences selon les centres de recueil</i>	120
Figure 11 :	
<i>Note donnée par les patients au coupeur de feu après son intervention</i>	124
Figure 12 :	
<i>Evaluation de la douleur avant l'intervention du coupeur de feu par l'EVA</i>	125
Figure 13 :	
<i>Evaluation de la satisfaction des patients à partir du pourcentage de la diminution de la douleur</i>	126

Enquête auprès des médecins généralistes en Haute-Savoie :

Figure 14 :	
<i>Opinion des médecins généralistes sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur des brûlures</i>	129
Figure 15 :	
<i>Opinion des médecins généralistes sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la cicatrisation des brûlures</i>	129
Figure 16 :	
<i>Opinion des médecins généralistes sur le mécanisme d'action des coupeurs de feu</i>	130
Figure 17 :	
<i>Opinion des médecins généralistes sur la collaboration entre les coupeurs de feu et les urgences</i>	130
Figure 18 :	
<i>Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les médecins généralistes</i>	131

Annexes :

Figure 19 :	
<i>Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les soignants selon les centres de recueil</i>	176
Figure 20 :	
<i>Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les soignants en fonction de leur profession</i>	177

Table des annexes

<i><u>Annexe 1 : Questionnaire pour les soignants</u></i>	166
<i><u>Annexe 2 : Questionnaire pour les patients</u></i>	168
<i><u>Annexe 3 : Questionnaire pour les médecins généralistes</u></i>	170
<i><u>Annexe 4 : Résultats complémentaires</u></i>	173
<u>1.</u> <u>Enquête auprès des soignants :</u>	173
<u>1.1.</u> <u>Effectifs et caractéristiques des soignants</u>	173
<u>1.2.</u> <u>Opinion sur l'action des coupeurs de feu en fonction des caractéristiques des soignants...</u>	174
<u>1.3.</u> <u>Le recours aux coupeurs de feu en fonction des caractéristiques des soignants</u>	176
<u>2.</u> <u>Enquête auprès des patients :</u>	179
<u>2.1.</u> <u>Effectifs et caractéristiques des patients</u>	179
<u>2.2.</u> <u>Croyances des patients</u>	181
<u>2.3.</u> <u>Comportement des patients avant de consulter aux urgences</u>	181
<u>2.4.</u> <u>L'intervention des coupeurs de feu aux urgences – fréquence et modalités</u>	182
<u>2.5.</u> <u>Satisfaction des patients selon la note donnée au coupeur de feu en fonction de la croyance en son action</u>	183
<u>2.6.</u> <u>Satisfaction des patients selon la différentielle des EVA par rapport à certains critères</u> ...	184
<u>3.</u> <u>Enquête auprès des médecins généralistes :</u>	186
<u>3.1.</u> <u>Opinions des médecins généralistes sur l'action des coupeurs de feu</u>	187
<u>3.2.</u> <u>Recours aux coupeurs de feu de la part des médecins</u>	188
<u>3.3.</u> <u>Connaissances</u>	189
<u>3.4.</u> <u>Les médecins qui ont laissé des commentaires</u>	190

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire pour les soignants

Enquête auprès des soignants sur le recours aux coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière actuelle des brûlures en Haute-Savoie

N.B. : Ce questionnaire participe à une enquête neutre sur les relations entre la médecine officielle et les coupeurs de feu dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Toutes les informations du questionnaire vous concernant resteront bien sûr confidentielles et anonymes lors de leur exploitation. Merci de répondre avec précision et n'hésitez pas à communiquer tous les détails qui vous semblent importants, même si la question ne le prévoit pas. Enfin, nous trouvons souhaitable de mettre un commentaire sur le questionnaire ou sur le sujet si vous avez la moindre remarque à faire.

1) Etat civil :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - sexe : - date de naissance : - code postal du lieu de résidence : - profession : <input type="checkbox"/> aide-soignant
 <input type="checkbox"/> infirmier
 <input type="checkbox"/> médecin, précisez :
 <input type="checkbox"/> interne
 <input type="checkbox"/> autre, précisez : | <ul style="list-style-type: none"> - religion :
 <input type="checkbox"/> chrétien, précisez :
 <input type="checkbox"/> musulman
 <input type="checkbox"/> juif
 <input type="checkbox"/> athée
 <input type="checkbox"/> autre : - pratiquant : <input type="checkbox"/> oui , <input type="checkbox"/> non |
|--|---|

2) Votre opinion sur les coupeurs de feu :

Votre avis sur l'efficacité des coupeurs de feu :

- | | |
|---|---|
| <p>Sur la douleur : <input type="checkbox"/> nul (0%)
 <input type="checkbox"/> faible (25%)
 <input type="checkbox"/> moyen (50%)
 <input type="checkbox"/> fort (75%)
 <input type="checkbox"/> total (100%)
 <input type="checkbox"/> pas d'avis</p> | <p>Sur la cicatrisation : <input type="checkbox"/> nul (0%)
 <input type="checkbox"/> faible (25%)
 <input type="checkbox"/> moyen (50%)
 <input type="checkbox"/> fort (75%)
 <input type="checkbox"/> total (100%)
 <input type="checkbox"/> pas d'avis</p> |
|---|---|

Votre avis sur le mécanisme d'action (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> aucun effet <input type="checkbox"/> effet placebo <input type="checkbox"/> action psychologique, par l'écoute, la suggestion du coupeur de feu et la démarche volontaire du patient | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> action magnétique <input type="checkbox"/> action énergétique <input type="checkbox"/> action magique <input type="checkbox"/> action spirituelle <input type="checkbox"/> autre, précisez : |
|---|---|

Votre avis sur la collaboration médecine conventionnelle et coupeurs de feu (aux urgences notamment) :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inadmissible <input type="checkbox"/> inutile <input type="checkbox"/> tolérable <input type="checkbox"/> souhaitable <input type="checkbox"/> indispensable | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pas d'avis Précisez si besoin : |
|---|---|

3) Recours aux coupeurs de feu à l'hôpital :

Vous faites appel au coupeur de feu (ou bien vous coupez le feu vous-même) à raison de :

- plusieurs fois par jour
- plusieurs fois par semaine
- plusieurs fois par mois
- plusieurs fois par an
- exceptionnellement
- jamais

Vous faites appel à des leveurs de maux ou des guérisseurs pour d'autres pathologies que les brûlures :

- oui, précisez :
- non

Si vous étiez victime d'une brûlure, ou l'un de vos proches, feriez-vous appel à un coupeur de feu :

- oui
- non

Qu'est-ce qui fait que vous orientez ou non vos patients brûlés vers un coupeur de feu :

Connaissez-vous des gens (autres que patients) qui ont déjà fait appel à un coupeur de feu ?

- oui, combien :
- non

Connaissez-vous des institutions (services d'urgences, autres services, pompiers, secouristes, école, ...) qui font appel à un coupeur de feu ?

- oui, précisez :
- non

Connaissez-vous des coupeurs de feu dans votre entourage ?

- non
- oui, combien :

merci de nous faire part du prénom et de la première lettre du nom de ces coupeurs de feu ainsi que de la commune d'exercice, dans un but de recensement :

4) Commentaires libres :

Veillez accepter mes sincères remerciements pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
Nicolas PERRET – interne médecine générale

Annexe 2 : Questionnaire pour les patients

Enquête auprès des patients sur le recours aux coupeurs de feu dans la prise en charge des brûlures aux urgences en Haute- Savoie

N.B. : Ce questionnaire participe à une enquête neutre sur les relations entre la médecine officielle et les coupeurs de feu dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Toutes les informations du questionnaire vous concernant resteront bien sûr confidentielles et anonymes lors de leur traitement. L'accès à votre dossier des urgences m'est nécessaire uniquement pour récupérer les caractéristiques médicales de la brûlure. Merci de répondre avec précision et n'hésitez pas à communiquer tous les détails qui vous semblent importants, même si la question ne le prévoit pas. Enfin, nous trouvons souhaitable de mettre un commentaire sur le questionnaire ou sur le sujet si vous avez la moindre remarque à faire.

Etat civil :

- nom, prénom :

sexe : F M

- profession :

- artisan
- agriculteur
- ouvrier
- cadre
- profession libérale
- fonctionnaire
- étudiant
- retraité
- autre, précisez :

Etiquette du dossier :

- âge :

- code postal du lieu de résidence :

- religion :

chrétien, précisez :

musulman

juif

athée

autre :

- pratiquant : oui , non

1) - Croyez-vous en l'action des coupeurs de feu ?

oui non

- Connaissez-vous des coupeurs de feu dans votre entourage ?

oui, combien : non

2) La brûlure : comment vous êtes-vous brûlé

- flamme produit chimique
- explosion rayonnements (soleil, ...)
- liquide bouillant électricité
- objet bouillant

Précisez :

- Délai entre la brûlure et la consultation aux urgences :
- partie du corps brûlée :
- Lieu où s'est passé l'accident :
- s'agit-il d'un accident de travail : oui , non

3) Avant d'aller aux urgences :

Vous avez fait les premiers soins :

- vous avez contacté un coupeur de feu : oui , non

- vous avez passé la brûlure sous l'eau : oui , non

- vous avez pris un médicament contre la douleur : oui , non

→ TSVP

- Vous avez consulté votre médecin traitant : oui , non
 - il vous a proposé de faire appel à un coupeur de feu : oui , non
 - si oui, vous avez accepté : oui , non
 - il vous a donné des médicaments contre la douleur : oui , non

- Vous avez appelé les pompiers : oui , non
 - ils vous ont proposé de faire appel à un coupeur de feu : oui , non
 - si oui, vous avez accepté : oui , non

4) Aux urgences :

- Vous avez demandé l'intervention d'un coupeur de feu :
 oui non

On vous a proposé l'intervention d'un coupeur de feu :

- oui non
 Si oui, vous avez accepté : oui non
 Si vous n'avez pas accepté, pourquoi ?
 vous ne croyez pas en l'action de ces personnes
 vous n'en avez pas ressenti le besoin : absence de douleur
 douleur calmée par le traitement médical
 autre, précisez :

5) Si vous avez bénéficié de l'intervention d'un coupeur de feu :

- on vous a donné, ou bien vous avez pris, des médicaments contre la douleur :

- oui, avant l'action du coupeur de feu
 oui, après l'action du coupeur de feu
 non

- mode d'action du coupeur de feu :

- par téléphone , précisez :
 le coupeur de feu s'est déplacé auprès de vous , précisez l'action :

- Efficacité : quelle note donnez-vous au coupeur de feu : / 10

- douleur avant l'intervention du coupeur de feu : 0 -----max
 (placer une croix sur la ligne sachant que 0 = aucune douleur et max = douleur maximale imaginable)

- douleur après l'intervention du coupeur de feu : 0 -----max
 Combien de temps après l'intervention du coupeur de feu :

- Est-ce la première fois que vous vous faites couper le feu ?

- oui
 non, combien de fois :

6) Commentaires libres :

*Veillez accepter mes sincères remerciements pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
 Nicolas PERRET – interne médecine générale*

2) Votre opinion sur les coupeurs de feu :

Votre avis sur l'efficacité des coupeurs de feu :

- | | | | |
|------------------|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Sur la douleur : | <input type="checkbox"/> nul (0%) | Sur la cicatrisation : | <input type="checkbox"/> nul (0%) |
| | <input type="checkbox"/> faible (25%) | | <input type="checkbox"/> faible (25%) |
| | <input type="checkbox"/> moyen (50%) | | <input type="checkbox"/> moyen (50%) |
| | <input type="checkbox"/> fort (75%) | | <input type="checkbox"/> fort (75%) |
| | <input type="checkbox"/> total (100%) | | <input type="checkbox"/> total (100%) |
| | <input type="checkbox"/> pas d'avis | | <input type="checkbox"/> pas d'avis |

Votre avis sur le mécanisme d'action (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ne sait pas | <input type="checkbox"/> action magnétique |
| <input type="checkbox"/> aucun effet | <input type="checkbox"/> action énergétique |
| <input type="checkbox"/> effet placebo | <input type="checkbox"/> action magique |
| <input type="checkbox"/> action psychologique, par l'écoute, la suggestion du coupeur de feu et la démarche volontaire du patient | <input type="checkbox"/> action spirituelle |
| | <input type="checkbox"/> autre, précisez : |

Votre avis sur la collaboration médecine conventionnelle et coupeurs de feu (aux urgences notamment) :

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> inadmissible | Précisez si besoin : |
| <input type="checkbox"/> inutile | |
| <input type="checkbox"/> tolérable | |
| <input type="checkbox"/> souhaitable | |
| <input type="checkbox"/> indispensable | |

3) Vous et les coupeurs de feu

Recours aux coupeurs de feu : vous faites appel au coupeur de feu (ou bien vous couper le feu vous-même) à raison de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> plusieurs fois par an |
| <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> exceptionnellement |
| <input type="checkbox"/> plusieurs fois par mois | <input type="checkbox"/> jamais |

Vous faites appel à des leveurs de maux ou des guérisseurs pour d'autres pathologies que les brûlures :

- oui, précisez :
 non

Si vous étiez victime d'une brûlure, ou l'un de vos proches, feriez-vous appel à un coupeur de feu :

- oui
 non

Qu'est-ce qui fait que vous orientez ou non vos patients brûlés vers un coupeur de feu :

Connaissez-vous des gens (dont vos patients) qui ont déjà fait appel à un coupeur de feu ?

- oui, combien :
- non

Connaissez-vous des institutions (services d'urgences, pompiers, secouristes, école, ...) qui font appel à un coupeur de feu ?

- oui, précisez :
- non

Connaissez-vous des coupeurs de feu dans votre entourage ?

- non
- oui, combien :

merci de nous faire part du prénom et de la première lettre du nom ainsi que de la commune d'exercice, dans un but de recensement :

Selon vous, vos patients qui ont recours aux coupeurs de feu :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vous en informent | <input type="checkbox"/> ne vous en informent pas |
| <input type="checkbox"/> une majorité vous en informent | <input type="checkbox"/> vous ne savez pas |
| <input type="checkbox"/> une minorité vous en informent | |

4) Commentaires libres :

Veillez accepter mes sincères remerciements pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Nicolas PERRET – interne médecine générale
Pour tout renseignement complémentaire : nical@chrysalice.org

Annexe 4 : Résultats complémentaires

1. Enquête auprès des soignants :

1.1. Effectifs et caractéristiques des soignants

Tableau 2 : Récapitulatif de toutes les caractéristiques des soignants

	TOTAL	%	Annecy	%	Thonon	%	Annemasse	%
Effectifs :								
soignants inclus	134		45		53		36	
soignants recensés	177		63		68		46	
taux d'inclusion		76		71		75		78
Sexe (n = 133) :								
Sexe M	30	23	10	22	9	17	11	31
Sexe F	103	77	35	78	44	83	24	69
Age (n = 132) :								
< 30 ans	53	40	21	47	20	39	12	34
30-40 ans	51	39	15	33	20	39	16	46
> 40 ans	28	21	9	20	12	23	7	20
milieu de vie (n = 119) :								
urbain	54	45	24	60	21	42	9	31
semi-urbain	33	28	7	18	15	30	11	38
rural	32	27	9	23	14	28	9	31
Profession (n = 134) :								
Aides-soignants	24	18	4	8,9	14	26	6	17
Infirmiers	85	63	33	73	29	55	23	64
Médecins	25	19	8	18	10	19	7	19
Religion (n = 132) :								
chrétienne	87	66	27	60	35	67	25	71
autre	45	34	18	40	17	33	10	29
Chrétiens (n = 73) :								
pratiquants	5	6,8	2	8,7	3	10	0	0
non pratiquants	68	93	21	91	27	90	20	100

Notes : La moyenne d'âge est de 34 ans, la médiane est 33 ans. (Max = 53 ans, min = 22 ans ; écart-type = 7,5).
 Précisions pour la religion des soignants :
 N = 144 (l'analyse incluait à l'époque 12 internes en médecine générale) ;
 Catholiques = 93 (65 %) (dont 6 pratiquants) ;
 Protestant = 1 ;
 Musulmans = 3 (2,1 %) (dont 1 pratiquant) ;
 Athées ou agnostiques = 39 (27 %) ;
 Autres = 8 (5,6 %).

1.2. Opinion sur l'action des coupeurs de feu en fonction des caractéristiques des soignants

Dans notre enquête, l'opinion sur l'efficacité des coupeurs de feu sur la douleur ne semble pas influencée par le sexe (77 femmes sur 99 qui pensent que l'efficacité du coupeur de feu sur la douleur est forte ou totale contre 17 hommes sur 26 soit 65 % ; $p > 0,1$).

Elle n'est pas plus influencée par l'âge des soignants (40 soignants de moins de trente ans sur 50 soit 80 % pensent que cette efficacité est forte ou totale contre 37 soignants de trente à quarante ans sur 47 soit 79 % et 17 soignants de plus de quarante ans sur 27 soit 63 % ; $p > 0,1$).

Sur 111 soignants, selon notre méthode de répartition du milieu de vie, 42/51 (82 %) en milieu urbain pensent que les coupeurs de feu ont une efficacité sur la douleur au moins forte contre 18/31 (58 %) en milieu semi-urbain et 23/29 (79 %) en milieu rural ; $p = 0,04$.

Nous avons catégorisé le milieu de vie de chaque sujet à partir de son code postal. Ce n'est bien sûr pas assez précis et très subjectif. D'autant qu'il est raisonnable de penser que la notion de milieu de vie devient subjective avec la mobilité des populations.

Pas de différence statistiquement significative à partir de cette enquête en ce qui concerne l'opinion sur l'efficacité des coupeurs de feu par rapport à la cicatrisation des brûlures que ce soit en fonction du centre de recueil, du sexe, de l'âge, du milieu de vie, de la profession ou de la religion ($p > 0,1$).

La catégorisation de la religion n'est probablement pas fiable puisque pour effectuer les tests statistiques, nous avons regroupé a posteriori tous les chrétiens. Les autres comprenaient aussi bien les musulmans que les athées et les agnostiques. Il n'est peut-être pas pertinent, dans notre société occidentale, de comparer la population qui se désigne

comme chrétienne à celle qui se dit athée dans le cadre de notre sujet si l'on considère que l'origine culturelle (catholique en l'occurrence pour la plupart de nos concitoyens et pour les coupeurs de feu) prime au moins autant que la croyance.

Il y a quasiment autant de femmes que d'hommes qui ne se prononcent pas sur le mécanisme d'action des coupeurs de feu (« ne sait pas » : F = 37/103 – 36 % ; H = 11/30 – 37 % ; p = 0,94). Nous retrouvons la même tendance, moins significative, pour la profession (p = 0,85) et la religion (p = 0,9). Pas de différence significative pour le centre de recueil, l'âge, le milieu de vie (p > 0,1).

Aucun soignant ne pense que les coupeurs de feu n'ont aucun effet.

Pour le mécanisme magnétique, les femmes l'évoque plus souvent que les hommes (F = 36/103 (35 %) ; H = 4/30 (13 %) ; p = 0,02). Mais pas de différence significative pour le mécanisme énergétique.

Il n'y a rien à relever pour les autres mécanismes d'action évoqués.

Le centre de recueil, la religion, le milieu de vie ne semblent pas influencer l'opinion sur la collaboration entre coupeurs de feu et services d'urgences (p > 0,1). Nous ne pouvons rien dire concernant l'âge ou la profession.

1.3. Le recours aux coupeurs de feu en fonction des caractéristiques des soignants

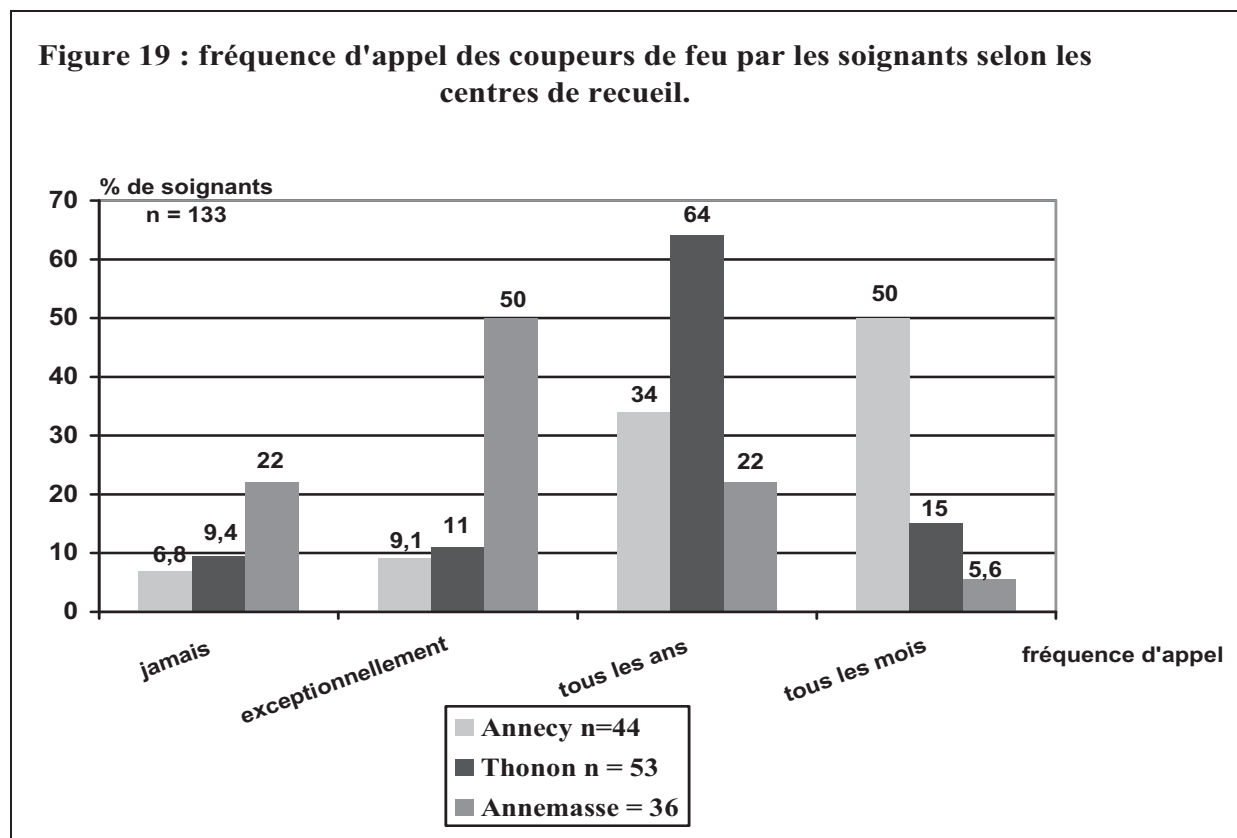


Figure 19 : Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les soignants selon les centres de recueil
 A Annemasse on fait moins souvent appel aux coupeurs de feu qu'à Ancey ou à Thonon-les-Bains. Les chiffres sont donnés à titre informatif ; nous ne pouvons pas comparer statistiquement ces résultats.

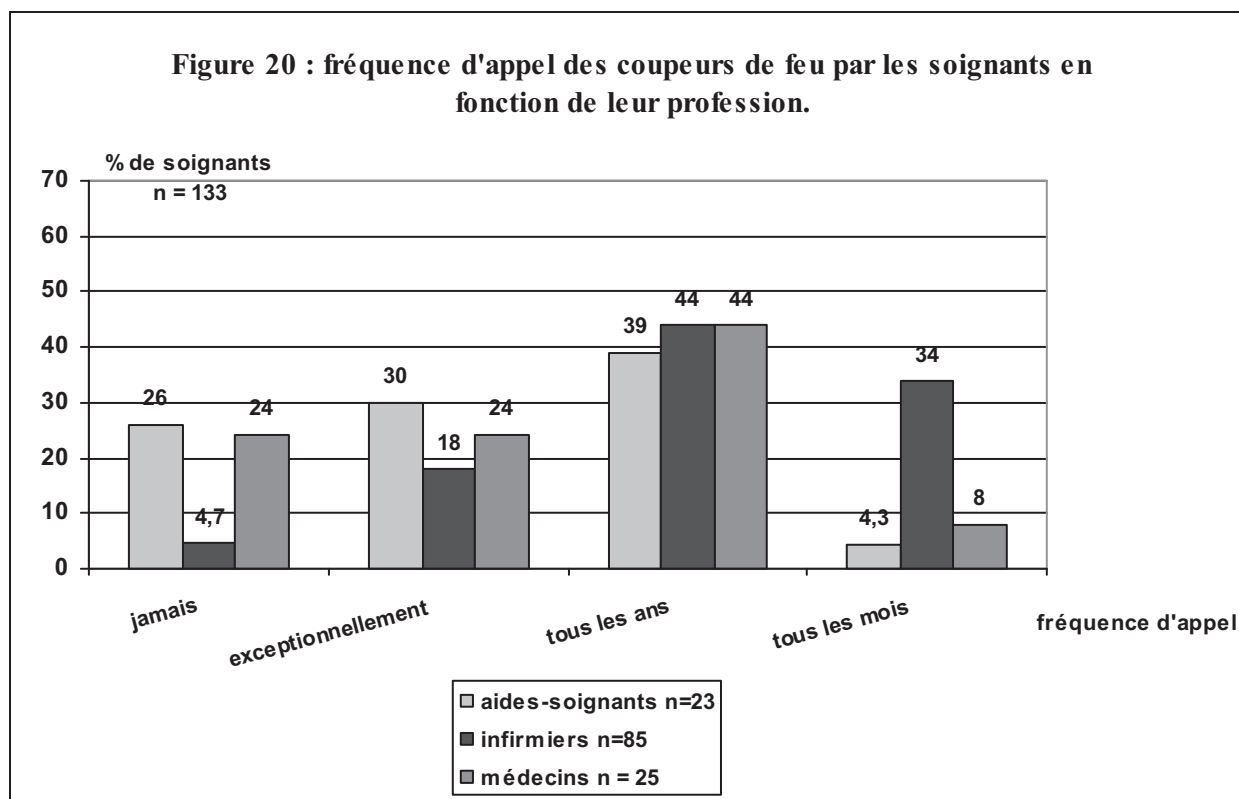


Figure 20 : Fréquence d'appel des coupeurs de feu par les soignants en fonction de leur profession
Ce sont les infirmiers qui appellent le plus souvent. Peut-être que le recours aux coupeurs de feu est différent selon la profession mais nous ne pouvons pas le vérifier statistiquement avec cette enquête.

Il peut paraître intéressant de comparer les pourcentages de médecins qui font appel aux coupeurs de feu aux urgences (n = 25) et en libéral (n = 208) sans prétendre à une significativité statistique :

- ne font jamais appel = 24 % aux urgences et 57 % en libéral
- font appel exceptionnellement = 24 % aux urgences et 24 % en libéral
- font appel tous les ans = 44 % aux urgences et 18 % en libéral
- font appel tous les mois = 8 % aux urgences et 1,9 % en libéral

Peut-être que les médecins aux urgences font plus souvent appel aux coupeurs de feu que les médecins généralistes libéraux parce qu'ils voient sûrement plus de brûlures...Mais nous ne pouvons donc pas dire qu'ils font plus facilement appel.

Nous ne pouvons pas évaluer non plus les différences de recours en fonction du sexe, de l'âge et du milieu de vie.

Mais il n'y a pas de différence significative selon la religion :

22 soignants chrétiens sur 87 (25 %) font appel plusieurs fois par mois pour 10 soignants non chrétiens sur 44 (23 %) ;

34 chrétiens (39 %) font appel plusieurs fois par an pour 22 non chrétiens (50 %) ;
 21 soignants chrétiens font appel exceptionnellement (24 %) et 10 jamais (12 %) contre 6 non
 chrétiens (14 %) qui font appel exceptionnellement et autant qui ne font jamais appel ;
 n = 131 ; p > 0,1.

15 % des soignants interrogés (19/131) font appel à d'autres guérisseurs pour d'autres
 pathologies. Les soignants à Thonon-les-Bains font plus appel à d'autres types de guérisseurs
 que dans les autres centres (14 des 52 soignants à Thonon-les-Bains (27 %), deux des 43
 soignants à Annecy (4,7 %) et trois des 36 soignants à Annemasse (8,3 %) ; p = 0,004).

Les soignants disent faire appel pour les : zones, entorses, verrues, hémorragies,
 céphalées, eczémas, lombalgies, dermatoses, autres (guérisseur, magnétiseur, ostéopathe, ...)

*Notons que nous ne considérons pas l'ostéopathe comme un guérisseur. L'ostéopathie
 comme une médecine complémentaire, oui. Mais inclure l'ostéopathie dans les médecines
 alternatives ou complémentaires dans les études pose probablement le problème de changer
 radicalement les chiffres au vu de la fréquence du recours à l'ostéopathie.*

Sur 134 soignants, 35 ne connaissent pas de proche ayant déjà fait appel à un coupeur de
 feu (26 %) et 99 en connaissent au moins un (74 %).

Pas de différence statistiquement significative selon aucune des caractéristiques des soignants
 (p > 0,1).

Le recours à un coupeur de feu pour soi-même est envisagé pour :

- 99 femmes sur 103 (96 %) et pour 26 hommes sur 30 (87 %) ; test de Fisher :
 p = 0,08 ; différence non significative.
- 81 soignants chrétiens sur 87 (93 %) et pour 42 soignants non chrétiens sur 45
 (93 %) ; test de Fischer = 1 ; la concordance est statistiquement significative.

2. Enquête auprès des patients :

2.1. Effectifs et caractéristiques des patients

2.1.1. A Thonon-les-Bains

La période d'inclusion s'est étendue du 6 septembre 2006 au 30 juin 2007, avec un taux d'inclusion de :

- 31 % du 06/09/06 au 31/12/06, soit 10 questionnaires sur 32 passages et quatre questionnaires non répertoriés dans la liste des diagnostics au Département d'informatique médicale ;
- 38 % du 01/01/07 au 30/06/07, soit 17 questionnaires sur 45 passages et onze questionnaires non répertoriés dans la liste des diagnostics ;
- soit un taux d'inclusion de 35 % au total et 42 questionnaires (27 / 77 répertoriés).

2.1.2. A Annemasse

La période d'inclusion s'est étendue du 1^{er} septembre 2006 au 30 juin 2007, avec un taux d'inclusion de :

- 14 % du 01/09/06 au 22/11/06, soit cinq questionnaires sur 35 passages et quatre questionnaires non répertoriés dans la liste des diagnostics ;
- 31,5 % du 22/11/07 au 30/06/07, soit 24 questionnaires sur 76 passages et deux questionnaires non répertoriés dans la liste des diagnostics ;
- soit un taux d'inclusion de 26 % au total et 35 questionnaires (29 / 111 répertoriés).

2.1.3. A Annecy

La période d'inclusion s'est étendue du 6 septembre 2006 au 30 juin 2007, avec un taux d'inclusion de :

- 16,6 % du 06/09/06 au 22/11/06, soit dix questionnaires sur 60 passages ;
- 51,8 % du 22/11/07 au 08/05/07, soit 72 questionnaires sur 139 et neuf questionnaires non répertoriés dans la liste des diagnostics ;
- 11,1 % du 09/05 au 30/06/07, soit cinq questionnaires sur 45 passages ;
- soit un taux d'inclusion de 35,7 % au total et 96 questionnaires (87 / 245 répertoriés).

Tableau 3 : Récapitulatif des caractéristiques des patients

	TOTAL	%	Annecy	%	Thonon	%	Annemasse	%	p*
Sexe (n = 173) :									
Sexe M	100	58	56	58	19	45	25	71	0,07
Sexe F	73	42	40	42	23	55	10	29	
Age (n = 173) :									
< 9 ans	55	32	33	34	10	24	12	34	xxx**
10-19 ans	19	11	11	12	4	9,5	4	11	
> 20 ans	99	57	52	54	28	67	19	54	
dont >40 ans		18		17		19		20	
milieu de vie (n = 157) :									
urbain	90	57	52	63	20	49	18	55	0,03
semi-urbain	39	25	13	16	17	42	9	27	
rural	28	18	18	22	4	9,8	6	18	
Religion (n = 149) :									
Chrétiens	85	57	46	56	21	58	18	58	xxx
Musulmans	19	13	10	12	6	17	3	9,7	
Autres (dont athée)	45	30	26	32	9	25	10	32	
Pratiquants (n = 88) :									
chrétiens pratiquants	27	31	15	31	6	30	6	32	0,99
musulmans pratiquants	18/75	24	9/40		5/18		4/17		xxx
	9/13	69	6/9		1/2		2/2		xxx

Notes : * représente la valeur statistique des différences ou des concordances des effectifs entre les trois centres de recueil.

** signifie que le test n'est pas interprétable, le p n'a aucune valeur statistique.

La moyenne d'âge est de 23,6 ans. La médiane est 22 ans. (Min 2 mois et max 76 ans ; écart-type = 18,9).

Nous relevons une nette différence dans les proportions d'hommes et de femmes en fonction des centres avec une prédominance de femmes brûlées à Thonon-les-Bains ce qui n'est pas cohérent avec les autres centres ni avec la littérature. Cette différence n'est cependant pas significative ($p = 0,07$) et peut donc être attribuée au hasard.

La même critique méthodologique que pour les soignants est à faire concernant la fiabilité de la catégorisation du milieu de vie des patients.

2.2. Croyances des patients

84 % des chrétiens (69/80) croient aux coupeurs de feu, contre 77 % des musulmans (13/17) et 76 % des athées (29/38). Les effectifs ne nous permettent pas d'interpréter statistiquement ces différences. Mais il est intéressant de considérer le taux important de musulmans interrogés qui croient en l'action des coupeurs de feu bien que cette pratique ne soit a priori pas de leur culture.

2.3. Comportement des patients avant de consulter aux urgences

Tableau 4 : Récapitulatif des comportements des patients brûlés avant de consulter aux urgences

	Total	%	Anney	%	Thonon	%	Annemasse	%
n = 173								
contactent un coupeur de feu (CF)	37	21	18/96	19	8/42	19	11/35	31
passent la brûlure sous l'eau	148	86	83/96	87	35/42	83	30/35	86
prennent des antalgiques	46	27	26/96	27	13/42	31	7/35	20
n=168								
contactent leur médecin traitant (MT)	11	6,5	5/94	5,3	4/40	10	2/34	5,9
MT contacte CF (n=11)			0/5		0/4		1/2	
acceptent CF proposé par MT (n=1)							oui	
MT prescrit des antalgiques (n=11)			2		2		1	
n= 169								
contactent les pompiers	36	21	23/94	25	7/40	18	6/35	17
pompiers contactent CF (n=36)	10	28	6/23	26	4/7	57	0/6	0
acceptent CF proposé par les pompiers (n=10)		8/10	6/6		2/4			

2.4. L'intervention des coupeurs de feu aux urgences – fréquence et modalités

34 patients sur 167 disent avoir demandé l'intervention du coupeur de feu aux urgences (20 %). *Nous étions étonnés par rapport à notre impression clinique. Mais une des premières raisons qu'ont les soignants de proposer l'intervention d'un coupeur de feu, d'après leurs dires, se trouve dans la demande du patient. On peut aussi se demander si l'existence du questionnaire a pu inciter les patients à demander l'intervention d'un coupeur de feu aux soignants si ces derniers ne leur proposaient pas spontanément. Le biais pourrait être conséquent.*

Il y en a autant qui demandent et qui sont brûlés à moins de 5 % de la surface corporelle (26/120 = 22 %) que de patients qui demandent et qui sont brûlés à plus 5 % de la surface corporelle (7/33 = 21 %) ; $p = 0,95$.

Ce n'est pas significatif pour la profondeur ; $p = 0,39$ (19 % des 68 cas superficiels et 25 % des 80 cas intermédiaires ou profonds)

Combien de patients ayant eu recours à un coupeur de feu ont bénéficié d'antalgiques ?

n = 108

- 28 patients sur 108 (26 %) n'ont pas reçu d'antalgique,
- 53 patients sur 108 (49 %) ont reçu des antalgiques avant l'intervention du coupeur de feu,
- 27 patients sur 108 (25 %) ont reçu des antalgiques après l'intervention du coupeur de feu.

Résultats supplémentaires

Par rapport aux soignants :

- les chiffres laisseraient penser que les soignants proposent plus souvent l'intervention d'un coupeur de feu quand la brûlure est peu étendue (inférieure à 5 %) (95 cas sur 120 = 79 %) que quand elle fait plus que 5 % de la surface corporelle (21 cas sur 31 = 68 %) mais ce n'est pas statistiquement significatif ; $n = 151$; $p > 0,1$

- on aurait tendance à penser que les soignants proposent moins souvent quand la brûlure est superficielle (47 cas sur 67 = 70 %) que quand elle est au moins intermédiaire (65 cas sur 79 = 82 %) mais ce n'est pas significatif ; $n = 146$; $p = 0,08$.

Par rapport aux patients :

- On pourrait croire que plus la brûlure est profonde, plus les patients acceptent l'intervention du coupeur de feu (57 cas intermédiaires ou profonds sur 66 soit 86 % contre 36 cas superficiels sur 48 soit 75 %), mais ce n'est pas significatif ($n = 114$; $p = 0,122$).

- chez les patients qui ont bénéficié du coupeur de feu, il y a autant d'hommes que de femmes qui ont utilisé des antalgiques, avant (50 % F (25/50) / 48 % M (28/58)) comme après (24 % F (12/50) / 26 % M (15/58)) l'intervention du coupeur de feu ; $n = 108$; $p = 0,97$.

2.5. Satisfaction des patients selon la note donnée au coupeur de feu en fonction de la croyance en son action

- Quatre patients sur sept (57 %) qui ne croient pas en l'action des coupeurs de feu sont très satisfaits ;

- contre 46 patients sur 60 (77 %) qui y croient ;

- Il y a trop peu de patients qui n'y croient pas et qui ont accepté l'intervention du coupeur de feu pour interpréter cette différence apparente.

- On remarque également que si le patient a déjà eu recours auparavant à un coupeur de feu, il semble plus souvent très satisfait (88 % contre 72 % mais ce n'est pas significatif ; $n = 70$; $p > 0,1$).

2.6. Satisfaction des patients selon la différentielle des EVA par rapport à certains critères

2.6.1. En fonction du sexe

- Sur 43 femmes, 11 (26 %) sont peu soulagées, 20 (47 %) sont assez soulagées et 12 (28 %) sont très soulagées ;
- sur 49 hommes, 8 (16 %) sont peu soulagés, 18 (37 %) sont assez soulagés et 23 (47 %) sont très soulagés ;
- quand les hommes sont soulagés, ils semblent l'être de façon plus importante, mais ce n'est pas significatif ; ($p = 0,16$; $n = 92$).

2.6.2. En fonction de la profondeur de la brûlure

- 30 % des 33 brûlures superficielles sont très soulagées sur le plan de la douleur contre 44 % des 52 brûlures intermédiaires ou profondes ;
- 55 % des 33 brûlures superficielles sont moyennement soulagées contre 31 % des 52 brûlures intermédiaires ou profondes ;
- 15 % des 33 brûlures superficielles sont peu soulagées contre 25 % des 52 brûlures intermédiaires ou profondes ;
- $n = 85$; $p = 0,09$; les différences ne sont pas statistiquement significatives.

2.6.3. En fonction du mode d'action du coupeur de feu

Nous observons que dans 16 cas sur 46 où le coupeur de feu agit par téléphone les patients se disent très soulagés contre 17 sur 43 cas où le coupeur de feu s'est déplacé (35 % contre 40 %) ; il n'y a pas de différence significative ($p = 0,84$).

2.6.4. S'il s'agit d'un accident de travail

On pourrait croire que les soignants ont, intuitivement, une bonne raison de proposer moins souvent l'intervention d'un coupeur de feu aux patients brûlés victimes d'un accident du travail, mais les résultats ne sont pas statistiquement interprétables :

Note donnée au coupeur de feu si ce n'est pas un AT (54 cas sur 68) : moyenne 7,91 ; médiane = 8,5 ; écart-type = 2,41.

Note donnée au coupeur de feu si c'est un AT (14 cas sur 68) : moyenne 5,79 ; médiane = 6,5 ; écart-type = 3,21.

Différentielle EVA si ce n'est pas un AT (73 cas sur 91) : moyenne = 4,75 ; médiane = 5 ; écart-type = 2,77.

Différentielle EVA si c'est un AT (18 cas sur 91) : moyenne = 3,75 ; médiane = 3,85 ; écart-type = 2,04.

3. Enquête auprès des médecins généralistes :

Tableau 5 : Récapitulatif des caractéristiques des médecins généralistes

	médecins généralistes	pourcentage	Commentaires :
Sexe (n = 209) : Sexe M Sexe F	145 64	69 31	
Age (n = 195) : < 40 ans 40-50 ans > 50 ans	34 66 95	17 34 49	<i>la moyenne d'âge est de 50,2 ans</i>
Origine (n = 165) : Haute-Savoie autre département	47 118	29 72	
Thèse soutenue (n = 171) : en Rhône-Alpes ailleurs	110 61	64 36	
Type d'exercice (n = 198) : rural semi-rural urbain	23 102 73	12 52 37	
Ancienneté (n = 185) : thèse < 10 ans thèse depuis 10 à 20 ans thèse > 20 ans	25 55 105	14 30 57	
Religion (n = 190) : chrétienne autre <i>dont athées</i>	117 73	62 38 <i>31</i>	<i>nous n'avons eu aucun musulman dans nos inclusions</i>
Chrétiens (n = 111) : pratiquants non pratiquants	83 28	25 75	

Pratique d'une médecine complémentaire (n = 207) : chiropractie homéopathie phytothérapie ostéopathie acupuncture mésothérapie psychothérapies autres	0 31 17 14 14 36 21 25	0 15 8,2 6,8 6,8 17 10 12	<i>autres = traumato surtout, médecine du sport, nutrition, médecine énergétique, humanitaire, expertises, esthétique, médecine de voyage, ...</i>
Les médecins généralistes connaissent-ils les coupeurs de feu (n = 206) : oui non	206 0	100 0	
Les médecins généralistes sont-ils coupeurs de feu (n = 204) : oui non	10 194	4,9 95	<i>Quatre d'entre eux semblent pratiquer le pansement de secret régulièrement ; deux ne pratiquent pas ; trois ne précisent pas et un est ambivalent. 2 femmes et 8 hommes. Plus de 40 ans dans 9 cas sur 10. Au moins 3 ne sont pas originaires de Haute-Savoie.</i>

Notons que la catégorisation de la pratique des médecins en milieu urbain, semi-rural ou rural est ici fiable puisque ce sont les médecins eux-mêmes qui le signifiaient.

3.1. Opinions des médecins généralistes sur l'action des coupeurs de feu

Par rapport au département d'origine, 9 médecins sur 30 originaires de Haute-Savoie (30 %) pensent que l'effet sur la cicatrisation est nul contre 36 sur 76 originaires d'un autre département (47 %) et 10 sur 30 (33 %) pensent que l'effet est fort ou total contre 14 sur 76 (18 %) ; mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p > 0,1$).

On pourrait presque dire que les médecins chrétiens sont proportionnellement moins nombreux ($24/70 = 34\%$) que les autres ($28/52 = 54\%$) à penser que l'efficacité sur la cicatrisation est nulle ($p = 0,067$; $n = 122$).

60 sur 116 médecins chrétiens ne se prononcent pas sur le mécanisme d'action (52 %) contre 21 des 73 autres médecins (29 %) ; différence très significative ($p < 0,01$).

9 sur 117 médecins chrétiens pensent à un mécanisme d'action spirituel (7,7 %) contre 7 des 73 autres médecins (9,6 %) ; n'y a pas de différence significative ($p = 0,65$).

Les médecins chrétiens semblent significativement un peu plus favorables à la collaboration des coupeurs de feu avec les urgences (4 sur 116 pensent que c'est inadmissible – 3,4 %, 62 que c'est inutile ou tolérable – 53 % – et 50 que c'est souhaitable ou indispensable – 43 %) que les médecins non chrétiens (10 sur 72 pensent que c'est inadmissible – 14 %, 35 que c'est inutile ou tolérable – 49 % – et 27 que c'est souhaitable ou indispensable – 38 %) ; $p = 0,03$.

Rappelons la difficulté d'interprétation de ces résultats à cause de la catégorisation des questionnés pour leur religion.

3.2. Recours aux coupeurs de feu de la part des médecins

Les médecins femmes et les médecins hommes font autant appel aux coupeurs de feu : 13 femmes sur 64 font appel plusieurs fois par an (20 %) contre 28 hommes sur 143 (20 %) ; 36 femmes sur 64 ne font jamais appel (56 %) contre 81 hommes sur 143 (57 %) ; le reste faisant appel exceptionnellement ; $p = 0,99$; $n = 207$.

Sur 193 médecins, les plus jeunes (moins de 40 ans) ne font jamais appel dans 24 cas sur 34 (71 %) alors que les 40-50 ans ne font jamais appel dans 30 cas sur 65 (46 %) et les plus de 50 ans dans 55 cas sur 94 (59 %), mais ce n'est pas statistiquement significatif ; $p > 0,1$.

24 médecins sur 46 originaires de Haute-Savoie (52 %) ne font jamais appel aux coupeurs de feu contre 69 sur 117 originaires d'un autre département (59 %) ; cette différence n'est pas statistiquement significative ($p > 0,1$).

46 médecins non chrétiens sur 72 ne font jamais appel aux coupeurs de feu (64 %) contre 52 % des médecins chrétiens (27 sur 117) ; et 11 médecins non chrétiens sur 72 font appel plusieurs fois par an (15 %) contre 23 % des médecins chrétiens (61 sur 117.) ; différence non significative ; $p > 0,1$.

Par rapport au recours au coupeur de feu pour lui-même :

- il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe (oui pour 31 femmes sur 63 (49 %) et pour 61 hommes sur 137 (45 %) ; $p > 0,1$) ;

- pas plus en fonction de l'âge (13/34 des moins de 40 ans = 38 % ; 34/64 des 40-50 ans = 53 % ; 40/88 des plus de 50 ans = 46 % ; $p > 0,1$) ;
- pas de différence significative pour le type d'exercice : oui pour 10 médecins sur 21 en milieu rural (48 %), 40 sur 97 en semi-rural (41 %) et 38 sur 71 en urbain (54 %) ; $p > 0,1$;
- on pourrait croire que les médecins chrétiens font plus facilement appel pour eux-mêmes (55/112 = 49 % contre 27/70 = 39 %) mais ce n'est pas significatif ($p > 0,1$).

3.3. Connaissances

- Les hommes connaissent statistiquement plus de coupeurs de feu (88 hommes sur 141 (62 %) en connaissent au moins un contre 26 femmes sur 64 (41 %) ; $p < 0,01$).
- Les médecins chrétiens ne connaissent pas plus de coupeurs de feu que les non chrétiens. (63 des 116 médecins chrétiens soit 54 % contre 39 des 71 autres médecins soit 55 % ; $p = 0,93$) ; mais les médecins chrétiens pratiquants connaissent nettement plus souvent au moins un coupeur de feu (23/28 = 82 %) que les chrétiens non pratiquants (38/83 = 46 %) ; ($n = 111$; $p = 0,001$).
- On aurait tendance à croire que les médecins originaires de Haute-Savoie connaissent plus souvent au moins un coupeur de feu (32/47 = 68 % contre 61/115 = 53 % des médecins originaires d'un autre département), mais ce n'est pas significatif ; $n = 162$; $p = 0,08$.
- On aurait aussi tendance à croire que les médecins thésés depuis plus de 20 ans connaissent plus souvent un coupeur de feu (59 % de 103) que ceux thésés depuis moins de 10 ans (36 % de 25), et à l'inverse qu'ils connaissent moins d'institutions faisant appel aux coupeurs de feu (35 % de 104) que les thésés depuis moins de 10 ans (56 % de 25), mais ce n'est pas significatif ($p = 0,109$; $n = 183$; et $p = 0,104$; $n = 184$).

3.4. Les médecins qui ont laissé des commentaires

- Ceux qui ont laissé un commentaire croient plus en l'efficacité sur la douleur (61 % chez ceux qui ont laissé un commentaire (50/82) contre 44 % chez ceux qui n'ont pas laissé de commentaire (35/80) qui pensent que l'efficacité est au moins forte - $p = 0,04$; $n = 162$) et c'est presque vrai aussi pour la cicatrisation (30 % (21/70) chez ceux qui ont laissé un commentaire contre 13 % (8/60) chez ceux qui n'ont pas laissé de commentaire ; $p = 0,058$; $n = 130$).

- Il y a plus de médecins ayant laissé un commentaire qui pensent que la collaboration est inadmissible (11 % (11/104) contre 3 % (3/101)) ou que la collaboration est souhaitable ou indispensable (48 % (50/104) contre 35 % (35/101)). Et ceux qui n'ont pas laissé de commentaire pensent plus que c'est inutile ou tolérable (62 % (63/101) contre 41 % (43/104)) ; $n = 205$ et $p = 0,004$.

On retrouve un peu les mêmes tendances quant à la fréquence d'appel mais de façon non significative.

Nous demandions aux médecins un commentaire libre et s'ils étaient intéressés par les résultats de l'étude pour chercher leur intérêt pour l'enquête afin d'identifier un éventuel biais d'inclusion. Nous pensions qu'un médecin intéressé par le sujet des coupeurs de feu répondrait plus facilement qu'un médecin qui n'était pas intéressé. Si les médecins sont particulièrement intéressés par l'enquête, c'est peut-être parce qu'ils sont particulièrement favorables aux coupeurs de feu. En fait, nous voyons dans cette enquête qu'il y a aussi ceux qui sont manifestement contre l'intervention des coupeurs de feu qui peuvent être autant intéressés par l'enquête.

Intéressés par l'étude :

- ceux qui sont plutôt intéressés par l'étude (qui l'ont signifié), croient presque plus à l'efficacité sur la cicatrisation ; $p = 0,064$; (ce n'est pas interprétable pour la douleur, car il y en a trop peu qui pensent qu'il n'y a pas d'effet du tout sur la douleur) ;
- ils feraient plus volontiers appel pour eux-mêmes aussi (63 % contre 42 % de ceux qui n'ont pas signifié être intéressés par les résultats de l'étude) ; $n = 201$; $p = 0,017$;

- mais on ne peut pas dire clairement qu'ils connaissent plus de coupeurs de feu ; la tendance montrent plutôt l'inverse, d'ailleurs, avec $p = 0,145$;
- ils ont laissé plus de commentaires !

N.B. : l'exhaustivité des chiffres de toutes les enquêtes est disponible sur demande à l'auteur.

RESUME

INTRODUCTION : Les coupeurs de feu, acteurs de nos médecines populaires, prétendent soulager la douleur des brûlures grâce à un secret : le don. Certains soignants, notamment dans des services d'urgences en Haute-Savoie, ont recours aux coupeurs de feu pour les patients brûlés.

OBJET DE L'ETUDE : Notre étude se propose d'évaluer la place et l'impact des coupeurs de feu dans la prise en charge médicale des brûlures.

BUT : Faire le point sur l'avis et la collaboration des soignants et des médecins généralistes avec les coupeurs de feu. Evaluer la satisfaction des patients qui ont eu recours à un coupeur de feu.

METHODE : Nous avons réalisé une dizaine d'entretiens avec des coupeurs de feu qui interviennent en complément de la médecine, une enquête auprès des soignants de trois services des urgences de Haute-Savoie qui collaborent avec des coupeurs de feu, une enquête auprès des patients brûlés qui ont consulté ces services, et une enquête auprès des médecins généralistes de Haute-Savoie.

RESULTATS : 134 soignants, 173 patients et 210 médecins généralistes ont répondu. Les soignants interrogés ont, en moyenne, une bonne opinion de l'action des coupeurs de feu. Ils sont plutôt favorables à leur collaboration au sein de leur service (61 % la trouvent souhaitable). Ils ont proposé l'intervention d'un coupeur de feu à 75 % des patients dont 81 % l'ont acceptée. 87 % des patients qui en ont bénéficié disent que leur douleur a diminué de plus de 30 %. Les médecins généralistes ont une opinion plus modérée concernant l'efficacité et la collaboration avec des coupeurs de feu (36 % la trouvent souhaitable).

DISCUSSION : Nous n'avons pas trouvé d'autre étude sur la collaboration des coupeurs de feu avec les services d'urgences. Malgré les biais de nos enquêtes, l'intérêt de cette collaboration paraît manifeste. L'effet placebo apporte une compréhension partielle de ce phénomène. Dans toute relation thérapeutique il y a, plus ou moins, de l'anthropologique, du psychologique, du relationnel... et de l'inexplicable. Au-delà de *l'evidence-based medicine*, une hypothèse possible sur l'inexplicable efficacité des guérisseurs tient dans la relation thérapeutique et son effet symbolique.

CONCLUSION : Faut-il réintégrer du culturel et du sens à la médecine pour espérer une prise en charge plus globale ? Nous abordons, peut-être, le sens, l'ontologie de la relation humaine dans laquelle peut s'inscrire une relation thérapeutique. Une leçon populaire pour notre technocratie ? Des études supplémentaires seraient nécessaires pour identifier un éventuel bénéfice spécifique de l'intervention des coupeurs de feu.

Mots-clefs :

Coupeur de feu ; Brûlure ; Barreur de feu ; Leveur de maux ; Panseur de secret ; Guérisseur ; Médecine populaire ; Le don.