

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

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

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

<http://www.hypnose.fr>

Delphine FOMBARON

Université de Bourgogne

Diplôme Universitaire : Hypnothérapie

***L'hypnothérapie comme aide au travail de la maladie en
service de chirurgie pédiatrique orthopédique.***

Cas clinique d'un adolescent.



Mémoire dirigé par Antoine BIOY,

Maître de conférences HDR- Université de Bourgogne

Psychologue Clinicien, docteur en psychologie et hypnothérapeute.

Juin 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement Antoine Bioy qui a ouvert le bal des découvertes de l'hypnothérapie et qui s'est montré disponible tout au long de l'année.

Je remercie tous les intervenants de ce DU pour la richesse de leurs interventions, la transmission de leurs connaissances et le partage de leur pratique.

Merci à mes collègues de promo avec qui nous avons partagé surprises, doutes et un florilège de découvertes.

Merci à mes chefs de services de m'avoir permis de prendre du temps pour me former à cet outil en cours de « culture » dans ma pratique.

Merci à mes collègues de travail pour leurs conseils avisés et leur soutien.

Un grand merci à mon jeune patient, Cédric, pour cette rencontre et ce travail thérapeutique mené ensemble.

Merci à mes parents et beaux-parents pour leurs disponibilités durant cette année et pour leurs encouragements.

Merci à mes deux hommes d'être là, tout simplement.

*« Pendant tout le début de mon angine je n'étais que ma gorge.
L'homme **focalise**, disait papa, tout vient de là !
Aux yeux des hommes, rien n'existe hors du cadre.
Mon garçon, je te conseille de briser le cadre. »*

D. Pennac. *Journal d'un corps.*

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCTION | 4 |
| II. PARTIE THEORIQUE ET PROBLEMATIQUE | 7 |
| 1. La maladie et l'hospitalisation de l'adolescent: temps de l'effraction. | 7 |
| 2. Le travail de la maladie : temps de la restauration psychique. | 14 |
| 3. En passant par l'hypnothérapie | 17 |
| III. METHODOLOGIE | 23 |
| 1. Description de la population rencontrée. | 23 |
| 2. Cadre des rencontres. | 23 |
| 3. Présentation du cas clinique et de la demande. | 24 |
| IV. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES | 25 |
| 1. Quelques éléments d'anamnèse | 25 |
| 2. Déroulés des entretiens | 25 |
| V. DISCUSSIONS THEORICO-CLINIQUES | 43 |
| 1. Rappel de la problématique | 43 |
| 2. Discussion de la problématique et des hypothèses au regard des données cliniques | 43 |
| 3. Discussion éthique | 48 |
| 4. Apport de cette étude | 50 |
| VI. CONCLUSION | 51 |
| BIBLIOGRAPHIE | 53 |
| RESUME | 55 |

I. INTRODUCTION

Mon chemin vers l'hypnose.... Et explicitation de la thématique clinique de mon travail.

Ma première rencontre avec le terme « hypnose » s'est déroulée lors de ma première année d'étude de Psychologie (à Nancy) où un professeur nous enseigne rapidement l'histoire de la psychologie et de la psychanalyse non sans aborder évidemment l'école de Nancy. Je fais la connaissance de ces deux grands noms : Hyppolyte Bernheim et Ambroise-Auguste Liébeault, deux fondateurs de cette école, deux piliers dans l'histoire de l'hypnose telle qu'elle existe aujourd'hui. Un enseignement rapide qui a suscité ma curiosité, m'attardant à ce moment là de mes études sur quelques articles traitant de ce vaste courant qu'est l'hypnose. Cette curiosité s'explique probablement par l'attrait que je porte pour le corps et, à travers l'hypnose le corps est mobilisé de concert avec la psyché.

Lors de ce DU, de nouveau cette ritournelle personnelle : « la vie n'est vraiment pas une suite de hasards.. », et si ce « Livre du voyage » de Bernard Werber (longtemps sur ma table de chevet depuis mon adolescence) était mon anti-chambre personnelle de ma connaissance puis ma pratique de l'hypnose ?

Les années se sont succédées, toujours avec l'empreinte de cet intérêt pour la psyché et son tricot avec le corps, en témoignent également mes mémoires de fin d'études. Arrivent ensuite mes premières expériences professionnelles dans le décor du milieu hospitalier somatique. Ma pratique s'est donc étoffée, nourrie de toutes les rencontres, tous les accompagnements psychologiques déroulés, difficultés rencontrées, questions déployées. Jusqu'à ce que je m'installe depuis quelques années de manière plus spécifique dans des services de chirurgie pédiatrique et au sein d'une consultation de maladies neuromusculaires.

Ma pratique de psychologue en chirurgie pédiatrique s'apparente pour moi à un bal éclectique où la danse du thérapeute doit s'accorder à celle du patient rencontré afin de pouvoir créer un mouvement harmonique... Un bal où les partenaires rencontrés portent une biographie bien singulière mais aussi des pathologies toutes plus uniques les unes que les autres. Les services de chirurgie dans lesquels j'exerce m'offrent des prises en charge très différentes allant de l'accompagnement psychologique en préopératoire lorsque l'enfant manifeste un cortège d'anxiété, d'angoisse voire de somatisations importantes, à la prise en charge psychique des

enfants brûlés, d'enfants souffrant de malformations orthopédiques, viscérales, porteurs de handicap, ou encore de parents de nourrissons nécessitant une chirurgie à l'aube de leur vie. De cette pluralité dans ma pratique je propose aux enfants, à leurs parents, une aide à penser les événements traumatiques, traumatogènes traversés (mise en sens de la maladie, du handicap, de la malformation, du traumatisme, etc.) Néanmoins, malgré mon passage par la parole, le jeu, je me retrouvais parfois démunie dans l'aide psychique apportée. Je percevais qu'un détour ou retour autrement que par le corps et une sollicitation plus intense de l'imagination pouvait m'aider à guider autrement mes patients. Je souhaitais ouvrir ma pratique pour faire un pas de côté et leur permettre d'être acteur et pas seulement spectateur de leurs difficultés.

Suite à ces questionnements est né le désir pour moi de me former à l'hypnothérapie. L'hypnose est un outil qui permettrait à l'enfant de prendre de la distance avec l'événement traumatique tout en sollicitant sa capacité à rêver. Je voyais dans cet outil un recentrage de l'enfant sur sa subjectivité en lui apprenant à utiliser d'autres ressources afin de faire face aux multiples effractions traversées et/ou à traverser. Outre le travail psychique d'élaboration « classique » que j'offrais à l'enfant dans l'histoire de sa maladie, de son handicap, l'hypnothérapie offrait pour moi l'occasion d'envisager ces difficultés autrement, par l'imaginaire, la créativité. Et ensuite, me voici donc sur la route de l'apprentissage de la pratique de l'hypnose dans mon exercice actuel.

Dans ce cadre, il m'apparaît et m'apparaissait donc presque naturel de m'interroger sur la manière dont ce fabuleux outil « hypnose » pouvait s'inclure dans cette composition thérapeutique, comment cette nouvelle note pouvait m'offrir de nouvelles tonalités dans les prises en charge psychiques proposées à mes patients. De quelle manière puis-je intégrer cet outil de manière différente selon chaque situation rencontrée ? La seule thématique générale toujours retrouvée étant que le corps est abîmé, effracté. De quelle façon l'hypnothérapie peut-elle permettre de déployer une autre tonalité dans ces a-corps dissonants, comment atteindre une mélodie corporelle et psychique plus harmonieuse ?¹

Mon mémoire retrace la manière dont la pratique de l'hypnose s'est tissée à ma pratique thérapeutique dans les services de chirurgies pédiatriques dans lesquels j'exerce. Pour moi, il

¹ En musique, une **dissonance** (antonyme de consonance) désigne la discordance d'un ensemble de sons (dans un accord ou un intervalle) produisant une impression d'instabilité, de contrariété entre les notes (une "dispute") et de tension, et nécessitant une résolution. L'impression de dissonance varie selon le système musical adopté, le courant culturel, l'époque, les individus, etc.

s'agit de la culture de cet outil dans le jardin de ma pratique de psychologue en chirurgie pédiatrique ... Cet outil hypnotique est pour moi une véritable manière de cultiver autrement la thérapie avec les enfants et adolescents que j'accompagne à l'hôpital.

Un cas clinique esquisse la manière dont je suis allée cueillir cet outil et dont je l'ai utilisé pour accompagner un patient adolescent. Ce mémoire retrace plus précisément mes questionnements de psychologue sur la place de l'hypnothérapie dans le travail de la maladie dans les services de chirurgie pédiatrique. Quelle place peut occuper cet outil dans le travail psychique proposé à mes patients ?

II. PARTIE THEORIQUE ET PROBLEMATIQUE

1. La maladie et l'hospitalisation de l'adolescent: temps de l'effraction.

a. Un cortège de manifestations psychiques

Généralités à propos de l'intrusion de la maladie et de l'hospitalisation.

La maladie surgit chez une personne, entraîne une hospitalisation et là c'est l'ensemble de ses repères qui sont bouleversés. Selon D. Castro : « *l'hospitalisation modifie les relations de l'enfant à son entourage, en introduisant discontinuité et décalage dans l'expérience temporelle et personnelle du sujet et de sa famille.* ». T. Bastin (2000) rappelle d'ailleurs que : « *l'hospitalisation qu'elle soit inattendue ou programmée le confronte à une situation de crise dans le domaine de son vécu corporel, de ses relations, de ses activités habituelles, de ses repères et de son environnement familial.* » Elle vient aussi profondément bouleverser la relation que le sujet a avec lui-même (dans son sentiment d'identité et de valeur). Le jeune patient, quel que soit son âge, se sait, se voit malade : son corps fait l'objet de sollicitations constantes, le temps qu'il est en train de vivre en tant que malade n'a plus rien à voir avec le temps chronologique habituel (M. Dreyfus, 2007).

Le développement affectif et intellectuel représente une des modalités influant sur la perception et la compréhension de la situation induite par la maladie et l'hospitalisation: où se situe le jeune patient de ce développement ? Par ailleurs, les modalités d'adaptation à la séparation induites par l'hospitalisation sont tributaires des discontinuités et des carences qui auront marqué l'établissement de liens précoces parent-enfant (T. Bastin, 2000). Poursuivons en citant F. de Gheest (2006) : « *le vécu de l'hospitalisation de l'enfant est fonction de son histoire et nous rallions plus particulièrement le point de vue d'A. Freud (1952) selon lequel la réalité fait traumatisme quand elle entre en contact avec les fantasmes de l'enfant.* » . Autrement dit, le jeune patient se montrera vulnérable aux dimensions auxquelles son histoire l'aura sensibilisé. Une autre modalité importante est de considérer le caractère subit, urgent ou non, de l'atteinte corporelle responsable. Est-ce venu brusquement ? Suite à un accident ? Après plusieurs examens ? Notons également que l'exposition aux soins et notamment à une ou des interventions chirurgicales sont des éléments anxiogènes majeurs (nous développerons ultérieurement). Ces indications sont précieuses dans la préparation psychologique ou non qu'il a pu élaborer, et surtout dans sa tolérance et son adaptation à cette situation « hors du commun ».

L'intrusion de la maladie dans la vie du sujet implique des réactions psychologiques complexes. Il est propulsé dans un monde peuplé d'inconnus et notamment lors d'une hospitalisation où il « atterrit » dans un univers différent : une chambre avec un lit, des odeurs, des bruits nouveaux, un espace-temps différent du connu habituel. Ces changements sont la plupart du temps (accentués en contexte d'urgence) dépourvus d'explications logiques et compréhensibles pour le jeune patient confronté à un vécu tout à fait anxiogène, faisant l'expérience, là, d'un non-sens plongeant souvent l'enfant ou l'adolescent dans une sidération.

Traumatisme psychique

Cette épreuve est analogue à ce que L. Crocq (2007) définit comme « traumatisme psychique » ou « trauma » c'est-à-dire à un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur.* » Ainsi, il apparaît alors un sentiment d'effraction avec son ressenti de non-maîtrise sur l'événement, impression d'avoir à supporter passivement une situation engendrant une angoisse intense, quelque chose d'impossible à assimiler comme tel. Le jeune patient est propulsé dans un monde faisant naître le sentiment d'une inquiétante étrangeté. Pour T. Bastin (2000), l'impact traumatique d'une hospitalisation s'articule autour de deux pôles :

- L'incidence du corps malade sur les rapports que le sujet entretient avec son propre corps et les représentations psychiques qu'il s'en fait,
- L'incidence et l'éloignement et la rupture de ses repères familiaux et environnementaux.

Certains auteurs comme G. Marioni (2008) évoque un « *double traumatisme* » induit par la maladie sur l'enfant. D'une part, il parle d'un « *trauma direct surdéterminé fantasmatiquement* ». Il serait lié aux conséquences psychologiques de l'atteinte somatique sur l'enfant. D'autre part, il parle d'un « *trauma indirect* » qui serait lié au retentissement psychique des réactions parentales sur l'enfant malade, pensons à D.W. Winnicott (1951) qui écrivait qu'un enfant malade tout seul ça n'existe pas : il faut considérer l'enveloppe familiale qui le porte et les enveloppes scolaires et sociales.

C. Jousset (2014) indique, elle, un double traumatisme:

- le *premier traumatisme* est primaire, direct, dû à la crainte de la mort, de la douleur, du handicap.

- Le *second traumatisme* est plus complexe à appréhender. Il intervient dans l'après-coup, dépend de l'histoire familiale transgénérationnelle et, notamment, de la présence dans la famille de deuil ou de maladie d'autres personnes. La maladie de l'enfant réactive alors les blessures passées, blessures non cicatrisées.

Angoisse

La maladie suscite un malaise, parfois ce malaise semble sans rapport, « disproportionné » par rapport à la réalité des lésions somatiques. Cette atteinte somatique éveille de l'angoisse et réveille des angoisses archaïques réactivant des vécus persécutoires d'intrusion, de morcellement, de perte de contrôle. Ces vécus sont alimentés par le caractère intrusif de certains gestes exploratoires et thérapeutiques ou par la perte de contrôle lors de l'anesthésie (P. Ferrarie, 1989). L'exposition aux soins offrant un corps au moins partiellement dénudé à des gestes souvent invasifs, agressifs et douloureux, peut accentuer les angoisses de castration (D-A. Decelle, 1996). F. De Gheest et al. (2006) ajoutent qu'il en va de même pour l'opération qui, de par sa nature même, est également associée à ce type d'angoisses. Par ailleurs, des angoisses de séparation sont également suscitées par l'hospitalisation. Ces angoisses sont en lien avec la séparation du milieu habituel du sujet mais également en lien avec ce moment plus particulier qu'est l'anesthésie. (C. Lestang et Cl. Saint-Maurice, 1984² In. F. De Gheest et al., 2006)

Culpabilité

La maladie et l'hospitalisation peuvent être infiltrées de culpabilité. Effectivement, la culpabilité peut apparaître lorsque le jeune patient pense que l'effraction corporelle découle d'une faute commise ou traduit une punition. Selon T. Bastin (2000), cette culpabilité s'habille de différentes manières, elle peut prendre la forme de phobies, de renforcement des pulsions auto- ou hétéroagressives, ou encore de régressions amenant l'enfant ou l'adolescent vers des positions de soumission, de docilité ou de passivité dans un processus de repli névrotique. Il ajoute que « *cet effet d'inhibition induit chez l'enfant et sa famille une véritable sidération des sphères intellectuelles, affectives et émotionnelles ou, au travers d'un processus de chosification de la maladie, l'enfant n'est plus que sa maladie au détriment de*

² LESTANG, C., SAINT MAURICE, CL., (1984). Le vécu de l'anesthésie chez l'enfant. *Cahiers d'anesthésiologie*. Tome 32, n°5, p. 395.

tout mouvement émotionnel et pulsionnel. S'installe ainsi une sorte d'écran protecteur face aux conflits psychiques résultant des différents mouvements internes suscités par la situation, mais au prix de l'appauvrissement d'une vie pulsionnelle et autonome. » Autrement dit, un immobilisme s'installe dans les mouvements psychiques qui étaient en cours chez l'enfant ou l'adolescent venant bloquer l'évolution de sa conflictualisation psychique.

L'agression de l'image du corps

Distinguons immédiatement le schéma corporel de l'image du corps. F. Dolto (1984) indique que le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce. En principe, il est le même pour tous. Il est le vécu du corps actuel dans l'espace. C'est lui qui sera l'interprète de l'image du corps. L'image du corps est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire. S'élaborant dès les premiers temps de l'existence, elle est la synthèse vivante de ses expériences émotionnelles. Elle se structure par la communication entre les sujets et se réfère donc à un imaginaire intersubjectif marqué d'emblée chez l'humain par la dimension symbolique. Certaines effractions corporelles, certaines maladies attaquent l'image du corps de façon directe à travers des déformations, des douleurs, des endommagements de « l'enveloppe », plus « honteuses » lorsqu'elles sont visibles (C. Jusselme, 2014). L'enfant-l'adolescent atteint dans son corps peut vivre celui-ci comme abîmé, mauvais, défaillant, désintégré. Cet auteur (ibid.) ajoute que dans cette expérience « *la douleur garde un statut particulier. Elle représente une « cicatrice intérieure » qui jamais ne s'efface : elle s'en va, mais on ne peut oublier la souffrance du corps* ». Le passage de la maladie laisse donc des traces dans le monde interne de l'enfant ou de l'adolescent.

« Gel » du mouvement d'autonomisation

Le corps est touché, blessé, et ses manifestations sont l'incapacité fonctionnelle, la défaillance corporelle et la douleur. Ce corps qui dans l'enfance et l'adolescence est vecteur de découverte, d'appropriation, fortement investi dans les processus maturatifs et d'autonomisation se retrouve là, soudain, dans une dépendance et une passivité au soin. Selon T. Bastin (2000), l'enfant se voit dépossédé d'une partie, voire de la totalité, de ce corps en souffrance qui devient objet de curiosité et de surveillance. Quel changement d'angle ! Les enfants et adolescents portent ce désir d'autonomie, néanmoins son expression s'avère difficile car cela les confronte aux sphères douloureuses de la solitude réveillant des angoisses

de séparation et d'abandon en lien avec leur vécu de l'hospitalisation (F. de Gheest et al., 2006). De plus, il n'est pas rare de rencontrer des mouvements régressifs chez les jeunes sujets hospitalisés. Cette régression se réalise en écho à la situation de dépendance-passivité induite par les soins (F. de Gheest et al., 2006). Cet auteur cite A. Freud (1952) en ajoutant que : « *la perte de l'autonomie acquise par la maîtrise des fonctions corporelles s'accompagne d'une régression du Moi à des stades antérieurs et passifs du développement, la construction du Moi s'appuyant sur la maîtrise des fonctions corporelles.* » La régression permet alors au sujet d'obtenir davantage d'attention de son environnement affectif et ainsi de conserver son énergie. Elle exprime un besoin d'encouragement et de soutien recherché par le jeune patient. Ce besoin est nécessaire dans la reconsolidation de son image menacée par l'atteinte corporelle (T. B. Brazelton, 1992).

b. Aspects psychologiques en chirurgie pédiatrique.

La chirurgie implique que le jeune patient doit être positionné d'une certaine manière, examiné, et la plupart du temps préparé pour un bloc opératoire. K. Olness et D. P. Kohen (2006) écrivent que c'est un fait bien connu que les patients qui abordent une opération avec un degré élevé de peur et d'agitation nécessitent des doses plus élevées d'anesthésiants chimiques, ce qui augmente le risque de complications. Les suites postopératoires seront aussi plus difficiles, tant du point de vue chirurgical que psychologique.

En référence à R. de Carmoy (2007), nous pouvons dire que le jeune patient en première ligne est assailli par la peur, la douleur, est parfois désorienté et affaibli. En seconde ligne, se trouvent les parents qui eux sont anxieux, imaginant les conséquences fonctionnelles, esthétiques, affairés par la peur également, impuissants face à la douleur de leur enfant et dépossédés de leur fonction parentale (qu'ils délèguent au personnel soignant et médical). Nous ne pouvons faire l'impasse sur le vécu des parents puisque celui-ci colore le vécu de leur enfant.

R. de Carmoy (Ibid.) cite une étude de Kashani³ (1981) qui a montré que, sur une population de 100 enfants de 7 à 12 ans handicapés orthopédiques hospitalisés à Los Angeles pour intervention chirurgicale, 23 montraient des signes de dépression. Les symptômes dominants étaient la perte d'intérêt ou de plaisir, les sentiments de culpabilité et l'apathie. Kashani ajoute aussi qu'un sentiment de perte s'installait chez ces enfants, se traduisant par la diminution de

³ KASHANI, J.H., VENZKE, R., MILLAR, E.A. (1981) Depression in children admitted to hospital for orthopaedic procedures, *Brit J. Psychiatry*, 138, P. 21-25

capacité motrice par rapport aux autres : perte de la capacité à jouer avec les autres, à se mesurer physiquement à eux, à acquérir une maîtrise de son corps. Le travail psychique (de la maladie) est quotidien car la réalité vient sans cesse rappeler au jeune patient ses limites.

L'opération chirurgicale est particulière, elle est une effraction sanglante sur le corps accompagnée de douleur et de mutilation (R. de Carmoy, 2007). Il règne une contradiction majeure compliquant le travail d'élaboration des patients : porter atteinte au corps pour ensuite le réparer. Cet acte chirurgical prend d'ailleurs une dimension menaçante en fonction du monde fantasmatique du sujet : les menaces extérieures réelles de l'acte opératoire s'unissent aux dangers imaginaires de l'inconscient où la raison n'a aucun pouvoir et où, à sa place, surgissent des fantasmes de persécution, des réactions de panique et des angoisses d'abandon. Il peut naître alors une confusion entre intervention chirurgicale et castration, mesures thérapeutiques et agression, anesthésie et danger de mort. L'angoisse est en fait liée à la *représentation inconsciente* que le patient se fait de l'intervention chirurgicale (R. de Carmoy, Ibid.). Cet auteur évoque les fantasmes exprimés par les enfants et adolescents qui s'articulent autour de plusieurs axes : l'agression contre le corps, la peur de la mort, la sexualité et la pensée magique.

Une étude de R. de Carmoy⁴ (1995, In R. de Carmoy, 2007), menée auprès de 133 enfants et adolescents hospitalisés et opérés en chirurgie traumatologique et réparatrice, a montré que les préadolescents et les adolescents sont particulièrement vulnérables face à l'angoisse éveillée par l'acte chirurgical et que certains expérimentent au moment de l'opération, des épisodes de désorganisation psychique d'allure psychotique. Parfois la désorganisation psychique se penche davantage vers un effondrement dépressif où l'adolescent semble se retrancher dans un repli, une tristesse, une indifférence. C'est comme si son univers se rétrécissait à ses fonctions corporelles. De plus, la douleur est au-devant de la scène lors d'une chirurgie. Cette douleur ne modifie pas seulement la relation de l'enfant-l'adolescent à son propre corps, mais aussi aux autres et au monde qui l'entoure. Le sujet se voit donc immobilisé dans sa vie par ses symptômes, qui le coupent d'une relation équilibrée au monde et à lui-même. (I. Celestin-Lhopiteau, 2013)

⁴ CARMOY, R. de (1995) Angoisse et chirurgie réparatrice de l'enfant et de l'adolescent, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, 1, P. 141-202.

c. Particularités chez l'adolescent.

Lorsque la maladie frappe à la porte d'un adolescent, certaines particularités sont à penser. En effet, étymologiquement adolescent (*adolescere*) signifie : croître, grandir, dans son corps et sa psyché (C. Jousset, 2005). Pointe ici déjà une contradiction essentielle, alors que l'adolescent s'ouvre à la vie, à de nouvelles expériences, un coup du destin vient freiner voire bloquer cet élan en lui demandant de prendre en compte un dysfonctionnement somatique.

L'adolescence implique un triple remaniement psychique (A. Birraux, 1994), et celui-ci se trouve complexifié par la maladie, la chirurgie vécue. Reprenons ces trois points à la lumière de ce que l'atteinte corporelle vient « fragiliser » :

- Le remaniement de la relation avec son propre corps. L'adolescence rime avec changement corporel et le corps est donc au cœur des préoccupations psychiques. Le corps en métamorphose (passer du corps d'enfant à celui d'adulte) est déjà une épreuve narcissique, une épreuve de changement pour l'adolescent alors lorsque la maladie s'invite le travail de représentation du corps se complique. En effet, A. Birraux (1994) note qu'à l'adolescence « *toute atteinte corporelle dérange comme si elle attaquait le sujet là où il a déjà mal* ».
- Le remaniement de la relation avec sa sexualité naissante. Une singularité de l'adolescence est qu'elle est pétrie par les changements pubertaires. Ceux-ci travaillent le corps de l'enfant (A. Birraux, 1994). Sauf que dans ce contexte d'atteinte corporelle, le corps investi libidinalement devient défaillant, passant d'un statut d'allié à un statut de contrainte, voire d'ennemi. L'adolescent est déjà en proie avec un sentiment d'inquiétante étrangeté vis-à-vis de tous ses changements corporels pubertaires, ce sentiment d'étrangeté se voit renforcé par cet éprouvé de son corps abîmé. Ainsi, l'adolescent qui rencontre sur son chemin une maladie doit s'approprier son corps dans un double processus d'acceptation (A. Breton, 2000). Outre l'acceptation d'un nouveau corps sexué, il doit accepter et reprendre à son propre compte la blessure narcissique due à ce corps abîmé, endommagé par la maladie. Il se voit là confronté à un difficile travail psychique, de surcroît s'il vit une hospitalisation. Ajoutons, selon C. Mille et al. (2004), que les représentations des transformations pubertaires, des nouvelles exigences du corps libidinal ne sont guère compatibles avec celles des défaillances physiques et des limitations du corps souffrant ; d'autant

qu'aux fluctuations identificatoires de l'adolescence s'ajoute l'épreuve narcissique de la maladie.

- Le remaniement de la relation avec son environnement. L'adolescence induit un nouveau type de relation avec les objets parentaux et une ouverture vers le monde. Or, la maladie, l'hospitalisation impliquent une situation de dépendance-passivité et connotent de manière conflictuelle le paradoxe auquel l'adolescent se trouve plus particulièrement confronté dans le travail mené de séparation-individuation. Alors même qu'il tend à s'autonomiser, l'adolescent se trouve bloqué dans son envol vers d'autres mondes que celui connu. Dans ce contexte, il peut être amené à rejeter en bloc sa maladie, ses contraintes et le traitement dans une tentative de déni, d'affirmation et de récupération de la maîtrise de son propre corps. On assiste alors à une conflictualisation de la prise en charge thérapeutique, cette conflictualisation serait une tentative de donner du sens à ces différents éléments : la difficulté de pouvoir s'approprier sa maladie et de l'intégrer aux différents systèmes de représentations internes, les difficultés à ne pas vivre sa maladie comme un obstacle aux identifications aux pairs et au groupe familial, entrave au processus d'autonomisation (T. Bastin,2000).

Nous pouvons alors aisément concevoir que la confrontation au corps abîmé par la maladie, par les traitements puisse compliquer massivement l'élaboration psychique des remaniements pubertaires propre à cette métamorphose adolescente.

Dans ce contexte-ci, comment l'adolescent déjà immergé dans son travail psychique pubertaire se « relève »-t-il de ce « fracas » corporel et psychique? Comment peut-il se restaurer psychiquement ?

2. Le travail de la maladie : temps de la restauration psychique.

Un des objectifs du psychologue à l'hôpital est d'accompagner l'enfant-l'adolescent, dans le sens de « cheminer avec », en lui permettant de pouvoir supporter l'hospitalisation (avec son florilège d'exams, d'actes médico-chirurgicaux) et les modifications corporelles induites. Et à un niveau plus profond, il peut permettre au sujet de reprendre un statut

d'individu à l'enfant-l'adolescent prisonnier des adultes qui ont, sur son corps, le pouvoir de l'agresser, de le détruire ou de le guérir. » (R. De Carmoy, 2007).

Une économie de la maladie.

T. Bastin (2000) décrit une « économie de la maladie » selon deux axes:

- *« Elle correspond à une transformation des processus psychiques en lien avec les modifications à la fois corporelles et émotionnelles que la maladie introduit dans l'histoire du sujet ;*
- *Elle pousse le sujet à développer des stratégies pour se sortir de la dépendance totale qu'elle peut induire. Ces stratégies oscillent entre le rejet, qui consisterait à vivre contre sa maladie, l'aliénation, qui consisterait à être totalement dépendant de la maladie et ne vivre que pour elle, et l'assomption qui est celle de vivre véritablement avec sa maladie en s'appropriant un statut d' « être malade » qui soit supportable. »*

Définition du « travail de la maladie ».

Ces processus dernièrement cités sont inhérents à ce qu'il est appelé : «travail de la maladie ». En effet, le patient dans son parcours effectue ce que certains auteurs appellent « un travail de la maladie » (Pédinielli, 1987, 1990). Selon C. Jousset (ibid.), ce travail s'impose à tout sujet atteint d'une affection organique sévère et durable. Il consiste en un ensemble d'opérations psychiques permettant au patient un réinvestissement de son corps malade et ainsi le monde extérieur. Il s'apparente au travail de deuil d'un corps en bonne santé et, d'acceptation douloureuse des limitations et contraintes liées à la maladie. Ce travail de la maladie est défini comme « l'ensemble des procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assure la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et en douleurs psychiques qui permettent un réinvestissement libidinal » (J-L. Pédinielli et al., 1996). Il découle donc un mouvement, une transformation allant de la rétraction libidinale du sujet (où son énergie psychique est recentrée, repliée sur lui-même) à une « réouverture » libidinale. Ce travail de la maladie permet au patient d'élargir ses représentations de l' « événement maladie », de lui attribuer d'autres significations moins accablantes, de jouer un rôle plus actif dans la « gestion » des symptômes et des traitements. Rappelons que l'adolescent éprouvé dans son corps a à mener là conjointement travail de la maladie et travail d'adolescence (C. Mille, et al., 2004). Cet auteur rappelle qu' « il est nécessaire alors de ne pas sous-estimer les aléas du travail psychique auxquels est nécessairement confronté tout adolescent porteur d'une maladie somatique, ces aléas témoignent de la difficulté que les

jeunes patients rencontrent à mener conjointement l'élaboration psychique de leur maladie et celles des transformations/pubertaires ». Il poursuit en évoquant que l'adolescent en « travail psychique » est : « *probablement peu compliant puisqu'il va interroger son entourage à travers des manifestations de révolte ou ses propos dépressifs, néanmoins il est engagé dans des échanges authentiques qui lui fourniront les moyens de surmonter les inévitables périodes critiques à sa situation d'adolescent atteint dans son corps* ».

Plusieurs éléments peuvent indiquer que ce travail de la maladie est réalisé : les efforts déployés par le patient pour se représenter la partie du corps malade, touchée, pour inscrire cette atteinte dans sa propre histoire, pour s'intéresser aux protocoles thérapeutiques le concernant. Il en résulte souvent un certain soulagement et comme nous l'avons vu un réinvestissement libidinal possible du corps et du monde extérieur, il y a bien là une restauration de l'espace psychique.

Le pré-travail de la maladie par les parents (C. Mille et al., 2004)

Puisqu'un enfant « seul, ça n'existe pas ! » (D.W. Winnicott, 1952), il apparaît que chez l'enfant et l'adolescent le travail personnel de la maladie est lié au travail parental de la maladie : la nature des affects de ceux-ci influence grandement la nature des difficultés de leur enfant. (C. Jusselme, Ibid.). C. Mille et al. (2004) parle du « pré-travail de la maladie que doivent accomplir les parents ». En effet, cet auteur ajoute que celui-ci « détermine de manière cruciale l'adaptation de l'enfant au protocole de soins, mais également la qualité de son propre travail d'élaboration de la maladie ». Les parents blessés narcissiquement par l'intrusion de cette maladie ont à travailler leur angoisse, culpabilité, voire parfois leur honte. Ils ont également à travailler psychiquement l'atteinte corporelle de leur enfant afin que celle-ci soit « pensable » le fait d'être le parent d'un enfant dont le corps est abîmé (de manière aiguë ou au long cours).

Le travail du psychologue consiste à relancer une dynamique psychique chez l'enfant et l'adolescent (et des parents) afin que la maladie puisse être intégrée, métabolisée et que le mouvement amène à continuer le travail adolescent déployé et de penser à nouveau la vie (là où régnait une sorte de mise en veille des désirs). Dans cette recherche de relance de dynamique, le psychologue formé peut également puiser dans le réservoir hypnothérapeutique.

3. En passant par l'hypnothérapie

a. Hypnose : à propos de l'enfance et de l'adolescence

Historiquement

En nous référant à K. Olness et D. P. Kohen (2006) soulignons que l'utilisation des techniques de type hypnotique avec les enfants remonte à des temps très anciens. En effet, l'Ancien comme le Nouveau Testament rapportent des histoires d'enfants malades répondant à des méthodes de soins basées sur la suggestion et la croyance (Le Livre des Rois XVII :17-24 ; Marc IX : 17-27). Puis, à partir du 18^{ème} siècle, F.A. Mesmer s'intéressa au magnétisme animal en rapportant également des cas de guérison d'enfants. De fil en aiguille, les travaux concernant ces techniques « hypnotiques » s'intensifièrent pour aboutir à la fin du 19^{ème} siècle à un savoir démontrant que les enfants étaient des sujets hypnotiques adéquats, que le pic d'hypnotisabilité avait lieu au milieu de l'enfance (A.A. Liébault dans les années 1880) et que les techniques hypnotiques étaient applicables à une grande variété de problèmes médicaux et psychologiques de l'enfant.

Comment définir brièvement l'hypnose ?

L'hypnose est un phénomène naturel que nous connaissons tous. C'est un état modifié de conscience que nous traversons tous quotidiennement lorsque notre attention « vagabonde », « se déconnecte » de la tâche initiale. A. Bioy, I. Célestin-Lhopiteau et C. Wood (2010) définissent l'hypnose comme étant « *un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi* ». Selon A. Bioy et C. Wood (2014) « *on peut traduire le processus hypnotique comme une façon de se plonger autrement dans l'environnement de sa difficulté, de la percevoir d'une façon nouvelle et différente* ».

Les différentes phases d'une séance.

A. Bioy, I. Célestin-Lhopiteau et C. Wood (2010) décrivent différentes phases modélisant le processus hypnotique, les voici :

- Phase 1 : le patient arrive focalisé, immobilisé dans sa vie par un symptôme.

- Phase 2 : la première étape de l'hypnose consiste à le défocaliser en l'amenant à quitter cette perception restreinte, sa perception ordinaire, par des exercices d'induction. Cette phase implique un changement de sensorialité. Dans ces exercices, il lui est proposé de focaliser son attention sur une perception qui peut être au choix ou successivement, une image, un son, un mouvement... Le patient commence à faire abstraction de toutes les autres perceptions. C'est cette centration sur une perception à la fois qui permet le passage vers la dissociation.
- Phase 3 : c'est la phase de dissociation. [...] Nous nous dissocions de la perception du quotidien qui est mise de côté pour rentrer dans un autre type de perception, la perceptude : c'est une phase au cours de laquelle l'individu est susceptible, s'il adhère à l'accompagnement, de perdre ses certitudes et de s'apercevoir qu'il peut changer.
- Phase 4 : Cette phase est celle de la perceptude, le mouvement, la souplesse, l'ouverture. Après avoir pris le risque de perdre le contrôle, le patient entre dans une perception sensorielle plus large. Il y a une mobilisation de la personne, un pas de côté, qui lui permet d'observer différemment son problème. Il y a de multiples suggestions amenant le patient à imaginer, à ressentir d'autres possibilités, d'autres types de fonctionnement.
- Phase 5 : le retour à la sensorialité ordinaire avec les réaménagements apportés par la séance.

De l'enfant à l'adolescent

Par rapport à la susceptibilité hypnotique de l'enfant et l'adolescent, A. Bioy nous a fait part, lors d'un module de ce D.U., d'une étude de Morgan et Hilgrad (1973) mettant en évidence que les capacités à l'hypnose atteignent leur apogée entre 7 et 14 ans, puis décroissent un peu pendant l'adolescence [4]. C. Wood et I. Ignace (2007) rappellent que les capacités hypnotiques sont maximales chez l'enfant en âge préscolaire et chez l'adolescent. En effet, ils peuvent se concentrer, être absorbés et entrer en transe hypnotique beaucoup plus facilement que chez l'adulte.

Rappelons que les enfants vivent avec cette capacité à rêver, à imaginer les choses. L'hypnose fait appel à l'imaginaire et c'est pour cette raison qu'elle est accessible aux enfants. *« C'est en se mettant, en séance d'hypnose, en contact plus amplement avec son imagination et à partir de ses expériences corporelles, que l'enfant va se recentrer sur sa propre expérience, l'observer, la considérer différemment, découvrir des possibilités de changement et ainsi*

réactiver le plus efficacement possible ses ressources pour changer. » (I. Celestin-Lhopiteau, Ibid.). L'enfant, l'adolescent va s'investir dans le processus hypnotique en projetant « *avec toute la force de son imagination pour reconfigurer le monde, changer sa relation aux autres et à soi-même* ». (I. Celestin-Lhopiteau (Ibid.)). L'objectif de l'hypnose étant de faire accéder l'enfant-l'adolescent à une autre perception de lui-même et du monde, de changer sa posture face à sa vie, de réaliser un pas de côté. L'hypnose remet en mouvement face à l'immobilisation. Cet auteur poursuit en disant que : « *soigner en hypnose, c'est amener l'enfant à changer de sensorialité, l'amener à quitter une perception restreinte par la douleur pour rentrer dans un autre type de perception, une phase d'ouverture. Moment où les remaniements, les changements peuvent se faire. [...] L'hypnose provoque un changement qui passe par le corps, les sensations [...] et éveille donc la sensorialité, permet à l'enfant d'apprendre à ressentir.* »

b. Vers l'hypnothérapie

Définition

Quelle différence entre hypnose et hypnothérapie ? Comme le souligne K. Olness et D. P. Kohen (2006), « *l'hypnose est un état modifié de conscience, ou d'appréhension des choses. L'hypnothérapie est une modalité de traitement [...] Un patient qui ne fait qu'entrer en hypnose va certainement expérimenter une réduction de tension et même une réduction de la douleur liée à la tension, mais il n'y aura aucune intervention thérapeutique. L'hypnothérapie par définition, implique une intervention thérapeutique.* » L'hypnothérapie est donc une thérapie qui met l'hypnose au service du changement pour conduire son patient à réorganiser son monde interne et relationnel d'être humain souffrant. (H. Sitbon, 2005).

La relation au thérapeute

Elle est fondamentale et c'est à travers elle que le travail hypnothérapeutique va pouvoir se mettre en route à destination du changement. Le travail d'hypnose se construit dans une adaptation et un ajustement permanent du thérapeute vers l'enfant ((I. Celestin-Lhopiteau, Ibid.). Il y réside l'idée d'un espace de co-construction entre le jeune patient et le thérapeute. Cette notion renvoie à l'aire transitionnelle de D.W. Winnicott (1975): « *c'est dans cet espace de jeu, de fantaisie, dans cette aire transitionnelle, que le sujet peut entrer dans une*

dynamique de création et accéder au désir ». C'est dans cet espace co-construit que le thérapeute s'ajuste en permanence à son patient et déploie certaines techniques hypnotiques afin d'activer les capacités de changement de son patient. Le thérapeute déroule certaines techniques à la manière d'un « compagnon de route » (Salem, 1999 cité par Chantal Wood, 2006) qui proposerait un itinéraire. J'aimerais là citer une phrase d'I. Celestin-Lhopiteau (2013) qui renvoie à tout cet « art » qu'est l'hypnose: « *la pratique de l'hypnose est donc un art de l'attention, de l'attention à être, un art du goût de la liberté de l'autre, pour amener un enfant dans sa dignité, l'amener à traverser l'incertitude, à prendre le risque de vivre, le risque de sa liberté* ».

Afin d'être au plus près de son patient, le thérapeute porte son attention au langage utilisé par le patient pour décrire et illustrer son mal. Les mots utilisés sont réintroduits dans le travail hypnotique, ce travail étant « sur-mesure ». Dans ce cadre-là, il est également important de découvrir le mode d'expression et de représentation préférentiel du sujet : favorise-t-il plutôt la vision, l'odorat, l'audition, le toucher, le gustatif ? (échelle VAKOG). En repérant ce canal sensoriel, le thérapeute s'ajuste au plus près de son patient.

Le but de l'hypnopraticien dans le cadre d'une rencontre singulière, est de remettre en mouvement, mobiliser le patient, là ou quelque chose était figé dans son comportement, façon de penser ou même de ressentir. « *Chaque séance d'hypnose permet à l'enfant de renforcer, d'agrandir la capacité à s'expérimenter autrement.* » (I. Celestin-Lhopiteau, Ibid.).

c. Hypnothérapie, maladie et chirurgie pédiatrique.

K. Olness et D. P. Kohen (2006) notent que l'hypnothérapie est le plus souvent utile en tant que traitement complémentaire visant à moduler et modérer les symptômes et les effets de tout un tas de problèmes médicaux. En ce sens, nous savons que lorsque le jeune patient s'inscrit dans un processus de soin chirurgical, la douleur apparaît au devant de la scène ou dans les coulisses. Il existe de nombreux travaux relatant les bienfaits de l'hypnose dans la gestion de la douleur (hypnoalgésie, notamment des auteurs comme C. Wood (2006-2007)). Dans l'accompagnement d'un jeune patient en service de chirurgie, il n'est pas rare d'utiliser des techniques hypnoalgésiques. K. Olness et D. P. Kohen (2006) rappellent que « *l'hypnothérapie dans le contrôle de la douleur peut générer tout un tas d'effets secondaires positifs comme une réduction de l'anxiété, une augmentation du sentiment de maîtrise et de l'espoir, une meilleure coopération.* » De plus, dans ce cadre hospitalier et

notamment chirurgical, les approches hypnothérapeutiques sont efficaces pour aider les jeunes patients à se préparer à l'anxiété et à la douleur associées à certains actes médicaux, à y faire face et à les endurer. Dans le cadre d'une chirurgie à venir, les suggestions hypnothérapeutiques se focalisent sur le calme et le bien-être, sur le processus de guérison et sur la proposition d'imagerie du futur immédiat et à plus long terme. Ces suggestions viennent en contrepois de la douleur et de l'anxiété générés par la chirurgie. Par ailleurs, l'hypnothérapie peut s'avérer utile en chirurgie orthopédique, tant avant la pose d'attelles ou de plâtres qu'en phase de postopératoire, pour préparer au retrait d'un plâtre, d'un matériel chirurgical, à la rééducation visant à restaurer des mouvements normaux. (K. Olness et D. P. Kohen, Ibid.). La remise en mouvement vient contrecarrer le problème qui est lorsque « *le patient est figé sur son symptôme et sa maladie (avec une influence plus ou moins forte de son environnement parental), l'importance est « de le faire bouger » et de faire en sorte qu'il accepte en quelque sorte ce « mouvement »* ». (A. Bioy, C. Wood, 2014).

K. Olness et D. P. Kohen (2006) ajoutent que « *quand les nombreux enfants souffrant de problèmes médicaux réussissent à se servir efficacement de l'hypnothérapie, leur expression victorieuse de triomphe est évidente et justifiée. Les techniques thérapeutiques qui augmentent le sentiment de maîtrise et de compétence aident les patients à faire face à leurs problèmes médicaux. Ils ont besoin de moins de médicaments, passent moins de temps dans des salles d'hôpital ou aux urgences et ils subissent moins d'actes médicaux désagréables. Ils dépassent le rôle oppressant de « celui qui est malade » au sein de leur famille et développent une perception plus complète de leur personne basée sur une expression plus équilibrée de leurs besoins et de leurs capacités.* » Ce dernier point rejoint la notion du travail de la maladie « réussi » développé plus haut. Nous apercevons alors le contour de la problématique inhérente à ce mémoire.

4. Problématique

Ce mémoire retrace mes questionnements de psychologue sur la place de l'hypnothérapie dans le travail de la maladie en chirurgie pédiatrique. Quelle place peut occuper cet outil dans le travail psychique que j'accompagne auprès de mes patients ?

Nous avons ci-dessus déployé à quel point l'hospitalisation redoublée d'un acte chirurgical représentait une effraction physique et psychique, que cette aventure hospitalière venait demander à l'adolescent un double travail psychique (celui de la maladie et celui de

l'adolescence). En ce sens, je souhaite **étudier la manière dont l'hypnothérapie peut aider au travail de la maladie en service de chirurgie orthopédique et notamment auprès d'un adolescent dont le corps est blessé ?**

Mon hypothèse théorique est donc la suivante : **L'hypnothérapie dans l'accompagnement psychologique d'un adolescent hospitalisé en chirurgie permettrait de remobiliser des ressources internes lui permettant de pouvoir se remettre en mouvement.**

De manière plus fine, je pose différentes hypothèses de travail. Celles-ci sont en lien avec les éléments pouvant indiquer que ce travail de la maladie est réalisé : les efforts déployés par le patient pour se représenter la partie du corps malade, pour inscrire cette atteinte dans sa propre histoire, pour s'intéresser aux protocoles thérapeutiques le concernant. Il en résulte souvent un certain soulagement et comme nous l'avons vu un réinvestissement libidinal possible du corps et du monde extérieur, il y a bien là une restauration de l'espace psychique.

- La première : l'hypnothérapie aide l'adolescent atteint dans son corps à retrouver un sentiment de sécurité interne, celui-ci ayant été menacé, fragilisé par l'effraction corporelle.
- La seconde : l'hypnothérapie aide à retrouver un sentiment de maîtrise là où l'adolescent hospitalisé se trouve dans un « gel » du mouvement d'autonomisation.
- La troisième : l'hypnothérapie peut aider l'adolescent à réinvestir son corps abîmé, blessé dans le but d'enclencher le « pas » de la rééducation.

Si ces hypothèses sont validées nous pourrions alors évoquer que l'hypnothérapie aura aidé à restaurer psychiquement cet adolescent et aura permis la réalisation psychique du travail de la maladie.

III. METHODOLOGIE

1. Description de la population rencontrée.

Mon activité de psychologue se déroule dans un hôpital pour enfants et plus spécifiquement auprès d'enfants et d'adolescents relevant des services de chirurgie orthopédique, viscérale et d'une consultation de maladies neuromusculaires pédiatriques. Le cas clinique qui illustrera mon mémoire relève du service de chirurgie orthopédique. Ce service accueille des enfants et adolescents dont le corps se trouve abîmé et nécessite une ou plusieurs chirurgies. Après les soins aigus, la chirurgie, arrivent les pansements en chambre, et puis la rééducation du/des membre(s) du corps qui a/ont été blessé(s). Les hospitalisations sont généralement rythmées par ces différents temps. Le fil rouge de ces temps est le recours aux soins, aux examens, le corps nécessite une surveillance importante et est observé sous toutes les coutures (radios, examens, mobilisation lors de la rééducation).

Dans ce service il n'est pas rare que les enfants et adolescents manifestent un cortège de manifestations témoignant de leur souffrance psychiques : angoisse, anxiété, opposition active ou passive, peur, douleur que les soignants ne parviennent pas toujours à maîtriser, tristesse, repli sur soi. Lorsqu'émerge un symptôme de ce type-là, les équipes me sollicitent : parfois il s'agit des infirmières, des chirurgiens, des kinésithérapeutes. La plupart du temps, ils auront déjà échangé avec les parents et l'enfant de la possibilité de me rencontrer. Il arrive que les parents demandent l'aide de la psychologue du service pour leur enfant. L'origine de la demande représente les prémisses de la rencontre et l'accompagnement psychologique d'un enfant. Nous verrons que mon cas clinique démarre par cette même introduction.

2. Cadre des rencontres.

Après cette demande, le travail thérapeutique se déroule soit dans la chambre de l'enfant/adolescent, soit dans mon bureau lorsque le jeune patient peut se mobiliser (à pied, en béquille, en fauteuil). Par rapport à mon cas clinique, le cadre des rencontres se fera dans sa chambre.

En termes de fréquence, l'ajustement à chaque situation très singulière amène à ce qu'elle soit différente. Concernant l'adolescent dont je vais parler, je l'ai rencontré plusieurs fois par semaine.

3. Présentation du cas clinique et de la demande.

a. Motif de l'hospitalisation.

Cédric, 15 ans, est hospitalisé dans le service de chirurgie orthopédique. Il est arrivé le 4 février transféré d'un hôpital périphérique. En effet, Cédric profitait d'un séjour de sport d'hiver accompagné d'amis à ses parents. Il était dans les Vosges. Il habite dans le Nord de la France et était en vacances. Malheureusement, il fit une chute de ski où il se réceptionna mal, déchaussa d'un ski ce qui entraîna une fracture des deux os de la jambe droite.

Il arriva donc aux urgences de l'hôpital d'enfants. Le lendemain, son chemin se poursuivit au bloc opératoire pour que le chirurgien « répare » ses os en posant des broches⁵ et un fixateur externe⁶, son corps portait un nouveau matériel dans le but de *ressouder* les os. Le chirurgien préconisait que Cédric apprenne à béquiller dès le lendemain.

Il me semble important de préciser que les premiers temps à l'hôpital (périphérique et l'hôpital d'enfants), il resta seul. Les amis de ses parents étaient dans l'impossibilité de rester trop longtemps auprès de lui, ayant une fille qu'ils ne pouvaient laisser seule. Il attendit donc que ses parents arrivent. Au cours de son hospitalisation sa maman resta à ses côtés en chambre « mère-enfant ».

b. La demande.

Je rentrais la veille tout juste d'une session de DU, ma boîte vocale professionnelle contenait un message d'une infirmière du secteur d'hospitalisation de chirurgie orthopédique concernant Cédric: « *Il est « hyper-angoissé », il a fait une grosse chute de ski, il est vraiment très anxieux, il aimerait te voir* ». Je note les termes employés : « *hyper-angoissé* », « *très anxieux* » et me demande ainsi quel monde subjectif vais-je encore rencontrer ? Que recouvrent ces termes exactement ? Et : « *Il aimerait te voir* » aiguise ma curiosité évidemment.

⁵ Broches –ECMES (Embroschage Centromédullaire élastique stable) technique permettant de réparer les fractures, ces broches se disposent dans les os.

⁶ Fixateur externe : procédé chirurgical permettant de fixer les os en utilisant des fiches métalliques ou « broches » implantés dans l'os à travers la peau, reliées par une barre métallique solidarisée aux fiches par des étaux, serrés lors de la mise place au bloc opératoire. (Source : Wikipédia)

IV. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

1. Quelques éléments d'anamnèse

Voici quelques éléments d'anamnèse importants de connaître quant à Cédric, ces éléments le placent dans son contexte de vie singulier. Cédric a donc 15 ans lorsque je le rencontre. Il habite à Lille. Il est issu d'une fratrie de 3 dont il est le cadet. Il a deux grandes sœurs de 19 et 20 ans, toutes deux étudiantes. Sa mère travaille une partie de la semaine dans une autre ville, où elle y occupe un logement. Ainsi il reste une partie de la semaine avec son père.

Il est en classe de seconde. Avant la semaine au ski, il était en voyage « pèlerinage » à Rome, voyage organisé par son lycée.

La maman m'apprend que Cédric est né à Nancy, « *c'est un drôle de retour aux sources pour lui* » ajoute-t-elle.

Cédric n'a jamais été hospitalisé, n'a jamais eu aucun problème médical, mais la maman dit qu' « *il fuit le contexte médical, le sang, etc.* » et Cédric confirme en grimaçant. Bien que lui n'ai jamais été hospitalisé, cette terre hospitalière n'est pas inconnue. En effet, son papa a fait un infarctus il y a 2 ans et une hémorragie cérébrale en octobre 2014 (il est rentré à la maison presque 2 mois plus tard). Cédric ajoute « *C'était éprouvant et en plus il souffrait vraiment beaucoup ça se voyait, il grimaçait... donc les hôpitaux c'est pas mon truc* ». Lorsqu'il raconte je remarque les larmes aux bords de ses yeux, l'émotion est encore très vive.

Ces derniers éléments vécus par Cédric et sa famille mettent en exergue le vécu bien particulier et encore intense du monde hospitalier. Inévitablement, son histoire colore le vécu de sa propre histoire hospitalière. Il était donc pertinent à mon sens de dérouler quelques grandes lignes de son anamnèse.

2. Déroulés des entretiens

Après avoir eu la demande sur mon répondeur, je vais donc voir les soignants qui m'indiquent que Cédric est un jeune homme très « *angoissé, très douloureux* » et l'infirmière ajoute « *ça lui fera le plus grand bien de te voir* ». Je sens l'équipe démunie face à la souffrance de ce jeune homme et me demande comment je vais pouvoir l'aider. Ainsi, me voilà en route pour rencontrer Cédric et en savoir davantage sur sa demande et la manière dont je pourrais

l'accompagner. Depuis le début de ma pratique, après avoir lu un écrit de Françoise Dolto (il m'est impossible de retrouver précisément lequel), je porte une ritournelle quelques instants avant de rencontrer mes patients qui est celle-ci : « tu es comme une page vierge face à la personne que tu vas rencontrer, ce sont ses paroles qui vont s'écrire là ». C'est ainsi que je vais à sa rencontre.

a. Premier entretien - la rencontre.

Je trouve un garçon grimaçant, sa mère assise dans le fauteuil à côté de lui, penchée vers lui. Je me présente, Cédric me regarde brièvement et referme les yeux. Son visage est crispé. La maman prend la parole très rapidement « *ah oui, je lui ai proposé qu'il vous voit, il est d'accord* », je dirige mon regard vers Cédric qui acquiesce « gestuellement ». Il enchaîne en fermant les yeux « *oui... je crois que j'ai besoin de vous voir... j'ai un poids sur l'estomac, une sensation de lourdeur comme si ça m'appuyait dessus... et aussi les doigts qui tremblent Et J'ai très mal aussi...* ». La maman évoque ensuite que le matin même, elle lui a proposé un exercice de Yoga alliant la respiration et les gestes des bras « *tellement il était douloureux* » et ajoute « *il m'a étonné car il est vraiment entré dans l'exercice et il s'est endormi après* ».

La seconde partie de l'entretien se déroula sans la maman qui a proposé de sortir de la chambre pour « *laisser un espace à Cédric* » dit-elle.

Il évoque assez vite qu'il a parfois « *du mal à croire* » qu'il est bien ici dans cette situation, poursuit en disant « *et dire qu'il y a une semaine j'étais à Rome. Il faisait beau, le soleil nous réchauffait, je mangeais des pizzas et des glaces à l'italienne hyper bonnes ... et là maintenant je suis là à ne plus pouvoir bouger et à avoir mal...* ». Il évoque aussi le matériel qui lui a été posé et notamment le fixateur externe⁷ qui est « *impressionnant* », « *je ne veux pas trop le regarder, je l'ai juste fait une fois pour voir à quoi ça ressemble et après je préfère éviter...* ». Il poursuit « *en plus je suis inquiet car j'ai vu que mon pied était enflé, il n'est pas comme d'habitude* » et il referme de nouveau les yeux, se repliant dans son intériorité. Malgré l'évitement visuel du matériel, il se pose beaucoup de questions sur la récupération physique de sa jambe.

Outre les fractures physiques, je note les multiples autres « fractures » : fracture familiale, fracture géographique, fracture de son autonomie et un « fossé » entre la semaine qui précédait riche en expériences spirituelles, sensorielles, cette découverte d'un nouveau pays,

⁷le fixateur externe est un système idéal pour stabiliser les grands fracas ouverts des membres. Plusieurs fiches métalliques sont vissées dans l'os à travers la peau, de part et d'autre de la fracture, à distance des plaies cutanées

et cette expérience hospitalière où l'immobilisme et la douleur (physique et psychique) règnent en maître. Il a basculé dans une toute autre posture, celle de malade immobile, dépendant, douloureux.

A plusieurs reprises dans l'entretien, je souligne donc l'effraction psychique que suscite cette fracture, les paroles suivantes de Cédric en témoignent : « *quand je m'imagine les os cassés en plusieurs bouts... (grimace)... je préfère ne pas y penser en fait ... j'espère juste que ça va se solidifier...* »

Au cours de cet entretien, j'apprendrai aussi qu'il aime le sport, pratique le tennis, l'escalade. Il aime le ski, la guitare et l'informatique. La maman le décrit comme dynamique, autonome, avec un « *fort caractère* », « *quand il décide quelque chose, il peut-être vraiment buté* », comme un jeune homme curieux, avide d'apprendre et de découvrir.

Je lui demande à la fin de l'entretien s'il attend quelque chose de moi plus précisément, sa réponse est que « *vous puissiez m'aider à supporter tout ça* ». Nous décidons d'un entretien le surlendemain.

Je repars avec beaucoup d'éléments cliniques intéressants et avec l'idée de l'accompagner par l'hypnose. De quelle manière ? Pour la douleur ? Pour « supporter » ? « Supporter » ces multiples fractures (physiques et psychiques) ? « Supporter » cette partie du corps abîmé ? Comment vais-je lui proposer cet outil, de quelle manière vais-je pouvoir le modeler ?

En relisant mes notes dans mon bureau, je me rends compte du registre sensoriel dominant de cet entretien : le registre kinesthésique. Je me dis que cette indication précieuse d'un pan de sa singularité m'ouvrira des pistes pour utiliser l'hypnose avec lui.

b. Deuxième entretien (3jours plus tard) – de la recherche d'un paysage à la métaphore de l'épreuve de passage.

Dans l'intervalle de ces deux entretiens, j'avais le désir de construire une séance presque comme si je pouvais ériger, imposer une forteresse indestructible, mais très vite je fus rattrapée par le principe de réalité. Le cadre dans lequel je rencontre Cédric met en mouvement mon désir de maîtriser cette première séance, sur quoi vais-je travailler ? La douleur ? L'anxiété ? Lui redonner un sentiment de maîtrise ? Difficile pour moi d'anticiper puisque je ne savais pas quelle serait l'actualité de Cédric, comment il se sentirait lorsque je le

rencontrerai. Je décidais donc, non sans anxiété de ma part, de me laisser porter par la relation et ainsi de construire une séance sur-mesure dans l'instant ou de différer et de mener un entretien traditionnel.

En arrivant dans la chambre, Cédric me sourit. La maman dit avec soulagement : *« ah il vous attendait, il est vraiment tendu aujourd'hui. »*. Le chirurgien a donné son feu vert pour qu'il se mette debout aujourd'hui, Cédric redoute que la douleur soit *« plus forte que là maintenant »*, il pleure et ajoute *« j'en ai envie mais ça fait trop de choses dans ma tête... c'est une épreuve trop lourde »*. Je ressens cette confusion, presque cette agitation. Alors une idée me vient de lui proposer une séance d'hypnose en laissant venir un paysage et d'embarquer avec lui. Mon objectif était d'aller à contre-courant de la confusion, l'agitation, de ce *« trop de choses dans ma tête »*, ce *« trop lourd »* en suggérant du calme, de la légèreté. Il se passa cela et toute autre chose est venu s'ajouter. Je vous relate les traits les plus saillants de cette première expérience avec Cédric.

Pour amener cette séance, je lui dis simplement : *« je vais te proposer quelque chose, un exercice qui t'aidera à « supporter tout ça » (termes utilisés lors du dernier entretien) »*. Il acquiesça. Ainsi débuta la première séance d'hypnose. En termes d'induction je lui proposais de s'installer le plus confortablement possible dans ce lit, ce qu'il fit et ferma également les yeux. Ayant noté que le registre kinesthésique était fort investi, je lui propose une induction davantage centrée sur ce qu'il ressent, ses points d'appuis du haut du corps (je n'ai volontairement pas balayé les membres inférieurs de peur de focaliser Cédric sur sa douleur) puis sur la respiration. Je tente de m'harmoniser sur sa respiration pour m'accorder davantage à lui. Ensuite, j'observe que son tonus musculaire est plus lâche, sa respiration plus profonde. Après plusieurs ratifications, nous rentrons dans la phase de travail où je lui propose ceci : *« laisse vagabonder ton esprit afin qu'il fasse venir un paysage » « cela peut-être un paysage connu, que tu as vu réellement ou un paysage que tu inventes ou encore un de ceux que l'on peut regarder dans des documentaires... Lorsque tu auras trouvé tu pourras me l'indiquer et peut-être me dire quel est ce paysage »*.

C- *« C'est un champ d'oliviers en Italie »*

D⁸- *« très bien, super... alors tu es dans ce champ d'oliviers... laisse toi porter par cette expérience, observe bien les contours des objets, des éléments qui t'entourent et qui composent cette scène... Peut-être sens-tu la chaleur d'un doux soleil de printemps... une de ces premiers soleil qui se pose agréablement sur ta peau... et ce sentiment de légèreté que*

⁸ D= Delphine, thérapeute.

l'on peut ressentir à ce moment là, cette douce chaleur... (Il fait un signe de la tête comme s'il acquiesçait)... oui ça semble agréable... et c'est très bien comme ça...simplement te laisser porter par ce que tu ressens là dans ce champ d'oliviers... Et observe ces oliviers... qui après la dureté de l'hiver, de cette épreuve qu'ils vivent... continuent leur vie saison après saison ... pour savourer le printemps et pouvoir se redéployer... de nouveau produire de belles choses, de belles olives... très bien... continue de vivre pleinement cette expérience.... De ressentir ce que tu as à ressentir.... Ce calme au sein de ce champ... »

Je lui propose de le laisser quelques instants puiser là ce dont il a besoin pour continuer son propre chemin. Ensuite, je le guide vers le retour à la réalité. Cédric s'étire les bras, bouge légèrement la tête, reprend la même position, il met beaucoup de temps à ré-ouvrir les yeux, le retour à la sensorialité ordinaire est long.

Je lui demande si tout va bien, il acquiesce. Pour lui tout s'est bien passé, il me dit qu'il a « *ressenti du calme, c'était bien (il sourit)* »

Nous finissons l'entretien et Cédric souhaite se reposer, il s'endort presque aussitôt que je passe la porte de sa chambre.

Mon objectif de l'accompagner à trouver du calme était donc atteint. Je me suis rendue compte également que dans la séance, j'ai improvisé en fonction de ce que je ressentais en abordant et en suggérant la thématique du passage d'une épreuve. L'épreuve de la maladie est de passage pour lui en l'abîmant dans son corps mais ne lui obstruant pas son avenir, de la même manière « *ces oliviers qui après la dureté de l'hiver, de cette épreuve qu'ils vivent... continuent leur vie saison après saison ... pour savourer le printemps et pouvoir se redéployer... de nouveau produire de belles choses, de belles olives* ». Cette « métaphore » permettait de recadrer en mettant en mouvement, en imaginant l'avenir. Elle participe aussi à un processus de reconsolidation narcissique.

c. Troisième entretien (le lendemain)

Le lendemain, je le revois lors d'un court entretien avant un soin infirmier. Il m'apprend qu'il est retourné au bloc la veille en urgence. Lorsqu'il s'est mis debout le matin il était très douloureux, « *j'avais l'impression que ma jambe allait éclater* ». Il évoque aussi que la séance, déroulée avec moi, lui avait fait beaucoup de bien, il était plus « *apaisé* » ensuite et avait même dormi. Puis, il me relate la suite de cette journée en grimaçant lorsqu'il évoque

cette douleur « *insupportable* » qui finalement était le signe d'un œdème important, plus exactement d'un syndrome des loges⁹. Syndrome qui nécessita un geste chirurgical urgent.

Ce jour, il est encore « *abasourdi* » par cette reprise chirurgicale urgente la veille et par la douleur ressentie : « *J'ai jamais eu aussi mal... Même après ma chute ce n'était pas aussi fort* ». Il semble abattu, inquiet, « *ça n'ira jamais mieux, j'ai pas de chance...je vois qu'à chaque fois c'est pire* ». Il pleure et ajoute, tout en me fixant droit dans les yeux d'un regard très intense : « *j'ai peur... j'ai très peur* ». Puis il se tait. Ayant entendu sa détresse, je lui propose de cheminer avec lui chaque jour jusqu'à la fin de la semaine (nous sommes mardi), le contrat est acté, rendez-vous est donné le lendemain.

d. Quatrième entretien – 2^{ème} séance d'hypnose : la construction d'un lieu de sécurité où comment réactiver un sentiment de sécurité interne.

Les soignants m'alertent, Cédric est toujours très douloureux malgré les antalgiques donnés, il est très « *anxieux* », « *angoissé* », la maman aussi. Il y a des raisons à être inquiet puisque les chirurgiens ne savent pas ce que Cédric récupérera en sensibilité et en mobilité par rapport à son pied.

Cédric me sourit, il attendait mon passage. La maman aussi visiblement car elle semble me confier son fils pour aller prendre sa douche : « *puisque vous êtes là je peux aller me doucher* ».

Ce fût un début d'entretien riche où Cédric associe très bien, le discours est fluide. Il ne bouge absolument pas dans son lit, sauf pour se repositionner plus confortablement. Il évoque être dans un « *drôle de monde* » où « *tout a basculé* », il évoque sa dépendance aux autres (pour se laver, s'habiller, uriner) et sa recherche d'autonomie habituelle, « *c'est dur d'être comme un bébé* », « *tout a changé, il y a à peine une semaine j'étais en Italie et je me retrouve là à plus pouvoir bouger* (il soupire)... *avec ce truc là...*(Il me fait un signe de tête et pose son regard sur son fixateur externe)... *qu'est ce que je donnerais pas pour être ailleurs.* ». En écoutant ses propos, et surtout se derniers mots, je me dis : « *il veut être ailleurs, allons-y* », c'est ainsi que surgit en moi l'idée de lui proposer là une séance d'hypnose à la recherche de son lieu de

⁹ Le syndrome des loges se caractérise par une augmentation de la pression qui s'exerce sur les tissus internes de ce que l'on appelle une loge musculaire (compartiment), située dans l'avant-bras ou le mollet, soit suite à une blessure (syndrome des loges aigu), soit lors d'une sursollicitation (syndrome des loges chronique). Le syndrome se manifeste le plus souvent au niveau du mollet, après une fracture du tibia ou du péroné.

sécurité. Ainsi, à la fois il pourrait se déconnecter de ce milieu hospitalier et ressentir de la sécurité interne (contrecarre le sentiment de menace ambiant). Je lui propose de l'emmener ailleurs de manière un peu différente d'hier, « *on refait de l'hypnose alors ?* », « *oui* », « *oui je crois que ça me faire du bien* ». Me voilà rassurée, je me suis laissée porter par ce que je percevais dans la relation en cet instant et Cédric valide ma proposition de quoi reprendre confiance... pas trop quand même car je doutais beaucoup de ma capacité à créer sur le vif une séance adaptée et thérapeutique. Nous démarrons, Cédric, comme la séance précédente, ferme les yeux immédiatement. Après une induction centrée au départ sur les bruits alentours (il m'avait notamment parlé d'un bruit extérieur qui pouvait parfois le bercer), puis sur la respiration, les sensations (je n'insiste pas sur les membres inférieurs de peur (toujours là, ma peur) d'être confrontée à trop de sensations négatives-douloureuses). Au bout d'un moment, je perçois que sa respiration est plus profonde. Je m'accorde à sa respiration. Je dis « *voilà très bien, laisse vagabonder ton esprit jusqu'à ton lieu de sécurité... lieu connu ou inconnu... lieu dans lequel tu es déjà allé ou non... lieu dans lequel tu te sens vraiment en sécurité...* » Je lui propose de m'indiquer par signaling (mouvement d'un doigt) ou de me dire lorsqu'il aura trouvé ce lieu. Assez rapidement, il soulève un doigt. « *Très bien... alors à ton rythme... laisse- toi t'imprégner de toutes les sensations... regarde dans ce lieu où tu es.... Partout tout autour de toi.... Tout ce qui le compose... sens et ressens tout ce qu'il y a à sentir... à toucher... et écoute les sons où le silence composant ce lieu... super* (la ratification est en lien avec ce que j'observe de son corps qui se relâche davantage)... *ce lieu confortable que tu ressens comme tu le ressens... voilà... laisse toi envelopper par ce lieu rassurant... vis cette expérience profondément... c'est agréable de se trouver ici...très bien... maintenant afin que ce lieu reste un lieu protégé de ce qui pourrait être négatif.... Je te laisse imaginer quelque chose qui fasse frontière entre ce lieu de sécurité et l'extérieur qui parfois peut-être agressif, envahissant... frontière peut-être comme un dôme de verre, végétale... ou cela peut être des murs d'une pièce...ou tout autre chose de ton choix qui fasse barrière entre intérieur et extérieur... simplement ... à ton rythme... et quand tu auras trouvé et mis cette barrière tu pourras me l'indiquer avec un signe du doigt ou une parole....tranquillement...*(lève son doigt)... *très bien... ce lieu là, ton lieu.... Puisse-y tout ce dont tu as besoin... laisse faire ton esprit comme il sait le faire... pour aller chercher ce qu'il te faut... super... ressens tout ce que tu sens Ce dont tu as besoin... désormais afin que ce lieu puisse t'aider à certains moments... à te ressourcer, que tu puisses y retourner... pour ressentir plus de sécurité... je vais te demander de trouver un geste ... ce geste que tu décides simplement... afin que lorsque que tu pourras revenir dans ce lieu... ce geste t'y aidera.... La route sera plus courte, plus*

rapide... lorsque tu l'auras trouvée.... Calmement... tu pourras me le montrer... il prend son drap dans ses mains, puis change prend le vêtement qu'il a sur lui et tout en remontant l'encolure, y plonge le bas de son visage en se repliant davantage sur lui comme s'il se recroquevillait. Je valide (bien que je trouve cet ancrage compliqué) et je lui laisse encore quelques instants *« pour vivre ce qu'il a à vivre dans ce lieu et y puiser ce qu'il souhaite »*. Ensuite je lui demande de reprendre contact avec toutes les sensations qui l'entourent ici et maintenant dans cette chambre avec moi. Il met beaucoup de temps à revenir ici. Je lui demande comment il va, *« Bien, je suis apaisé, je voulais y rester. »* Il me raconta son lieu de sécurité qui ressemblait à un petit chalet en bois, lui était installé dans un canapé très douillet où il buvait un bon chocolat chaud. Ce lieu est vraiment *« chaleureux »* dit-il.

Nous clôturons la séance et nous disons à demain.

Après cet entretien, je m'interroge sur le geste d'ancrage qu'il a trouvé, que j'ai validé. Aurais-je du lui demander d'utiliser un geste plus facile à faire ? Le temps de l'hospitalisation, il pourra bien entendu utiliser celui-ci mais y recourir sera plus délicat par la suite, dans un contexte plus quotidien.

e. Les deux entretiens suivants.

Ils se déroulèrent sans séance d'hypnose. Cédric refuse de regarder sa jambe, veille à ce qu'elle reste bien cachée sous son drap. Lors de sa toilette, il évite de la regarder. Il est très douloureux. Les séances de kinésithérapie ont repris. Cédric crie de douleurs, rien ne se passe. Il me dit avoir très peur d'avoir mal. Il évoque également *« c'est trop ce qui m'arrive... »*, *« les kinés quand ils sont là, il faut faire ce qu'ils veulent, ils vont trop vite... là je veux qu'on me laisse tranquille »*. Il se plaint d'une grande fatigue, et ajoute *« je dois aller au bloc tous les deux jours et à chaque fois que j'y retourne je dois recommencer à me mobiliser, un jour je vais au bloc, l'autre je suis fatigué... alors si je me repose pas je n'y arriverai pas... »* Il évoque par la suite : *« et puis comme je retourne au bloc : à quoi ça sert que j'essaie de bouger ma jambe puisque je repars en arrière à chaque fois »*. Outre l'anticipation anxieuse, je note aussi que *« quelque chose bloque »*, il a l'impression de repartir en arrière, il n'avance donc pas. Cédric est fixé à cette ritournelle du bloc tous les deux jours comme si ce refrain opératoire figeait sa pensée, comme si cela l'empêchait de réinvestir son corps, sa jambe. Impossible de faire *« un pas de côté »*... *« Tous les deux jours, on déballe mon pansement, il y a deux grandes incisions...ça fait mal, trop mal... »* Comment conjuguer incision- aggression

et rééducation ? Ces multiples fractures ont bien valeur également de fracture psychique, une partie de l'ossature est brisée, avant le temps de la mobilisation se trouve là le temps de la sidération. Un point de buté est là, sans remise en mouvement physique et psychique possible. Comment réussir à l'accompagner afin qu'il puisse remettre en mouvement corps et psyché ? Comment ce travail de la maladie peut-il se réaliser ? Outre la fracture physique, c'est aussi la dépendance, la perte d'autonomie, la rupture avec ses habitudes quotidiennes, le manque de maîtrise sur les événements et « *d'habitude je décide lorsque je travaille, ou me repose, ou me détend...quand mes parents me demandent quelque chose soit je ne le fais pas, soit pas tout de suite car je veux décider quand je fais les choses..* ». Il évoque aussi se sentir perdu, à la simple question de l'ergothérapeute : « *souhaites-tu que je remette ton drap ?* » Cédric répond qu'il ne sait pas, qu'il est perdu. Il dit avoir « *souvent la sensation d'être perdu, de ne plus savoir ce que je souhaite ou pas* ». Ici, il se sent « *dépossédé* » dit-il. Comment l'aider alors à reprendre possession de lui, de son corps ?

Les kinésithérapeutes se trouvent en difficulté face à la rééducation proposée à Cédric, nous échangeons à plusieurs reprises. Cédric évoque avec eux beaucoup des sensations de tournis, de vertiges, de malaises.

Cédric, dans les entretiens évoque ses démangeaisons, ses douleurs, sa crainte de tourner lorsqu'il se met debout. En sourdine, je fais l'hypothèse qu'il effectue un déplacement des affects d'angoisse concernant le pronostic fonctionnel de sa jambe (qu'il n'aborde jamais) vers les sensations corporelles qui elles sont saturées négativement.

f. Septième entretien – 3^{ème} séance d'hypnose : de l'imprévu à la recherche du sentiment de maîtrise et des sensations de calme.

Pour cet entretien, j'avais imaginé proposer une séance d'hypnose avec une induction motrice (avec lévitation des mains) suggérant de la légèreté et de l'apaisement. J'avais imaginé proposer ce travail en liant le mouvement des bras à quelque chose qui se serait modifié autour des sensations négatives que Cédric évoque. Mais la réalité en fût tout autrement. En effet, lorsque j'arrive dans le service, mon attention est attirée immédiatement par la porte ouverte de sa chambre où mon regard le trouve, lui, en pleurs et sa maman les traits tirés, les larmes aux yeux. Cédric est paniqué par les douleurs à son pied, la douche a été « *horrible* » et il attend qu'on lui change d'attelle. La maman devait se rendre à un rendez-

vous chez le médecin mais ne parvenait pas, là, à le laisser seul dans « *cet état-là* ». Je sens un vent de panique circuler dans la chambre.

J'ouvre un aparté concernant la maman. Je l'avais reçue la veille de cet entretien-là. Elle était arrivée à mon bureau, en pleurs. Elle était désemparée de voir son fils « *souffrir autant* », ne savait plus comment l'aider. Elle était également très inquiète quant au pronostic fonctionnel du pied de Cédric. Elle-même se sentait « *déracinée* », loin de leur famille, de leurs proches. Elle se montre elle-même très anxieuse au point qu'elle n'en ferme pas l'œil des nuits. Nous réfléchissons ensemble à la manière dont elle peut « *supporter* » ce « *raz-de-marée* » et aider son fils. Entre autre chose, elle décide d'aller voir un médecin généraliste afin d'enrayer les problèmes de sommeil du moment. Et nous nous mettons d'accord pour nous entretenir régulièrement dans le cadre d'un étayage.

Face au désarroi de Cédric, à ses pleurs, il répète « *je suis perdu, je suis vraiment perdu* », je pose ma main sur son épaule, je lui dis qu'il n'était pas seul. Et là, de ma main posée sur son épaule je déroule une séance d'hypnose loin de celle que j'avais imaginée dans mon bureau (loin de cette réalité-là). Je me lance sans savoir vraiment où j'allais puisque j'étais saisie moi-même par l'effondrement dans lequel je l'ai trouvé.

Je lui répète que je suis là, je lui demande de ressentir ma main sur son épaule induisant une focalisation sur cette sensation-là. Puis je déroule l'induction en insistant sur les sensations l'entourant. Ensuite je l'invite de rejoindre son lieu de sécurité. Puis, d'y regarder la télévision, de trouver une chaîne qui l'intéresse, il se mît sur une chaîne de documentaire où il regardait un reportage géographique au Pérou. Je l'invite alors à rejoindre ce reportage comme s'il y était et lorsqu'il y est (me l'indique par un signaling : signe de la tête) je lui propose de « très » nombreuses propositions kinesthésiques, visuelles, olfactives, auditives et même gustatives afin qu'à la fois la transe hypnotique s'approfondisse et qu'il puisse s'approprier ce qu'il désire et ce dont il a besoin à ce moment-là. Je l'inonde de propositions, je sature son attention de peur que celle-ci se loge de nouveau dans sa douleur au pied (se tricotait là aussi ma propre peur). Puis en observant davantage son visage (plus détendu), sa respiration (plus calme), je me détends également, je ralentis ma prosodie en me calant à ses mouvements respiratoires et là j'ai eu la sensation de voyager avec lui. Je lui propose alors de me décrire ce paysage. Ces descriptions sont précises, riches en détail m'indiquant que Cédric est dans cet endroit et moi aussi. La transe hypnotique m'avait totalement gagnée.

La kinésithérapeute arrive dans la chambre sans toquer, me fait signe qu'elle met la nouvelle attelle à Cédric, je lui signale qu'elle peut l'installer en même temps que cette séance se poursuit. Cédric est toujours dans son voyage au Pérou. Je lui demande, à ce moment-là, où il va et il me dit qu'il voit une grande étendue d'eau qu'il va rejoindre mais qu'avant cela il gravit une colline. Je ratifie ce point-là en insistant sur la montée de cette colline, la kinésithérapeute commence à mettre l'attelle, Cédric poursuivait « *oui je vais réussir à la monter... j'ai chaud... Mais j'y arrive parce que je regarde bien droit devant* » Moi : « *très bien, super, continue à persévérer comme ça bientôt tu arriveras à atteindre ce joli lac* », Cédric : « *ça y est j'y suis, cette étendue d'eau est juste là d'un beau bleu lagon* » et il continue sa description. La kinésithérapeute a fini de positionner son attelle sans manifestation douloureuse de la part de Cédric et repart aussi discrètement qu'arrivée. Je demande à Cédric s'il souhaite aller nager dans ce lac, il acquiesce. Je lui suggère qu'il peut ressentir de la légèreté dans l'eau. Il ajoute que l'eau était chaude : très bien, j'insiste alors sur la chaleur qu'il ressent en suggérant à quel point son corps est détendu dans cette eau chaude. Son visage est vraiment détendu, un sourire léger pointe. Alors je continue en suggérant combien l'expérience de cette eau chaude détend chaque partie du corps. Je laisse libre choix à Cédric des parties du corps car je ne souhaite pas suggérer qu'il se dirige vers sa jambe blessée. Je lui propose ensuite de laisser cette agréable sensation dans son corps et de laisser faire les choses comme elles doivent se faire. Ensuite il retourne au soleil, c'est agréable. Je lui propose pour finir de prendre le temps de ressentir ce dont il a besoin dans cette expérience là car il sait ce dont il a besoin (dans l'idée de contrebalancer son sentiment d'être perdu, et dans la recherche d'un sentiment de maîtrise). Puis, je l'invite à revenir ici en s'étirant les bras afin que son corps et son attention reprennent le cours de la réalité ici et maintenant.

J'effectue un rapide retour. Il dit « *je suis est allé loin et que c'était super, je me sens bien, apaisé* ». Par rapport à la pose de l'attelle, il a senti que quelque chose se passait mais ne s'en souciait pas. Et là il est confortable. Il me remercie.

Je lui dis que je repasse le lundi (nous étions le vendredi).

En sortant de sa chambre je me rends compte que moi-même j'étais absorbée par cette séance, en pleine transe hypnotique, ne sachant pas du tout le temps passé dans la chambre (quelle distorsion du temps !). Pendant cette séance, il y eut cette éclipse solaire (dont mes collègues me parlèrent ensuite) où visiblement la lumière s'est assombrie mais rien ne m'a déroutée.

J'étais aussi dubitative sur l'effet de cette séance improvisée alors que je l'avais préparée. J'étais perplexe et surprise de me rendre compte que lors de la pose de l'attelle, il montait une colline, qu'il mettait du cœur à l'ouvrage « *je vais y arriver* » et qu'il arriva à voir le lac quand la kiné avait fini son geste (simple coïncidence ou prouesse de la psyché ?). Et au fond, je m'interrogeais sur l'efficacité à plus long-terme de cette séance. En effet, j'ai eu le sentiment de m'éparpiller au début, de me laisser guider par mon propre instinct, mon propre ressenti. Ai-je simplement aidé Cédric à dépasser ce moment où il se sentait perdu, où tout lui échappait ? Ou cette séance, intense, aura-t-elle permis un travail plus profond de retrouver une maîtrise des événements, de se resituer lui comme acteur et non pas comme « subissant » tous les soins ?

g. 8 et 9^{ème} entretiens

Après le week-end passé, je me demandais comment j'allais trouver Cédric. Caché derrière l'ordinateur, il joue à un jeu de stratégie. Sa posture corporelle est bien différente de celle habitée quelques jours auparavant. Mère et fils sont plus souriants. Les deux grandes sœurs de Cédric étaient venues ce week-end par surprise. Elles ont donné à Cédric un cadre portant une photo d'eux trois, « *c'est la photo du courage* » dit-il. Il me remercie pour la dernière séance, je recadre en disant que je l'ai juste guidé qu'il a bien travaillé, il enchaîne : « *j'en avais besoin, ça m'a fait beaucoup de bien* ». J'étais très surprise, moi qui étais mal à l'aise car j'avais le sentiment de m'être éparpillée.

Il m'explique que son dernier passage au bloc a laissé place à une belle avancée. Il pense sortir peut-être fin de semaine prochaine d'autant plus que son anniversaire est le dimanche suivant. Pour sortir, il sait qu'il « doit » poursuivre activement les séances de rééducation. Néanmoins, les séances de kinésithérapie s'avèrent toujours complexes. A ce stade, il pourrait réaliser ses premiers pas en béquilles. Il craint énormément les malaises lorsqu'il est debout, « *j'ai des sensations bizarres dans la jambe quand je suis debout, j'ai peur d'avoir mal. Et je tourne à chaque fois.* » Il me semble être dans un cycle d'autosuggestions négatives. De plus, pour lui les kinés vont toujours trop vite. Il traduit une véritable anticipation à l'égard du déroulé de ces séances avec à la fois l'anticipation qu'un malaise revienne et la crainte d'un nouvel échec. Parfois, il adopte des attitudes d'évitement (dort beaucoup) et ce, d'autant plus lorsque sa mère reste à ses côtés.

Cédric me semble buter sur le réinvestissement de son corps et de sa jambe fracturée, comme si cette jambe défaillante ne pouvait être considérée en tant que telle. Ces malaises traduisent-ils la difficulté à se réappropriier son corps, sa jambe ? De son corps qui a fait et fait défaut ?

h. 10^{ème} entretien – 4^{ème} séance : la métaphore de l'escalade.

Aujourd'hui, Cédric est de nouveau plus enfoui dans son lit, sous son drap remonté jusqu'au menton. « *Je me sens abattu* », « *je ne sais pas quand les blocs s'arrêteront, j'en ai ras le bol* », « *j'ai l'impression que je bloque avec les kinés, je n'avance pas, j'ai l'impression que je n'y arriverai jamais... je n'arrive toujours pas à béquiller...* » « *Ça bloque* ». Ses propos traduisent bien le point de buté qu'il rencontre, le « blocage » rencontré. Comment contourner ? Débloquer ? Faire avancer ?

Je lui propose alors une séance. Après une induction où d'emblée il ferme ses yeux (comme d'habitude) je lui propose une métaphore où il fait de l'escalade (il m'avait dit aimer ce loisir et l'avoir déjà pratiqué) sur un mur artificiel ou naturel, il choisit naturel. Il grimpe donc en prenant le chemin et les prises qu'il souhaite, la montée se fait assez naturellement jusqu'à ce que là à un moment donné de l'ascension il bloque.... N'arrive plus à avancer, il est face à un obstacle... alors comment faire ? Redescendre jusqu'à un certain point ? Prendre appui contre la paroi avec ses pieds et se reculer afin de visualiser autrement le mur et envisager un autre chemin ? Ou une autre solution ? J'insiste sur le fait qu'il saura trouver une solution pour continuer à avancer mais peut-être lui faut-il voir les choses sous un autre angle ? Je lui propose de laisser faire son esprit inconscient ... de lui laisser lui donner ce qui l'aidera car il sait ce qui peut l'aider à avancer... de lui laisser du temps... (il bute là aussi...) Puis je suggère qu'à un moment donné, il aura trouvé la solution et pourra continuer à suivre le chemin le menant vers l'objectif de départ. Je suggère qu'il est vraiment bon parfois de prendre le temps afin d'envisager d'autres chemins possibles (autrement dit qu'il puisse penser à d'autres éléments que ses séances de kinés, qu'il perçoive aussi le travail qu'il a déjà effectué ou peut-être y-a-il à puiser d'autres éléments ?). Puis je lui demande de reprendre contact ici avec l'environnement de cette pièce, de respirer deux ou trois fois bien profondément.

Nous échangeons brièvement sur cette séance et Cédric dit que « *cette fois c'était plus difficile que les autres fois. Je suis resté longtemps en arrière à regarder la paroi jusqu'à ce qu'après un long moment j'ai vu que je pouvais redescendre juste un peu pour pouvoir me hisser par*

les bras ». Je lui dis encore une fois qu'il a vraiment bien travaillé, qu'il voit bien qu'il arrive à avancer et nous clôturons l'entretien.

i. 11^{ème} entretien : détour par de l'hypnose conversationnelle et métaphore de l'apprentissage.

Cédric a passé son anniversaire à l'hôpital. Ses sœurs sont venues le voir par surprise. Cédric se dit « *content des attentions que j'ai eues, ça rassure* » bien qu'il ne cache pas sa déception et sa tristesse d'être encore ici.

Il relate également que ce matin « *j'ai enfin béquillé avec les kinés. Je suis pas très expressif mais je suis content d'avoir réussi... J'avais vraiment très mal au pied au début mais quand j'ai béquillé j'y ai moins pensé car je voulais avancer* ». Est-ce l'effet du travail sous hypnose ? Est-ce simplement son déroulé singulier face à ses blocages ? En tout cas, j'étais contente de savoir qu'il « avançait » et c'était le principal.

Lors de cet entretien, il me dit « *je rêve de choses particulières ici* ». Il me relate trois rêves que je ne détaillerais pas mais qui révèlent certains traits de sa personnalité, tous ont en commun un sentiment de perte de contrôle. A ce sujet, il associe en disant « *c'est vrai que d'habitude dans ma vie je m'organise... et je ne le dis pas à mes parents mais si j'ai organisé les choses de telle manière et que ça se passe autrement ou qu'on me demande quelque autre chose et que ça bouleverse mes plans je n'aime pas ça et souvent je ne fais pas ce qu'on m'a demandé... je n'aime pas trop l'imprévu je crois* ». Ces paroles résument son désir de maîtrise, de planifier les événements. Le moins que l'on puisse dire étant que ces mécanismes de défenses ont été effractés par l'accident, la fracture, l'hospitalisation et son florilège d'imprévu et d'inconnu. Il poursuit : « *aussi là ça me le fait moins depuis fin de semaine dernière, mais avant dès que je me réveillais (pendant l'hospitalisation) j'étais en panique, j'avais très peur... comme si on allait me brusquer... là ça va mieux... je crois que je m'adapte* », ceci témoigne du travail psychique réalisé afin qu'il puisse « s'adapter » à cette situation d'effraction. Il dit aussi « *et puis je reprends confiance, j'apprends à bouger ma jambe comme elle est là* ». Je m'appuie alors sur une technique d'hypnose conversationnelle en usant des métaphores d'apprentissage (chères à M. Erickson) et dans l'entretien de manière plus classique j'évoque que là il « apprend » mais comme il a appris beaucoup de choses, comme il a appris à marcher où cela a été hésitant au début, source de concentration, d'efforts, où très certainement lui aussi il est tombé, s'est retenu mais qu'à force de persévérance,

d'envie, il a continué dans cet apprentissage pour finalement réussir à acquérir cet apprentissage. Je lui dis « *alors tu vois que tu sais apprendre, ton esprit sait t'aider pour que tu apprennes* », « *là tu apprends à marcher avec ta jambe telle qu'elle est là avec ce fixateur qui est là pour la réparer* ».

Puis les jours s'enchaînèrent, il passa une dernière fois au bloc. Il aura passé onze fois les portes du bloc en presque un mois de quoi mettre à rude épreuve un équilibre psychique, un travail de la maladie. Il continua à apprivoiser son corps modifié, sa jambe avec ce matériel, il poursuivit ses efforts de rééducation, étonna les kinés dans son « *déclat* ». Très vite, la sortie s'esquissait pour un transfert dans un centre de rééducation plus proche de chez lui (Lille). Il ne manifestait plus de troubles anxieux face aux soignants, Cédric se « reconnectait » à son corps et s'ouvrait davantage.

j. Dernière séance : de la métaphore de l'habitation de la maison à celle de son corps.

Dernier entretien pour Cédric, un retour chez lui se profile dès le lendemain puis un passage en rééducation démarrera dès la semaine suivante. Il m'attend de « pied ferme ». Il me fait part de ses avancées, il béquille plusieurs fois par jour, « *je me sens plus confiant* ». Il me demande pour faire une dernière séance d'hypnose parce qu'il « *aime faire vagabonder son esprit* », « *ça me détend profondément* » et parce que « *ça m'a beaucoup aidé et j'aimerais que ça m'aide encore pour continuer à avancer* ». De mon côté de thérapeute, je me trouve ambivalente, partagée entre ce retour positif et tout ce que Cédric a su redéployer mais aussi un peu effrayée par ce que je pense être de l'idéalisation de l'outil à ce moment-là. Quelques secondes de réflexions : je n'avais pas envisagé une séance d'hypnothérapie aujourd'hui néanmoins il m'en fait la demande. Que puis-je offrir comme piste de travail afin de répondre à cette demande « *continuer à avancer* »... me vient alors l'idée de proposer de la détente et peut-être de renforcer la sphère identitaire, lui proposer peut-être de créer-visiter une maison qu'il pourra modifier à son gré par la suite ? Bien que je ne lui aie pas appris formellement l'autohypnose, je lui proposerais de refaire cet exercice à la maison. Lui proposer cette dernière séance, c'est lui proposer d'aller chercher dans son imaginaire, dans sa

propre créativité ce qui le sécurise. Cette séance fût très intéressante et riche en surprises, en voici les lignes principales :

Cédric, à son habitude, ferme ses yeux, puis de lui-même se positionne le plus confortablement possible (se replie en position fœtale). En induction, je lui propose et lui suggère de faire comme il sait le faire désormais, de ressentir ses points d'appuis, sa tête confortablement appuyée sur l'oreiller, son épaule bien posée sur le matelas, son dos, ses cuisses, ses jambes.... Je l'invite à porter son attention sur sa respiration. Et une fois que je perçois qu'il est entré en transe hypnotique je l'invite à explorer une maison « *peu importe laquelle...une maison que tu connais, une maison fictive, dans laquelle tu aimerais t'installer... prends le temps qu'il te faut pour à ton rythme trouver cette maison...* ». Cette idée renvoie à l'analogie d' « habiter son corps », « habiter sa maison » : permet la projection de sa subjectivité, et un travail autour de son identité. Il m'indique ensuite avoir trouvé cette maison, pour laquelle je lui demande de me la décrire : « *elle est dans la jungle, ombragée par des arbres et en même temps ensoleillée... il y a des percées dans les feuilles pour éclairer la maison...* », je l'accompagne, il s'approche de la maison, de la porte et ajoute très vite les détails de cette porte, il ouvre, il entre, il arrive dans « *une toute petite entrée et il n'y a qu'une porte, je la prends et là il y a une grande pièce très lumineuse... .. il y a comme des objets incas, une partie comme un temple incas... des gros tapis moelleux...* ». Je l'invite à poursuivre la visite de cette maison, il continue alors :« *je monte et là il y a des bassins d'eau bien chaude et des grandes baies vitrées... on peut voir dehors comme si on y était... et on entend aussi le bruit des oiseaux, on est dedans mais en même temps dehors... on peut aller d'un bassin à l'autre en restant dans l'eau dans un petit couloir d'eau à côté d'un couloir en bois* ». A ce moment là, j'en profite pour lui suggérer des sensations de chaleur, des sensations agréables « *qui se propagent à l'intérieur de toi comme se propage l'air* ». Cédric enchaîne : « *et il y a une autre pièce je peux y accéder aussi en restant dans l'eau, je passe dans un couloir je coulisse une porte et là encore un énorme bassin et au milieu de ce bassin d'eau chaude, un lit moelleux, très douillet... où on pourrait se lover pour y faire un somme... et il y a des percées dans un mur en bois, toutes petites, qui fait qu'on peut voir au travers et observer les animaux et les oiseaux sans les déranger... On entend les oiseaux comme s'ils étaient là...comme si on était avec eux, mais on les dérange pas et en plus on est bien...* ». Il me vient l'idée de la sécurité, de l'enveloppement, mais aussi me vient la sensation d'harmonie, ainsi je souhaite lui faire profiter de ce qu'il ressent là bien en sécurité, que ces ressentis s'inscrivent plus profondément en lui alors je lui suggère de le « *laisser quelques*

secondes profiter de cette expérience là et de laisser la détente, cette harmonie, cette sensation d'être bien, faire son chemin dans ton corps et ton esprit parce que tu sais bien le faire ». Après quelques instants, je lui propose de ressortir de cette maison soit en prenant le chemin inverse que celui emprunté pour venir, soit un autre chemin, Cédric répondit immédiatement : « *oui il y a un moyen de sortir rapidement depuis la chambre, comme un gros toboggan avec toujours un peu d'eau chaude, un toboggan en forme de tube... je le prends et après quelques virages j'arrive dehors dans la jungle...* ». Après un silence et surprise par cette sortie peu banale, j'ajoute alors : « *super, cette maison qui est la tienne tu pourras y revenir parfois pour y modifier des choses ou simplement revivre une expérience comme celle-ci.* ». Il acquiesce. Après cette visite je l'invite à revenir à un état de conscience ordinaire ici et maintenant. Il bouge, s'étire, ouvre les yeux. « *Merci, c'était super, je me sens comme à l'intérieur de cette maison... (Moi : comment ?)-bien en harmonie avec moi* ». De mon côté de thérapeute, de nouveau j'étais en proie au doute. C'est-à-dire que bien que la transe hypnotique semblait profonde, que Cédric avait cheminé avec facilité et plaisir dans cette maison, je m'interrogeais de nouveau sur la profondeur du travail effectué, étais-ce bénéfique sur l'instant mais aussi à plus long-terme ? Le terme « *harmonie* » résonnait car c'est ce même terme qui m'est venu au cours de la séance, quelle congruence !

Je n'avais aucun doute sur sa capacité et facilité à entrer dans ce processus hypnotique. Je me sentais frustrée de ne pas lui avoir transmis le savoir-faire de l'autohypnose avant, ainsi je lui proposais (malgré tout) alors de continuer lorsqu'il le sentira faire des séances seul. Je déroule avec lui les étapes : de trouver une position confortable, déjà de fermer ses yeux (puisqu'à chaque séance l'induction démarrait de cette manière-là), de ressentir son corps et ses points d'appuis, de respirer et de se concentrer sur les mouvements respiratoires... et ensuite soit de retourner dans son lieu sûr, soit de retourner dans cette maison pour y vivre une détente un sentiment agréable ou pour modifier des choses dedans.

Ainsi se finit notre dernier entretien, nos chemins se séparent et le sien reprend avec une « *manière différente de voir les choses* » (dit-il). En mon for intérieur, je me dis que si je l'ai guidé à se positionnement-là alors c'est déjà une très bonne chose.

Et moi donc ? Cette dernière séance, en retranscrivant le déroulé, me fait associer à un vécu intense via la transe hypnotique où il me témoigne un vécu fort en sensations. Ceci pourrait me faire penser à un vécu fœtal in utéro pour finir avec une belle sortie digne d'un accouchement. Que penser de cette analogie ? Est-ce sa représentation du vécu in-utéro et de

son arrivée dans « la jungle » de la vie ? Est-ce une analogie avec ce qu'il a vécu au cours de son hospitalisation, cette sortie par toboggan se faisant la veille de son retour à domicile ? Accouchement symbolique d'une page qui se tourne, d'une renaissance ? Ces questions se révèlent être interprétatives et rejoignent mes automatismes de psychologue clinicienne à la recherche du « pourquoi »... alors laissons ces questions en suspens pour simplement se poser dans cette séance surprise et se laisser porter par l'éprouvé d' « harmonie » ressenti!

V. DISCUSSIONS THEORICO-CLINIQUES

1. Rappel de la problématique

Pour rappel, ma problématique est donc la suivante : comment l'hypnothérapie peut aider au travail de la maladie en service de chirurgie orthopédique et notamment auprès d'un adolescent dont le corps est blessé ?

Mon hypothèse théorique se pose comme suit : l'hypnothérapie dans l'accompagnement psychologique d'un adolescent hospitalisé en chirurgie permettrait de remobiliser des ressources internes lui permettant de pouvoir se remettre en mouvement.

2. Discussion de la problématique et des hypothèses au regard des données cliniques

Avant d'approfondir la manière dont l'hypnothérapie m'a aidée à accompagner Cédric dans son travail de la maladie, reprenons les différentes hypothèses à la lumière des données cliniques.

- a. La première hypothèse : *l'hypnothérapie aide l'adolescent atteint dans son corps à retrouver un sentiment de sécurité interne, celui-ci ayant été menacé, fragilisé par l'effraction corporelle.*

L'aventure hospitalière pour Cédric a démarré par un accident, où de manière brutale sa jambe s'est fracturée. Outre la fracture corporelle, nous avons pointé la pluralité des fractures : familiale, géographique, passant de son autonomie à la dépendance, de la mobilité à l'immobilité, par rapport à sa semaine précédente colorée de découvertes riches et spirituelles. Nous avons souligné l'effraction psychique suscitée par cette fracture ou devrais-je dire ces fractures. Cette « aventure » réveille aussi le souvenir proche des hospitalisations de son père où régnait un enjeu vital lors des premiers jours. Ce moment de crise menace le sentiment de sécurité interne de Cédric, met en branle son système défensif habituel. En effet, à plusieurs reprises, Cédric a le sentiment d'être perdu, de ne plus savoir ce qu'il souhaite, est enveloppé de confusion, empli d'agitation anxieuse. Le sentiment de menace est ambiant. En ce sens, l'outil hypnothérapeutique m'a ouvert la possibilité de dérouler plusieurs séances autour de cet objectif de pouvoir activer les ressources de Cédric afin qu'il puisse retrouver du calme, une sécurité intérieure en contrepoids de l'agitation et de la confusion ressentie.

D'autant plus que Cédric navigue en pleine adolescence. Dans cette navigation, nous avons vu lors de la partie théorique les multiples remaniements psychiques induits par le travail adolescentaire. L'adolescent vit psychiquement en mouvement, le mouvement est double : adolescence et maladie. Si nous reprenons les séances d'hypnose proposées dans l'accompagnement thérapeutique de Cédric, il y a surtout 2 séances axées sur la restauration d'un sentiment de sécurité interne bien que l'ensemble des séances suggèrent la présence du calme, et d'un renforcement narcissique. La première séance suggérait des sensations de calme, de confort, de sensations agréables. A cette séance s'est tissée l'idée que malgré les difficultés vécues, l'olivier (l'arbre) bien planté (enraciné), il y a quelque chose qui résiste. Comme s'il y avait des forces psychiques bien enracinées qui permettaient de laisser passer la tempête pour continuer à se développer. Etaient alors sollicitées ici ses propres ressources internes sur lesquelles il peut s'appuyer, renvoyant à un socle existant (le fameux inconscient Ericksonien: réservoir de ressources). La seconde séance s'appuyant sur la construction d'un lieu de sécurité, lieu très chaleureux pour Cédric.

D'après ce qu'a pu me dire Cédric au fur et à mesure, j'en déduis que ces séances ont eu un effet bénéfique sur une restauration de ce sentiment de sécurité. Il partagea à plusieurs reprises que cela lui avait fait du bien, mais nous observons aussi qu'il a pu se sentir moins « perdu », « agité », « menacé ». Il y a eu ces maux-mots du corps lors des mobilisations avec les kinésithérapeutes qui au fur et à mesure du travail déroulé sont passés au second plan. Cette sécurité interne restaurée a probablement permis de reprendre confiance en ses capacités, et de « se » retrouver, lui qui ne savait plus ce qu'il souhaitait. Lui qui porte un fixateur externe à sa jambe pour reconsolider ses os, a réalisé également un processus de reconsolidation interne.

b. La seconde hypothèse : l'hypnothérapie aide à retrouver un sentiment de maîtrise là où l'adolescent hospitalisé se trouve dans un « gel » du mouvement d'autonomisation.

Au cours d'un entretien, Cédric a pu réfléchir à son propre besoin de maîtriser les événements. Il évoque ce point-là comme constitutif de sa personnalité. Dans ce besoin de maîtrise évoqué, j'y lis également la recherche de s'autonomiser en s'opposant à ses images parentales.

Néanmoins au cours de l'hospitalisation, Cédric dit se sentir « *dépossédé* », « *tout échappe* », il exprime un sentiment de perte de maîtrise. Il perd effectivement la maîtrise de son autonomie (« *c'est dur d'être un bébé* »), la maîtrise de son corps qui là lui fait défaut. Il se voit « *dépossédé* » d'une partie de son corps en souffrance qui est objet de soins, de surveillance. Cédric décrit donc un sentiment de perte (Kashani, 1981) se traduisant par la diminution de sa capacité motrice. Lorsqu'il évoque que les kinésithérapeutes vont trop vite, il pointe ce sentiment de ne plus pouvoir maîtriser son rythme, imposé là par les kinés. Il se trouve dans ce rythme : bloc opératoire – repos, qui lui échappe. Il n'a pas son mot à dire quant aux soins chirurgicaux qui sont réalisés. Alors, il est vrai que perçu comme ça : « tout lui échappe ». Les kinésithérapeutes se heurtent à une difficulté, Cédric manifeste une opposition passive à se mobiliser, il manifeste plusieurs symptômes corporels (touranis, douleurs) mettant ainsi en échec sa rééducation. Il se retrouve coincé dans cette dépendance, il évoque d'ailleurs « stagner », « bloquer » dans cet immobilisme renforcé par cette alternance (bloc-repos). En ce sens, l'hypnothérapie permet à Cédric de retrouver une maîtrise car lors du travail hypnotique, lui-même conduit le bateau, puisque je ne donne que les directions. Le principe même de ce travail permet de reconsolider un sentiment de maîtrise. En outre, il y a eu cette séance (la 3^{ème}) où j'avais été saisie par son désarroi : celle où la kiné a posé l'attelle lors de la séance de travail hypnotique. Lors de cette séance, Cédric avait repris les rênes et découvrait un paysage selon son propre désir. Je pense que cette séance a été importante dans la restauration d'un sentiment de maîtrise, il était en proie à un élan de panique et ainsi étayé il a pu retrouver à la fois un espace de sécurité mais aussi retrouver un sentiment de maîtrise. Et puis, il y a eu cette séance autour de la métaphore de l'escalade où j'ai emmené Cédric à être face à un obstacle, à prendre du recul, faire un pas de côté pour pouvoir continuer à « se hisser » par un autre chemin. Cette séance avait été plus difficile pour lui, il avait mis du temps à trouver comment passer cet obstacle mais finalement avait réussi à trouver une solution. Il s'était « hissé par les bras » (intéressant à la vue de la défaillance actuelle des jambes...). Il avait pu dépasser ce qui venait le bloquer sur son chemin.

Après cette séance-là, il m'avait fait part de sa réussite à béquiller, les kinésithérapeutes parlaient de « dé clic ». Il semble que le travail réalisé en hypnothérapie ait permis de « débloquent » l'investissement de Cédric en lui permettant de devenir acteur (« *j'avais très mal au pied au début mais j'y ai moins pensé car je voulais avancer et j'ai réussi* ») là où il manifestait de la passivité, là où il était objet des soignants. Il avait repris les rênes de sa rééducation. Ce développement n'est pas sans rappeler ce que K. Olness et D. P. Kohen

(2006) rappellent « *l'hypnothérapie dans le contrôle de la douleur peut générer tout un tas d'effets secondaires positifs comme une réduction de l'anxiété, une augmentation du sentiment de maîtrise et de l'espoir, une meilleure coopération.* »

c. La troisième hypothèse : *l'hypnothérapie peut aider l'adolescent à réinvestir son corps abîmé, blessé dans le but d'enclencher le « pas » de la rééducation.*

Après ce fracas corporel, Cédric évite de regarder sa jambe, il la garde bien cachée sous ses draps. Il dit qu'il « *préfère ne pas y penser* ». La spécificité aussi de sa situation est ce fixateur externe, imposant, trouant de part et d'autre sa peau pour maintenir ses os fracturés. L'idée même d'évoquer les « os cassés » provoque une certaine sidération, un non-sens impossible à penser. Et puis il y a eu la première tentative de rééducation où la douleur était « terrible », plus forte que la douleur initialement ressentie lors de l'accident. Ce moment où il avait développé un syndrome des loges nécessitant une reprise chirurgicale en urgence. Le refrain du bloc tous les deux jours avec « les incisions » où, l'équipe du bloc opératoire déballe les pansements, nettoie, referme. Rappelons-nous que l'acte chirurgical représente une effraction sur le corps, et, est accompagnée de douleurs et de mutilations (R. de Carmoy, 2007). En effet, Cédric s'imaginait les deux grandes incisions sur ses jambes, dont la seule chose qu'il percevait était la douleur « *ça fait mal... trop mal* ». Il ne percevait sinon sa jambe que par le prisme du pansement et du fixateur externe. Difficile travail psychique pour Cédric de béquiller, se mettre debout, considérer qu'il peut utiliser cette jambe alors qu'il ne peut accéder qu'à une vue parcellaire de son état. Cette partie-là dans son corps lui échappait puisque seuls les chirurgiens et soignants au bloc en avaient une vue authentique, ce qui lui faisait ressentir davantage qu'il était « *dépossédé* ». Malgré sa tentative d'éviter de penser à sa jambe défaillante, la douleur aiguë le ramenait à se focaliser dessus. Sa jambe était mise de côté. Comment pouvait-il alors s'investir dans la rééducation de sa jambe quand bien-même celle-ci est évitée ?

Le travail hypnothérapeutique a réactivé, semble-t-il, un sentiment de sécurité interne, a reconstitué le sentiment de maîtrise de Cédric. Ces remises en mouvements lui ont permis de passer le point de butée, de réinvestir progressivement son corps dans son entièreté. L'accompagnement hypnothérapeutique s'est étayé sur un travail autour de la sensorialité où à plusieurs reprises Cédric a changé de sensorialité. Il réussit avec brio à quitter une perception restreinte par son symptôme (la peur, le sentiment d'être perdu, parfois la douleur)

pour rentrer grâce à la transe hypnotique dans un autre type de perception. Rappelons-nous également la séance autour de la montée d'un mur d'escalade, Cédric dit qu'il est resté longtemps à regarder la paroi pour comprendre comment passer l'obstacle. Il a trouvé sa solution, en s'ouvrant à une autre possibilité et c'est en se hissant par les bras (dans l'état actuel ses jambes auraient été en incapacité de l'aider (curieux parallèle, mais je m'abstiendrais d'interpréter)). Il a pu par la suite « *bouger sa jambe comme elle est là* » en disant qu'il reprenait confiance. Ensuite, il a béquillé, a repris possession de son corps. De l'adolescent se sentant soumis au rythme des autres, passif, Cédric s'était remis en mouvement en retrouvant une place plus active. Il avait pu réactiver des ressources internes, s'ouvrir à d'autres champs des possibles, il est redevenu maître de son navire, de son corps et a pu faire le « pas » de la rééducation.

Enfin, au regard de ces trois hypothèses confirmées, nous pouvons penser que l'hypnothérapie a permis de remobiliser des ressources internes permettant à Cédric de pouvoir se remettre en mouvement. Le travail thérapeutique incluant l'hypnose a permis d'aider au travail de la maladie. H. Sitbon (2005) écrit : « *l'hypnothérapeute est un thérapeute qui met l'hypnose au service du changement pour conduire son patient à réorganiser son monde interne et relationnel d'être humain souffrant* ». Cette aire de création commune lors des séances a, semble-t-il, permis d'avancer dans ce travail. Cédric a pu réinvestir son corps blessé et aussi le monde extérieur. Alors qu'il « bloquait », se « repliait », certaines séances d'hypnose proposée semblent avoir été des leviers dans la prise en charge soignante et dans la manière dont il vivait cette expérience.

L'hypnose passe par le corps et le changement de sensorialité qu'elle permet a été bénéfique pour Cédric qui était focalisé par sa jambe fracassée et douloureuse. En changeant de perception lors des séances réalisées et des itinéraires proposés, Cédric a pu faire de nouveaux apprentissages, créer de nouvelles possibilités.

Bien que mon mémoire s'ouvre sur la culture et l'usage de l'hypnothérapie dans le travail de la maladie de cet adolescent, je ne peux pas faire l'impasse sur les autres éléments qui l'ont aidé à avancer sur ce chemin de la restauration psychique. En effet, le travail de la maladie par sa mère a été important. A plusieurs reprises, j'ai reçu cette maman, en entretien pour accueillir, étayer son propre travail psychique dans son vécu du fracas corporel de son fils. Cette maman a pu aussi se mobiliser psychiquement pour étayer au mieux son fils et ce

travail-là est inéluctable dans l'avancée de Cédric, C. Mille (2004) parle bien du pré-travail de la maladie au regard des parents.

Rappelons également que son travail psychique de la maladie se superposait au travail psychique de l'adolescence. Cédric (15 ans) montra à plusieurs reprises que ce travail adolescente était déjà bien engagé. Il était dans un mouvement d'autonomisation, de distanciation par rapport aux images parentales, nous avons observé l'opposition plus ou moins passive témoignant aussi de cette position d'adolescent désirent s'autonomiser par rapport aux images adultes. En outre, la métamorphose corporelle pubertaire qu'il vivait est venue se heurter à un changement corporel brutal et blessant. Le travail autour du réinvestissement du corps a été sans doute plus compliqué dans ce double travail psychique.

3. Discussion éthique

Le démarrage de ce DU était à la fois passionnant et bousculant ! En effet, depuis le défilé des années étudiantes, différentes théories ont pétri mon « être » de psychologue. Chaque rencontre avec un patient était réfléchi à la lumière des théories connues, comme rempart à ma crainte de ne pas être déontologique, de mal accompagner psychologiquement mes patients. Bien que l'espace de jeu thérapeutique avec les enfants me permette une certaine créativité, spontanéité, je n'habitais pas de la même manière mon habit de thérapeute que désormais. Il y avait davantage une scission entre mon enfant intérieur que j'osais exprimer avec les enfants et l'inhibition de cet enfant intérieur avec les plus grands. Tout ceci était « contrebalancé » par une intellectualisation plus abondante. Or, lors des premiers modules de ce DU je perçois ce besoin de pratiquer mes premières séances d'hypnose, d'« OSER ». Mais comment proposer cet outil pour moi, novice ? Personnellement, je doutais, je craignais de me lancer dans cette aventure aussi rapidement. J'avais besoin de maîtriser les outils que je proposais et là, il me fallait assouplir ce besoin de maîtrise pour oser... me faire confiance en tant que thérapeute. Cet outil me faisait ressentir un sentiment d'étrangeté : mes patients pouvaient-ils me faire confiance puisque j'étais si nouvelle ? Et ce premier patient, serait-ce un cobaye ? Et si je ratais ? Et si j'étais décontenancée, perdue dans le déploiement de la séance ? Et si après toutes les réassurances des intervenants, c'était pire après mon recours à cet outil hypnotique ? En tant que psychologue, nous sommes déontologiquement maîtres de nos outils, mais là l'ambivalence pointait : pour en devenir « maître » il me fallait pouvoir l'expérimenter, l'explorer, pouvoir mettre en pratique cet outil

dans ma propre clinique pour ensuite le modeler. Comment cultiver cet outil dans ma pratique ?

Une autre question se logeait dans la manière de danser entre mes acquis théoriques habituels et l'hypnose, comment pouvaient-ils faire un unique ballet ? Comment dans ma pratique singulière pouvais-je les articuler ? Et comment lors d'une séance d'hypnose pouvais-je réellement mettre de côté mes réflexes théoriques pour accueillir d'autres éléments. Cette posture m'intéressait, cet accueil de ce qui vient, mais me paraissait pouvoir se déployer après une pratique expérimentée.

J'étais dans le nid d'une hypnothérapeute en herbe, il me fallait faire un premier envol. Puis un jour, un patient, une rencontre et là je m'envole, accepte de prendre le risque de lui proposer une séance que je nomme séance d'hypnose car je ressentais que cet outil allait pouvoir nous aider. Pour autant, une autre question : dois-je lui dire que je suis en formation ? Si je lui dis, cette nouvelle ne risque-t-elle pas d'avoir un effet négatif sur sa confiance et le bon déroulé de la séance ? Dire ou ne pas dire ? Quelle posture était la plus éthique ? Les choses se déroulèrent de manière à ce que je n'aie pas à lui dire et tout se passa très bien et même mieux que ce que j'avais imaginé. J'y ai trouvé même une certaine forme de plaisir à laisser aller ma capacité de rêverie, moi qui pensais rester ancrée sur le script proposé. Et surtout, cette séance fût bénéfique à mon jeune patient.

Pour en revenir à mon cas clinique, je me rends compte que les séances improvisées, ces séances qui me déstabilisaient, ne me sentant pas assez expérimentée pour pratiquer de cette manière (sans préparation), ont été les séances où je me suis retrouvée authentique, dépourvue là de tous mes outils théoriques habituels. Ces séances-là ont été les plus créatives, car dénudées d'attentes, j'étais en toute disponibilité psychique. Je repense à ce qu'écrit E. Musiat¹⁰(2014) où il évoque la fonction alpha du thérapeute qui « *est à l'écoute de son patient dans toute son individualité, une écoute totale pour laquelle il offre une part de son psychisme pour accueillir les éléments amenés lors des séances. C'est alors qu'il pourra en retour proposer au patient une nouvelle façon d'envisager ce qui l'entoure, une multiplicité des possibles via le processus hypnotique, les métaphores, images et autres suggestions.* ». Il ajoute : « *le thérapeute doit s'engager et s'accorder psychiquement et corporellement au*

¹⁰ In. BIOY, A., CELESTIN-LHOPITEAU, I. (2014) .AIDE-MEMOIRE: Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris, Dunod, p. 157-158.

patient, être empathique et faire preuve de capacité de rêverie : c'est-à-dire faire fi de la théorie pour s'ajuster au patient ».

4. Apport de cette étude

Un des apports de cette étude est d'avancer l'idée selon laquelle l'hypnose peut-être cultivée et cueillie dans l'accompagnement thérapeutique d'un enfant hospitalisé. Cet outil offre de multiples possibilités, quel dommage de s'en passer ! Le corps d'un enfant hospitalisé en chirurgie est abîmé, teinté de douleurs, d'effractions multiples. Recourir à l'hypnose c'est permettre au jeune patient de changer de sensorialité, de réinvestir autrement son corps que par le prisme de la douleur et du fracas corporel. Quelle ouverture de pouvoir offrir de vivre ce changement de sensorialité dans un contexte réel coloré d'agressions corporelles !

L'hypnose a permis à Cédric de s'aventurer dans son imaginaire et d'aller puiser dans son réservoir de ressources. Cette possibilité lui a permis de débloquent et de pouvoir s'inscrire comme acteur de son parcours de soins et non plus objet subissant des soins. L'hypnose, dans ce cas clinique, a endossé le rôle de levier thérapeutique à certains moments. En sollicitant et en restaurant un sentiment de sécurité interne, l'hypnose permet au sujet de déployer des forces insoupçonnées. Combien d'enfants et d'adolescents aimeraient « être ailleurs » qu'à l'hôpital ? L'hypnose par ce voyage intérieur qu'elle propose permet de se détourner de cette réalité là pour activer des ressources propres à chacun, pourquoi s'en priver lorsque l'occasion de cueillir cet outil et de le semer se présente ?

Bien sûr, cette étude s'est appuyée sur la méthode du cas unique, et il serait intéressant d'étudier la manière dont l'hypnothérapie peut aider à effectuer ce travail de la maladie chez plusieurs enfants et adolescents hospitalisés. Dans mon cas clinique, je regrette de ne pas m'être lancée à lui apprendre l'autohypnose car je demeure persuadée que cette connaissance, cette maîtrise de l'outil aurait pu lui permettre de l'utiliser plus souvent en fonction de ses besoins. Ce chemin thérapeutique avec Cédric m'interroge sur la place de l'hypnose certes, mais aussi de l'autohypnose dans ce cadre du travail de la maladie.

VI. CONCLUSION

Ce mémoire visait à illustrer la manière dont l'hypnothérapie pouvait aider au travail psychique de la maladie chez un adolescent hospitalisé dans un service de chirurgie. Dans mon jardin de psychologue ce mémoire m'a permis de faire germer la graine de l'hypnose qui a été semée. En approfondissant ce cas clinique, à l'écrire, à me distancier de ce qui s'est joué au moment des entretiens et séances, j'ai davantage perçu la manière dont je vais pouvoir continuer à accompagner les patients rencontrés. Le corps qui est au cœur des préoccupations actuelles des patients hospitalisés peut-être appréhendé tout autrement grâce à l'hypnose. Cette découverte des potentialités, aidant à redécouvrir son corps autrement que par le véhicule de la douleur et de la limitation, est une aide significative dans le travail psychique. Ce travail hypnothérapeutique permet de sentir, ressentir et bouger de positionnement pour trouver celui qui sera le plus adapté à la mélodie actuelle.

Dans le champ du somatique et du travail de la maladie, je pense que cette étude a pu souligner la manière dont l'hypnose a permis d'activer des leviers, a permis de puiser dans le réservoir des ressources internes de ce jeune homme. En restaurant un sentiment de sécurité, en amenant des sentiments d'apaisement, en le replaçant dans une dynamique plus autonome, en le resituant au-devant de la scène et non pas dans les coulisses de son cheminement, en lui permettant de réinvestir son corps de manière différente, Cédric a pu faire « un pas en avant », se mettre en route vers sa rééducation.

Pour finir, plus les idées se déroulent plus d'autres germes. Je ne peux m'empêcher, depuis le début de l'écriture de ce mémoire, de penser au Moi-Peau de D. Anzieu (1985). Pour lui, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau comme interface entre soi et le monde extérieur. Le Moi-Peau développé par D. Anzieu renvoie à huit fonctions, dont une fonction de « constance » qui a fonction de protection des agressions de l'autre et des stimuli du monde externe que Freud nomme pare-excitation. Dans ce contexte de corps abîmé, effracté, et dans le cas de Cédric dont son corps est percé par le fixateur externe, ce Moi-Peau lui-même est effracté ne permettant pas à cette fonction de constance de fonctionner. L'hypnothérapie peut-elle aider à restaurer les fonctions défaillantes du Moi-Peau ? Je serais tentée de dire que oui, Cédric semble avoir restauré cette fonction de « constance », néanmoins cette question ainsi posée mériterait d'être davantage approfondie.

En tant que thérapeute me voilà riche de ces enseignements, de ces découvertes et me voilà avec l'envie de continuer cette culture de l'hypnose, cet art de l'attention, de l'attention à être.

Je conclurais ce travail avec cette citation de F. Roustang¹¹ qui résume parfaitement cette découverte de l'hypnose dans ma pratique de psychologue :

« Mais où va-t-il (le thérapeute) trouver la possibilité de se mouvoir dans son rapport au patient ? Dans le vide qui va lui permettre d'instaurer une aire de jeu, de commencer une danse dont les figures ne sont pas prescrites... il est vide de tout préalable parce qu'il ignore ce qui pourra se passer ».

Ainsi le thérapeute accepte de ne « pas savoir ».

¹¹ In. CELESTIN-LHOPITEAU (2013) *L'hypnose pour les enfants*. Editions J. Lyon

ROUSTANG, F. (2004) *Il suffit d'un geste*. Editions : Odile Jacob

BIBLIOGRAPHIE

- BASTIN, D. (2000). L'enfant et sa maladie : aspects psychologiques de l'hospitalisation. *Archives pédiatriques*, n° 7, p. 405-309.
- BIOY, A., CELESTIN-LHOPITEAU, I. , WOOD, C. (2010). L'aide-mémoire d'Hypnose, Paris, Dunod.
- BIOY, A., CELESTIN-LHOPITEAU, I. (2014) .AIDE-MEMOIRE: Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris, Dunod.
- BIRRAUX , A. (1994). L'adolescent face à son corps. Paris, Editions Universitaires.
- BRETON, A. (2000). Travail de maladie, travail de deuil, et travail de l'adolescence, ou l'adolescence de l'enfant porteur d'une maladie chronique. *Archives de Pédiatrie*. 7, p.263-265.
- CASTRO, D. (2008). L'enfant à l'hôpital. *Le Journal des psychologues*. 254, p.24-25.
- I. CELESTIN-LHOPITEAU (2013) L'hypnose pour les enfants. Editions J. Lyon
- CROCQ, L. (2007). Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- FERRARI, P. (1989). Réactions psychologiques dans les maladies chroniques de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfant*. 37, p. 415-419.
- DE GHEEST, F., LAMBOTTE, I., DETEMMERMAN, D., LINGIER, P., DE COSTER, L., (2006). Le vécu psychologique d'enfants confrontés à une intervention chirurgicale digestive lourde : mise en évidence de leurs ressources internes et relationnelles. *Le Carnet PSY*, n°106, p31-37.
- DECELLE, D.-A. (1996). L'enfant et sa maladie à l'hôpital. *La Lettre du GRAPE* (Groupe de recherche et d'action pour l'enfance), n° 26, p. 37-43.
- DOLTO, F. (1984). L'image inconsciente du corps, Paris, Le Seuil.
- JOUSSELME, C. (2005). Comprendre l'enfant malade. Du traumatisme à la restauration psychique. Paris, Dunod.
- OLNESS, K., KOHEN, D.P., (2006) Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. Bruxelles, Satas.
- MARIONI, G. (2008). Le « travail du mal » chez l'enfant atteint d'une maladie somatique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.56, p. 44-47.

MILLE, C., RAFFENEAU, F., DEWOLF, C. (2004). Travail de la maladie à l'adolescence. *Ethique & Santé*, 1, p. 10-14.

ROUSTANG, F. (2004) Il suffit d'un geste. Paris : Odile Jacob.

SITBON, H. (2005). L'hypnose au service du changement et la démarche thérapeutique pour l'enfant. *Perspectives Psy.* 5. Vol 44, p. 365-370.

WINNICOTT, D.W. (1989). De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot (première édition, 1969)

WINNICOTT, D.W. (2002). Jeu et Réalité. L'espace potentiel. Paris : Gallimard (première édition, 1975)

WOOD, C. et al. (2006) L'hypnose: une réponse possible dans la douleur de l'enfant et de l'adolescent. *ENFANCE*. 1, p. 26 -39.

WOOD, C., IGNACE, I. (2007) L'hypnose aux urgences pédiatriques. *Archives de pédiatrie*. 14. p. 729-731.

Hors-Série N°8. Hypnose & Enfants (Mars 2014). *Hypnose & Thérapies Brèves*. Editions Métawalk.

RESUME

Ce travail se donne pour objectif d'étudier la manière dont la pratique de l'hypnose s'est tissée à ma pratique de psychologue en services de chirurgie pédiatrique. Le corps d'un enfant hospitalisé en chirurgie est abîmé, teinté de douleurs, d'effractions multiples. Ma pratique m'amène à accompagner les jeunes patients à réaliser un travail singulier de la maladie leur ouvrant la possibilité de se représenter la partie du corps malade, pour inscrire cette atteinte dans sa propre histoire, pour s'intéresser aux protocoles thérapeutiques le concernant.

Ce mémoire vise à illustrer la manière dont l'hypnothérapie peut aider au travail de la maladie chez un adolescent hospitalisé dans un service de chirurgie orthopédique. Au travers de ce cas clinique, nous verrons que l'hypnothérapie amènera cet adolescent à redécouvrir son corps autrement que par le prisme de la douleur, de la limitation, et que cette nouvelle exploration est une aide significative dans le travail psychique de la maladie. Dans le travail singulier de la maladie, cet écrit souligne la manière dont l'hypnose permet d'activer des leviers, de puiser dans le réservoir des ressources internes de ce jeune homme. En restaurant un sentiment de sécurité, en amenant des sentiments d'apaisement, en le replaçant dans une dynamique plus autonome, en le resituant au-devant de la scène et non pas dans les coulisses de son cheminement, en lui permettant de réinvestir son corps de manière différente, cet adolescent pourra faire « un pas en avant », se mettre en route vers sa rééducation.

Mots-clefs : Travail de la maladie, hypnothérapie, corps blessé, adolescence.