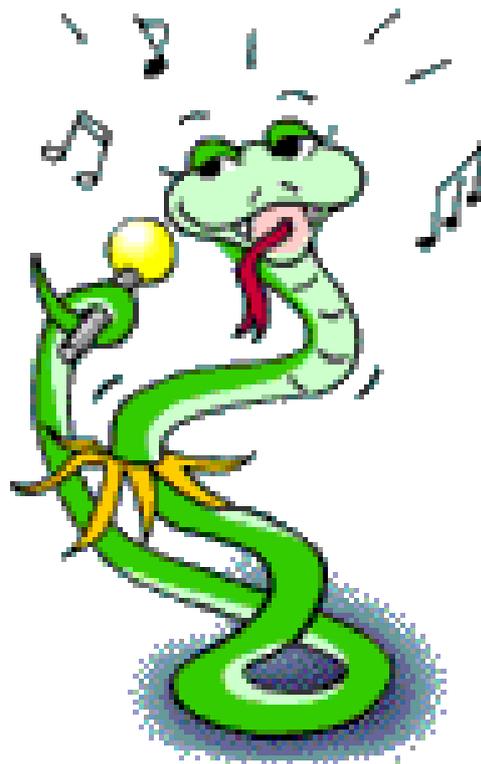




Ecole d'Infirmiers Anesthésistes

L'HYPNOSE EN PEDIATRIE



Sous la direction de : Mr ESTRIER Jean-Marc

POUSSINES Edith
Promotion 2004-2006

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
INDEX	
GLOSSAIRE	
INTRODUCTION	1-2
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE	3-46
<u>I. L'ENFANT ET L'ANESTHESIE TRADITIONNELLE</u>	3-8
<u>1. Aspect psychologique et préparation de l'intervention : dédramatiser !!!</u>	3
<u>1.1. Chaque tranche d'âge a ses particularités</u>	
<u>1.2. L'anesthésie a un rôle majeur à jouer</u>	
<u>2. Une démarche originale</u>	4
<u>3. L'anxiété préopératoire</u>	6
<u>3.1. Un sujet trop longtemps ignoré</u>	
<u>3.2. Les enjeux psychologiques</u>	
<u>3.3. Un évènement exceptionnel à préparer</u>	
<u>3.4. Rendre cette anxiété constructive</u>	
<u>3.5. Comment évaluer le comportement d'un enfant en pré et post opératoire ?</u>	
<u>II. L'HYPNOSE</u>	8-31
<u>1. Historique</u>	8
<u>2. Définitions</u>	9
<u>2.1. Par l'AFEHM (Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale)</u>	
<u>2.2. Par la comission de la British Medical Association</u>	
<u>2.3. Par Milton H. Erickson</u>	
<u>2.4. Par Jean Godin</u>	
<u>3. Quelques explications</u>	10
<u>3.1. Conscient et inconscient</u>	
<u>3.2. Hypnose et transe</u>	
<u>3.3. Les canaux sensoriels</u>	
<u>3.4. Le langage</u>	
<u>3.5. La méthode</u>	
<u>4. Les étapes de l'hypnose</u>	13
<u>4.1. Point de départ : la veille ordinaire</u>	
<u>4.2. L'induction</u>	
<u>4.3. La dissociation</u>	
<u>4.4. La perception</u>	
<u>4.5. Réveil et entretien post hypnotique</u>	
<u>5. Les signes et les phénomènes hypnotiques</u>	15
<u>5.1. Les signes hypnotiques</u>	
<u>5.2. Les phénomènes hypnotiques</u>	
<u>6. Les dangers de l'hypnose</u>	17

<u>7. Les limites de l'hypnose</u>	17
<u>7.1. Du côté du thérapeute</u>	
<u>7.2. Du côté des patients</u>	
<u>8. Les contre-indications</u>	18
<u>9. En pratique</u>	18
<u>10. Pourquoi l'hypnose au troisième millénaire ?</u>	19
<u>11. Utilisation des techniques hypnotiques en chirurgie</u>	21
<u>12. Quels avantages pour le patient ?</u>	23
<u>12.1. Avant l'intervention</u>	
<u>12.2. En pré opératoire immédiat</u>	
<u>12.3. Au bloc opératoire</u>	
<u>12.4. En post opératoire immédiat</u>	
<u>12.5. A moyen terme</u>	
<u>12.6. A plus long terme</u>	
<u>13. Les modalités d'utilisation au bloc opératoire</u>	25
<u>13.1. L'hypno anesthésie</u>	
<u>13.2. L'hypno analgésie</u>	
<u>13.3. L'hypno analgésie pour qui ?</u>	
<u>13.4. Une intervention sous hypnose</u>	
<u>14. Autre modalité d'utilisation</u>	30
<u>15. L'hypnose, facteur d'amélioration thérapeutique</u>	30
<u>16. Le pouvoir créatif des patients</u>	31
<u>III. L'HYPNOSE ET L'ENFANT</u>	32-46
<u>1. Résumé</u>	32
<u>2. Les indications de l'hypnose chez l'enfant</u>	34
<u>2.1. L'hypnose avec l'enfant d'âge préscolaire</u>	
<u>2.2. L'hypnose avec l'enfant en âge scolaire et l'adolescent</u>	
<u>2.3. Le rôle des parents</u>	
<u>3. Pourquoi l'hypno thérapie dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge de la douleur ?</u>	35
<u>4. Les contre-indications</u>	38
<u>5. Les applications de l'hypnose</u>	38
<u>5.1. L'hypnose conversationnelle</u>	
<u>5.2. L'hypnose avec le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA)</u>	
<u>5.3. L'hypnose en prémédication en pré opératoire</u>	
<u>5.4. L'hypnose sans sédation médicamenteuse : l'hypno thérapie et l'hypno analgésie</u>	
<u>5.5. Les suggestions d'hypno analgésie sont de plusieurs registres</u>	
<u>6. La place de l'imaginaire</u>	44
<u>IV. CONCLUSION</u>	46

CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE	
<u>I. TERRAIN DE RECHERCHE</u>	47-49
1. Recherches bibliographiques	47
2. Choix du lieu de l'enquête	47
3. Choix des personnes à interroger	47
4. Choix de la méthode d'enquête	47
4.1. Choix de l'outil	47
4.2. Choix de la distribution	
<u>II. PRESENTATION DE L'OUTIL UTILISE</u>	
1. Objectifs du questionnaire	48
2. Test du questionnaire	48
3. Contenu du questionnaire	48
4. Modalités de distribution	48
5. Modalités de récupération	48
<u>III. PRESENTATION DU TRAITEMENT DES DONNEES</u>	48
<u>IV. DIFFICULTES RENCONTREES</u>	49
CHAPITRE 3 : RESULTATS ET ANALYSES	49
<u>I. IDENTIFICATION DES PERSONNES</u>	50-62
<u>II. QUANTIFICATION DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE</u>	50
<u>III. DOMAINES D'APPLICATION DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE</u>	52
<u>IV. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE</u>	53
<u>V. CONDITIONS DE PRATIQUE DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE</u>	56
<u>VI. SATISFACTION, BESOINS ET ATTENTES</u>	58
CHAPITRE 4 : PROPOSITIONS D' ACTIONS	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	65-66
	67-72

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur ESTRIER, directeur de l'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du CHU de Toulouse, pour son suivi dans l'élaboration de ce Travail d'Intérêt Professionnel.

Je remercie également Madame TOUYERE, formatrice à l'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du CHU de Toulouse, pour son enseignement de la méthodologie du Travail d'Intérêt Professionnel.

Je remercie aussi l'ensemble des personnes qui m'ont aidé dans mes recherches, dont le Dr PETEL, MAR, ainsi que celles ayant répondu au questionnaire.

Je remercie surtout ma famille, pour sa patience, sa confiance et son soutien dans les moments difficiles.

Encore, merci à tous d'avoir participé à la réalisation de ce Travail d'Intérêt Professionnel.

INDEX

. SCHEMAS :

<u>Schéma 1</u> : Fonctionnement de l'inconscient par J. Boutillier	11
<u>Schéma 2</u> : Sites cérébraux d'action de l'hypnose	20

TABLEAUX :

<u>Tableau 1</u> : Technique d'induction adaptée à l'âge de l'enfant (d'après Olness et Kohen)	33
<u>Tableau 2</u> : Répartition des indications de l'hypnose par catégories de personnel et d'établissement	54
<u>Tableau 3</u> : Activités sous hypnose à développer en pédiatrie	55
<u>Tableau 4</u> : Inconvénients à pratiquer l'hypnose en pédiatrie	57

GRAPHIQUES :

<u>Graphique 1</u> : Identification du personnel	50
<u>Graphique 2</u> : Lieu d'exercice	50
<u>Graphique 3</u> : Répartition du personnel selon le lieu d'exercice	51
<u>Graphique 4</u> : Nombre d'anesthésies pédiatriques réalisées par établissement par an	52
<u>Graphique 5</u> : Indications de pratique de l'hypnose en pédiatrie	53
<u>Graphique 6</u> : Abords du sujet de l'anesthésie avec un enfant	58
<u>Graphique 7</u> : Conditionnement hypnotique d'un enfant	59
<u>Graphique 8</u> : Comportement de l'enfant après le conditionnement hypnotique	60
<u>Graphique 9</u> : Les adjuvants à l'hypnose par catégories de personnel	61

GLOSSAIRE

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

INTRODUCTION

L'état psychologique du patient hospitalisé a toujours été pour moi une préoccupation essentielle dans l'exercice de ma fonction d'IDE. Aujourd'hui, en 2^{ème} année de formation d'infirmière anesthésiste, je suis en contact quotidien avec une nouvelle population de malades, ceux qui vont subir une intervention chirurgicale. Parmi ceux-ci, pendant mon stage en chirurgie pédiatrique, j'ai été particulièrement sensible aux enfants dont le vécu de la situation pré et post opératoire peut être identifié comme une « détresse émotionnelle ».

Une étude réalisée dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Tulle (Corrèze, France), a permis de réunir une équipe pluridisciplinaire : internes, puéricultrices, instituteurs, infirmières, diététiciennes, secrétaires médicale, médecins.

Le propos était d'étudier les angoisses des enfants. Les soignants ont aussitôt adhéré au projet. Des instituteurs aidèrent à le construire, sur la base de questions fermées et ouvertes, et de questions à choix multiples pour les enfants de 6 à 11 ans. Un instituteur a travaillé sur le graphisme et le dessin libre pour les enfants de maternelle (3 à 6 ans).

L'enquête, menée dans trois écoles, deux en ville et une à la campagne, a permis d'interroger 130 enfants. Dans la maternelle de Beaulieu, à 3 niveaux, ce travail durera 2 mois. De nombreux dessins, un ou plusieurs par enfant, ont pu être ainsi analysés.

Il est ressorti de ce travail les principaux éléments qui génèrent l'angoisse des enfants : l'opération, ne pas se réveiller, souffrir, la piqûre.

Ainsi, les pleurs, l'agitation des enfants provoquent chez le soignant un sentiment d'impuissance, de culpabilité, de frustration qui rendent la situation difficile.

Je me suis donc questionnée sur les moyens, les attitudes et les compétences à développer, afin de ne pas alimenter le stress de l'enfant de nos propres peurs, et de l'accueillir dans les meilleures conditions possibles.

Devant ce problème récurrent, des réponses ont été apportées ces dernières années, proposant différentes modalités d'anxiolyse :

- Préparation de l'enfant avec :
 - le contact établi avec les parents et l'enfant lors de la consultation anesthésie : « les parents confient à un inconnu la vie de leur enfant »,
 - une information adaptée selon l'âge de l'enfant et sa capacité à se repérer dans le temps,
 - des supports écrits mis à la disposition des parents, qu'ils peuvent consulter chez eux avec leur enfant, et

- d'autres supports (films, jeux, posters,...).
- Le jour de l'intervention :
 - prémédication médicamenteuse, et
 - solutions alternatives (hypnose, présence des parents à l'induction...).

Lors de mon stage, j'ai eu l'opportunité de rencontrer également une IADE sophrologue qui, de plus, avait fait une formation à l'hypnose. J'ai eu, en outre l'occasion de participer à une journée d'information sur l'hypnose, technique qui propose la prise en charge globale du patient, physiologique et psychologique. Je me suis donc interrogée sur l'impact que pouvait avoir l'hypnose dans le domaine de l'anesthésie, notamment chez l'enfant. Cette dernière m'est apparue comme l'un des moyens à privilégier pour répondre à cette situation anxiogène. C'est donc le thème de l'hypnose appliquée à l'enfant en période pré opératoire que j'aborderai.

Je vais, dans une première partie de mon exposé, évoquer l'enfant et l'anesthésie traditionnelle pour ensuite développer la technique de l'hypnose et, enfin, terminer mon travail sur l'hypnose adaptée à l'enfant.

Dans une deuxième partie, je vais essayer de recenser les pratiques liées à l'hypnose en anesthésie pédiatrique, ce qui je l'espère me permettra d'établir un « protocole idéal » de prise en charge d'un enfant dans le cadre d'une chirurgie.

CHAPITRE 1: PROBLEMATIQUE

I. L'ENFANT ET L'ANESTHESIE TRADITIONNELLE

1. Aspect psychologique et préparation de l'intervention : dédramatiser !!! [1]

L'intervention chirurgicale, l'hospitalisation et l'anesthésie générale ont un retentissement majeur sur la vie émotionnelle de l'enfant.

1.1. Chaque tranche d'âge a ses particularités

Le nourrisson de moins de 6 mois peut être considéré comme à un âge idéal, bien que l'on ne puisse affirmer l'innocuité psychique d'une cassure du milieu familial ou d'une induction orageuse.

De 6 mois à 4 ans, l'enfant est sujet aux peurs irraisonnées, ceci pouvant être majoré par une mauvaise expérience antérieure. Les explications sont souvent difficiles, se heurtant à des problèmes de compréhension ou simplement au refus du contact ou d'entendre la moindre explication. C'est à cet âge que l'on observe les comportements régressifs les plus graves. On observe dans les jours, voire les mois qui suivent une intervention, des attitudes allant des simples peurs phobiques (hôpital, blouses blanches, médicaments sous toutes formes) aux troubles sévères du sommeil (cauchemars, insomnies...).

Chez l'enfant d'âge scolaire, on retrouve des peurs plus structurées : de l'intervention, de la douleur, de la mutilation, qui sont rarement explicitement énoncées lors de la consultation.

Quel que soit la tranche d'âge, toute angoisse parentale est un facteur multiplicateur de celle de l'enfant.

1.2. L'anesthésiste a un rôle majeur à jouer

A distance de l'intervention, au mieux lors de la consultation d'anesthésie qui est une obligation avant toute chirurgie réglée.

C'est ainsi qu'une anesthésie se déroulera, sans problème, en respectant les trois règles suivantes :

1) Le contact avec l'enfant doit être privilégié sans négliger les explications aux parents dont l'angoisse doit être prise en compte et prévenue. Une relation de confiance doit pouvoir s'établir entre parents et anesthésiste mais surtout entre enfant et anesthésiste.

2) Les explications doivent être simples, compréhensibles pour chaque âge. Les aspects désagréables

[1] « Anesthésie et ... pédiatrie : petit guide d'anesthésie pédiatrique pratique
Dubreuil, 1994, laboratoire Janssen, ISBN : 2-91-0070-12-3, www.adarpef.org

de certains gestes médicaux ou de la douleur ne doivent pas être dissimulés par de pieux mensonges qui ne peuvent que détruire la relation de confiance. Le matériel d'anesthésie peut être montré et décrit, les locaux d'hospitalisation et opératoires visités quand c'est possible. Des photos (album, mur d'images), des maquettes peuvent être montrées. Des ouvrages de littérature enfantine, qui existent en librairie, peuvent aider les parents et l'équipe soignante dans la préparation de l'enfant.

3) Le confort de l'acte anesthésique doit être une priorité : inductions brèves, si possible hors de l'agression visuelle et sonore de la salle d'opération (salle d'induction), en présence d'un des parents (ce qui n'est, actuellement en France, qu'exceptionnellement possible), dans une ambiance calme.

2. Une démarche originale [2]

Plus que l'opération elle-même, c'est souvent l'anesthésie, ce sommeil spécial, qui inquiète enfants et parents.

Parce qu'il n'existait pas de document expliquant l'anesthésie aux enfants, l'Association SPARADRAP a conçu et édité un livret, « Je vais me faire opérer. Alors on va m'endormir ! », qui informe et rassure les futurs opérés.

Ce livret décrit dans un langage simple, accessible aux enfants (et aux parents !...), tout le parcours opératoire, depuis l'annonce de l'opération par le chirurgien jusqu'au retour de l'enfant dans sa chambre d'hôpital, en expliquant clairement le fonctionnement et le déroulement de l'anesthésie.

L'objectif :

- diminuer l'appréhension face à l'anesthésie en répondant aux principales interrogations des enfants et des familles,
- donner des moyens de poser des questions pour devenir actif face à son opération, et
- favoriser une relation plus positive entre enfant et soignant qui facilitera la coopération.

Ce livret s'adresse à tous les enfants susceptibles d'être opérés et à leurs parents, mais aussi aux équipes hospitalières, aux pédiatres et à tous ceux concernés par la santé de l'enfant. Une affiche, reprenant les principales étapes décrites dans le livret, est également proposée pour les salles d'attente, cabinets, écoles...

Ce livret reprend les cinq étapes principales d'une anesthésie pédiatrique :

1) La consultation pré anesthésique, obligatoire depuis le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, décrivant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé, en ce qui concerne

[2] Communiqué de presse « Je vais me faire opérer. Alors, on va t'endormir !

E. Niel Bordenet, T. Bernard, 11 Avril 1996, www.sparadrap.org

des circulaires plus anciennes . La principale nouveauté imposée par ce décret est la pratique de la consultation anesthésique, apparue comme entité distincte de la visite pré anesthésique. L'obligation de consultation est retenue pour une intervention programmée faisant sortir « l'urgence vraie » de ce cadre juridique. La consultation doit avoir lieu « plusieurs jours avant l'intervention », ce qui en l'absence de précision semble vouloir intimer un délai supérieur à un jour, ce qui la différencie de la visite pré anesthésique. La durée de validité de la consultation d'anesthésie semble, par contre, particulièrement floue et si certaines équipes pensent qu'un délai de deux à quatre semaines semble admissible, la jurisprudence ne semble pas avoir à ce jour imposé de limite plus stricte. Aucune particularité pédiatrique n'a été prise en compte lors de la rédaction du décret, or, il semble que la présence des parents devrait être considérée comme obligatoire, tant pour les informations qu'ils peuvent apporter à l'aide du carnet de santé, que pour le rôle actif qu'ils auront à jouer dans la préparation de l'enfant à l'anesthésie (explications, respect du jeûne pré opératoire, avis sur des techniques spécifiques).

POINTS ESSENTIELS [3]

- La consultation d'anesthésie loin d'être une obligation constitue un moment privilégié de rencontre avec les enfants et leurs parents.
- Le but principal de la consultation est de diminuer la morbidité anesthésique par une analyse et une prise en charge des facteurs de risque à distance de l'acte opératoire.
- La notion de trouble du comportement lié à l'anxiété des enfants doit conduire à prendre en compte cette dernière comme un facteur de risque anesthésique à part entière.
- L'infection récente des voies aériennes et le tabagisme familial sont deux éléments susceptibles d'augmenter la morbidité anesthésique respiratoire.
- Les désordres neuromusculaires sont rarement méconnus, mais peuvent entraîner une morbidité anesthésique importante.
- Un souffle cardiaque est en général bénin chez l'enfant, mais une altération de l'état général ou de l'activité physique doit conduire à une consultation cardiologique spécialisée.
- La réalisation d'exams complémentaires ne doit pas être systématique et doit être intégralement guidée par les antécédents et l'examen clinique de la consultation.
- Un jeûne préopératoire de deux à trois heures aux liquides clairs peut être recommandé et doit être clairement expliqué aux parents.
- La prémédication repose principalement sur l'administration de benzodiazépines, et le midazolam reste une molécule particulièrement bien adaptée à l'usage pédiatrique.

2) La prémédication est destinée à calmer et détendre, et est généralement administrée par voie orale ou rectale une demi-heure avant l'intervention.

[3] « La consultation d'anesthésie pédiatrique », E. Wodey, V. Gai, C. Ecoffey
Conférences d'actualisation 1998, p. 9-20, © 1998 Elsevier, Paris, et SFAR, www.sfar.org

3) L'induction anesthésique correspond au début de l'anesthésie. Elle peut se faire de deux façons : soit par les produits intraveineux, soit par inhalation. L'induction veineuse est actuellement favorisée par l'apparition récente d'une crème anesthésiante qui supprime la douleur de la piqûre, mais l'induction par inhalation reste encore la plus fréquente chez l'enfant (crainte de la piqûre).

4) L'entretien de l'anesthésie tout au long de l'opération est assuré par une combinaison des produits intraveineux et par inhalation, car leurs effets se complètent.

5) Le réveil s'effectue en salle de réveil pour assurer une surveillance des fonctions vitales et le traitement de la douleur.

3. L'anxiété pré opératoire

3.1. Un sujet trop longtemps ignoré [2]

L'hospitalisation d'un enfant doit être préparée afin de réduire l'anxiété du petit patient et de sa famille, et ceci dans le respect de la « Charte de l'enfant hospitalisé » (annexe 1). Or, une grande partie des structures de soins accueillant des enfants ne disposent, à ce jour, d'aucun document de préparation et d'information. De plus, les rares supports existants n'accordent qu'une place très réduite à l'expérience de l'anesthésie, alors qu'elle inquiète autant, sinon plus, que l'opération elle-même.

Les parents, qui ignorent presque tout des réalités de l'anesthésie, ne savent pas de quelle manière en parler à leur enfant, ou le font de façon maladroite.

3.2. Les enjeux psychologiques [2]

Une anesthésie chez un enfant représente une épreuve pour toute la famille. Beaucoup d'idées fausses (notamment dues au manque d'information ou à des peurs transmises de génération en génération) sont sources d'inquiétudes, parfois même d'angoisse.

Tenter de savoir ce que l'enfant perçoit et comprend, éliminer les notions erronées nées de son imaginaire, ou qui lui ont été transmises par l'entourage, les camarades d'école, la télévision (qui n'évoque l'anesthésie qu'en cas d'accidents), sont des étapes fondamentales de préparation à l'anesthésie.

Le stress émotionnel de l'enfant peut se manifester par une opposition aux soins et un refus de coopérer. Il peut également provoquer des troubles psycho comportementaux plus ou moins durables, risquant de retarder son rétablissement.

[2] Communiqué de presse « Je vais me faire opérer. Alors, on va t'endormir ! »
E. Niel Bordenet, T. Bernard, 11 Avril 1996, www.sparadrap.org

Par conséquent, l'information s'avère indispensable. Elle aide à maîtriser la situation, par la possibilité d'anticiper et de comprendre : l'enfant doit avoir la possibilité d'exprimer ses inquiétudes, ses interrogations. Elle permet d'instaurer un dialogue à trois incluant l'enfant, le ou les parents et le soignant, car la confiance mutuelle ne peut s'établir si la famille demeure angoissée et méfiante.

3.3. Un évènement exceptionnel à préparer [2]

Pour un médecin, une opération est un acte quotidien, mais pour l'enfant et sa famille, au contraire, elle revêt un caractère exceptionnel. Il faut tenter de rétablir la balance entre ces deux visions antagonistes :

- informer et dédramatiser pour mieux préparer l'enfant, et
- rappeler aux soignants que se faire opérer n'est jamais banal.

3.4. Rendre cette anxiété constructive [4]

Le rôle de l'équipe soignante, primordial, est de diminuer cette anxiété par une préparation psychologique du patient et une information répondant à l'attente de chacun. La relation soignant/soigné consiste à écouter et observer, favoriser l'expression des sentiments (ce qui aide le patient, ainsi que le soignant à réfléchir sur sa propre peur), accepter et respecter l'autonomie de l'autre.

En Suède, certains hôpitaux ont une consultation infirmière pré anesthésique, faite par des infirmier(e)s anesthésistes, selon un code qui lui est propre. Elle a pour but de répondre aux questions que se posent le patient et sa famille.

L'apaisement des sens en alerte se fait par divers moyens : organiser le programme opératoire afin de diminuer l'attente, couvrir le patient et le toucher, montrer son visage sans bavette, parler au patient, éviter les conversations non professionnelles ou alors le faire participer, éviter la couleur noire du matériel d'anesthésie...

Donner au patient les moyens de limiter sa peur l'aide à mieux participer aux soins. S'il est bien préparé psychologiquement, bien surveillé par un monitoring et un personnel adapté, il aura moins de perturbations post anesthésiques et retrouvera plus rapidement sa santé. L'intervention et l'anesthésie sont des étapes importantes et marquantes de l'hospitalisation. Aider le patient à les franchir contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

[2] Communiqué de presse « Je vais me faire opérer. Alors, on va t'endormir ! »
E. Niel Bordenet, T. Bernard, 11 Avril 1996,, www.sparadrap.org

[4] « La peur de l'anesthésie », M. Charlot (cadre infirmière anesthésiste, Paris)
Revue « Interbloc », Tome XVII, n°2, Juin 1998, p. 97-99, Edition Masson

3.5. Comment évaluer le comportement d'un enfant en pré et post opératoire ? [5]

Presque tous les enfants doivent tôt ou tard subir une chirurgie, et peuvent éprouver de la peur, de l'anxiété et de la douleur : ces trois concepts sont souvent désignés sous le terme de « détresse émotionnelle ». Afin de pouvoir mieux aider ces enfants à affronter l'expérience chirurgicale, il faut avant tout être capable de mesurer à quel point ils sont affectés par cette chirurgie.

Le pouls a fréquemment été utilisé comme indice physiologique dans la mesure de l'anxiété chez l'enfant hospitalisé. Cette mesure a surtout été valable dans des moments hautement générateurs de stress, tels l'admission, la ponction veineuse, le départ pour la salle d'opération et la pré induction. Cet indice peut donc aider à la validation d'un instrument destiné à évaluer l'intensité des réactions de détresse d'un enfant, lors d'une chirurgie.

D'autre part, l'évaluation du degré de détresse de l'enfant par les parents peut également servir à établir le degré de fidélité entre les observateurs et la précision de l'instrument d'observation. En effet, des recherches ont démontré que les parents sont capables d'évaluer adéquatement le degré de détresse de leur enfant et ce, de manière plus juste que le personnel infirmier.

II. L'HYPNOSE

1. Historique [6]

C'est Franz Anton Mesmer, au 18^{ème} siècle, qui a isolé le phénomène hypnotique du contexte magique et théologique. Au début, il utilisait des aimants, persuadé que les forces magnétiques étaient l'explication du phénomène hypnotique. On parlait alors de « magnétisme animal », fluide bienfaisant qui pouvait se transmettre d'un sujet à l'autre. Au 19^{ème} siècle, James Braid, qui inventa le mot « hypnose », développa une théorie basée sur un phénomène psycho-neuro-physiologique lié au principe de forces magnétiques émanant du regard.

En France, deux écoles, dont les protagonistes sont Hippolyte Bernheim et Jean Martin Charcot, ont marqué l'évolution de l'hypnose et se sont opposées. Pour Bernheim, l'hypnose se rapporte à la suggestibilité alors que, pour Charcot, l'hypnose est un état de conscience spécifique. Sigmund Freud, étudiant chez Charcot, arriva progressivement à la notion de « transfert », c'est-à-dire l'installation de forces dynamiques dans la relation médecin/malade.

Au début du 20^{ème} siècle, le développement de la psychanalyse contribua au déclin de l'hypnose, même si Léon Chertok, en France, tenta de faire reconnaître cette pratique. Après la Seconde guerre

[5] « Validation préliminaire d'un instrument d'évaluation du comportement de l'enfant en pré et post opératoire »
Revue « Recherche en soins infirmiers », n°36, Mars 1994, p. 64-73

[6] « L'hypnose en anesthésie-réanimation », M.E. Faymonville (CHU Liège, Belgique)
Revue « Oxymag », n° 69, Avril 2003, p. 25-27, Edition Masson

mondiale, grâce à Milton H. Erickson, l'hypnose fut réhabilitée et finalement reconnue par la British Medical Association en 1955, puis par l'American Medical Association en 1958 .

Son approche n'a absolument rien à voir avec l'hypnose de spectacle que chacun a pu observer.

Il est plus juste d'ailleurs de parler de communication ericksonienne. Le but de l'hypnose ericksonienne est de permettre au patient d'accéder à ses ressources et à son inconscient dans l'optique de la résolution d'un problème. Les possibilités de cette approche sont donc en théorie illimitées.

Les vertus thérapeutiques sont également très importantes, le sujet se venant lui-même en aide, décidant de ses changements, prenant les décisions qui lui conviennent.

L'hypnose ericksonienne est non-directive (rien n'est imposé), le sujet et ses aspirations sont bien entendu respectés. L'efficacité de la méthode serait d'ailleurs nulle dans le cas contraire.

2. Définitions [7]

Les définitions de l'hypnose sont nombreuses :

2.1. Par l'AFEHM (Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale)

L'hypnose est définie comme un processus relationnel accompagné par une succession de phénomènes physiologiques, tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction de la perception sensorielle (dissociation), une focalisation de l'attention, dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportement et de pensée.

2.2. Par la commission de la British Medical Association

En 1955, l'hypnose est définie comme *« un état passager d'attention modifié chez le sujet, état qui peut être produit par une personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui lui sont familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être dans l'état hypnotique produits ou supprimés. »*

2.3. Par Milton H. Erickson

Qui écrira : *« L'état d'hypnose est essentiellement un état de concentration mentale, durant lequel les facultés de l'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée ou par un train de pensées*

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

que, pour le moment, il devient mort ou indifférent à toute considération ou influence.» C'est « comme un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient ».

Et qui dira également que : *« L'hypnose est un état de conscience dans lequel vous proposez de communiquer au patient des connaissances et des idées et ensuite vous le laissez utiliser ces connaissances et ces idées en fonction de son propre répertoire unique d'apprentissages corporels, ses apprentissages physiologiques ».*

2.4. Par Jean Godin

Qui corrobore et souligne l'état d'hypnose comme un *« mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure qui suppose un certain « lâcher prise », équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient.»* Ainsi, apparaît *« une réceptivité nettement augmentée par la suggestion, la capacité d'altérer les perceptions et la mémoire et la possibilité de contrôler directement nombre de fonctions physiologiques habituellement involontaires, par exemple l'activité glandulaire ou vasomotrice. L'hypnose est un état naturel. »*

3. Quelques explications [8]

3.1. Conscient et inconscient

Tout homme a en lui les ressources dont il a besoin, mais il n'y a pas accès, ou mal (de manière parcellaire). L'hypnose est un pont, un moment privilégié où la partie émergée de l'iceberg fait appel à la partie immergée.

Il y a essentiellement deux aspects en nous, conscient et inconscient.

Le conscient, c'est la conscience du moi ici et maintenant, c'est-à-dire les quelques choses que vous êtes en train de faire, les quelques choses auxquelles vous portez attention.

L'inconscient, c'est tout le reste, « ce qui n'est pas conscient », conception ericksonienne très large.

Ainsi, consciemment, on peut faire 4 ou 5 choses en même temps, au grand maximum. Alors que l'inconscient gère l'activité des sens, la physiologie, les connaissances... L'hypnose établit un pont vers cette richesse intérieure.

[8] « Hypnose ericksonienne », J. Boutillier, © copyright 1996-2004
psychodoc.free.fr

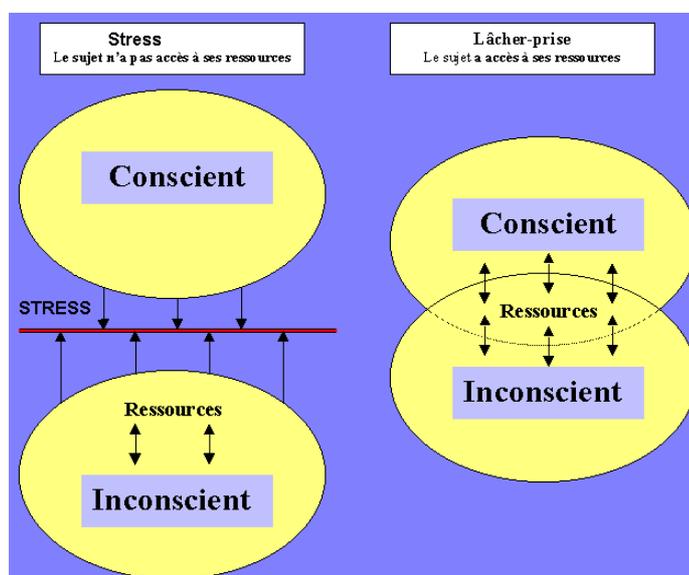
Plus précisément, l'inconscient se définira comme :

- 1) Un réservoir des savoirs, apprentissages, souvenirs, compétences... que nous vivons, consciemment ou non. Il y a donc une richesse insoupçonnée et donc en partie inutilisée en chacun de nous.
- 2) Le régulateur de toutes nos fonctions biologiques. Là encore, il fait fonctionner notre corps, consciemment ou non (équilibres naturels, régulations physiologiques en tous genres autonomes, système immunitaire...).
- 3) Protecteur et sage : siège de l'instinct de survie mais aussi de l'intuition, par exemple, il sait rendre conscient ce qui est nécessaire au sujet (prises de conscience), mettre de côté ce qui pose problème ou est inutile (refoulement, oubli).

Les possibilités de l'inconscient sont donc très puissantes, voire illimitées.

En hypnose, on s'adresse donc à l'inconscient, et on lui demande tout simplement de nous aider dans l'optique d'un problème, d'une difficulté ou d'un objectif particulier. Et comme il est bienveillant, il répond à la demande !

Schéma 1 :
Fonctionnement de
l'inconscient par J. Boutillier



3.2. Hypnose et transe

« Hypnose », « Transe » sont des termes spectaculaires, voire inquiétants pour certains. Connotation spectacle pour le premier, vaudou, pour le second, la réalité de l'hypnose ericksonienne est toute autre.

L'Hypnose : L'hypnose ericksonienne est composée d'un ensemble de techniques, avec ou sans transe, qui visent à permettre au sujet d'utiliser toutes ses ressources, conscientes et inconscientes dans le cadre d'une problématique donnée ou d'une évolution souhaitée.

La transe : de transir (passer, s'en aller...) représente l'état de conscience modifié (entre veille et sommeil) dans lequel le sujet se trouve pendant la séance d'hypnose. Il s'agit d'entrer dans un état d'attention intermédiaire, un état d'absorption naturel que nous traversons tous, tous les jours (par exemple au cinéma où, focalisé sur le film, on oublie la salle et les gens autour). En hypnose

ericksonienne, cette absorption du sujet sera tournée vers lui-même, ce que l'on nomme focalisation interne.

Cette focalisation interne naît d'un recul, celui du conscient. Le sujet s'occupe moins de l'extérieur, se tourne donc vers l'intérieur. Les stimuli externes perdent de leur importance. Sorti de ce cadre conscient, le sujet change son orientation à la réalité, s'ouvre à de nouvelles ressources, possibilités d'évolutions jusque là, inconscientes. Des compétences personnelles se développent : créativité, imagination, ressources de changement, accès à des savoirs, connaissances...

3.3. Les canaux sensoriels

Les exercices pour induire l'hypnose ont un seul objectif : changer de sensorialité. Le sujet quitte la relation ordinaire que nous avons au quotidien avec les choses et les êtres. Il quitte le contrôle, la raison, la logique, l'analyse, la critique. Il y parvient par la confusion induite par les suggestions. Il trouve une ouverture au corps et une présence intuitive à ce qui l'entoure. Il devient sensible au monde comme un artiste, un poète, un enfant, un animal éveillé à ses sens. Avec quelques variantes, une séance d'hypnose se déroule toujours suivant la même progression. Un entretien préalable permet d'instaurer une relation de confiance en faisant le point sur les motifs de consultation, et d'entrer en contact avec l'autre afin de découvrir sa lecture de la réalité. Il s'agit en fait d'identifier les canaux de perception sensoriels (vue, ouïe, odorat, toucher, goût) de la personne ou « vagok », car chacun à un mode de représentation préférentiel, et de se donner, ainsi, les moyens d'une communication adaptée, efficace, permettant de modifier avec lui ce qui dysfonctionne.

Ainsi, par exemple, se rappelant un épisode de surf sur la côte basque, certains vont construire la représentation de manière visuelle (genre carte postale), d'autres de manière auditive (bruit de la plage, des vagues, du glissement de l'engin sur l'eau...) et d'autres enfin, de manière kinesthésique (sentir la chaleur du soleil, la fraîcheur de l'air sur le visage, l'odeur de la mer, le contact des pieds sur la planche, la perte d'équilibre...) Cette utilisation différente selon l'individu construit le filtre entre lui et la réalité.

Parfois, un examen clinique et des analyses (biologiques, radiologiques) sont nécessaires pour préciser le diagnostic. A cette étape, la stratégie thérapeutique est définie.

3.4. Le langage

Un langage simple, avec des phrases courtes, est toujours plus efficace. Un langage simple est un langage compris par tous, même par les non-initiés.

Une phrase courte est une phrase d'environ douze mots. Elle a un sujet, un verbe et un complément.

3.5. La méthode

Le repérage : il permet de déterminer quel est le canal sensoriel dominant chez l'interlocuteur.

La synchronisation : elle permet d'opter pour le même canal sensoriel que l'interlocuteur, de s'adapter à son expression non verbale, et d'harmoniser le choix des mots à ceux du patient, ainsi que leur rythme sur celui de la respiration.

L'ancrage : nous avons tous des références et nos événements positifs ou négatifs sont « ancrés » en nous par des mots, des images, des gestes. Ce sont les « ancrés » qui facilitent une « reprogrammation ».

4. Les étapes de l'hypnose [7]

L'hypnose est un processus qui comprend trois stades qui succèdent à la veille ordinaire : l'induction, la dissociation, et la perception ou veille paradoxale.

4.1. Point de départ : la veille ordinaire

Cet état de vigilance convient aux activités du quotidien. Il est caractérisé par l'exercice de la logique, de la raison, de l'intellect et se nourrit également des informations transmises par les sens (la vue, l'ouïe...). On parle de contrôle. Cette maîtrise permet à l'individu de se sentir en sécurité dans les espaces où il se trouve. L'exercice de la critique, du raisonnement est une prise de pouvoir sur les éléments extérieurs qui sont ainsi décryptés, analysés et familiarisés. Cette activité libère l'individu en le rendant rationnel avec la sensation de maîtriser le monde qui l'entoure. Cette composante cognitive s'acquiert peu à peu au cours du développement du nourrisson et de l'enfant pour l'adapter au monde. Cet état n'est jamais présent seul, il est plus ou moins imbriqué avec celui qui existe dès la naissance et que l'on peut nommer la « *vitalité naturelle qui ressent* » (Hegel) ou la perception (Lamande, Roustang). A cette étape, l'intellect et le contrôle recouvrent et prennent l'avantage sur la perception qui reste sous-jacente.

4.2. L'induction

La première phase est l'induction qui permet de quitter l'attention habituelle et d'accéder à un état de rêverie ou d'entrer dans l'imaginaire. En pratique, comment faire ? Il est demandé au patient de faire abstraction du monde environnant et d'être centré sur un élément. Essayez vous-même de faire cet exercice. Fixez longuement un point situé devant vous, puis notez vos réactions : fatigue, vue trouble, flou visuel autour du point, mobilisation du point... Il est donc impossible de regarder longuement un point en gardant une vision claire et définie. En quittant la netteté visuelle, il arrive que nous passions

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaïem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

dans un état bizarre où nous avons l'air « absent », l'impression d'être absorbé ailleurs : c'est l'hypnose qui commence.

4.3. La dissociation

La fameuse dissociation observée au cours de l'hypnose provient de la séparation provoquée artificielle de ces deux sensorialités. L'intellect est mis en sommeil au profit de la perception qui occupe provisoirement le champ. Ce premier exercice est à l'image de ce qui sera demandé plus tard : mettre de la distance entre le patient et « autre chose », cet autre chose pourra être la douleur, un traumatisme ou le tabac. Le patient ressent son corps s'engourdir, il se dissocie progressivement de ses perceptions sensorielles : il entend moins, il voit moins, il ressent moins, il perd la notion du temps et de l'espace. L'exercice de la dissociation le défait de la perception de son corps mais également de ses croyances, de ses peurs et rituels.

4.4. La perception

Autant la dissociation est la phase d'absence où le patient n'est nulle part, autant la perception, ou veille paradoxale est la phase où il est partout. Il n'y a plus de limitations causées par la logique et la raison ; la personne est libre d'entrer en relation avec tout son corps et pas seulement l'organe qui souffre. Son mouvement lui permet de visiter ses ressources. Il faut rappeler les caractéristiques de la personne malade pour mieux comprendre l'action de l'hypnose. La personne est immobilisée et fixe un seul élément de sa vie : ses douleurs et ce qui gravite autour. De plus, les zones corporelles atteintes sont mises à l'écart, montrées du doigt et ne participent plus à la vitalité naturelle du corps. Elles sont isolées et exclues. La phase de perception est celle de l'ouverture qui tente de réassocier ce qui était dissocié. Il est proposé au patient des séries d'exercices qui le font voyager dans tous ses savoirs et dans toutes ses expériences passées pour retrouver les gestes et les postures d'équilibre. Le patient retrouve une sorte d'intuition sans les limites de la cognition qui lui permet d'être en relation, en accordage avec tout ce qui compose son monde. Il y a chez tout individu une potentialité à modifier tous les liens et toutes ses perceptions corporelles. Et ces changements ne peuvent se faire qu'en état hypnotique qui est une disposition qui nous est propre, pour opérer les dits changements.

4.5. Réveil et entretien post hypnotique

Le réveil doit être progressif afin que le sujet puisse se sentir tout à fait bien et qu'il ait le temps de « remonter » sans inconfort. Il se fait en général par décomptage de 10 à 1, au cours duquel on donne des suggestions de détente, de repos et de bien-être. Les patients apprécient généralement ce moment : ils semblent revenir d'un ailleurs, où ils seraient volontiers rester. Il arrive, rarement il est vrai, que chez certains sujets (sans causes apparentes), lors de « des-hypnotisations » brusques, surgissent des sensations de malaises avec nausées, céphalées, anxiété et vertiges. Il faut alors procéder à une nouvelle induction afin de faire disparaître ces symptômes et de réveiller

progressivement le patient dans des conditions optimales. On insiste alors sur la disparition des malaises rapportés et on suggère une sensation de grand bien-être après la séance.

L'entretien post hypnotique qui suit est important. En effet, le récit que fera le patient de son vécu de la transe permettra au thérapeute de mieux s'adapter à sa demande en rectifiant ce qui a pu le gêner pendant la séance. D'autre part, cette verbalisation peut lever tout malentendu éventuel, par ailleurs, elle permet parfois, une ouverture sur une psychothérapie verbale en favorisant l'expression d'affects qui ont pu surgir pendant la transe.

5. Les signes et les phénomènes hypnotiques [9]

5.1. Les signes hypnotiques

Les plus fréquents sont :

- Une grande relaxation musculaire que l'on appelle le « lâcher prise ».
- Des spasmes musculaires involontaires (fasciculations) qui témoignent des changements neuro physiologiques.
- Un larmolement et une modification du rythme respiratoire et du rythme cardiaque.
- Une attention sélective : c'est la capacité à focaliser volontairement son attention sur une partie de l'expérience vécue.
- Une augmentation de la réponse à la suggestion (hyper suggestibilité) : d'une manière générale, la suggestibilité d'un sujet en hypnose a tendance à augmenter, mais il arrive que, dans certains cas, nous assistions à une baisse de la suggestibilité qui traduit souvent une résistance du patient qu'il faudra analyser au réveil.
- La logique de la transe : il s'agit d'une logique différente de la logique habituelle et que l'on qualifie souvent de « littérale ».
- Des impressions subjectives variables, telles que des fourmillements, un engourdissement des membres ou encore des sensations de légèreté de flottement du corps, ainsi que la perception de stimuli habituellement ignorés.
- Enfin, un des signes les plus importants de la relation hypnotique se manifeste par le développement d'un « rapport » entre l'opérateur et le sujet.

5.2. Les phénomènes hypnotiques

Ils peuvent apparaître spontanément ou être induits par l'opérateur.

[9] « L'hypnose médicale », J. Hoareau
Collection Essentialis, n°29, Septembre 1996, Edition Morisset, ISBN : 2-909509-66-4

5.2.1. Phénomènes physiologiques

- La catalepsie musculaire peut être provoquée assez facilement en état de transe légère.
- Les modifications métaboliques sont provoquées pour les besoins de la thérapie, et les récents apports de la neuro immunologie ont permis de mieux comprendre ces phénomènes qui restaient jusqu'à présent « mystérieux ».
- Sur le plan dermatologique, des lésions anatomiques, telles que la vésication ont fait l'objet d'expériences dans des conditions de contrôle très strictes qui ont démontré la grande influence du psychisme sur la peau.
- Des altérations des fonctions sensorielles sont rapportées concernant la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût : toutes ont fait l'objet de travaux expérimentaux.

5.2.2. Phénomènes psychologiques

- Le somnambulisme n'apparaît que chez 10% des hypnotisés.
- Le relâchement des inhibitions rend plus facile l'expression des émotions, des pensées et des comportements.
- L'apparition d'une activité idéomotrice involontaire sert de moyen de communication avec l'inconscient du patient grâce au signal des doigts.
- La sensation de détachement, impression d'observer à distance ce qui se passe, est due à une altération des perceptions de la position du corps dans l'espace et dans le temps.
- La modification perceptuelle permet d'induire des hallucinations positives ou négatives.
- L'hypermnésie entraîne une reviviscence plus intense des souvenirs parfois refoulés.
- L'amnésie peut survenir naturellement lors d'une transe moyenne et on l'utilise surtout pour donner des suggestions post hypnotiques.
- La distorsion de la perception du temps rendra la séance longue ou courte selon le sujet et la profondeur de la transe. Les frontières entre le passé, le présent et le futur peuvent devenir floues et amener à des régressions spontanées.
- La régression en âge, ou rétrogression, donnera la possibilité au sujet de revivre une expérience avec ses 5 sens dans le contexte de sa survenue. Elle peut être totale ou partielle.
- La progression en âge implique l'utilisation de projections dans le futur, permet au patient d'avoir une représentation concrète des résultats de la cure et par la même, d'augmenter sa motivation.
- La dissociation commence dès lors que le patient focalise son attention sur les paroles du thérapeute, et qu'il en résulte toutes sortes d'associations. Ainsi, se produit comme une distance vis-à-vis de sa conscience. Les suggestions thérapeutiques n'en seront que plus efficaces par la suite. La dissociation de la conscience, qui est considérée comme l'essence même du phénomène hypnotique, ne constitue donc pas un « phénomène hypnotique » au sens strict du terme, car elle définit cet état et lui est inhérent.

6. Les dangers de l'hypnose

En pratique, il n'a été noté que très rarement l'apparition d'effets secondaires, sauf sur des patients qui avaient présenté des troubles au réveil d'une narcose, tout comme s'ils étaient réactivés par l'état de conscience hypnotique.

7. Les limites de l'hypnose [7]

7.1. Du côté du thérapeute

La difficulté peut venir de difficultés d'exercice (endroit trop bruyant, consultation surchargée...). En réalité, l'utilisation de l'hypnose est éminemment adaptable, en particulier chez le patient douloureux chronique, à côté des techniques traditionnelles, l'hypnose conversationnelle ou les séances brèves peuvent être utilisées.

La frilosité de l'utilisation de l'hypnose est le plus souvent due à une inhibition lors du début de la pratique, sorte de crainte à pratiquer une thérapie non conventionnelle. Pourtant, les études pratiquées au cours d'interventions chirurgicales montrent un faible taux d'échec (de l'ordre de 1%).

7.2. Du côté des patients

Certaines réticences peuvent être mises en rapport avec l'image populaire de l'hypnose, synonyme de « perte de maîtrise » : le patient est souvent réticent à l'idée de devenir un objet entre les mains du thérapeute ou d'être soumis à une force mystérieuse qu'il ne s'estime pas en mesure de maîtriser.

C'est dire l'importance de la pédagogie dans la présentation de la technique. Il est fondamental qu'une relation de confiance soit bien établie avec le thérapeute, et d'insister sur le fait que le patient pourra s'approprier la technique et l'utiliser, lui-même, par la suite.

Les différences avec les images de l'hypnose de music-hall doivent être explicitées afin de rassurer le patient.

L'efficacité clinique ne semble pas être en rapport avec le degré d'hypnosabilité.

Si le patient doit être rassuré, néanmoins, la guérison ne doit pas être promise à coup sûr. Cette attitude prudente ne diffère pas de la prudence nécessaire lors de toute prise en charge de patient douloureux. Le désarroi et les multiples conséquences psychiques de la douleur chronique font souvent évoluer le patient vers des attentes irrationnelles, en particulier des attentes miraculeuses. La connotation mystérieuse de l'hypnose induit parfois des demandes émanant de l'ordre de la pensée

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

magique, excluant toute autre thérapeutique. Dans ces circonstances, les risques d'échecs semblent majorés.

8. Les contre-indications [9]

Elles sont peu nombreuses : le refus du patient, les situations personnelles difficiles (deuil, divorce...), la surdité, une atteinte cognitive sévère (démence, arriération mentale...) ou de graves problèmes psychiatriques, une allergie aux anesthésiques locaux ou un décubitus dorsal impossible.

9. En pratique [7]

Un ou deux tests permettent de renforcer la suggestibilité du patient : le test des fourmillements dans les doigts est facile à exécuter. Le patient est invité à porter attention à la pulpe des doigts et d'attendre qu'apparaissent différentes sensations : fourmillements, pulsations, raideur, ankylose, engourdissement finissent par se produire. L'attention sur celles-ci est une induction d'hypnose. La réponse à ce test est discutée, commentée.

La séance peut reprendre par des suggestions d'attention : être attentif à son corps pour le sentir s'alourdir, s'engourdir, se dénouer. Les premières suggestions sont destinées à fixer l'attention du patient sur lui-même et sur la voix de l'hypno thérapeute, ce qui restreint sa perception du monde environnant et lui permet d'être attentif à ses sensations et aux consignes proposées. La position allongée induit une rêverie. Cet état sera approfondi par la durée de la séance et par des exercices d'imagination qui mettent sur le chemin d'un changement ou d'un soulagement. Les images et les exercices ne sont pas proposés d'une manière contraignante et impérative. Au contraire, il faut offrir une diversité de possibilités au patient qui peut ainsi choisir d'exécuter ou non l'exercice sans s'exclure de la séance.

Après la pesanteur, le thérapeute peut approfondir la léthargie en suggérant une sensation de légèreté : par une image (oiseau, plumes, coton...), par une « anesthésie » du corps insensible aux stimuli extérieurs. Suivant la personnalité du sujet, le comportement observé s'échelonne de la vigilance complète à l'assoupissement profond. Certains sont totalement immobiles avec une respiration ample et régulière qui évoque le sommeil naturel. D'autres bougent leurs membres, parlent, toussotent, ouvrent leurs yeux par intermittence.

Le résultat thérapeutique est, curieusement, indépendant de la réussite aux tests initiaux et de la profondeur de la léthargie. Ce qui semble fondamental c'est plutôt que les mots proposés, les suggestions prononcées trouvent un écho favorable chez le patient. Pour cela, il faut utiliser les propres

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

[9] « L'hypnose médicale », J. Hoareau
Collection Essentialis, n°29, Septembre 1996, Edition Morisset, ISBN : 2-909509-66-4

mots du patient. Après l'installation de l'état hypnotique, vient l'étape des suggestions thérapeutiques, qui peuvent être délivrées différemment :

- ressentir ou retrouver un corps ou des organes détériorés,
- porter attention à une fonction désorganisée (la digestion, le sommeil),
- visualiser l'idée et l'image de la guérison.

Ainsi, pour une infinité de situations, il y a une infinité de possibilités de mener les séances d'hypnose. On appelle suggestion post-hypnotique, les consignes données expressément au patient pour qu'il conserve durablement les effets bénéfiques des suggestions.

Enfin, le « retour » est déclenché par un comptage progressif qui laisse le temps au patient de retrouver le contrôle de ses muscles. Quelques suggestions le rassurent sur la qualité de son éveil et sur « le bien-être à ressentir dans les heures et les jours qui vont suivre la séance ».

En vérité, il y a donc autant de sorte de séances que de situations cliniques et de patients.

10. Pourquoi l'hypnose au troisième millénaire ? [10]

Tout d'abord, la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par des algologues a permis de regrouper la bibliographie vers des bases de données centrées sur la douleur ainsi qu'une diffusion d'informations autrefois peu accessibles, notamment celles concernant les approches non médicamenteuses. D'autre part, les progrès de la recherche et de l'imagerie médicale ont permis de mieux discerner les mécanismes d'action centraux de l'hypnose et, en conséquence, de les distinguer radicalement d'un effet placebo.

Comment est-ce possible ? A l'université de Montréal, l'équipe du stomatologue Pierre Rainville a scruté, grâce à l'imagerie médicale la plus pointue, le cerveau de personnes hypnotisées pour observer les mécanismes neuronaux mis en jeu ; ses conclusions, l'hypnose modifie la perception de la douleur en réduisant l'activité des neurones qui gèrent la distinction entre le corps et l'environnement extérieur. Elle mobilise le siège du contrôle des fonctions supérieures, comme la logique et le raisonnement, et une autre zone impliquée dans l'attention et le contrôle du mouvement. L'attention portée à la suggestion peut expliquer le surcroît d'activité dans ces zones. Enfin, l'activation du cortex visuel prouve la production d'images mentales. La force de ces images entraîne la pensée vers une « réalité suggérée » qui nous semble plus agréable et fait oublier l'instant présent.

[10] « L'hypnose, l'autre sommeil qui soigne », F. Van Ingen, M. Castello, S. Di Pasquale, M. Royer de Vericourt Magazine « Ca m'intéresse », Janvier 2005, p. 60-68, Edition Prisma Presse

Bases physiopathologiques :

Les premières observations de l'efficacité de l'hypnose sur la douleur ont été largement attribuées à la mise en jeu de mécanismes psychologiques de contrôle de la douleur. Cet élément paraissait évident, tant l'impact psychologique de la douleur, qu'elle soit aiguë, chronique, cancéreuse ou non, est importante.

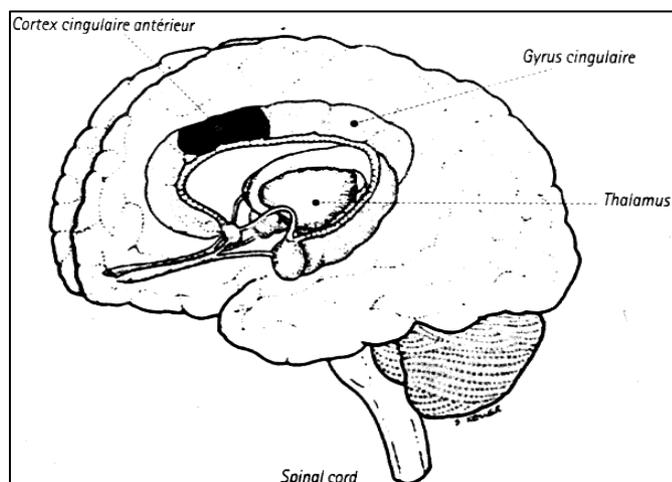
Sur la base d'auto évaluation de la douleur, on a montré, par exemple, que l'hypnose avait la même efficacité qu'une thérapie cognitivo-comportementale. Mais lorsque les items mesurés sont objectifs, en particulier lors d'interventions chirurgicales, l'effet analgésique propre de l'hypnose s'avère supérieur : il a ainsi été montré que la consommation d'analgique per opératoire était deux fois plus faible sous hypnose. Ainsi, sans nier les conséquences psychologiques de la douleur qui ne peuvent être remises en question, il serait réducteur de limiter l'action de l'hypnose à cette sphère. L'hypnose est actuellement l'un des phénomènes neuro physiologiques parmi les plus étudiés au monde : chez des sujets volontaires, on observe des modifications des seuils de sensibilité, et une action sur les Contrôles Inhibiteurs Descendants de la Nociception (CIDN).

Depuis une quinzaine d'années, le site cérébral de l'action de l'hypnose est activement recherché. Une étude a permis d'orienter les recherches vers le cortex cingulaire (voir schéma ci-dessous). L'action de l'hypnose sur cette zone cérébrale a été confirmée par le PET scan et a permis de la différencier de la relaxation, qui ne modifie pas le fonctionnement de la même région.

Il a été également montré que le fonctionnement de cette même zone du cerveau était modifié par la douleur, mettant en évidence que l'hypnose agit au même endroit que la douleur.

Plus récemment, l'action sur la partie moyenne du gyrus cingulaire antérieur a été montrée.

Schéma 2 : Sites cérébraux d'action de l'hypnose



Ainsi, est apparue ces dernières années une abondante littérature mettant en évidence une action spécifique de l'hypnose sur la transmission et l'intégration du message douloureux. Ces avancées majeures reposant sur des éléments objectifs et reproductibles permettront certainement de considérer l'hypnose comme un outil thérapeutique majeur, et d'en préciser les indications.

11. Utilisation des techniques hypnotiques en chirurgie [6], [7], [10]

Joseph Récamier serait le premier, en 1821, à avoir pratiquer une ablation d'un sein avec, comme seul moyen anesthésique, une procédure hypnotique. Un peu plus tard, James Esdaile, un chirurgien anglais qui exerçait aux Indes, rapporte 345 interventions chirurgicales importantes réalisées sous anesthésie « magnétique ». Cette technique réduit le taux de mortalité de 40% à 5%. Lui aussi se heurte au scepticisme et à l'hostilité. John Elliotson, en 1847, publie un compte rendu d'interventions chirurgicales réalisées sans douleur sur des malades en état de sommeil « artificiel ». Mais la découverte du protoxyde d'azote et de l'éther va faire de nouveau tomber l'hypnose dans l'oubli et introduire l'anesthésie chimique.

Classiquement, on considère que l'anesthésie moderne est née en 1846, symbolisée par la première réalisation « officielle » d'une intervention chirurgicale sur un patient endormi à l'éther. Cette première anesthésie a représenté un tournant majeur, puisqu'elle a ouvert une nouvelle ère, où des actes chirurgicaux de plus en plus longs et complexes sont devenus envisageables. De plus, cette technique, certes dangereuse, mais reproductible dans ces effets et facile à mettre en oeuvre, devenait, dans le même temps, accessible à la plupart des chirurgiens et ce, pour la majorité des malades. Dans le domaine chirurgical, ce progrès relégua alors au second plan l'hypnose.

Au cours du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle, les médecins ne savaient pas encore maîtriser et compenser les défaillances viscérales et physiologiques en relation avec la maladie, l'acte chirurgical ou les produits hypnotiques. Les anesthésies générales, à l'aide de vapeur comme l'éther, provoquaient certes une perte de connaissances et une diminution de la réactivité du patient, favorable à la réalisation de l'acte chirurgical, mais conduisaient souvent au décès par incapacité à compenser les défaillances des fonctions physiologiques. Ce risque, bien que très présent, restait cependant accepté puisque la réalisation et l'éventuel succès de l'acte chirurgical étaient le plus souvent pour le patient ceux de la dernière chance. Dans ce contexte à haut risque, on comprend alors mieux pourquoi l'hypnose a survécu.

[6] « L'hypnose en anesthésie-réanimation », M.E. Faymonville (CHU Liège, Belgique)
Revue « Oxymag », n° 69, Avril 2003, p. 25-27, Edition Masson

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

[10] « L'hypnose, l'autre sommeil qui soigne », F. Van Ingen, M. Castello, S. Di Pasquale, M. Royer de Vericourt
Magazine « Ca m'intéresse », Janvier 2005, p. 60-68, Edition Prisma Presse

Dès qu'il fut possible de mieux comprendre et d'isoler les risques liés à la maladie, à l'état général du malade, à l'acte chirurgical et à l'anesthésie, il est apparu à cette époque que lorsque la chirurgie et la réceptivité du patient le permettaient, la pratique de l'hypnose était la moins dangereuse pour le patient.

Toujours à la même époque, le but était encore d'obtenir grâce à l'hypnose une technique équivalente mais moins dangereuse que l'anesthésie générale en terme de sédation ou d'analgésie.

De nos jours, les avancés dans les domaines de la physiopathologie, de la technologie, de la pharmacologie ont permis une diminution du risque en terme de mortalité et les recherches se sont progressivement recentrées sur la diminution de la morbidité et de l'amélioration du confort du malade.

Aujourd'hui, opérer sous hypnose, c'est possible ! Le CHU de Liège, en Belgique, détient le record de ces interventions qui utilisent une voix apaisante et suggestive comme anesthésiant principal, associée à une anesthésie locale et à un analgésique (chirurgie faciale, chirurgie de la peau, accouchements), au total plus de 4300 opérations. Et pour les malades, un gain appréciable : 20% de risque anesthésique en moins et un retour à la vie normale plus rapide.

En France aussi, psychiatres, généralistes, anesthésistes, gynécologues, longtemps réticents, se forment à l'hypnose pour l'utiliser à titre privé ou en milieu hospitalier. « *Les patients acceptent mieux l'opération, et la récupération est meilleure* », explique le Dr Olivier Caen qui réalise, à l'hôpital du Mans, des explorations endoscopiques sous hypnose.

De plus, l'hypnose ne fait pas qu'atténuer la souffrance physique. En calmant l'esprit, elle renforce notre système immunitaire. Dans l'Ohio, à l'université de Columbus, l'équipe de Janine Kiecolt-Glaser s'est penchée sur deux groupes d'étudiants, stressés par l'approche des examens. Trois jours avant le jour J, leur taux de lymphocytes T, guerriers de nos défenses immunitaires, baissait de 24%, sauf parmi ceux qui pratiquaient l'autohypnose. Ces étudiants avaient augmenté leur taux de lymphocytes de 2%. L'hypnose serait donc utile avant une opération : en supprimant le stress, elle aide notre corps à mieux se défendre.

Ces éléments expliquent en partie le renouveau d'intérêt pour l'hypnose afin de faire face aux situations où la prise en charge de l'inconfort et où les répercussions psychologiques deviennent la priorité. Dans ce cadre, l'hypnose peut trouver effectivement une place très intéressante aussi bien dans la préparation pré opératoire que dans l'accompagnement per opératoire et/ou post opératoire.

Mais, avant d'envisager l'utilisation de l'hypnose dans un but thérapeutique, il faut rappeler qu'il s'agit avant tout d'un processus physiologique inné, dont la finalité est de favoriser l'adaptation de l'individu à l'environnement. Cela signifie que nous utilisons tous au quotidien, et spontanément, cette faculté humaine sans vraiment en avoir conscience. L'hypno thérapeute, lui, l'exploite consciemment pour

aider ces patients. En conséquence, la majorité des individus moyennant un rapport humain soignant/soigné de qualité et de confiance, a intrinsèquement la capacité de faire face et de s'adapter aux situations difficiles, et notamment dans la période péri opératoire de la chirurgie, sans la nécessité d'avoir recours à des séances d'hypnose thérapeutique.

12. Quels avantages pour le patient ? [7]

Lors de l'utilisation de l'hypnose en chirurgie, des bénéfices pour les malades peuvent être attendus à chacune des étapes de la prise en charge.

12.1. Avant l'intervention

La pratique de l'hypnose avant l'acte opératoire peut aider les patients très anxieux à faire face à leurs appréhensions de la chirurgie et de l'anesthésie et les aider à supprimer le recours habituel aux sédatifs. Effectivement, certaines personnes connaissent des difficultés insurmontables face à leurs problèmes de santé : la gravité et les répercussions de leur maladie bouleversent leur univers et les submergent. Dans la période entre la décision opératoire et l'intervention chirurgicale, une prise en charge par l'hypnose peut être particulièrement intéressante, d'autant que ces patients sont alors souvent incapables d'avoir accès à leurs ressources personnelles.

Au travers de l'expérience perceptive hypnotique, les patients prennent alors conscience de leurs capacités et de leur rôle actif dans le contrôle de leur corps. Ceci est une ouverture nouvelle par rapport à la situation antérieure où ils n'imaginaient que pouvoir subir.

12.2. En pré opératoire immédiat

Plusieurs travaux ont révélé que l'hypnose avait un effet plus prolongé et plus efficace que la prémédication médicamenteuse sédatrice et, il est apparu qu'effectuée en pré opératoire immédiat, elle permettait aussi d'obtenir des répercussions favorables sur le post opératoire.

12.3. Au bloc opératoire

Parfois, c'est uniquement à l'arrivée au bloc opératoire que le processus hypnotique sera intéressant pour permettre au patient un climat de détente, de confiance et un recadrage positif de la situation présente et à venir, juste avant de procéder à une anesthésie locale, loco régionale ou générale.

Lors de l'induction hypnotique, les suggestions habituelles de détente et de confort, ainsi que l'évocation de souvenirs agréables, amènent progressivement le sujet vers une phase de détente qui pourrait laisser croire qu'il entre dans un état de sédation, avec une diminution de ses capacités

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaïem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

mentales comme on l'obtient avec des médicaments. En fait, et bien au contraire dans cette phase, le sujet est parfaitement présent, mais aborde un nouvel état de réceptivité et d'ouverture mentale qui lui permettra, guidé par les suggestions de l'hypno thérapeute, de ressentir et de vivre l'expérience chirurgicale différemment. C'est cet accès à l'imaginaire avec son recadrage et ses modifications perceptives qui, au travers de l'expérience hypnotique, permet d'améliorer le vécu du patient.

Lorsque l'acte chirurgical est effectué sous hypnose, l'anesthésiste, grâce à cette relation particulière initiée avec le patient, sera tout à la fois le guide et le garant du bon déroulement de l'intervention, tant dans sa réalité physique qu'imaginaire. La maîtrise des techniques hypnotiques dans le cadre de la chirurgie est un atout très intéressant à utiliser dans les situations où le risque anesthésique est supérieur au risque chirurgical (situation toutefois exceptionnelle dans le cadre de la pédiatrie). La pratique quotidienne foisonne ainsi dans ces cas particuliers où le bénéfice apporté par l'hypnose est important.

12.4. En post opératoire immédiat

Les suggestions positives proposées durant la phase chirurgicale semblent favoriser des suites plus agréables, plus confortables et une guérison plus rapide. En effet, plusieurs études montrent que souvent, après l'hypnose et suite aux suggestions, la coopération du malade est déjà très présente dès la fin de l'intervention avec un rôle plus actif, face aux soins post opératoires, et une motivation plus forte pour aboutir à la guérison. Dans le domaine de la douleur, il a aussi été remarqué que les suggestions hypnotiques pouvaient permettre d'obtenir une diminution des besoins en antalgiques en post opératoire.

12.5. A moyen terme

Les patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale sous hypno analgésie décrivent une fatigue post chirurgicale moins importante avec une reprise plus rapide des activités professionnelles : cet effet bénéfique pourrait s'expliquer par une consommation médicamenteuse moindre et/ou par la valorisation et la dynamisation psychologique.

12.6. A plus long terme

Les témoignages des patients confirment que l'hypnose ne se résume pas uniquement à une séance de relaxation ou à une méthode d'antalgie, au contraire, ils rapportent que cette expérience si particulière leur a permis de modifier de façon positive leurs relations aux soins, aux soignants, à l'institution hospitalière et surtout à leur maladie.

13. Les modalités d'utilisation au bloc opératoire

Pour la réalisation d'un acte chirurgical, l'hypnose peut être pratiquée selon deux modalités : l'hypno anesthésie et l'hypno analgésie.

13.1. L'hypno anesthésie

Dans ce cadre, l'induction d'une transe hypnotique est la seule technique mise en oeuvre pour permettre la réalisation de l'acte chirurgical. Au début, l'hypnose fut employée en chirurgie pour des actes très variés uniquement sous cette forme qui nécessite des sujets particulièrement suggestibles et le plus souvent entraînés : ceci explique que son emploi dans cette indication est restée limité. Cette technique hypnotique se révèle néanmoins particulièrement intéressante lorsque le risque anesthésique est supérieur au risque chirurgical. A titre d'exemple, cette situation se rencontrait régulièrement dans les débuts de la chirurgie cardiaque, ce qui explique par exemple que Marmer, puisse rapporter en 1959 la réalisation, chez une femme de 42 ans, d'une intervention sur la valve mitrale sous hypnose seule. De nos jours, dans le cadre de la chirurgie, l'hypnose n'est que très rarement employée sous cette forme pure. Cette pratique est plutôt réservée à l'accompagnement d'actes invasifs limités ou brefs dans un but antalgique. En raison des progrès des prises en charge et des thérapeutiques, le fait de vouloir pratiquer uniquement de l'hypno anesthésie, pendant un acte chirurgical de longue durée, serait le plus souvent en dehors de l'orientation thérapeutique.

13.2. L'hypno analgésie [6], [7]

Dans ce cadre, l'hypnose est utilisée en association avec des médicaments et notamment des antalgiques. Le principe de cette technique consiste à utiliser la potentialisation réciproque de l'association entre des quantités minimales de produits anesthésiques et l'hypnose.

De nombreuses variantes ont été décrites avec des modalités pratiques présentant simultanément ou successivement, plusieurs objectifs :

- Le médicament a pour but de faciliter l'induction hypnotique, ainsi, dès 1881, E. Chambard utilisait l'éther ou le chloroforme pour faciliter l'induction hypnotique, par la suite, d'autres produits furent utilisés tels la morphine, le chanvre indien, le phénobarbital et le protoxyde d'azote...

[6] « L'hypnose en anesthésie-réanimation », M.E. Faymonville (CHU Liège, Belgique)
Revue « Oxymag », n° 69, Avril 2003, p. 25-27, Edition Masson

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

- L'hypnose a pour but de diminuer la consommation des produits utilisés pour l'anesthésie générale : on retrouve par exemple cette indication dans la description de Friedländer, en 1920, qui rapporte que cette technique permet de réduire la consommation d'anesthésique des deux tiers.
- L'hypnose est utilisée en association avec les techniques d'anesthésies locales ou loco régionales, comme on le retrouve dans les travaux de Faymonville qui utilise avec l'hypnose une anesthésie locale par infiltration et un dérivé de la morphine avec une benzodiazépine à faible dose.

Cependant, pour pouvoir réaliser une intervention chirurgicale sous hypno analgésie, plusieurs conditions doivent être obligatoirement remplies. Elles imposent :

- une chirurgie pouvant être pratiquée sous anesthésie locale ou loco régionale,
- une chirurgie qui ne présente pas un risque brutal de décompensation des fonctions vitales et la mise en route en urgence de manoeuvres de réanimation,
- un praticien entraîné à exercer l'hypnose dans le cadre chirurgical et qui peut proposer d'autres stratégies thérapeutiques, dont notamment une prise en charge anesthésique, en cas de problèmes ou de non tolérance du patient en per opératoire,
- un sujet suffisamment suggestible et d'accord pour que l'acte chirurgical soit effectué sous hypnose,
- un chirurgien d'accord et entraîné à opérer un patient sous hypnose,
- une équipe paramédicale ayant connaissance des contraintes en terme d'organisation que nécessite cette technique, et
- de la part du praticien, un investissement conséquent et prolongé en termes d'énergie et d'attention.

Cette technique exige une collaboration étroite entre chirurgiens, anesthésistes, infirmières et patients.

Lors de la consultation pré anesthésique classique, l'anesthésiste réanimateur présente au patient l'état d'hypnose comme un « état de focalisation de l'attention » permettant au patient de s'extraire de la réalité chirurgicale et de s'évader dans ses propres vécus agréables. L'accent est mis sur la participation active du patient : c'est lui qui se place dans cet état, en aucun cas il ne se soumet à la volonté de l'anesthésiste. Dès lors, une collaboration avec l'anesthésiste est indispensable afin que celui-ci puisse créer les conditions favorables à l'instauration de l'état d'hypnose par le patient. La motivation et la confiance du patient dans l'équipe opératoire jouent donc un rôle important. Il est informé de l'administration de très faibles quantités d'anxiolytiques et d'analgésiques en fonction des besoins et de l'infiltration de la région opératoire avec un anesthésique local.

L'énoncé de ces conditions souligne les limites de la réalisation de l'hypno analgésie. Ainsi, on peut mieux comprendre qu'actuellement la place de l'hypno analgésie n'est pas de se poser en rivale de

l'anesthésie générale ou loco régionale qui remplissent bien leurs fonctions pour la plupart des sujets, mais de répondre à des situations ou des besoins propres par un abord différent de celui que permet la pharmacologie.

13.3. L'hypno analgésie pour qui ? [7]

Les réponses proposées n'ont rien d'absolu, et chaque praticien, dans son cadre, peut avoir des raisons ou des motivations pour moduler son utilisation de l'hypnose.

Théoriquement, tous les patients opérés sous anesthésie locale, à condition d'être suggestibles, sont susceptibles de trouver un bénéfice dans l'hypno analgésie. L'hypnose permet en effet dans cette situation de vivre l'intervention de manière beaucoup plus agréable puisqu'elle peut modifier les différentes perceptions que sont par exemple la durée de l'intervention, les bruits, les diverses sensations tactiles... En conséquence, l'hypnose rend aussi accessible le recours à l'anesthésie locale lorsqu'elle est réalisable pour des interventions habituellement pratiquées pour des raisons de confort sous anesthésie générale. Son action dans ces indications consiste à améliorer la tolérance physique et/ou psychologique et à modifier le vécu de la situation. Schématiquement, deux catégories de personnes sont les plus exposées aux situations où le risque anesthésique per opératoire et/ou ses conséquences péri opératoires sont importants en terme de répercussions psychologiques et d'inconfort ou de morbidité. Ces situations sont les plus fréquentes aux deux extrêmes de la vie : l'enfant, pour sa fragilité psychologique, et le vieillard, pour sa fragilité physique.

Cependant, dans le cadre chirurgical, il ne faut pas oublier, comme nous l'avons précédemment évoqué, les patients qui ne font pas face, soit en pré opératoire où ils sont submergés par l'angoisse, soit en post opératoire quand ils n'arrivent pas à retrouver une autonomie, ou quand ils restent dans le traumatisme de la maladie. Un autre domaine où l'on voit la demande augmenter aussi bien de la part des médecins que celles des patients est celui de la chirurgie esthétique où le risque anesthésique même s'il est faible, est souhaité le plus bas possible.

Il est évident qu'il serait irréaliste de vouloir lister l'ensemble des indications de l'hypno analgésie. Selon le type d'intervention, la pratique de l'anesthésiste et du chirurgien, les indications se dégagent dans la relation et dans le partenariat médecin/patient. Toutefois, nous pouvons signaler que l'hypnose a été associée avec des résultats concluant au cours d'endoscopies, chirurgie biliaire, accouchements, coronarographies, ponctions de moelle, thyroïdectomie, lifting, plastie mammaire, pansements d'escarres et soins des brûlés.

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

13.4. Une intervention sous hypnose [6]

Description de la technique d'hypno sédation au CHU de Liège :

Dans la majorité des cas, le patient entre à l'hôpital le jour même de l'intervention chirurgicale. Un jeûne pré opératoire de 6 heures est exigé. Dès son arrivée, il reçoit une prémédication per os, afin de faciliter l'attente de la chirurgie. En salle d'opération, un abord veineux est mis en place pour assurer l'administration de substances sédatives et le traitement de tout incident opératoire. Le patient fait l'objet d'une surveillance cardiaque et respiratoire classique (Electro Cardio Gramme, mesure de la pression artérielle, Saturation pulsée en O₂, fréquence respiratoire). Il est ensuite invité à choisir un ou des événements agréables qu'il souhaiterait revivre en cours de chirurgie. Quelques précisions concernant ce souvenir et la préférence sensorielle du patient (visuelle, auditive ou kinesthésique) ou « vakog », permettent à l'anesthésiste d'adapter l'accompagnement du patient.

Une fois le patient installé pour l'opération, l'induction hypnotique peut commencer. Cette induction comprend une fixation du regard, la fermeture des yeux, une relaxation musculaire progressive, et l'accompagnement dans le vécu agréable. Le patient se focalise sur lui-même et entre dans l'état hypnotique. L'induction hypnotique dure 5 à 10 minutes. Après cette induction, l'anesthésiste commence la sédation intraveineuse consciente : benzodiazépine et dérivés morphiniques.

La désinfection de la région opératoire, puis la pose des champs opératoires sont réalisées de manière classique. Le chirurgien infiltre le site opératoire par un mélange d'anesthésiques locaux, parfois dilué avec du sérum physiologique.

L'anesthésiste reste auprès de son patient et lui parle afin de l'accompagner et d'entretenir l'état hypnotique, tout en surveillant constamment les paramètres vitaux. L'observation attentive du patient permet de déceler immédiatement tout signe d'inconfort, d'adapter la sédation consciente et d'inviter, en cas de besoin, le chirurgien à réinjecter l'anesthésique local au niveau du site opératoire. Une ambiance musicale « relaxante » aide le patient à se focaliser sur son vécu agréable et permet à l'anesthésiste de diminuer son débit de paroles. Un isolement sensoriel, relatif, est nécessaire au patient en cours de chirurgie (abaissement des volumes sonores du monitoring, des alarmes et des sonneries téléphoniques, conversation chuchotée). Cette ambiance calme et détendue est, par ailleurs, d'après l'équipe opératoire, profitable à une meilleure concentration sur le travail à réaliser. Cette équipe doit être soudée en vue d'un objectif commun : le bien-être du patient. Les gestes du chirurgien doivent être doux et précis. L'anesthésiste, tout en tenant compte des impératifs chirurgicaux, est aussi très attentif au confort du patient. L'équipe infirmière anticipe les besoins des différents intervenants, dans le plus grand calme possible. En fin d'intervention, le patient est invité à sortir de l'état d'hypnose. Il retourne directement dans sa chambre, sauf en cas de chirurgie cervicale où il est

[6] « L'hypnose en anesthésie-réanimation », M.E. Faymonville (CHU Liège, Belgique)
Revue « Oxymag », n° 69, Avril 2003, p. 25-27, Edition Masson

surveillé, une heure durant, en salle de réveil (risque hémorragique potentiel). Dès le retour en salle d'hospitalisation, le patient peut boire, manger et se lever dans les plus brefs délais.

Les interventions réalisables sous hypno sédation peuvent certainement s'étendre à la chirurgie vasculaire périphérique, l'urologie, l'ophtalmologie, la gynécologie.

Dans cette institution, le succès rapide de l'hypno sédation en chirurgie plastique s'explique par les avantages de cette technique par rapport aux techniques de sédation intraveineuse conventionnelles. Pendant l'opération, le confort du patient est assuré : ainsi, il est calme, immobile et coopérant, l'hémodynamique reste stable. Cette technique procure donc des conditions opératoires excellentes pour le chirurgien. Les quantités de drogues anxiolytiques et analgésiques administrées au cours de l'opération sont minimales, ce qui induit moins de nausées et de vomissements post opératoire. La récupération est accélérée, la durée d'hospitalisation est raccourcie et les patients reprennent leurs activités professionnelles plus précocement. Les implications économiques et sociales sont évidentes. Ces observations traduisent une meilleure préservation de l'homéostasie de l'organisme, consécutive à la réduction du « stress chirurgical ».

L'usage de cette approche anesthésique pour d'autres opérations réalisées habituellement sous anesthésie générale s'est étendu vers la chirurgie endocrinienne. Les études réalisées dans ce secteur mettent également l'accent sur l'accélération de la récupération post opératoire.

En résumé :

Aider la personne à bien vivre l'intervention, à lui rendre ce moment agréable, contribue simultanément à diminuer de façon évidente la quantité de médicaments nécessaires, les effets secondaires liés à l'anesthésie (les nausées...), l'analgésie et la récupération post opératoire. L'anesthésiste qui a recours à l'hypnose utilise le vécu du patient afin d'obtenir une immobilité et une relaxation musculaire quasi-totale. Invité à se détacher de son environnement en se concentrant sur un monde intérieur, à fixer son esprit sur une seule perception à connotation positive, le patient est envahi par une sensation de détente profonde : il demeure conscient tout au long de l'intervention mais détourne son attention de l'acte chirurgical. L'hypnose n'est donc pas envisagée ici comme une curiosité mais comme un « outil » pour une nouvelle prise en charge du patient. L'adhésion du patient est nécessaire à la réussite de l'hypnose.

La relation étroite anesthésiste/patient, en particulier la qualité de l'échange, procure un état de conscience modifiée qui permet d'accéder à sa mémoire. En fonction des informations que l'anesthésiste connaît de lui, il l'orientera vers un épisode agréable du passé ; un isolement sensoriel accompagne cette étape. Le patient est guidé par la parole de l'anesthésiste qui utilise une voix monotone sur un mode répétitif. Il vit les mêmes émotions que son patient. Attentif du début à la fin du récit, il transforme une sensation de douleur en suggérant un état de détente très profond et une

indifférence vis à vis du symptôme. Les images véhiculées sont positives : « vous ressentez une sensation de bien-être, une détente profonde s'installe en vous » et non, « vous n'avez pas mal, la contracture disparaît ». Au terme de l'intervention, l'anesthésiste reprend un langage verbal normal et ramène le patient à son état de conscience antérieure.

14. Autre modalité d'utilisation

L'auto hypnose est l'hypnose appliquée à soi-même. Elle consiste à induire une transe personnelle, et à entrer en relation avec la partie inconsciente de soi-même, dans un but défini, plus ou moins élaboré.

On peut utiliser la transe simplement pour se détendre et se reposer.

15. L'hypnose, facteur d'amélioration thérapeutique [7]

L'approche thérapeutique d'un patient associe une composante technique indispensable reposant sur des bases scientifiques validées à une composante relationnelle réciproque patient/médecin. Ainsi le soin est d'autant plus bénéfique qu'il s'exerce en association et inter relation avec les potentialités et ressources de l'individu. Dans les années soixante, le Pr. Lassner, un des pères fondateurs de l'anesthésie française, soulignait la nécessité pour le médecin de pratiquer une « anesthésie psychosomatique ». Il attirait ainsi l'attention sur le rôle fondamental de la relation humaine dans tout acte de soin.

L'anesthésie, au même titre que les autres disciplines, s'est appuyée sur les progrès technologiques pour apporter des gains dans les domaines de la sécurité, de l'efficacité, du contrôle des fonctions vitales et de la prise en charge de la douleur.

Au bloc opératoire, le travail de l'anesthésiste est ainsi passé d'une inter relation directe avec le patient, où seules ses facultés sensorielles étaient en éveil pour assurer la sécurité, à une situation plus distante, mais plus fiable, de surveillance des écrans de monitoring sur lesquels les fonctions vitales sont analysées en continu. Cette approche du patient, via les écrans, favorise probablement aussi bien l'éloignement physique que psychologique, et génère potentiellement un déséquilibre dans les différentes composantes du soin comme nous l'avons évoqué plus haut. Dans cette situation, l'apprentissage de l'hypnose peut représenter pour le praticien un moyen de mieux entrer en relation, ressentir et comprendre son patient, d'élargir sa gamme de stratégies thérapeutiques mais aussi, en cas de difficultés, d'apporter une aide à trouver, en lui et/ou en son patient, des ressources non soupçonnées.

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

16. Le pouvoir créatif des patients [7]

Dans le contexte chirurgical courant, l'hypnose ne remplace pas la prise en charge anesthésique, néanmoins elle peut en améliorer l'efficacité, la tolérance et le vécu. Ces avantages peuvent être déterminants chez certains patients particulièrement vulnérables physiquement ou psychologiquement. Les modalités d'utilisation du processus hypnotique sont multiples et modulables en fonction du praticien, des besoins et du contexte chirurgical. Parmi les démarches hypnotiques, on peut citer l'hypno analgésie qui repose sur la potentialisation réciproque des produits anesthésiques et des effets de l'hypnose, ou encore l'hypno anesthésie utilisée seule sans adjonction de médicament.

Dans la description de la relation entre l'hypnose et la chirurgie, le spectaculaire est souvent mis au premier plan. Il montre habituellement la réalisation d'un acte invasif avec un recours limité à des produits chimiques qui laisse penser que l'effet principal et majeur de l'hypnose est l'antalgie. Comme nous avons pu l'évoquer, considérer l'hypnose comme technique antalgique ne serait qu'un aspect très restrictif qui l'assimilerait aux mêmes objectifs qu'une prescription médicamenteuse anesthésique et qui ne prendrait en compte que la capacité et les conditions de réalisation de l'acte, sans tenir compte des répercussions de celui-ci pour le patient. Or, c'est là que s'expriment toute la richesse et la puissance de l'hypnose. Alors qu'avec des médicaments, nous cherchons dans une démarche restrictive à diminuer les capacités des malades, avec l'hypnose nous amplifions l'effet inverse en faisant appel à la sensorialité, à l'imagination et au pouvoir créateur des patients. Dans les inter relations hypno thérapeute/patient, et suggestions/imaginaire se découvrent alors, dans la transe hypnotique, un nouvel univers, de nouveaux rapports, donc de nouvelles possibilités. L'imagination est si intensément sollicitée qu'elle mobilise et implique toute la sensorialité du patient. Les situations imaginées bien que virtuelles prennent alors sens et sont vécues comme la réalité. C'est dans cet espace entre le réel du bloc opératoire et la nouvelle réalité du patient que peut se dérouler l'acte chirurgical et que se met en place une manière originale et positive d'aborder, de vivre et de ressentir les situations per, péri et post opératoires. Avant tout l'hypnose est une formidable thérapeutique du vécu.

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

III. L'HYPNOSE ET L'ENFANT

1. Résumé [7], [11], [12]

L'état hypnotique commence par une condition de relaxation physique et mentale, associée à une focalisation sur un ou plusieurs objets : les suggestions initiales de l'induction hypnotique sont dirigées vers ces deux buts. Attention concentrée et focalisée, absence de jugement ou de censure, avec suspension de la notion de temps et de lieu, réponses quasi automatiques : cet état permet l'incorporation de suggestions hypnotiques - dont celles de l'analgésie. L'hypnose est un état naturel que nous expérimentons tous à différents moments de la journée. Spontanément, il peut survenir devant un bon film à la télévision, ou lors de l'observation d'un paysage ou d'un tableau... Nous passons alors d'une forme active de concentration à une forme plus détendue, passive. Cet état est encore plus habituel chez l'enfant car il n'y a que peu de barrières entre leur réel et leur imaginaire.

Le terme de relaxation correspond à une réalité physiologique : la diminution du tonus musculaire. La relaxation n'est pas comme certains l'imaginent de l'inaction car, au contraire, c'est une action de concentration sur soi, sur ses sensations. La relaxation est « une tentative de se libérer physiquement, mais aussi moralement, intellectuellement et affectivement d'une contrainte ».

L'hypnose peut être définie selon François Roustang comme « *un état de veille intense, à l'instar du sommeil profond à partir duquel nous rêvons. De même que ce sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, de même cette veille intense nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde.* » Le monde de l'enfance est d'emblée porteur de cette capacité de rêve. L'hypnose, qui fait appel à l'imaginaire, est pour cette raison accessible aux enfants qui, spontanément, s'expriment, expérimentent, construisent leurs connaissances, structurent leur pensée et élaborent une vision du monde, aussi, grâce à cet imaginaire.

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 son vécu, l'observer, le considérer différemment, découvrir des possibilités de changement et ainsi réactiver le plus efficacement possible ses ressources pour changer. Pour cela, il existe différentes clefs ouvrant cette porte vers l'imaginaire et permettant à l'enfant de mettre en scène les multiples facettes d'une réalité possible : le jeu, les dessins, les contes, dans lesquels il se projette avec toute la force de son imagination pour reconfigurer son monde, changer sa relation aux autres et à soi-même.

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaïem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

[11] « L'hypnose, la relaxation, qu'est-ce que c'est, comment ça marche ? », C. Wood, A. Bioy, I. Celestin-Lhopiteau
Compte-rendu de la réunion du Club Douleur Ile-de-France du 11 Janvier 2005, www.pediadol.org

[12] « L'hypnose et la douleur », C. Wood, N. Duparc, V. Leblanc, C. Cunin-Roy
Revue « Médecine Clinique pour les pédiatres », n°II, Mai-Juin 2004, p. 40-44, www.pediadol.org

Différentes techniques ont été décrites pour une induction chez l'enfant :

Tableau 1 : Techniques d'induction adaptées à l'âge de l'enfant (d'après Olness et Kohen)

<p>Âge préverbal de 0 à 2 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - une stimulation tactile, des caresses, des câlins - une stimulation kinesthésique : bercer, faire bouger un bras en faisant des aller/retour - une stimulation auditive : la musique ou un bruit continu, tel qu'un sèche cheveux, un rasoir électrique ou un aspirateur, qui sont placés loin de l'enfant - une stimulation visuelle : des mobiles ou d'autres objets qui peuvent changer de taille, de position, de couleur - tenir une poupée ou un petit animal en peluche
<p>Âge verbal de 2 à 4 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - souffler des bulles - raconter une histoire - livres avec des personnages animés - visionneuse stéréoscopique - l'activité favorite, - parler à l'enfant à travers une poupée ou un petit animal en peluche - se regarder sur une vidéo, - utiliser une poupée toute molle (Floppy Raggedy Ann)
<p>Âge pré-scolaire ou âge scolaire débutant (4 à 6 ans)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - souffler l'air - un endroit favori - des animaux multiples - un jardin avec des fleurs - raconter une histoire (seul ou dans un groupe) - le grand chêne - fixer une pièce de monnaie - regarder une lettre de l'alphabet - des livres avec des personnages animés - une histoire télévisée fantasmagorique - la vision stéréoscopique - la vidéo - des boules qui se balancent - biofeedback thermique ou autre - les doigts qui s'abaissent - une activité dans une salle de jeu
<p>De 7 à 11 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - l'activité favorite - l'endroit favori - regarder les nuages - la couverture volante - des jeux vidéo vrais ou imaginaires - monter sur une bicyclette - souffler l'air à l'extérieur - écouter de la musique - s'écouter sur une cassette - regarder les nuages - fixer une pièce de monnaie - rapprochement des mains - la rigidité du bras
<p>Adolescence : 12 à 18 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - l'endroit favori ou activité favorite - activité sportive - catalepsie du bras - la respiration - les jeux vidéo vrais ou imaginaires - des jeux informatiques vécus ou imaginés - la fixation des yeux sur une main - conduire une voiture - écouter ou entendre de la musique - lévitation de la main - le rapprochement des mains - des jeux fantasmagoriques

Pour pratiquer l'hypnose avec un enfant, il est nécessaire qu'une relation thérapeutique de qualité s'installe, permettant à l'enfant de faire confiance au thérapeute et que celui-ci apprenne à entrer dans le monde de l'enfant, de manière émotionnelle et imaginaire. Il semblerait même, que les limites soient principalement liées aux propres limites du thérapeute, pas assez convaincu ou manquant de créativité. L'induction d'un état hypnotique doit suivre des techniques, non seulement adaptées à l'âge de l'enfant, mais aussi à son fonctionnement cognitif, en utilisant ses mots pour parler de son appréhension, de sa douleur (si celle-ci est présente) et de ses sensations.

2. Les indications de l'hypnose chez l'enfant [12], [13]

Diverses recherches cliniques ainsi que la pratique mettent en évidence de très bonnes réponses au traitement par l'hypnose chez l'enfant et ceci dans de nombreux domaines : prise en charge de la douleur aiguë, de celle due aux soins, mais aussi, lors du traitement de la douleur chronique (céphalées...), et plus généralement dans toute pathologie chronique psychosomatique ou le déclencheur est souvent émotionnel (asthme, dermatose...).

L'hypnose est également proposée dans un cadre psychothérapeutique pour diverses indications : stress, phobies, angoisses, crises de panique, dépression, stress post traumatique, troubles du sommeil, hyperactivité, énurésie, encoprésie, anorexie, boulimie, troubles des apprentissages, problèmes scolaires, travail sur l'affirmation de soi...

Parfois, dans certaines pathologies chroniques, certains enfants nécessiteraient une prise en charge psychologique, mais ils ne veulent pas en entendre parler : le fait de commencer par la relaxation permet de discuter, et de proposer petit à petit une aide extérieure, et de le mettre en relation avec le psychologue ou le psychiatre.

2.1. L'hypnose avec l'enfant d'âge pré scolaire

L'hypnose à cet âge, est différente de l'hypnose utilisée avec les enfants plus âgés. En effet, les enfants de moins de 6 ans ne font pas une claire distinction entre la réalité et leur monde fantastique. C'est l'âge des copains imaginaires, des jeux permettant d'extirper leurs peurs...

C'est l'âge où le thérapeute doit s'adapter encore plus au monde de l'enfant. Il faut qu'il soit créatif, en utilisant des thèmes qui peuvent intéresser l'enfant et avoir un ton de voix différent de celui employé avec l'enfant plus âgé. L'hypnose, à cet âge, fait plus appel à l'imagerie visuelle ou à la réalité visuelle.

L'utilisation de bulles de savon, de poupées ou de peluches ou, d'une histoire favorite peut aider l'enfant. Celui-ci refuse souvent de fermer les yeux, voire même de rester tranquille et de se relaxer.

[12] « L'hypnose et la douleur », C. Wood, N. Duparc, V. Leblanc, C. Cunin-Roy
Revue « Médecine Clinique *pour les pédiatres* », n°II, Mai-Juin 2004, p. 40-44, www.pediadol.org

[13] « Aspects cliniques et pratiques de l'hypnose chez l'enfant », C. Wood, S. Tyzio
Compte-rendu de la réunion du Club Douleur Ile-de-France du 18 Janvier 2001, www.pediadol.org

Il faudra donc être plus inventif, avec des histoires mettant en jeu des personnages fantastiques, forts, des héros n'ayant pas peur des situations potentiellement anxiogènes, que l'enfant va vivre.

2.2. L'hypnose avec l'enfant en âge scolaire et l'adolescent

Les enfants de cet âge ont des capacités très fortes à utiliser l'hypnose. Le pic de l'âge où les capacités hypnotiques sont maximales est de 8 à 12 ans. Les enfants peuvent se concentrer, être absorbés et entrer en transe hypnotique beaucoup plus facilement que l'adulte. Ils peuvent alors accepter de fermer les yeux, de rester tranquilles et d'utiliser leurs propres histoires et leur créativité, par exemple, utiliser le fait d'aimer une pizza lors de l'introduction d'une sonde naso-gastrique.

2.3. Le rôle des parents

Ils peuvent être d'une grande aide, car ils connaissent mieux que nous leur enfant, ses goûts, ses intérêts, voire même sa manière de faire face à la douleur. Il est important de leur expliquer ce qu'est l'hypnose, comment elle peut être utile lors de phénomènes douloureux. Il faut aussi leur demander d'assister à la séance. De cette manière, les parents peuvent devenir des alliés et aider leur enfant à utiliser l'hypnose ; ceci est d'autant plus vrai lors de douleurs récurrentes ou de gestes invasifs répétés.

3. Pourquoi l'hypno thérapie dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge de la douleur ? [7], [14]

Les différentes composantes, sensori-discriminative, émotionnelle et cognitive, seront simultanément modifiées par le traitement hypnotique. La clinique ainsi que des études systématisées mettent en évidence que l'hypnose provoque des changements neurophysiologiques, émotionnels, cognitifs et peut, dans certains cas, agir sur la perception de la douleur et de son vécu émotionnel.

- En ce qui concerne les aspects neurophysiologiques, différentes études portant sur les effets de la relaxation ou de l'hypnose, montrent que ces pratiques permettent au sujet de modifier son seuil de sensibilité à la douleur. De nombreuses études montrent que l'hypnose avec suggestion d'analgésie est particulièrement efficace pour réduire l'intensité de la douleur, alors, que la relaxation permet de réduire plutôt l'aspect désagréable de la douleur.
- L'hypnose joue sur la composante émotionnelle de la douleur et permet de réduire l'angoisse liée à la douleur. De plus, la douleur, si elle est un signal d'alarme indiquant un dérèglement de l'organisme, peut également refléter un malaise, un conflit intrapsychique mais aussi parfois un mal-être relationnel. Le caractère relationnel de ce symptôme douleur n'est pas à sous estimer.

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaïem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

[14] « Relaxation et hypnose thérapeutiques », I. Celestin-Lhopiteau
9° Journée UNESCO- La douleur de l'enfant, quelles réponses ?-17 Décembre 2001, www.pediadol.org

D'ailleurs des processus culturels peuvent intervenir, dans le retentissement et l'expression de la douleur : l'histoire et l'anthropologie nous montrent qu'il existe une gestion de la douleur propre à chaque société, à chaque période de l'histoire. Dans le cadre d'une douleur qui se chronicise, le travail d'hypno thérapie portera sur les différents facteurs psychologiques pouvant parfois déterminer, moduler ou constituer des facteurs de vulnérabilité ou de maintien de la symptomatologie douloureuse.

- L'hypnose joue également sur des processus mentaux capables de modifier la perception de la douleur comme l'attention, la capacité d'interpréter la douleur et celle de transformer en défi le stress négatif lié à la douleur. Chaque enfant, face à la douleur, face au stress occasionné par celle-ci, va utiliser des stratégies d'adaptation pour faire face à cette douleur, voire en développer de nouvelles, spontanément et/ou en équipe avec le soignant. L'hypnose peut servir alors de révélateur et de catalyseur à la propre résilience de l'enfant.

L'intérêt de l'hypnose et de l'apprentissage de l'auto hypnose chez des enfants a été mis en évidence également dans diverses symptomatologies chroniques, notamment auprès d'enfants asthmatiques, mais aussi chez ceux qui présentent des douleurs chroniques (migraines, drépanocytose, polyarthrite juvénile, algodystrophie,...). Les bénéfices concernent la diminution du nombre de crises et leur intensité, mais aussi de l'angoisse liée à celle-ci et plus particulièrement de l'anticipation anxieuse de l'apparition des symptômes lors d'une crise. Il s'agit à la fois de thérapie mais aussi d'une démarche prophylactique et de prévention des crises.

D'après Nicole Cuddy, psychologue spécialiste en Psychothérapie à l'hôpital des enfants de Genève :

« La douleur et la peur sont pratiquement indissociables pour un enfant hospitalisé qui a perdu ses repères. Le travail du thérapeute sera essentiellement focalisé sur la séparation de ces deux mots pour que l'enfant puisse exprimer, reconnaître, et gérer sa douleur et sa peur d'une manière différente. Lorsque la peur est moins présente lors des traitements et que l'on parvient à travailler, seulement, avec la douleur aiguë présente, et non, avec la mémoire d'une douleur passée ou l'anticipation d'une douleur à venir, la douleur aiguë présente est diminuée de deux tiers selon Milton Erikson. L'hypnose est utilisée à la clinique de pédiatrie de Genève, depuis 1986, dans toutes les unités, pour apporter une aide aux enfants hospitalisés. Cette technique est incluse dans les prises en charge thérapeutiques qui peuvent être de courte ou de longue durée pour permettre aux enfants de s'extraire du contexte présent douloureux et anxiogène et de s'absorber temporairement dans leur imaginaire en y substituant un vécu différent. La qualité de l'expérience hypnotique dépendra des capacités propres de chaque patient. Les suggestions du thérapeute appellent une participation active du patient dans la relation thérapeutique et impliquent qu'un rapport de confiance soit établi préalablement. En hypnose, les événements imaginés sont vécus comme réels par le patient et l'aideront ainsi à affronter les événements à venir d'une manière plus sereine. Une des particularités

de ces prises en charge est liée au lieu "l'Hôpital" qui est chargé de représentations anxiogènes pour les enfants. Le thérapeute doit être capable de créer un espace thérapeutique pour son patient, dans lequel l'angoisse doit être contenue et où tous deux pourront se rencontrer et s'isoler malgré la présence de beaucoup de soignants autour d'eux pendant les soins pour agir d'une manière efficace sur la douleur. La notion de contrôle qui est transmise à l'enfant pendant la séance d'hypnose doit aussi s'appliquer dans la réalité. En effet, les enfants qui se mettent en hypnose pour un soin ou une intervention chirurgicale ne sont ni tenus ni attachés sur la table d'opération. Ils collaborent avec les médecins et chirurgiens en donnant eux-mêmes le départ de l'opération ou de l'intervention. Les médecins et les infirmières respectent le rituel et le rythme propre à chaque enfant. L'enfant est invité à pratiquer l'auto hypnose le plus vite possible pour qu'il puisse s'aider quand il en a besoin avec l'aval de son médecin. Nous lui apprenons à s'abstraire du contexte anxiogène pendant les soins en s'absorbant dans son imaginaire ou en évaluant lui-même le niveau de douleur tolérable pour lui. La possibilité de modifier la perception des sensations douloureuses en hypnose transforme le vécu de ces enfants en leur permettant de passer d'une position passive à une position active. Ils peuvent ainsi mieux faire face à leur anxiété.

L'hypnose est utilisée dans différentes unités. En chirurgie, on l'utilise pour changer les pansements des brûlés et les bénéfices ne sont pas négligeables. Cela permet à l'enfant de participer activement aux changements de pansements sans anesthésie, en modifiant et en diminuant la douleur, en gérant son anxiété et il peut de ce fait manger avant et après le pansement ce qui lui permet d'absorber les calories nécessaires pour la cicatrisation et les greffes. L'entrée au bloc provoque souvent une grande anxiété chez l'enfant et ses parents. C'est une rupture du temps, de l'espace et de la relation qui se produit en quelques secondes et cela peut causer chez certains enfants un très grand désarroi. L'enfant qui a été préparé en hypnose, n'est pas prémédiqué, il a apprivoisé ses peurs, il reconnaît la salle d'opération qu'il a pu visualiser durant les séances d'hypnose, il peut poser des questions jusqu'au moment de s'endormir et il peut être détendu et collaborant pour la pose de la voie veineuse. La vue de la salle d'opération devient plus familière et moins traumatisante surtout dans les cas de transplantation d'organes et d'amputation. Dans les cas d'amputation, et de greffe d'organe l'hypnose est utilisée dans la préparation à l'opération pour diminuer les saignements en effectuant une vasoconstriction, pour prendre congé du membre ou de l'organe avant d'entrer en salle d'opération, pour prévenir les douleurs fantômes, commencer le travail de deuil, diminuer les douleurs du moignon lors des premiers essais de prothèse et obtenir un meilleur confort au réveil.

En oncologie, l'hypnose est utilisée pour diminuer les douleurs de toutes sortes pendant les prises de sang, les poses de voies veineuses, les ponctions lombaires, les aspirations de moelle, pour contrôler la peur face à ces actes intrusifs. La pose d'un cathéter central peut se faire sous anesthésie locale et hypnose, pour les cas où l'anesthésie générale s'avèrerait problématique comme pour certains enfants diabétiques. Les champs d'application de l'hypnose sont vastes dans le contexte hospitalier et diffèrent quelque peu de l'emploi qui en est fait en privé en fonction du cadre, de l'indication, de l'entourage et des situations d'urgence mais les buts sont les mêmes : donner à l'enfant un certain contrôle pour lui permettre de se sentir moins impuissant, de prendre une part active à son

traitement en apprivoisant ses angoisses, en modifiant sa relation à la douleur et en apprenant à la gérer différemment. »

4. Les contre-indications

Elles concernent les enfants psychotiques ainsi que les enfants exprimant leur refus. Un échec peut s'observer dans plusieurs situations : l'enfant n'accroche pas avec le thérapeute, avec cette méthode hypnotique, le thérapeute n'a pas suffisamment évalué la motivation de l'enfant et parfois, des parents, au changement.

5. Les applications de l'hypnose [11], [12], [13], [14]

On peut citer quatre situations d'hypnose utilisées chez l'enfant :

5.1. L'hypnose conversationnelle

A partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les travaux de Milton H. Erickson ont permis de mettre en place une véritable réflexion sur la forme de communication hypnotique.

Quelques exemples en pratique :

- Le cerveau n'entend pas la négation : il suffit de demander à quelqu'un : « *Ne pensez pas à un éléphant rose !* » pour qu'il se l'imagine aussitôt... On comprend l'importance d'éviter lors des soins des phrases comme : « *N'aie pas peur...* » qui soulignent justement le mot « peur », ou « *Tu n'auras pas mal...* » qui soulignent le mot « mal »...
- Projeter le patient dans le futur du geste ou de la chirurgie est une bonne application de l'hypnose conversationnelle : « *Comme tu seras content, quand j'aurai fini de t'examiner et que tu pourras regarder la télé !* » ou « *Comme vous serez heureuse, Madame, quand vous tiendrez votre nouveau-né dans les bras !* ».

La régression en âge est également utile, surtout lors de la prise en charge d'un handicap transitoire : « *Tu te rappelles quand tu as commencé à marcher ?... Tu mettais un pied, puis un autre, et tu tombais... Puis un jour, tu n'es plus tombé. Et aujourd'hui, lorsque tu marches, tu ne penses même plus à tes pieds ! Alors tu vois, ce poignet et cette petite main qui ont oublié de faire leur travail, vont le réapprendre. Et plus tu vas les faire travailler, plus ils vont apprendre à redevenir comme avant...* ».

[11] « L'hypnose, la relaxation, qu'est-ce que c'est, comment ça marche ? », C. Wood, A. Bioy, I. Celestin-Lhopiteau
Compte-rendu de la réunion du Club Douleur Ile-de-France du 11 Janvier 2005, www.pediadol.org

[12] « L'hypnose et la douleur », C. Wood, N. Duparc, V. Leblanc, C. Cunin-Roy
Revue « Médecine Clinique *pour les pédiatres* », n°II, Mai-Juin 2004, p. 40-44, www.pediadol.org

[13] « Aspects cliniques et pratiques de l'hypnose chez l'enfant », C. Wood, S. Tyzio
Compte-rendu de la réunion du Club Douleur Ile-de-France du 18 Janvier 2001, www.pediadol.org

[14] « Relaxation et hypnose thérapeutiques », I. Celestin-Lhopiteau
9^o Journée UNESCO- La douleur de l'enfant, quelles réponses ?-17 Décembre 2001, www.pediadol.org

5.2. L'hypnose avec le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA)

Au cours d'une hospitalisation, l'enfant se trouve dans un contexte inhabituel, et se sent anxieux, démuni, impuissant. Les explications sont rares et parfois non adaptées à son âge, et les gestes douloureux sont souvent répétés.

La relaxation par l'hypnose ainsi que les techniques d'hypno analgésie sont proposées à l'enfant, et permettent d'intervenir de manière intéressante dans l'amélioration du vécu douloureux de l'enfant.

Ces techniques sont employées en association avec le MEOPA et en dehors de toute sédation médicamenteuse. L'étude présentée reprend 90 gestes chez 45 enfants, pour des gestes variés tels que ponction lombaire, ponction de moelle, ponction biopsie rénale, pansements divers ou réalisation de gestes « mineurs » - ponction veineuse ou petits pansements- chez des enfants anxieux ou phobiques.

5.2.1. Préliminaires

Le thérapeute explique la méthode à l'enfant, car il est essentiel qu'il accepte et adhère à celle-ci : une relation de qualité et de confiance doit s'établir. Il doit chercher à connaître l'enfant, et lui demander ce qu'il souhaite « vivre » pendant le geste douloureux. L'aide des parents, lorsqu'ils sont présents, est précieuse.

Les techniques utilisées sont le plus souvent la visualisation ou l'imagerie mentale. L'enfant peut ainsi choisir de pratiquer un sport, se promener, faire un voyage, raconter une histoire, visiter sa maison, en particulier sa chambre pour le tout petit. L'important pour le thérapeute est d'être dans l'histoire de l'enfant, en posant des questions très précises, très rapides, en utilisant les mots de l'enfant, afin qu'il adhère ; sinon, très rapidement, l'enfant « revient dans son corps ».

5.2.2. Avantages de cette technique

Le MEOPA est actuellement largement utilisé en pédiatrie pour des gestes courts. Les gestes douloureux sont effectués plus facilement, plus calmement et permettent de gagner du temps tout en conservant une relation de confiance avec l'enfant. L'hypnose en association avec le MEOPA semble être supérieure à l'administration de MEOPA seul. En effet, l'hypnose, en association avec le MEOPA, permet à l'enfant de focaliser plus facilement son attention ailleurs, et d'obtenir plus vite une dissociation, d'autant plus que c'est une méthode ludique et non pas un médicament. Souvent l'enfant a l'impression d'avoir fait un rêve agréable et a envie de recommencer cette technique sans appréhension du geste iatrogène futur. Il témoigne de la supériorité de l'association hypnose/MEOPA par rapport à l'administration de MEOPA seul.

L'utilisation de techniques hypnotiques associées au MEOPA est particulièrement utile. En octobre 2003, l'équipe de l'Unité de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Robert Debré avait déjà effectué plus de mille accompagnements hypnotiques avec le MEOPA.

5.2.3. Les principales indications sont aujourd'hui :

- les ponctions lombaires,
- les ponctions de moelle,
- les ponctions biopsie rénale,
- les pansements divers,
- les poses de voies veineuses,
- les retraits de drains et de redons,
- les soins des enfants anxieux ou phobiques.

Le gaz utilisé est donc le MEOPA, qui assure une analgésie de surface, une sédation consciente, une anxiolyse et une euphorie. Il facilite a priori la focalisation sur « autre chose » que le geste. Pendant l'inhalation, l'enfant garde un contact verbal et interagit avec la personne qui « l'accompagne ».

Après obtention de son consentement, et son adhésion, on lui demande ce qu'il veut « vivre » pendant le geste douloureux, quitte à impliquer ses parents, qui connaissent ses habitudes et ses goûts :

- faire du foot, du roller, nager,
- manger une cerise,
- faire un voyage,
- raconter une histoire,
- préparer le gâteau d'anniversaire,
- décorer l'arbre de Noël,
- piloter un avion, faire de la moto, du parapente...

5.3. L'hypnose en prémédication en pré opératoire

L'équipe de Claude Ecoffey, à Rennes, a comparé l'hypnose versus midazolam (Hypnovel®) pour la prémédication de 50 enfants âgés de 2 à 11 ans en pré opératoire immédiat :

- 23 enfants ont bénéficié de l'hypnose, et
- 27 ont reçu 0,5 mg/kg de midazolam.

L'évaluation a été faite sur :

- un test d'anxiété préopératoire (MYPAS : *Modified Yale Preoperative Anxiety Scale*), comportant 22 items divisés en 5 catégories (l'activité, le comportement verbal, l'expression, le réveil, l'attitude envers les parents), et
- le Score PHBQ (*Post Hospitalisation Behaviour Questionnaire*), du comportement post-opératoire, comportant 26 items, divisés en 6 catégories (l'anxiété générale, la peur de la

séparation, la peur de dormir, les désordres alimentaires, l'agressivité envers l'autorité et l'apathie).

Les enfants ont été hospitalisés le jour de la chirurgie. En arrivant, le score d'anxiété (MYPAS) a été rempli par l'infirmière. Les parents ont rempli un questionnaire sur le comportement habituel de leur enfant pendant l'hospitalisation.

Ils ont été séparé en deux groupes : le groupe H ou hypnose, et le groupe M ou midazolam.

Le groupe H a ingéré un placebo, 30 minutes avant l'acte opératoire, puis l'anesthésiste a fait une induction hypnotique maintenue jusqu'à l'induction de l'anesthésie.

Le groupe M, 0,5 mg/kg de midazolam ont été donné par voie buccale, 30 minutes avant l'acte.

Un deuxième score d'anxiété a été pratiqué à l'entrée de la salle d'opération, puis un troisième, lors de la mise en place du masque d'anesthésie.

En post opératoire, la douleur a été évaluée par l'Objective Pain Score (OPS). Les enfants sont rentrés chez eux, s'ils répondaient aux critères de sortie. Les parents ont été contactés par téléphone à J1, J7, J14.

Les résultats ont été les suivants :

- en prémédication, l'hypnose permet de réduire le nombre d'enfants anxieux à l'induction (39 % versus 68 %),
- en post-opératoire, l'hypnose réduit d'environ de moitié la fréquence des troubles du comportement à J1 (30 % versus 62 %) et J7 (36 % versus 59 %), et
- l'agressivité des enfants envers leurs parents est restée élevée dans le groupe M à J1 et J14.

5.4. L'hypnose sans sédation médicamenteuse : l'hypno thérapie et l'hypno analgésie

L'hypnose est un état de vigilance modifié et un processus thérapeutique. C'est un mode relationnel particulier, un mode de communication privilégié avec soi-même et les autres. L'hypnose active la perception des sensations, l'imaginaire du patient.

L'hypno thérapie est une modalité de traitement dans laquelle le patient est dans cet état de vigilance modifié une partie du temps de la séance. L'hypno thérapie, par définition, implique une intervention thérapeutique par le thérapeute et le patient lui-même.

L'hypno thérapie nécessite une formation de psychothérapeute (qu'elle soit psychanalytique, cognitive, systémique...) ainsi que celle des techniques hypnotiques.

L'hypno analgésie, qui est une des pratiques de l'hypno thérapie, est une méthode antalgique qui permet à l'enfant de mieux contrôler, gérer une douleur aiguë ou chronique. L'hypno analgésie nécessite une formation aux pratiques hypnotiques et au minimum une initiation à la psychologie de l'enfant et plus particulièrement à celle de l'enfant douloureux. L'hypnose peut donc être utilisée par des soignants non spécialisés en psychothérapie (médecin, infirmier, paramédical), dans un cadre d'hypno analgésie, ou pour soulager l'angoisse de certains soins.

Plus de 170 enfants en ont bénéficié à l'Hôpital Robert Debré.

- Dans un contexte d'urgence :
 - enfant inexaminable, traumatisme...,
 - ponctions veineuses..., et
 - autres gestes douloureux.

L'adhésion de l'enfant est rapide, dans la mesure où on lui propose une méthode non invasive. Le thérapeute doit avoir confiance en sa méthode et en l'enfant pour surmonter la douleur. Il ne doit pas hésiter à être créatif, voire à « bêtifier », afin de rentrer dans le monde de l'enfant, quitte à passer pour bizarre aux yeux de l'entourage présent....

- Pendant une hospitalisation :
 - pour entrer en contact avec l'enfant (effrayé, mutique...),
 - pour des pansements faits sans analgésique,
 - en association avec la kinésithérapie,
 - en cas de phobie des piqûres, des ponctions lombaires..., et
 - pour obtenir une relaxation.

Ces techniques permettent d'entrer en contact avec l'enfant, souvent âgé de moins de 5 ans. Le dialogue peut ainsi s'établir, parfois au travers d'un intermédiaire, comme une peluche ou un « doudou ». Le thérapeute propose à l'enfant « d'aller ailleurs », en expliquant aussi aux plus grands qu'il s'agit d'hypnose. Les techniques utilisées sont souvent les mêmes que celles utilisées en association avec le MEOPA (imagerie mentale, visuelle, auditive, olfactive...). Ainsi, l'enfant découvre qu'il a un contrôle sur son corps et qu'il peut en modifier le vécu douloureux.

- Pour des douleurs chroniques et/ou récurrentes :
 - douleurs de toute origine, maladies chroniques douloureuses, et
 - douleurs abdominales, céphalées ou migraines, douleurs myo fasciales.

Le thérapeute a expliqué à l'enfant ce qu'est l'hypnose, et a choisi avec l'enfant l'objectif de départ, en insistant sur la nécessité d'un travail et surtout sur le fait, que cette méthode lui est personnelle.

Il faut alors passer par une induction hypnotique, permettant à l'enfant de focaliser son attention et de s'absorber davantage. Les techniques dépendent de l'âge de l'enfant et passent de la caresse d'une peluche, à la fixation visuelle, ou à des techniques idéomotrices.

Une fois l'induction en place, le thérapeute peut utiliser différentes techniques pour modifier le vécu douloureux (voir les suggestions d'hypno analgésie).

- En situation de fin de vie :

Pour la réussite de ces techniques, il est indispensable qu'il y ait une complicité soignant/soigné, faute de quoi rien ne fonctionnera.

5.5. Les suggestions d'hypno analgésie sont de plusieurs registres

5.5.1. Suggestions directes d'anesthésie hypnotique

- sensation de corps cotonneux,
- appliquer une pommade anesthésiante : « pommade magique »,
- mettre de l'anesthésie dans un endroit choisi,
- faire une anesthésie en gant : « gant magique »,
- visualisation du circuit de la douleur, et
- interrupteur de la douleur.

5.5.2. Suggestions qui éloignent la douleur

- faire que cette partie de ton corps ne fait pas partie de toi : « *Imagine que ton bras ne t'appartient pas et qu'il s'éloigne.* »
- transférer la douleur à un autre endroit du corps : « *Imagine que cette ponction lombaire se fait sur ton doigt.* », et
- éloigner la douleur : être quelque part... ailleurs...

5.5.3. Suggestions ne pouvant s'associer à la douleur

- le confort : se rappeler une situation confortable,
- le rire : penser au film le plus drôle qu'on ait vu, et
- la relaxation : se concentrer sur la respiration, respirer profondément, se détendre, et faire diminuer la douleur...

5.5.4. Suggestions de distraction

- raconter une histoire ou un conte,
- raconter un match, un film,
- faire participer l'enfant à un soin et le raconter, et
- se concentrer sur quelque chose de moins désagréable : par exemple se focaliser sur le froid, lors d'une Ponction Lombaire (PL) ou sur la sensation de la perfusion...

5.5.5. Attirer l'attention sur la douleur

- le globe illuminé : « *Si tu es à l'intérieur d'un globe illuminé et si tu progresses sur la carte de l'inconfort...* ». Modifier la forme, les sensations, les couleurs, le bruit, etc...,
- l'amnésie de la douleur : laisser l'esprit oublier la douleur,
- faire un voyage à l'intérieur de son corps : visiter les différents endroits et associer l'interrupteur de la douleur, et
- la distorsion du temps : quand on s'amuse le temps passe vraiment vite..., et quand on s'ennuie, il passe lentement...

La main sert de départ pour le travail de l'hypno analgésie. On peut faire protéger directement une autre région ou passer de la main à la région à protéger, que ce soit par un transfert physique (appliquer la main protégée sur la région) ou mental (en imaginant le transfert de la protection) : la méthode employée dépend de la personnalité de l'enfant.

Ainsi, pour une PL, chez un enfant qui refusait le geste, le thérapeute lui a demandé ce qu'il pouvait mettre sur la région : l'enfant a choisit un tee-shirt comme protection, qui a été testée. La PL n'a occasionné qu'une douleur cotée à 2 sur 10, alors que de surcroît la ponction avait été pratiquée en dehors de la zone anesthésiée par de la crème EMLA®.

Il est nécessaire de fixer un objectif avec l'enfant, de lui expliquer la technique en la personnalisant, et de lui faire comprendre la nécessité d'un apprentissage. Au cours de la prise en charge du patient, il est indispensable que celui-ci apprenne l'auto hypnose, afin de se familiariser à l'outil et de pouvoir à tout moment l'utiliser, lors d'une crise douloureuse ou dès qu'il en aura besoin, voire devenir un « coach » pour d'autres. Dans certains cas, l'enregistrement d'une cassette audio peut aider l'enfant dans cet apprentissage, par exemple en réanimation ou en fin de vie.

6. La place de l'imaginaire [7], [14]

Le travail en hypnose restitue à la vie imaginaire sa place, alors qu'elle est de plus en plus occultée dans une adaptation à une société marquée par l'efficacité et la conformité. Or, cet imaginaire est précieux dans la construction de la personnalité de l'enfant comme l'écrivait Winnicott : « *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* ». Ce travail avec l'imaginaire est particulièrement accessible aux enfants qui, spontanément, s'expriment, construisent leurs connaissances, structurent leur pensée et élaborent une vision du monde aussi, grâce à cet imaginaire. Les séances d'hypnose vont donc s'appuyer largement sur les métaphores thérapeutiques, qui sont une ouverture précieuse pour

[7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69

[14] « Relaxation et hypnose thérapeutiques », I. Celestin-Lhopiteau
9° Journée UNESCO- La douleur de l'enfant, quelles réponses ?-17 Décembre 2001, www.pediadol.org

les enfants car elles permettent une approche synthétique et non pas, explicative et interprétative.

C'est une ouverture à une pluralité de significations qui coexistent, une communication à plusieurs niveaux en même temps. Il y a une créativité partagée, le thérapeute construit une histoire, une métaphore, et l'enfant crée un ou plusieurs sens : il peut y projeter son propre problème et imaginer différents chemins pour y faire face. Le jeu, les dessins, les contes... sont autant de supports métaphoriques, qui en général font partie de l'univers de l'enfant, et qui le plongent dans un état naturel d'hypnose et le mettent en contact plus amplement avec son imagination. C'est avec toute la force de cette dernière, que l'enfant va se projeter dans ces diverses métaphores, mettant en scène les multiples facettes d'une réalité possible pour reconfigurer son monde, changer sa relation au monde et à soi-même :

- A travers les contes, la souffrance de l'enfant peut être abordée de façon métaphorique : une histoire construite à partir de ses centres d'intérêt, la technique de se raconter mutuellement des histoires. Il faut que l'histoire fasse écho aux angoisses de l'enfant, à ses émotions, ses désirs, et mette en scène sa problématique.
- Le jeu qui est en lui-même un mode d'expression, et en même temps, un outil relationnel, permet à l'enfant d'extérioriser ses émotions. Pendant le jeu, il peut par exemple exprimer la colère ou l'angoisse, explorer cette émotion librement à travers les différents personnages pour arriver à s'en libérer.
- Le dessin est un autre moyen d'exploration, par l'enfant, de ces différentes ressources en hypnose. La technique des 3 dessins de Joyce Mills, propose à l'enfant de dessiner sa difficulté, puis de redessiner son problème résolu, et enfin, de dessiner ce qui s'est passé entre le dessin 1 et 2.

Chaque enfant a une vision du monde qui est une création personnelle, une œuvre d'art faite de sa façon de décoder le monde et d'y réagir. Chaque individu, chaque enfant, au travers de ses expériences, établit des liens de causalité en s'appuyant sur certaines croyances. Cela nous paraît important pour faire face. Mais la vie se charge de détruire ces constructions fragiles. Devant la construction de nos anciens repères, nous pensons que notre monde va s'écrouler. Pendant l'hypnose, ce travail avec l'imaginaire, où différentes réalités sont possibles, fait prendre conscience à l'enfant que sa vision du monde n'est qu'une construction, et qu'il y en a d'autres possibles. Cette construction, qui a été utile, ne l'est plus dans la situation qui pousse à consulter. Il expérimente que ce remaniement de repères ne provoque pas l'écroulement de son monde.

En hypnose, le but est de permettre à l'enfant d'activer ses propres ressources. Cela a à voir avec cette notion de résilience de l'enfant qui est « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* ». Il arrive que face au problème, nous nous heurtions à un mur en répétant les mêmes façons de réagir. Il suffit parfois de faire un « pas de côté »

pour observer la situation sous un autre angle de vue. La séance d'hypnose le permet, l'enfant n'a plus à faire face, il peut lâcher prise et, c'est dans ce moment particulier qu'il peut accéder à d'autres stratégies.

IV. CONCLUSION

Lors des séances d'hypnose, c'est avec l'imaginaire, comme nous venons de le voir, que l'enfant découvre ses possibilités de changement mais aussi à partir de ses expériences corporelles. Les enfants sont de plus en plus amenés à développer leurs capacités à rationaliser, au détriment de l'exploration du monde par le ressenti. En hypnose, l'enfant prend conscience de ce qui se passe dans l'instant présent, Hic et Nunc, ici et maintenant, dans une relation aux autres et au monde qui ne passe pas seulement par un moi pensant, en explorant l'éventail des sensations, des émotions et des pensées, donc en communiquant plus largement. Pendant la séance, l'enfant passe d'une conscience restreinte centrée principalement sur l'intellect, à une conscience plus large qui prend racine dans la conscience corporelle et émotionnelle se réarticulant à l'intellect. L'enfant expérimente, prend conscience de sa respiration, de sa posture, des sensations de contact avec son corps. Travailler avec la respiration, c'est savoir en tenir compte pendant la séance mais aussi à d'autres moments. Ce travail est un moment important de la séance puisqu'il existe une relation bilatérale entre respiration et état émotionnel. En effet, la vie psychique influence la respiration et, inversement. C'est au travers de cette conscience du corporelle, que l'hypnose permet le non contrôle, le lâcher prise, qui laisse apparaître un sentiment de soi stable et authentique, un sentiment de confiance en soi.

L'hypnose, dans la prise en charge de la douleur, est d'une aide précieuse, complément indispensable aux différentes thérapeutiques utilisées lors de gestes douloureux. Pour l'enfant, sa famille et l'équipe soignante, elle permet la mise en place d'un travail d'équipe, en respectant une approche plus psychologique et une meilleure manière de communiquer. Les enfants sont plus détendus, avec un contact plus facile, voire une complicité avec le soignant. Ils apprennent des stratégies de manière à faire face, qu'ils pourront utiliser au delà de l'épisode pour lequel ils sont hospitalisés.

L'impact sur leur vie future est évident, avec une manière très positive d'aborder l'existence.

Le monde imaginaire de l'enfant pousse les thérapeutes à être créatifs, à renouveler leurs métaphores, à faire « ressortir » l'enfant qui est en eux. Cet accompagnement est aussi un moyen pour le thérapeute de se faire plaisir et de lutter contre un « burn-out » éventuel.

François Nietzsche définissait la maturité de l'homme comme la capacité de retrouver le sérieux qu'il mettait au jeu, étant enfant. Cette expérience que vit l'enfant pendant l'hypnose est un moyen précieux de rester en contact à l'âge adulte avec son imaginaire et la globalité de son corps, et ainsi, de préserver un autre mode de communication avec soi-même et avec les autres.

CHAPITRE 2: METHODOLOGIE

I. TERRAIN DE RECHERCHE

1. Recherches bibliographiques

Elles se sont effectuées aux bibliothèques du CHU de Toulouse, sur les sites de Purpan et de Rangueil, et sur internet et ont duré environ deux mois.

2. Choix du lieu de l'enquête

Au CHU de Toulouse, seulement deux personnes, IADE, pratiquent l'hypnose : une sur les adultes et une en pédiatrie. Ayant donc peu de personnes ressources sur le lieu même de ma formation, il m'a semblé judicieux d'ouvrir mon enquête sur d'autres lieux, et donc d'autres personnes, afin de connaître les pratiques et ainsi de concrétiser ma recherche bibliographique.

3. Choix des personnes à interroger

Je savais la population sur laquelle je voulais enquêter mais où et comment la trouver ?

En effet, je cherchais une population travaillant en pédiatrie (médecins, infirmières, puéricultrices, infirmières anesthésistes...) **ET** pratiquant l'hypnose, or ces deux exigences étaient difficiles à corrélérer.

Je me suis donc constituée un carnet d'adresses comprenant d'une part, les auteurs de mes différentes références bibliographiques, dont j'étais sûre qu'ils pratiquaient l'hypnose, et d'autre part les personnes inscrites sur le site web de l'ADARPEF (Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française) travaillant en secteur pédiatrique, ne sachant pas si l'hypnose était une pratique dans leur institution.

Ainsi, j'ai eu en ma possession environ 80 adresses sur l'ensemble de la France.

4. Choix de la méthode d'enquête

La méthode s'est alors imposée d'elle-même.

4.1. Choix de l'outil

Le questionnaire (annexe 2) m'a semblé l'outil le mieux adapté à mon enquête, du fait du nombre de personnes que je voulais interroger, mais aussi, du fait de leur répartition géographique ; ces deux points rendant impossible l'observation et/ou l'entretien.

4.2. Choix de la distribution

Etant donné l'étendue géographique de l'ensemble des personnes à interroger, internet m'a paru la solution la mieux adaptée afin de distribuer le plus de questionnaires possibles, ceci résolvant les problèmes de temps et de coût induits par l'envoi de courriers postaux.

Ce choix a réduit mon carnet d'adresse à 60 personnes sur l'ensemble de la France.

II. PRESENTATION DE L'OUTIL UTILISE

1. Objectifs du questionnaire

Ce questionnaire m'a permis :

- d'identifier les personnes,
- de quantifier la pratique de l'hypnose en pédiatrie et plus particulièrement en anesthésie pédiatrique,
- d'identifier les domaines d'application de l'hypnose en pédiatrie,
- d'identifier les avantages et les inconvénients de l'hypnose en pédiatrie,
- de connaître les conditions de pratique de l'hypnose en pédiatrie, et
- de connaître la satisfaction, les besoins et les attentes des personnes pratiquant l'hypnose en pédiatrie.

2. Test du questionnaire

Après quelques remaniements du questionnaire, je l'ai testé auprès de mon référent, de mes collègues de promotion, ainsi qu'auprès de mon entourage.

Ce test, et les retours que j'ai eu, m'ont permis de réajuster une dernière fois le questionnaire avant son envoi.

3. Contenu du questionnaire

Le questionnaire, précédé d'une lettre explicative (annexe 2), comprend 15 questions :

- deux d'identification,
- des questions dites « fermées » comportant une autre possibilité de réponses,
- des questions dites « cafétéria » ou à choix multiples, et
- des questions ouvertes.

4. Modalités de distribution

J'ai envoyé les questionnaires par e-mail :

- individuellement, permettant ainsi l'anonymat de chaque personne,

-le même jour, avec un laps de temps de quinze jours pour en prendre connaissance et y répondre, et
-en demandant à chacun de faire suivre ce questionnaire s'il connaissait des personnes susceptibles de pouvoir compléter cette enquête.

5. Modalités de récupération

Rapidement, dans les premières 48 heures suivants l'envoi, 19 personnes m'ont répondu, toutes sympathiquement, qu'elles « ne pratiquaient pas ou pas encore » l'hypnose en pédiatrie ; c'était le risque étant donné le choix des personnes à interroger, pourtant certaines d'entre elles, ont fait suivre mon questionnaire ou m'ont donné les adresses mails de personnes susceptibles d'y répondre.

J'ai trouvé très sympathique de leur part de me répondre, même si elles n'étaient pas concernées par mon sujet.

Par la suite, j'ai reçu 10 réponses positives au questionnaire envoyé avec 4 personnes intéressées pour la mise à disposition de mon travail d'intérêt professionnel, ce dernier point étant pour moi une satisfaction malgré le peu de retour de questionnaires.

III. PRESENTATION DU TRAITEMENT DES DONNEES

J'ai donc récupéré 10 questionnaires qui ont été traités manuellement question par question.

Les réponses de chaque question sont présentées sous forme d'histogrammes et de tableaux suivis d'une analyse.

Différentes réponses ont été regroupées selon leur pertinence permettant ainsi une corrélation et une visualisation des objectifs et actions à proposer.

IV. DIFFICULTES RENCONTREES

D'une part, le sujet choisi est très précis, d'où certainement une première partie très littéraire et manquant de pratique concrète.

D'autre part, du fait d'une pratique restreinte, en tout cas dans la région toulousaine, j'ai eu la difficulté à trouver la population adéquate pour une enquête sur « l'hypnose en pédiatrie », ainsi que des personnes ressources.

Enfin, et cela découle des remarques précédentes, les contraintes géographiques font que le contact est indirect et impersonnel.

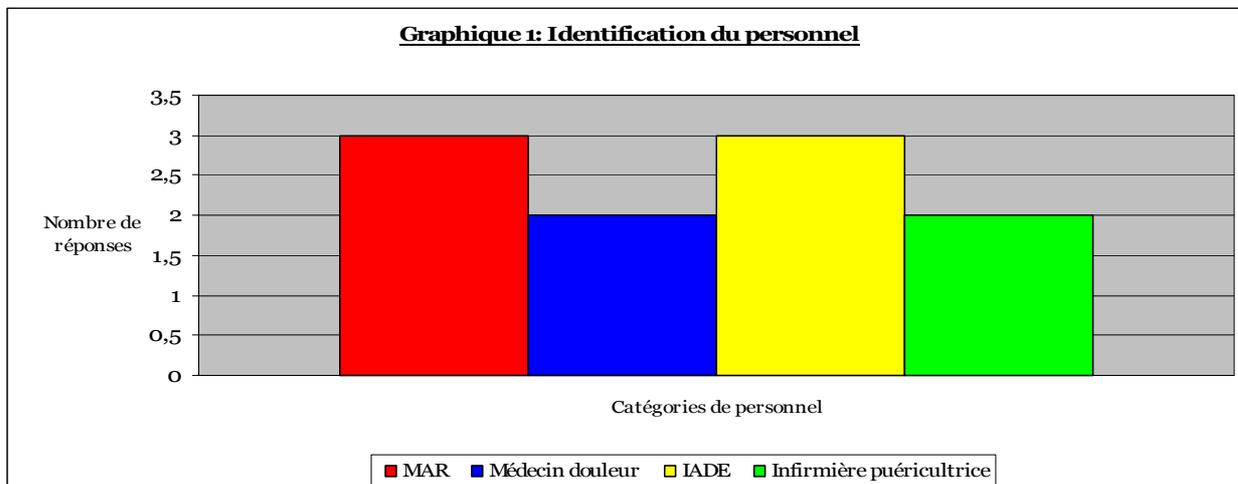
En effet, il s'agit là d'un sujet ayant attiré à la relation humaine, et je regrette ne pas avoir eu l'occasion de vivre par moi-même, même en tant qu'observatrice, la pratique de l'hypnose dans quelques contextes que ce soit.

CHAPITRE 3:
CHAPITRE 3:
RESULTATS ET ANALYSES
RESULTATS ET ANALYSES

I. IDENTIFICATION DES PERSONNES

Question 1 : « Vous êtes : »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires



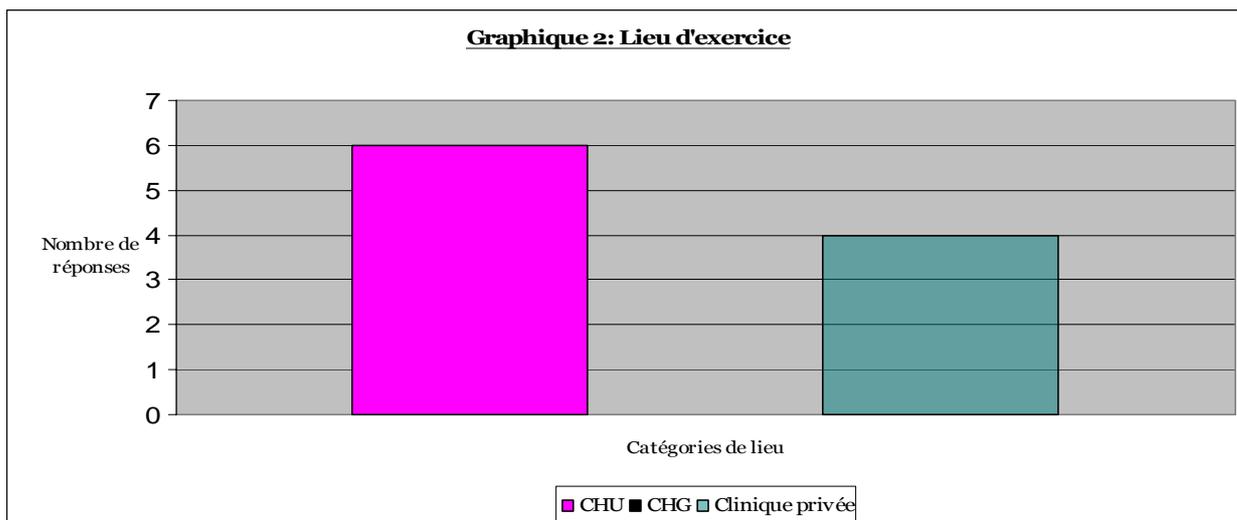
Analyse : Je constate la parité entre médecins et infirmier(e)s, toute spécialité confondue, qui pratiquent l'hypnose.

Toutefois, les soignants travaillant en anesthésie (MAR, IADE) ont répondu majoritairement.

Quant aux autres catégories de personnel, elles se répartissent équitablement entre les médecins douleur et les infirmières puéricultrices.

Question 2 : « Vous exercez dans un : »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires

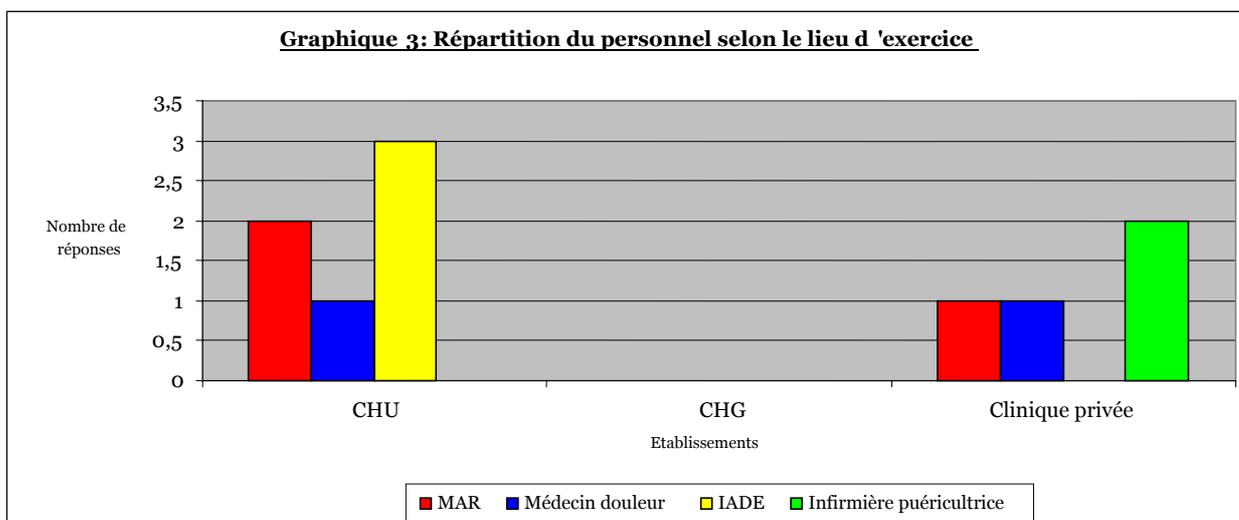


Analyse : 6 personnes sur les 10 interrogées travaillent en CHU, et 4 en clinique privée.

Aucune personne de CHG n'a répondu au questionnaire.

Plusieurs possibilités de réponses à cela :

- les CHU et les cliniques privées s'investissent plus dans la prise en charge des enfants hospitalisés, du fait qu'ils en accueillent en plus grand nombre de part leurs spécialités médicales et chirurgicales ; contrairement aux CHG qui accueillent une population plus variée, et qui pratiquent une médecine et une chirurgie polyvalente.
- les CHU et les cliniques privées ont des « budgets formations » plus important que les CHG, ce qui favorise et facilite l'accès aux formations professionnelles. En effet, une formation en hypnose est onéreuse, nécessite un investissement personnel sur du long terme, et une mobilité géographique.
- les réticences liées à l'image que véhicule l'hypnose.



Analyse : Pour les MAR, 2 pratiquent l'hypnose au CHU et le troisième en clinique privée.

Les médecins douleur se répartissent équitablement, un en CHU, et un en clinique privée.

Les 3 IADE pratiquent l'hypnose en CHU.

Les 2 infirmières puéricultrices, quand à elles, exercent en clinique privée.

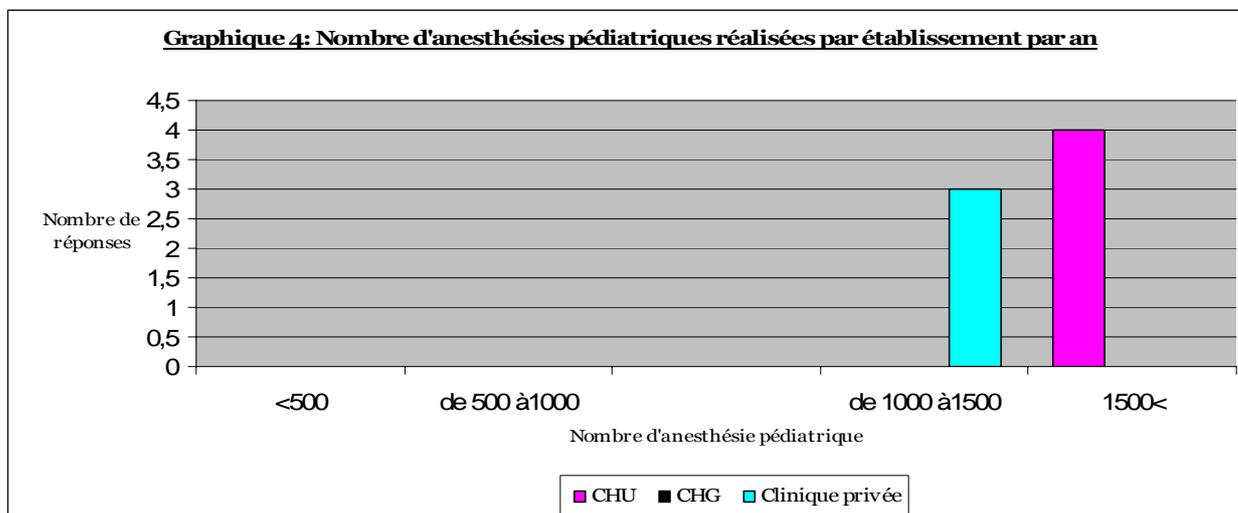
Peu importe le lieu d'exercice des praticiens en hypnose, le personnel médical et paramédical sont représentés en CHU et en clinique privée.

Toutefois, concernant le paramédical, je constate qu'il s'agit d'infirmiers spécialisés (anesthésistes ou puéricultrices), et que leur répartition par spécialité est identique à leur répartition par établissement.

II. QUANTIFICATION DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE

Question 3 : « Combien d'anesthésie pédiatriques réalisez-vous dans votre établissement par an ? »

Résultats : 7 réponses sur 10 questionnaires



Analyse : Les cliniques, qui ont répondu, réalisent toutes plus de 1000 anesthésies pédiatriques par an, et plus de 1500 pour les CHU.

Le nombre d'anesthésies pédiatriques est conséquent dans les deux cas, et m'interroge quant à l'importance de la qualité de la prise en charge de ces enfants en pré, per et post opératoire.

Les 3 personnes n'ayant pas répondu sont les 2 médecins douleur, ainsi qu'une IADE, qui ne pratique plus en bloc opératoire.

Les 2 infirmières puéricultrices ont répondu, mais logiquement, de part leur spécialité elles doivent travailler préférentiellement en service de pédiatrie (médecine, chirurgie, réanimation....), et non en bloc opératoire.

Question 4 : « Quel pourcentage de ces anesthésies est réalisé sous hypnose ? »

Résultats : 7 réponses sur 10 questionnaires

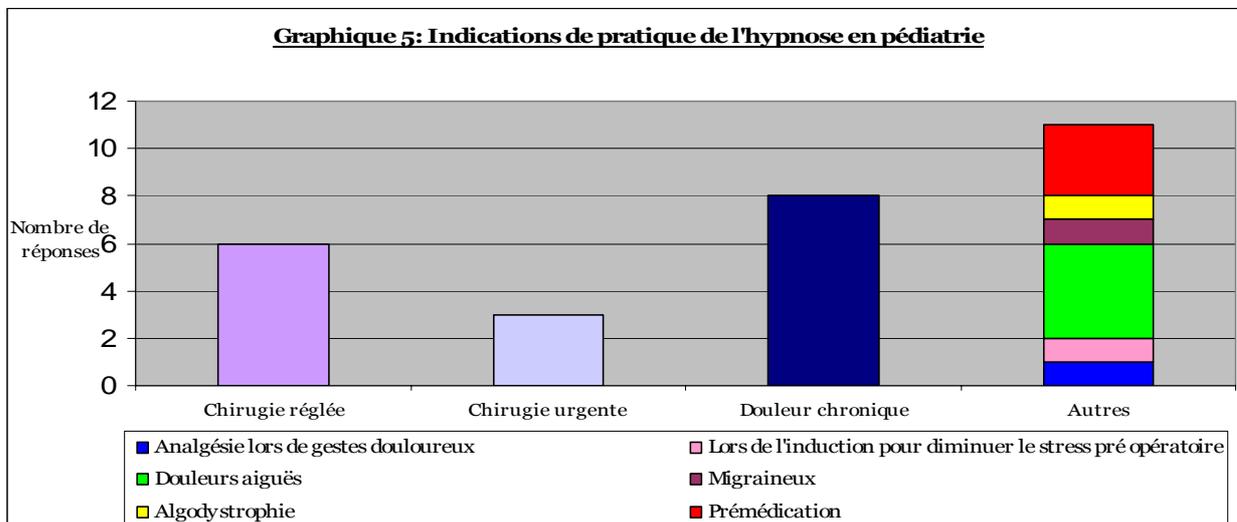
- 3 personnes répondent « peu » sans donner de chiffres, dont une précise que c'est une « pratique croissante »,
- 1 personne cote à 0,5% le pourcentage d'anesthésies pédiatriques réalisées sous hypnose, en précisant qu'elle est la seule à être formée dans son établissement, et
- 3 personnes estiment à 1% le pourcentage d'anesthésies pédiatriques réalisées sous hypnose, dont une précise que cette pratique s'effectue lors de « quelques inductions en orthopédie ».

Analyse : Peu des anesthésies pédiatriques citées ci-dessus sont pratiquées avec l'aide de l'hypnose, or la chirurgie infantile est majoritairement ambulatoire, ou tout au moins de courte durée, et l'utilisation de l'hypnose permettrait une optimisation des résultats attendus de ce type de chirurgie.

III. DOMAINES D'APPLICATION DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE

Question 5 : « En pédiatrie, vous pratiquez l'hypnose dans le cadre : »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires



Analyse : Les indications de l'hypnose en pédiatrie se divise en 2 grandes sections :

- dans le cadre de l'analgésie, que ce soit pour des douleurs aiguës ou chroniques, (migraineux, algodystrophie,...), ou lors de gestes douloureux,
- dans le cadre de la chirurgie, que ce soit en pré opératoire (prémédication, diminution du stress...), ou en per et post opératoire (douleurs aiguës, gestes douloureux...).

En effet, dans la réponse « autres » sont citées des indications qui peuvent être regroupées dans les 3 propositions précédentes :

-« lors de l'induction pour diminuer le stress pré opératoire » et « prémédication » peuvent intégrer la « chirurgie réglée » et/ou la « chirurgie urgente »,

-« analgésie lors de gestes douloureux » et « douleurs aiguës » peuvent intégrer les 3 propositions, et

-« algodystrophie » et « migraineux » font parti de la « douleur chronique », et même parfois, de la douleur aiguë.

L'utilisation de l'hypnose en pédiatrie est prépondérante pour les douleurs chroniques et autres, puis vient la chirurgie réglée, et enfin la chirurgie urgente arrive en dernière position.

Ceci peut s'expliquer, par le fait de la nécessité d'une prise en charge rapide et efficace de la part de l'équipe soignante, ce qui ne permet pas toujours, et surtout ne favorise pas une communication suffisante et de qualité avec le patient. Cependant, c'est peut-être justement dans le cadre de l'urgence, que l'hypnose pourrait le plus servir, afin de focaliser le patient sur autre chose que sa douleur et de ce qui se passe autour de lui.

Tableau 2 : Répartition des indications de l'hypnose par catégories de personnel et d'établissement

	CHU			Clinique privée		
	MAR	Médecin douleur	IADE	MAR	Médecin douleur	Infirmière puéricultrice
<u>Chirurgie réglée</u> (6)	2		1	1		2
<u>Chirurgie urgente</u> (3)				1		2
<u>Douleur chronique</u> (8)	1	1	3	1	1	1
<u>Autres</u> (11)	Prémédication (1) Analgésie lors de gestes douloureux (1) Lors de l'induction pour diminuer le stress pré opératoire (1)		Migraineux (1) Algodystrophie (1) Prémédication (2)	Douleurs aiguës (1)	Douleurs aiguës (1)	Douleurs aiguës (2)

Analyse : D'après ce tableau, en CHU, l'hypnose n'est pas pratiquée en chirurgie pédiatrique urgente. J'émetts comme hypothèse, que la chirurgie pédiatrique urgente en clinique privée, revêt un caractère plus relatif qu'en CHU, et qu'elle permet donc une communication de meilleure qualité du fait, du temps imparti en pré opératoire, et peut-être aussi, du fait, du choix du protocole d'anesthésie.

Je remarque également que les médecins douleurs n'interviennent pas lors des chirurgies (régées ou urgentes), mais qu'ils utilisent l'hypnose dans le cadre de la douleur chronique, voire de la douleur aiguë, pour l'un d'entre eux.

Il serait intéressant de savoir ce qui est englobé sous le terme « douleurs aiguës » :

- des gestes douloureux ponctuels (ponction veineuse, mobilisation, pansements...),
- des accès de douleur dans le cadre d'une pathologie chronique,
- une douleur aiguë dans le cadre d'un traumatisme,
- etc...

Enfin, ressort ici comme précédemment, la pratique de l'hypnose par les infirmières puéricultrices lors des chirurgies (régulées ou urgentes). Leur intervention, à mon avis, doit se faire :

- en prémédication, pour la gestion du stress pré opératoire, et
- en post opératoire, dans la gestion de l'analgésie.

A noter aussi, que le MAR et les infirmières puéricultrices, qui travaillent en clinique privée, s'investissent dans toutes les indications proposées.

Question 6 : « Quelle(s) activité(s) sous hypnose souhaiteriez-vous développer en pédiatrie ? »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires

De nombreuses réponses ont été données, qui peuvent se répartir en 3 groupes :

<u>Tableau 3 : Activités sous hypnose à développer en pédiatrie</u>		
Anesthésie	Stress	Douleur
<ul style="list-style-type: none"> - « gestes chirurgicaux courts, où l'anesthésie loco régionale périphérique est possible et efficace », - « agitation post opératoire », - « induction anesthésique ». 	<ul style="list-style-type: none"> - « gestion de l'anxiété pré opératoire », - « prise en charge du stress », - « éducation de l'asthme », - « stress post traumatique », - « préparation des adolescents pour une chirurgie ». 	<ul style="list-style-type: none"> - « douleur chronique », - « douleur », - « soins infirmiers : pose de cath, pansements ... », - « douleurs abdominales », - « pose de sonde gastrique », - « douleurs iatrogènes », -« amputation », - « céphalées, migraines », - « algodystrophie », - « prise en charge post opératoire ».

Une personne a répondu ceci : « L'hypnose peut être utile lors de chaque contact, de chaque soin avec l'enfant, de chaque consultation... mais il faudrait pour cela être un peu plus nombreux à pratiquer. »

Analyse : Le nombre de réponses parle de lui-même, l'hypnose peut intervenir dans de nombreux domaines, du moment que le patient adhère, et elle a sa place en médecine et notamment en pédiatrie. L'hypnose est utilisée autant pour son action sur le psychisme que sur le physique, en sachant que le psychisme agit sur le physique.

D'ailleurs, je constate que certaines réponses peuvent correspondre à plusieurs groupes.

Les praticiens en hypnose, même s'ils sont peu nombreux, semblent être motivés pour intégrer cette technique à leur pratique quotidienne, la voir se développer et être reconnue auprès de leur collègues et des patients.

IV. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE

Question 7 : « Quel(s) intérêt(s) trouvez-vous à pratiquer de l'hypnose en pédiatrie ? »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires

Liste des réponses données :

- « pleins, car cela apporte au patient et à toute l'équipe »,
- « c'est surtout un merveilleux outils de communication. »,
- « complémentarité avec d'autres traitements »,
- « contact avec l'enfant (imaginaire fort) »,
- « l'enfant est plus calme, plus en confiance, moins inquiet »,
- « petit moyen très efficace. »,
- « ludique pour les enfants, et bonne acceptation des parents »,
- « l'hypnose est un moyen de communication fabuleux qui nous apprend à écouter, « voir » le langage de notre patient, quelque soit son âge, afin de pouvoir lui dire les choses dans son langage. L'hypnose nous permet aussi de faire appel aux ressources personnelles du patient, et d'être accompagnant à ses côtés, au lieu d'être le « grand manitou » qui sait ce qui est bon pour son patient. »,
- « adaptée +++ aux enfants même très jeunes (< 5 ans) », et enfin,
- « très efficace car imagerie mentale très développée chez les enfants ».

Analyse : L'ensemble des réponses est très positif et encourageant pour les soignants non-initiés et les patients intéressés par l'hypnose.

Ce qui ressort ici, c'est la communication soignant/soigné, sachant que dans les blocs opératoires celle-ci est souvent réduite à des formalités et reste impersonnelle. Si le patient communique avec le soignant, il va prendre confiance en lui et en l'autre, et adhérera mieux au soin.

Dans le contexte de la pédiatrie, cette confiance de l'enfant au soignant est encore plus marquée et importante, car si l'adulte arrive plus ou moins à contenir ses émotions, l'enfant, lui, exprimera très rapidement sa peur, notamment par des pleurs, une agitation ou tout autre manifestation de refus. Il est donc primordial de détourner la peur de l'enfant en jouant avec lui, en lui faisant raconter une histoire, ce qu'il aime faire... et c'est par ces différents moyens que l'hypnose « entre en jeu ».

Question8 : « Quel(s) inconvénient(s) trouvez-vous à pratiquer l'hypnose en pédiatrie ? »

Résultats : 7 réponses sur 10 questionnaires

Pour cette question aussi, différentes réponses ont été données, et peuvent se répartir en 2 thèmes :

Tableau 4 : Inconvénients à pratiquer l'hypnose en pédiatrie	
Le temps	Le lieu
<ul style="list-style-type: none">- « le Temps »,- « présence obligatoire de « l'hypnotiseur » durant toute la séance »,- « l'enfant a plus de difficultés à percevoir la différence entre une anesthésie générale et une hypno sédation. Notre grande ennemie est la douleur, qui même si elle est un peu atténuée sous hypnose, reste une réalité que les enfants ont du mal à gérer. Un adulte plus motivé peut patienter le temps d'une anesthésie locale. L'état de transe hypnotique est plus fluctuant chez un enfant et il ne faut pas être décontenancé parce qu'il parle ou bouge entre deux périodes d'immobilité. »,- « besoin d'être formé (non propre à la pédiatrie) ».	<ul style="list-style-type: none">- « nécessité d'avoir un endroit calme »,- « problème de local (pas de salle réservée, chambre double...) ».

Une seule personne dit ne trouver « aucun » inconvénient à la pratique de l'hypnose en pédiatrie.

Analyse : L'inconvénient dominant à pratiquer l'hypnose en pédiatrie, est le temps, qui lui-même se divise en 3 périodes, que je répertorie chronologiquement de la façon suivante:

- le temps de formation à la technique de l'hypnose,
- le temps de « pré hypnose » nécessaire à la connaissance de l'enfant (son histoire, son langage, ce qu'il aime..., en fait son monde et la perception qu'il en a), et au repérage de son canal sensoriel ou « vakog »,
- le temps du soin pour lequel l'enfant est présent, qui peut être contraignant et immobilisant autant pour le thérapeute que pour l'enfant.

Le second inconvénient est le lieu, qui est souvent impersonnel, bruyant, froid...

Je dirais donc que l'hypnose nécessite un aménagement temporo spatial afin d'optimiser son intérêt et son efficacité, ce qui veut dire :

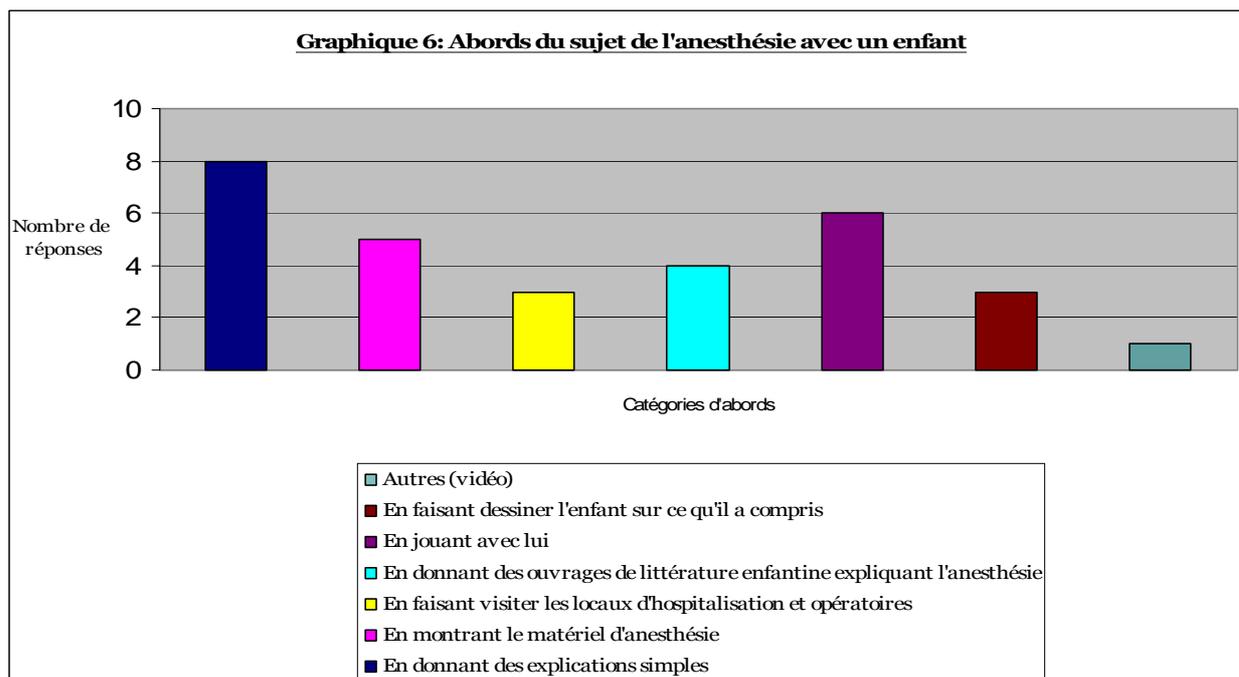
- informer l'ensemble de l'équipe soignante (médicaux et paramédicaux), et former à l'hypnose ceux qui le souhaitent,

- réaménager les plages opératoires ou les soins,
- réorganiser les plannings, et
- repenser le service (prévoir une salle de pré induction par exemple), etc...

V. CONDITIONS DE PRATIQUE DE L'HYPNOSE EN PEDIATRIE

Question 9 : « Comment abordez-vous le sujet de l'anesthésie avec un enfant ? »

Résultats : 8 réponses sur 10 questionnaires



Analyse : L'ensemble des personnes interrogées, donne des explications simples à l'enfant concernant l'anesthésie, et celles-ci s'accompagnent systématiquement d'un autre moyen.

Tous les autres moyens sont cités entre 3 et 6 fois.

J'en conclus que des moyens sont mis en œuvre par tous les intervenants, dans la préparation de l'enfant à l'anesthésie ; bien entendu, comme il m'a été précisé, « les parents participent à cette consultation pré anesthésique, et selon leur « profil », sont même mis à contribution ».

Les 2 personnes n'ayant pas répondu sont les médecins douleur. Quand à l'IADE qui ne pratique plus en bloc opératoire, elle précise qu'elle participe à la préparation pré opératoire de l'enfant, et a donc répondu à la question.

Question 10 : « Avec la consultation pré anesthésique, existe-t-il une consultation d'hypnose ? »

Résultats : 8 réponses sur 10 questionnaires

7 personnes sur 8 répondent négativement à cette question.

Une seule répond positivement.

Comme précédemment, les 2 médecins douleur n'ont pas répondu.

Analyse : L'absence de consultation d'hypnose, et donc d'informations concernant cette technique, me semble être un manque important. En effet, au même titre que l'on explique le déroulement d'une anesthésie loco régionale (par exemple), un premier contact avec le patient me semble indispensable afin de connaître, comme je l'ai dit précédemment, son histoire, son langage, ce qu'il aime..., en fait son monde, et la perception qu'il en a ; ce qui permet, également, le repérage de son canal sensoriel, et donc, de se faire une idée sur les modalités de l'induction hypnotique à venir.

Question 10(suite) : « Si oui, quels en sont les critères ? »

Résultats : 1 réponse sur 10 questionnaires

« Les enfants qui seront opérés sous hypno sédation ont une consultation de pré anesthésie et de préparation à l'hypnose, mais il n'y a pas de première séance. Nous avons dans le service une liste d'opération qui peuvent être proposées sous hypnose par le chirurgien.

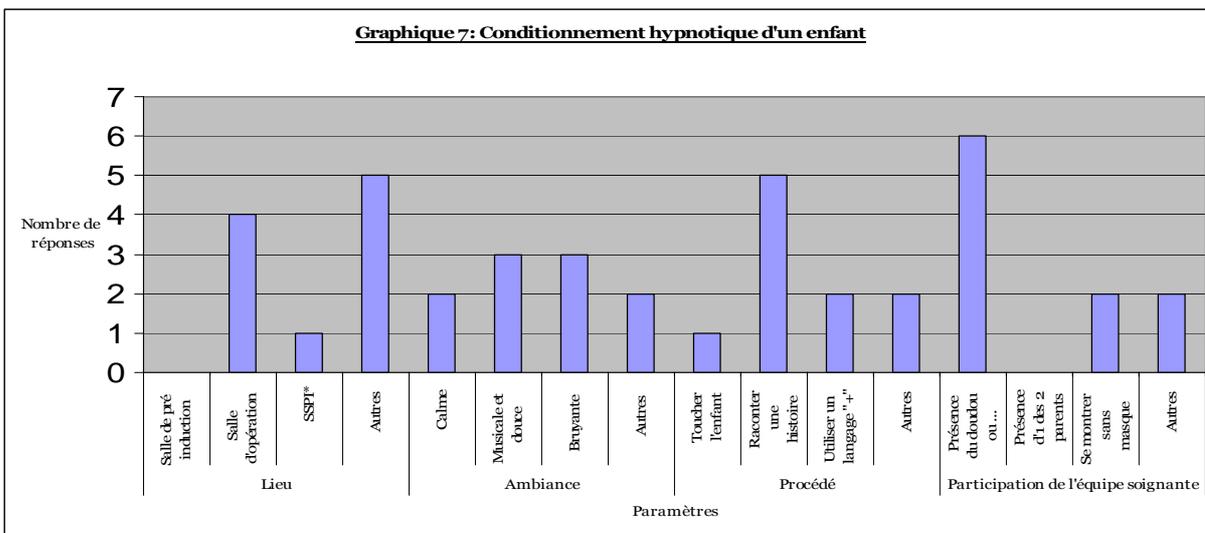
Si les parents et l'enfant le souhaitent, ils peuvent demander à me rencontrer pour que l'on discute ensemble. »

Analyse : Ici, l'hypnose semble être intégrée aux pratiques du service de façon protocolisée, au même titre qu'une autre technique.

Question 11 : « Le plus souvent, le conditionnement hypnotique d'un enfant se fait : »

- A- « dans un lieu : »,
- B- « dans une ambiance : »,
- C- « selon un procédé qui consiste à : »,
- D- « avec la participation de l'équipe soignante qui : ».

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires



*SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

Analyse : Aucun des services ne possède une salle de pré induction, et aucun soignant n'accepte la présence d'un des parents.

Les lieux où l'hypnose est la plus pratiquée sont : la « salle d'opération », puis dans la catégorie « autres » sont citées, 3 fois la « chambre », 1 fois le « couloir » et 1 fois la « consultation ».

L'ambiance, pour pratiquer l'hypnose est variable : une personne précisant que « cela lui est égal... car le bruit gêne surtout le thérapeute », une autre a coché « autres » sans précision. L'hypnose doit donc pouvoir être pratiquée dans n'importe quelle ambiance, bruyante ou non.

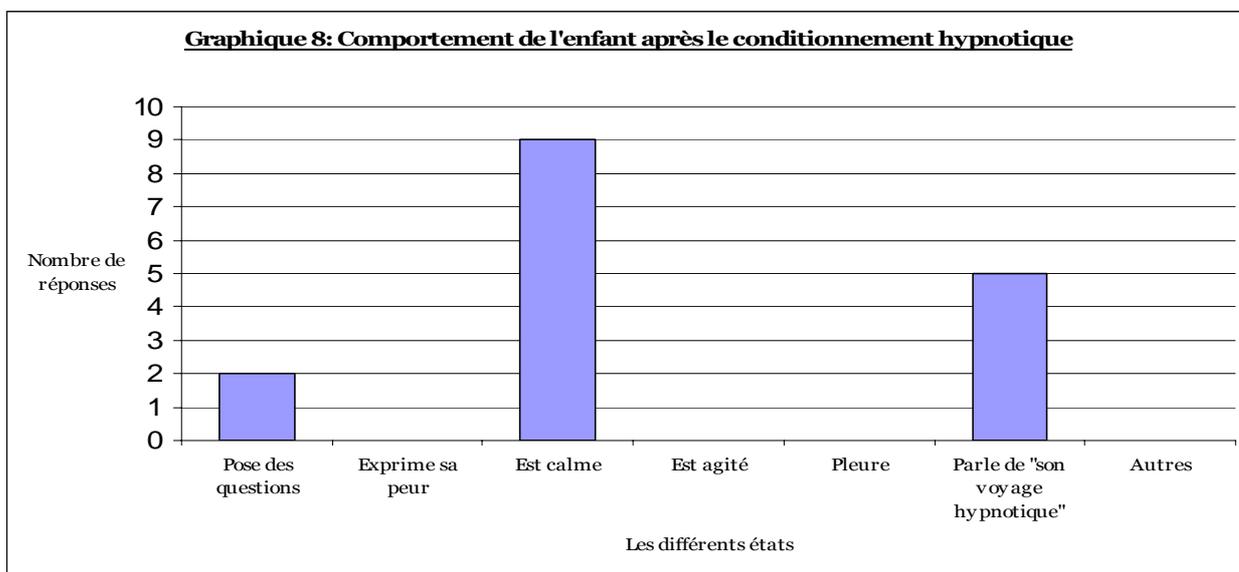
Le procédé le plus utilisé est de « raconter une histoire », vient ensuite l'emploi d'un « langage positif », et enfin, dans « autres » sont cités « le focaliser sur quelque chose » et « différentes méthodes hypnotiques ». En fait, chacun emploie la méthode avec laquelle il se sent le plus à l'aise, et surtout la mieux adaptée à l'enfant et à sa propre histoire.

Une seule personne « touche l'enfant » ; ce paramètre a, semble-t-il, dérangé certains, qui ont mis « ????? ».

L'équipe soignante quant à elle, accepte, pour plus de la moitié, la « présence du doudou ou d'un objet », 2, seulement, « se montre sans masque », 1 réclame le « silence », et 1 « accepte tout ».

Question 12 : « Le plus souvent, après le conditionnement hypnotique, l'enfant : »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires



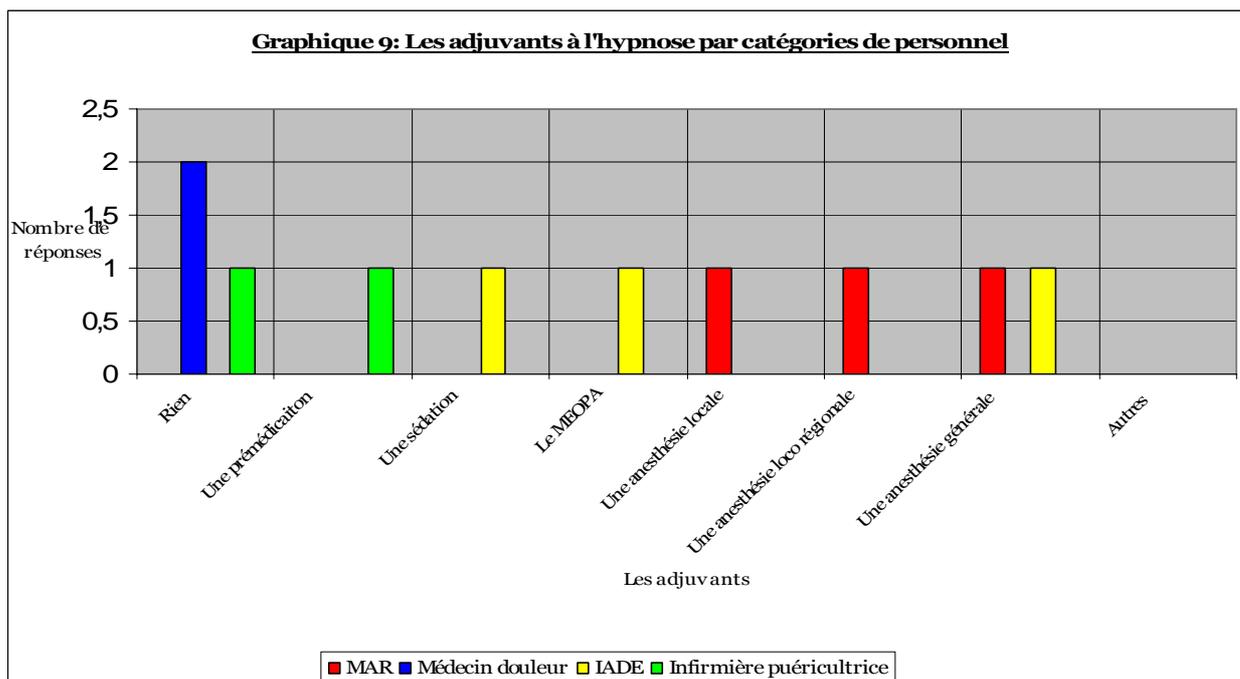
Analyse : Pour 9 personnes sur 10, après le conditionnement hypnotique, l'enfant est « calme ». On peut en déduire un effet positif et apaisant de l'hypnose sur le comportement de l'enfant, et donc par-là même, tout l'intérêt de cette technique dans la gestion du stress, de la peur, de la douleur, etc...

La moitié des enfants participent activement à leur état d'hypnose puisqu'ils parlent de leur « voyage hypnotique », voire « posent des questions » pour 2 des praticiens interrogés.

Ici, se manifeste tout l'intérêt de l'hypnose dans sa version « relaxante », car aucun des autres items proposés, qui sont à tendance plus « négative », n'ont été cochés.

Question 13 : « Le plus souvent, vous associez l'hypnose à : »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires



Analyse : Comme a rajouté une personne, « on peut utiliser l'hypnose pour tout et avec tout ».

VI. SATISFACTION, BESOINS ET ATTENTES

Question 14 : « Etes-vous satisfaits des résultats obtenus sous hypnose ? »

Résultats : 10 réponses sur 10 questionnaires

Oui, entièrement satisfait.

Question 14(suite) : « Si oui, à quel pourcentage les évaluez-vous ? »

Résultats : 2 réponses sur 10 questionnaires

- « L'hypnose rend le patient LIBRE de choisir jusqu'où il veut aller en hypnose, LIBRE de choisir son degré de confort, LIBRE de refuser le jour de l'intervention une telle prise en charge. Dans 100% des cas, je suis heureuse et satisfaite d'avoir proposer cela au patient, et de ne pas lui avoir imposé, d'emblée, un coma médicamenteux qui ne lui apportera rien.

A nous, après, d'être suffisamment honnête pour leur proposer une vraie technique d'hypnose, qui lui donne toutes possibilités d'être en transe hypnotique s'il le souhaite. Une formation continue me paraît indispensable. »

- « Tous les patients sont satisfaits et si ils ne le sont pas, c'est la faute du thérapeute. »

Analyse : C'est le patient qui décide jusqu'où il veut aller en hypnose, donc il ne peut être que satisfait, et la personne qui l'aide dans ce « voyage », aussi.

Question 15 : « Avez-vous des suggestions ? »

Résultats : 5 réponses sur 10 questionnaires

- « C'est un outil de communication tout d'abord, puis on peut faire d'autres choses, dont la prise en charge de la douleur. »

- « L'hypnose est un outil fabuleux pour l'anesthésiste, mais qui doit rester avant tout un bon anesthésiste. L'hypnose redéfinit la place du patient, du médecin dans un rapport qui me convient mieux, et qui montre des bénéfices à plus long terme pour le patient dans la cicatrisation, la rééducation, la réhabilitation post opératoire. »

- « Remarques : je suis un anesthésiste qui ne pratique pas l'hypnose mais qui est tout à fait d'accord pour son utilisation en pédiatrie.

Je suis convaincu que cette technique peut apporter beaucoup chez l'enfant.

Il faudrait avoir la possibilité de pouvoir faire l'hypnose dans un endroit calme et reposant, ce qui n'est pas franchement le cas dans un bloc opératoire.

Je suis également convaincu de l'utilité de l'hypnose pour la prise en charge des douleurs chroniques.

Cette « thérapeutique » fait partie intégrante de notre prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique, dans notre service. »

- « L'hypnose est praticable, à condition d'être formé correctement et régulièrement, et pas seulement initié.

Cette formation devrait être plus longuement exploitée surtout par les IADE en bloc opératoire. »

- « L'hypnose est à utiliser pour les actes infirmiers douloureux, tels qu'ablations de drains, pansements, poses de cathéter, etc..., ce qui met l'enfant en confiance, il est moins apeuré dans un univers qu'il ne connaît pas. »

CHAPITRE 4:
CHAPITRE 4:
PROPOSITIONS D'ACTIONS

A la vue de ces différents résultats et des besoins exprimés, je propose :

L'objectif suivant, qui est : de développer la connaissance et la pratique de l'hypnose, afin d'améliorer la prise en charge d'un enfant dans le cadre d'une chirurgie (réglée ou urgente), en pré, per et post opératoire, ou d'une douleur (aiguë ou chronique), en mettant en place, sous réserve d'acceptation et d'investissement des équipes soignantes, les actions suivantes :

- Information et formation du personnel médical et paramédical sur l'hypnose, et de son intérêt en pédiatrie (définition, indications, avantages/inconvénients, ...).

- Information des parents et des enfants sur l'hypnose, lors de la consultation pré anesthésique ou douleur, avec :

- la création d'une consultation d'hypnose,
- la création d'un tableau des interventions chirurgicales et/ou des anesthésies pouvant utiliser l'hypnose comme adjuvant à d'autres thérapeutiques,
- l'utilisation de différents moyens (visite des locaux, jeux, ouvrages de littérature enfantine, dessin, ...), afin d'expliquer l'anesthésie aux enfants, etc...

- Aménagement d'un lieu calme (salle de pré induction par exemple).

- Création et mise en place d'une échelle d'anxiété et comportementale de l'enfant, à utiliser en pré et post conditionnement hypnotique, afin d'évaluer l'efficacité de l'hypnose sur l'enfant.

- Réorganisation des plages opératoires ou des soins, ainsi que des plannings des soignants.

CONCLUSION

L'hypnose, en tant que nouvelle technique anesthésique, fait aujourd'hui partie intégrante de notre arsenal thérapeutique. Elle procure un grand confort per opératoire tout en évitant un coma pharmacologique. La participation active du patient dans le processus thérapeutique est probablement un facteur important dans leur récupération post opératoire rapide et leur grande satisfaction. Cependant, cette technique impose des changements dans les habitudes de travail de l'équipe opératoire. Les bruits de la salle d'opération doivent être réduits et les manipulations chirurgicales doivent être douces et précises, puisque le patient reste conscient. L'anesthésiste doit rester auprès du patient afin de mieux l'accompagner et suivre la procédure chirurgicale. Il faut tenir compte des besoins physiologiques et psychologiques du patient, ce qui nécessite une compétence supplémentaire de l'équipe opératoire : plus grande habileté opératoire de la part du chirurgien, savoir-faire dans la technique d'hypnose et de sédation intraveineuse consciente de la part de l'anesthésiste. Cette technique est un nouveau défi lancé aux anesthésistes et aux chirurgiens.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Anesthésie et ... pédiatrie : petit guide d'anesthésie pédiatrique pratique »
Y. Meymat, M. Dubreuil, 1994, laboratoire Janssen, ISBN : 2-91-0070-12-3, www.adarpef.org
- [2] Communiqué de presse « Je vais me faire opérer. Alors, on va t'endormir ! »
E. Niel Bordenet, T. Bernard, 11 Avril 1996,, www.sparadrap.org
- [3] « La consultation d'anesthésie pédiatrique », E. Wodey, V. Gai, C. Ecoffey
Conférences d'actualisation 1998, p. 9-20, © 1998 Elsevier, Paris, et SFAR, www.sfar.org
- [4] « La peur de l'anesthésie », M. Charlot (cadre infirmière anesthésiste, Paris)
Revue « Interbloc », Tome XVII, n°2, Juin 1998, p. 97-99, Edition Masson
- [5] « Validation préliminaire d'un instrument d'évaluation du comportement de l'enfant en pré et post opératoire »
Revue « Recherche en soins infirmiers », n°36, Mars 1994, p. 64-73
- [6] « L'hypnose en anesthésie-réanimation », M.E. Faymonville (CHU Liège, Belgique)
Revue « OxyMag », n° 69, Avril 2003, p. 25-27, Edition Masson
- [7] « Le renouveau de l'hypnose », J.M. Benhaiem
Revue « Santé mentale », n°103, Décembre 2005, p. 21-69
- [8] « Hypnose ericksonienne », J. Boutillier, © copyright 1996-2004
psychodoc.free.fr
- [9] « L'hypnose médicale », J. Hoareau
Collection Essentialis, n°29, Septembre 1996, Edition Morisset, ISBN : 2-909509-66-4
- [10] « L'hypnose, l'autre sommeil qui soigne », F. Van Ingen, M. Castello, S. Di Pasquale, M. Royer de Vericourt
Magazine « Ca m'intéresse », Janvier 2005, p. 60-68, Edition Prisma Presse
- [11] « L'hypnose, la relaxation, qu'est-ce que c'est, comment ça marche ? », C. Wood, A. Bioy, I. Celestin-Lhopiteau
Compte-rendu de la réunion du Club Douleur Ile-de-France du 11 Janvier 2005,
www.pediadol.org

[12] « L'hypnose et la douleur », C. Wood, N. Duparc, V. Leblanc, C. Cunin-Roy
Revue « Médecine Clinique *pour les pédiatres* », n°II, Mai-Juin 2004, p. 40-44,
www.pediadol.org

[13] « Aspects cliniques et pratiques de l'hypnose chez l'enfant », C. Wood, S. Tyzio
Compte-rendu de la réunion du Club Douleur Ile-de-France du 18 Janvier 2001,
www.pediadol.org

[14] « Relaxation et hypnose thérapeutiques », I. Celestin-Lhopiteau
9° Journée UNESCO- La douleur de l'enfant, quelles réponses ?-17 Décembre 2001,
www.pediadol.org

ANNEXES

Annexe 1 : Charte de l'enfant hospitalisé

Charte de l'enfant
hospitalisé



Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants - UNESCO

1

L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2

Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3

On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.

On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5

On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.

On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

Annexe 1 (suite) : Charte de l'enfant hospitalisé

6

Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7

L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8

L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9

L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10

L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

*Cette charte a été préparée par plusieurs associations européennes à Leiden en 1988.
Elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés. Pour soutenir son application en France, faites-la connaître autour de vous.*

Annexe 2 : Questionnaire pour travail d'intérêt professionnel d'eiade

Etudiante en 2^o année d'infirmière anesthésiste au CHU de Toulouse, j'effectue mon travail d'intérêt professionnel sur la pratique de l'hypnose en anesthésie pédiatrique.

J'ai donc établi un questionnaire afin de recenser ces pratiques au sein de différents établissements.

Ce questionnaire est anonyme et **à renvoyer au plus tard le 14 Avril 2006** à l'adresse suivante **poussines@hotmail.fr**

Après dépouillement et analyse, ce travail d'intérêt professionnel sera mis à votre disposition, sur demande.

Je vous remercie par avance pour votre aide et vous demanderais de faire suivre ce questionnaire si vous connaissez des personnes susceptibles de pouvoir compléter cette enquête.

Pour répondre aux questions à choix multiples (si vous ne pouvez pas cocher les réponses voulues) :

- *Sélectionnez dans la barre d'outil l'icône « surlignage » (qui est le plus souvent l'avant dernière icône),*
- *Cliquez une fois sur la flèche à droite de cette icône,*
- *Cliquez une fois sur une couleur,*
- *Revenez à la question, à la place du curseur apparaît un marqueur,*
- *Ce dernier permet de surligner la réponse voulue en cliquant dessus sans relâcher la souris.*

A renouveler pour chaque question à choix multiples.

Le marqueur se supprime automatiquement quand il s'agit de répondre à une question ouverte.

Annexe 2 (suite) : Questionnaire pour travail d'intérêt professionnel d'eiade

- 1- Vous êtes :** MAR
 IADE
 Autres (précisez)....

- 2- Vous exercez dans un :** CHU
 CHG
 Clinique privée

3-Combien d'anesthésies pédiatriques réalisez-vous dans votre établissement par an ?

- <500
- de 500 à 1000
- de 1000 à 1500
- >1500

4- Quel pourcentage de ces anesthésies est réalisé sous hypnose ?

**5- En pédiatrie, vous pratiquez l'hypnose dans le cadre :
(plusieurs réponses possibles)**

- d'une chirurgie réglée
- d'une chirurgie urgente
- d'une douleur chronique
- autre (précisez)...

6- Quelle(s) activité(s) sous hypnose souhaiteriez-vous développer en pédiatrie ?

-
-
-
-

7- Quel(s) intérêt(s) trouvez-vous à pratiquer de l'hypnose en pédiatrie ?

-
-
-

8- Quel(s) inconvénient(s) trouvez-vous à pratiquer l'hypnose en pédiatrie ?

-
-
-
-

Annexe 2 (suite) : Questionnaire pour travail d'intérêt professionnel d'eiade

9- Comment abordez-vous le sujet de l'anesthésie avec un enfant ? (Plusieurs réponses possibles)

- en donnant des explications simples
- en montrant le matériel d'anesthésie
- en faisant visiter les locaux d'hospitalisation et opératoires
- en donnant des ouvrages de littérature enfantine expliquant l'anesthésie
- en jouant avec lui
- en faisant dessiner l'enfant sur ce qu'il a compris
- autre(s) (précisez)....

10- Avec la consultation pré anesthésique, existe-t-il une consultation d'hypnose ?

- oui
- non

Si oui, quels en sont les critères ?

-
-
-
-
-

11- Le plus souvent, le conditionnement hypnotique d'un enfant se fait: (une seule réponse possible par item)

A- dans un lieu qui est :

- une salle de pré induction
- la salle d'opération
- la SSPI
- autre (précisez)....

B- dans une ambiance

- calme
- musicale et douce
- bruyante (celle du bloc opératoire)
- autre (précisez)...

C- selon un procédé qui consiste à:

- toucher l'enfant
- raconter une histoire
- utiliser un langage « positif »
- autre (précisez)...

D- avec la participation de l'équipe soignante qui :

- accepte la présence du doudou ou d'un jouet
- accepte la présence d'un des deux parents
- se accepte de se montrer sans masque
- autre (précisez)...

Annexe 2 (suite) : Questionnaire pour travail d'intérêt professionnel d'aide

12- Le plus souvent, après le conditionnement hypnotique l'enfant :

- pose des questions
 - exprime sa peur
 - est calme
 - est agité
 - pleure
 - parle de son « voyage hypnotique »
- Autre (précisez)...

**13- Le plus souvent, vous associez l'hypnose à :
(Une seule réponse possible)**

- Rien
- Une prémédication
- Une sédation
- Le MEOPA
- une anesthésie locale
- une anesthésie locorégionale
- une anesthésie générale
- Autre (précisez)...

14- Etes vous satisfaits des résultats obtenus sous hypnose ?

- Oui
- Non

A quel pourcentage les évaluez-vous ?

15-Avez-vous des suggestions ?

-
-
-
-
-

L'HYPNOSE EN PEDIATRIE

Selon l'encyclopédie médico-chirurgicale, l'hypnose constitue « un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce «débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure » qui suppose un certain « lâcher-prise » équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient ».

Ainsi, l'hypnose utilise des techniques ludiques, qui apportent une certaine détente, améliorent l'approche de l'enfant, son vécu de la douleur, et lui permettent de « faire face ». Elle apparaît comme un complément indispensable dans le traitement de la douleur aiguë ou prolongée. Elle permet de surcroît la mise en place d'un travail d'équipe entre l'enfant, sa famille, les soignants et le thérapeute, dont le vécu est amélioré car il doit être créatif (renouveler ses métaphores, et s'adapter au monde de l'enfant).

Ce travail avec les enfants nous rappelle inmanquablement à quel point la place de l'imagination est importante dans la thérapie, d'un point de vue prophylactique et de façon plus générale dans l'évolution personnelle de chacun.

INDEX