



Diplôme Inter Universitaire d'hypnose médicale et clinique. Année 2017/2018

**L'HYPNOSE, UN OUTIL D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES PICS D'ANXIÉTÉ  
LORS DES SOINS DOULOUREUX EN PÉDIATRIE**

Dans le cadre d'une mission transversale d'Infirmière Ressource Douleur en Centre  
Hospitalier Régional Universitaire

GAÜZÈS Valérie

Sus la direction de MOREAUX Thierry

Chaque enfant qui joue se conduit comme un écrivain, dans la mesure où il crée un monde à son idée, ou plutôt arrange ce monde d'une façon qui lui plaît [...] Il joue sérieusement. Ce qui s'oppose au jeu n'est pas le sérieux, mais la réalité.

S. Freud 1908

cité par Maud Mannoni, *La théorie comme fiction*, Paris, Seuil, 1979

Tous mes remerciements vont aux intervenants et formateurs de ce DIU,  
Aux étudiants de cette promotion pour leur bienveillance et leur bonne humeur,  
A Thierry, mon directeur de mémoire,  
A Céline ma psychologue hypnothérapeute préférée pour sa guidance,  
  
Et surtout, aux enfants et à leurs parents qui me nourrissent chaque jour...

## PLAN

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>6-9</b>
<b>2. REVUE THÉORIQUE des TRAVAUX et PROBLEMATIQUE</b>	<b>10</b>
<b>2.1 La douleur et l'enfant</b>	10
<b>2.1.1</b> Ce que l'enfant perçoit, peut comprendre et dire de sa douleur	10-11
<b>2.1.2</b> Définitions et composantes de la douleur	12-13
<b>2.1.3</b> Physiopathologie simplifiée de la douleur et classification	13-14
<b>2.1.4</b> La douleur induite par les soins	14-15
<b>2.2</b> Peur, anxiété, angoisse ou phobie ?	15-16
<b>2.2.1</b> Qu'est-ce que la peur ?	16
<b>2.2.2</b> Qu'est-ce que l'anxiété ?	16
<b>2.2.3</b> Qu'est-ce que l'angoisse ?	16
<b>2.2.4</b> Qu'est-ce que la phobie ?	17
<b>2.3</b> L'hypnose et les enfants	17-18
<b>2.3.1</b> Qu'est-ce que l'hypnose ?	18-19
<b>2.3.2</b> L'hypnoanalgésie : la gestion de la douleur « sensation » et « émotion » lors des gestes iatrogènes	19-27
<b>3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b> Le cadre de ma rencontre avec les enfants	28
<b>3.2</b> Les patients, la demande et leur problème	28-31
<b>3.3</b> Les informations données à l'enfant et à ses parents concernant l'outil hypnotique	31
<b>4. RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b> Situation clinique N°1 : L. 9 ans. Geste : injection intramusculaire	32-34
<b>4.2</b> Situation clinique N°2 : A. 14 ans. Geste : pose d'une voie veineuse. périphérique au pli du coude pour traitement intraveineux sur 4 heures.	35-38
<b>4.3</b> Situation clinique N°3 : F. 8 ans. Geste : pose d'une aiguille de Huber dans une chambre implantable.	38-40
<b>5. DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE</b>	<b>41</b>
<b>5.1</b> Origine de la demande	41-42
<b>5.2</b> Ce que m'ont appris ces expériences en rapport avec la théorie	42-44
<b>5.3</b> Réflexions sur l'accompagnement de F.	45

5.4 Un bénéfice mesurable	45-46
5.5 L'hypnose, un outil de prévention et d'aide à l'autonomie	46
5.6 L'apport de l'hypnose dans ma pratique professionnelle	46-47
<b>6. CONCLUSION</b>	<b>48-49</b>
<b>7. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>50-52</b>
<b>8. ANNEXES</b>	<b>52</b>

## 1. INTRODUCTION

Infirmière en service d'oncologie hématologie pédiatrique dans un centre hospitalier régional universitaire de référence pour le suivi et traitement des cancers de l'enfants pendant toute ma carrière professionnelle, je me rends rapidement à l'évidence que l'enfant, quel que soit son âge, a une grande capacité à faire face et à s'adapter aux événements douloureux et angoissants qui vont venir ponctuer, de façon récurrente, son quotidien d'enfant atteint de maladie grave.

Je prends également conscience de sa grande vulnérabilité et de l'aide indispensable que lui apportent les « aidants naturels » que sont ses parents et celle, de façon plus générale, des adultes « protecteurs » qui l'entourent dont font partis les soignants.

J'observe comme ce petit être en développement est avide de communication, de relation, d'attention, de bienveillance, de partage de jeux et d'imaginaire et me plait à aller le rejoindre dans son monde plutôt que de lui demander de s'adapter au mien et à celui du monde médical qui l'entoure, empreint de rigueur, de haute technicité, d'organisation optimale et de résultats attendus.

« Retourne à l'origine, redeviens un enfant », phrase de Lao-Tseu issue du Tao-Te-King prend alors tout son sens lorsque l'on travaille avec des enfants.

La maladie cancéreuse expose l'enfant à la douleur, celle provoquée par la maladie elle-même, ou encore induite par les procédures de soin. Les moyens médicamenteux dont nous disposons pour y faire face, sont au fil de mes années de travail, de plus en plus nombreux et prometteurs (comme l'EMLA®<sup>1</sup> ou le MEOPA<sup>2</sup>). Ils « révolutionnent » la prise en charge de la douleur des gestes invasifs tels que les ponctions lombaires et les ponctions de moelle osseuse très fréquentes dans cette spécialité.

Les médecins oncopédiatres de mon service, appliquent les recommandations des sociétés savantes à propos des bonnes pratiques de la prise en charge médicamenteuse des douleurs provoquées aux enfants atteints de cancer.

Mais, force est de constater que dans la majorité des situations douloureuses, malgré les moyens médicamenteux mis en place, la peur, l'anxiété et l'appréhension qui accompagnent ces gestes

---

<sup>1</sup> Crème anesthésiante de la peau

<sup>2</sup> Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote : gaz anesthésiant de surface et anxiolytique

viennent renforcer la douleur ressentie et « figer » dans la mémoire consciente ou inconsciente des enfants ces évènements traumatisants.

Comme le cite Pascale Thibault-Wanquet, cadre de Santé et puéricultrice (1) « Deux approches s'opposent souvent en médecine, les moyens antalgiques médicamenteux comme illusion de toute-puissance des médicaments face à un phénomène complexe qu'est la douleur, et une autre approche prenant en compte les aspects liés au comportement autant des soignés que des soignants et à leur qualité de communication. »

Rencontrée lors d'enseignements et de congrès, elle a pu à plusieurs reprises, m'accompagner dans mes réflexions et me complaire dans les messages que je me devais de faire passer aux futurs professionnels en soins infirmiers, puéricultrices et auxiliaires de puériculture lors de mes interventions concernant « la place du soignant dans la prise en charge de la douleur de l'enfant ».

L'obtention d'un DIU<sup>3</sup> Douleur en 2004 me permet d'appréhender de façon plus précise ce phénomène complexe qu'est la douleur et d'élargir le champ des possibles dans la prise en charge de ses nombreuses composantes, notamment dans le champ de mes compétences et de mon rôle propre infirmier.

Alors s'ouvrent à moi des perspectives d'une « richesse » incroyable, en parfait accord avec mes valeurs professionnelles qui sont celles de permettre à ces enfants et à leurs parents de vivre « le moins mal possible » ces évènements douloureux imposés par la maladie qu'ils traversent.

Les champs d'action sont nombreux, ils concernent par exemple l'organisation des soins, le comportement du soignant, son entrée en communication avec l'enfant, l'évaluation de la douleur et de l'anxiété, l'installation de l'enfant, son confort, le respect de ses rythmes, la connaissance de son histoire médicale mais aussi familiale et culturelle, l'environnement, l'information de l'enfant et de sa famille, la place des parents et enfin l'utilisation des moyens physiques et physiologiques ainsi que les méthodes comportementales et psychocorporelles.

L'efficacité de la distraction comportementale pendant les soins ne fait plus aucun doute dans ma pratique soignante, confirmée par mon étude « nez rouges et blouses blanches contre la douleur des soins » sujet de mon mémoire de DIU Douleur, bénéficiant de la présence des comédiens clowns du Rire Médecin dans notre service.

---

<sup>3</sup> Diplôme InterUniversitaire

C'est au cours de ma formation en DIU douleurs aiguës et chroniques et soins palliatifs pédiatriques en 2012-2014 que j'ai l'opportunité de tenter de répondre à une autre de mes préoccupations et à mes questionnements concernant la qualité de l'accompagnement de l'enfant certes, mais également celle de ses parents lors de ces événements « douloureux » (physiquement et psychiquement). Le sujet de mon mémoire s'intéresse à leur intégration par les équipes soignantes lors de deux soins particulièrement « agressifs » (la ponction lombaire et de moelle osseuse), leur rôle et surtout leurs ressentis. L'objectif est alors d'améliorer les pratiques de notre équipe soignante et de prendre conscience de la possible « banalisation » des gestes invasifs dont « bénéficient » les enfants et des répercussions qu'ils entraînent autant pour l'enfant que pour ses parents.

Riche de ces nombreuses années de réflexions, de remises en cause, d'apprentissages, de découvertes, d'expériences si singulières lors de mes rencontres avec les enfants suivis dans le service d'oncologie-hématologie, mes limites en matière de distraction sont parfois atteintes lors de situations d'accompagnement de soins où l'émotion négative associée à la douleur elle-même ou à son appréhension vient littéralement « déborder » l'enfant, émotion contagieuse à ses parents et aux soignants présents.

Deux situations particulièrement « difficiles » (pour qui ? me demanderez-vous ...) restent dans ma mémoire. Elles concernent deux adolescents subissant, pour l'un une pose de drain pleural en chambre et pour l'autre une biopsie ganglionnaire au niveau du cou, en chambre également. Leur instabilité médicale ne permet pas d'analgésie médicamenteuse. La psychologue hypno praticienne est absente lors de ces deux soins et je me vois alors vivre « un grand moment de solitude » tentant une « distraction hypnotique » sans aucune connaissance et sans grande efficacité, qui me permit de ne juste pas « abandonner » ces deux patients à leur triste sort...

Les outils pour faire face à la douleur et à la peur de l'enfant sont nombreux. J'ai pu mettre en pratique, au cours de ces années de travail, ceux ne nécessitant pas de formation. Ils apportent un grand bénéfice pour les enfants mais mon désir de pouvoir me former davantage pour accompagner au mieux les jeunes patients dans les situations les plus complexes, m'amène à faire le choix de suivre cette formation universitaire en hypnose médicale et clinique.

La création d'un poste d'Infirmière Ressource Douleur et ma candidature retenue en 2017 au sein du pôle enfant et néonatalogie du CHRU<sup>4</sup> où j'exerce, m'offre alors, dans cette mission

---

<sup>4</sup> Centre Hospitalier Régional Universitaire



transversale, l'opportunité de consacrer du temps à sa mise en pratique et de mettre cet outil à disposition d'enfants atteints d'autres pathologies toutes aussi contraignantes quant à leurs expériences douloureuses, leurs symptômes et leur chronicité.

Dans ma seconde mission d'infirmière en équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques, la pratique de l'hypnose vient assurément répondre au besoin de soulagement de nombreux symptômes de fin de vie et aux peurs qui accompagnent la perte des capacités à vivre la dégradation du corps et la séparation à venir.

Le sujet de ce mémoire s'impose alors, dès ma prise de fonction en tant qu'Infirmière Ressource Douleur. En effet, je suis interpellée par les soignants sous forme d'un appel « désespéré » empreint d'une grande impuissance concernant des situations très difficiles en termes de gestion de la douleur induite lors des soins pour certains enfants qu'ils qualifient de « phobiques ».

**L'hypnose peut-elle être un outil d'aide à la prise en charge des pics d'anxiété lors des soins douloureux en pédiatrie, chez les enfants ?** Fait alors question pour moi.

Le Professeur A. Bioy, lors d'un de ses enseignements dans ce cursus de DIU précise que 99% des phobies lors des soins sont des pics anxieux. Il précise également que si cet état est installé dans le suivi d'une maladie chronique, la prise en charge en hypnoalgésie risque un échec...

Les troubles anxieux et les attaques de panique observés chez ces enfants lors des soins, peuvent, en effet, être des signes d'une pathologie nécessitant une prise en charge psychologique qui ne fait pas partie de mon champ de compétences infirmier.

J'exposerai dans une première partie, le cadre théorique des thèmes se référant à cette problématique : la douleur de l'enfant et plus particulièrement la douleur induite par les soins, la composante émotionnelle de cette douleur comme l'anxiété, les particularités de l'hypnose avec les enfants et son indication lors des soins douloureux et/ou anxiogènes.

Je relaterai dans une seconde partie, des situations où l'hypnoalgésie, lors de gestes iatrogènes a été proposée à trois enfants atteints de pathologies chroniques.

Enfin, nous amorcerons une discussion qui détaillera les effets observés en lien avec les données théoriques.

## 2. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

Dans ce chapitre, nous aborderons de manière synthétique l'état actuel des connaissances concernant la douleur, ses mécanismes et ses composantes, éléments essentiels à la compréhension de ce phénomène complexe. Dans le contexte de la problématique choisie, nous précisons d'autres points essentiels comme la spécificité de la douleur provoquée par les soins, les stades du développement cognitif de l'enfant selon son âge, qui nous permettent de nous adapter au mieux aux capacités de compréhension de l'enfant, de communication, mais surtout qui nous guideront dans cette entrée en relation avec lui dans une approche hypnotique.

### 2.1 LA DOULEUR ET L'ENFANT

#### 2.1.1 Ce que l'enfant perçoit, peut comprendre et dire de sa douleur

L'enfant n'est pas un adulte « miniature » mais un être en développement. Son âge conditionne sa compréhension et son vécu de la douleur. Son développement cognitif en conditionne son expression. Son stade de langage, sa notion du temps, ses capacités à rationaliser vont déterminer son rapport au monde et aux adultes qui l'entourent. La compréhension de la douleur, ses causes et ses conséquences, et de la maladie en général, se construit grâce à l'évolution des connaissances de l'enfant, au gré de ses expériences et de ses relations à autrui, jusqu'à ce qu'il atteigne un pensée de type adulte, vers l'âge de 12-13 ans.

« Il est important que tout soignant s'occupant d'enfants, ait quelques notions concernant les stades de son développement cognitif. Cela est particulièrement vrai avant l'âge de 7 ans. Il faut alors adapter le discours au monde de l'enfant, se mettre à son niveau et utiliser des explications qui sont adaptées à son âge et à son univers ». <sup>5</sup>

Les étapes développées ci-dessous par Patrick Mc Grath et Linda Mc Alpine en 1993 (2) nous montrent la progression dans la compréhension et la représentation de la douleur de l'enfant jeune en lien avec les stades de développement cognitifs selon Jean PIAGET:

- **De 0 à 2 ans : stades des réflexes, des premières habitudes motrices, de l'intelligence sensori-motrice.** C'est un stade axé sur la perception et l'action. L'enfant fait des expériences de manipulation et perçoit progressivement les limites de son corps.

---

<sup>5</sup> Wood C., Teisseyre L., Cunin-Roy C. <http://www.cnrd.fr/Developpement-cognitif-de-l-enfant.html> (10/02/2018)

Il acquiert la permanence de l'objet et commence à faire des liens de causalité entre ses actions et leurs résultats.

**En ce qui concerne la douleur,**

- Entre **0 et 3 mois** : le bébé n'a pas de compréhension, il possède une mémoire probable, ses réponses sont réflexes et dominées par les perceptions ;
- Entre **3 et 6 mois**, les réponses de l'enfant sont associées à la colère, ou à la tristesse ;
- Entre **6 et 18 mois**, l'enfant a peur des situations douloureuses. Il accède aux premiers mots se référant à la douleur : bobo, aie... Il commence à pouvoir la localiser ;
- **De 2 à 7 ans : stade de pensée préopératoire.** L'enfant commence à faire le lien entre l'objet et le symbole (l'objet fourchette, le mot fourchette prononcé, le mot fourchette écrit, le dessin d'une fourchette, etc..). C'est le stade du développement du langage, de l'imitation, du dessin.

**En ce qui concerne la douleur,**

- A **36 mois**, il emploie le mot « mal ». Il utilise des techniques non cognitives de « coping » (capacité à faire face) ;
- Entre **36 et 60 mois**, il donne des indications d'intensité de la douleur et utilise des adjectifs descriptifs et des mots pour les émotions ;
- Entre **5 et 7 ans**, il différencie les niveaux d'intensité de la douleur et utilise des stratégies cognitives de « coping » ;
- **De 7 à 11 ans : stades des opérations concrètes.** A ce stade la pensée devient logique, les notions de temps, d'espace et de vitesse se précisent, les classifications se font sur des critères, s'affinent. **L'enfant est capable d'expliquer le pourquoi d'une douleur ;**
- **Après 11 ans : stades des opérations formelles.** L'enfant peut réfléchir à des choses abstraites (l'art, l'amour, la mort, la religion) et peut adopter temporairement l'avis d'un autre, c'est le début de l'autocritique. **Il peut donner une valeur à la douleur.**

### 2.1.2 Définitions et composantes de la douleur

Selon la définition de l'IASP<sup>6</sup>, la douleur est une « expérience **sensorielle** et **émotionnelle** désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ».

Cette définition met en exergue les deux premières composantes de la douleur : une composante **sensori-discriminative** qui correspond à notre capacité d'analyser la nature (brûlure, piqûre...) de cette douleur, son intensité, sa durée et sa localisation (notions accessibles selon l'âge de l'enfant et son développement cognitif) mais également une composante **affectivo-émotionnelle** qui affecte toute perception douloureuse d'un caractère désagréable, y associant parfois souffrance, pénibilité, stress et anxiété, pouvant mener à la dépression. Cette composante est déterminée par le stimulus nociceptif mais aussi par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué.

Le Docteur Annie Gauvain-Picard, psychiatre et pédiatre complète ainsi cette définition en 1990 : « La douleur est toujours **subjective** et chaque individu apprend l'application du mot au travers des **expériences** liées aux lésions survenues tôt dans sa vie ».

Elle fait ainsi référence aux autres composantes de la douleur telle que la composante **cognitive**, regroupant l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : le vécu, les références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées (mémorisation), l'anticipation, l'attention, la suggestion, la compréhension, le sens et l'interprétation et valeurs attribuées à la douleur (composante immature chez le nourrisson).

**L'environnement** vient, de façon certaine, « colorer » le ressenti de la douleur chez l'enfant notamment la présence ou l'absence de ses « **figures d'attachement** » : ses parents, ainsi que leur comportement.

**La mémoire** d'une sensation douloureuse, qu'elle soit consciente (enfants de plus de 4 ans) ou inconsciente (enfants de moins de 4 ans) et les conséquences psycho-affectives qu'elle a pu entraîner constitue un phénomène complexe qui peut avoir une influence sur les expériences douloureuses suivantes, voire sur le comportement de l'enfant à l'égard de la maladie et des soins.

---

<sup>6</sup> International Association for Study of Pain

La dernière composante est **comportementale**. Elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne douloureuse

La douleur apparaît donc comme un phénomène multidimensionnel et multifactoriel.

La définition qu'en donne Price, citée par le docteur C. Wood et le professeur A. Bioy dans leur article paru dans la revue « Douleurs » en 2005 (3) vient élargir les dimensions de l'expérience douloureuse et mettre en évidence l'interaction entre la sensation douloureuse et l'émotion, permettant de mieux comprendre la façon dont l'hypnose peut agir.

« La douleur est une perception somatique qui comporte une sensation corporelle possédant des critères énoncés lorsqu'un tissu est lésé, un vécu de menace associé à cette sensation, un sentiment de déplaisir ou toute autre émotion négative s'appuyant sur ce vécu de menace ». Selon lui « l'expérience de la douleur n'est jamais un événement sensoriel isolé, et qui arriverait sans l'influence d'une part d'un contexte donné et d'autre part d'une signification qui lui est associée. La douleur est imprégnée d'une croyance, d'une attention, d'une attente et d'émotions au regard de la façon dont elle arrive dans le cadre d'expériences contrôlées en laboratoire ou dans des circonstances d'un trauma physique ou d'un stress émotionnel ».

### **2.1.3 Physiopathologie simplifiée et classification**

En annexe 1, un schéma très simplifié des voies de la douleur, permet de suivre la transmission du signal nociceptif d'une origine périphérique, son relais et ses modulations au niveau de la corne dorsale postérieure de la moelle épinière puis sa transmission au cortex cérébral le transformant en information consciente, dont la perception est « colorée » par les composantes citées précédemment : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle et cognitive.

La douleur se classe selon différents critères :

- **Selon sa durée :**
  - **La douleur aiguë** est une douleur par excès de nociception, liée à une atteinte organique. Elle est de courte durée, d'intensité variable. Les douleurs induites sont des douleurs aiguës ;
  - **La douleur chronique** persiste au-delà de 3 à 6 mois et qui ne répond pas aux traitements habituellement disponibles. Elle altère la qualité de vie de l'enfant.

- Selon son mécanisme :

**La douleur par excès de nociception** est due à une stimulation excessive des récepteurs périphériques ce qui entraîne une douleur intense liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques.

- **La douleur neuropathique** est, selon une définition de l’IASP de 2011 une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel (un système qui collecte toutes les informations sensorielles provenant du corps.) ;
- **La douleur idiopathique** est une douleur qui persiste en l’absence d’une cause organique identifiable ;
- **La douleur psychogène** ne correspond à aucune atteinte organique mais repose sur des éléments de psychopathologie confirmés ;
- **Les tableaux mixtes** : l’enfant souffre de manière concomitante de plusieurs types de douleurs aiguës, chroniques, prolongées, neuropathiques, provoquées par les soins.
- Selon son origine :

- **La douleur inflammatoire** ;
- **La douleur postopératoire** ;
- **La douleur provoquée, induite par les soins, iatrogène**, est liée aux interventions des professionnels de santé. Elle concerne les gestes invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique (pique, sondage, pansements...) mais aussi provoquée par les manipulations et les soins de confort ainsi que les actes de kinésithérapie.

#### **2.1.4 La douleur induite par les soins**

Selon François BOUREAU de l’Institut UPSA de la douleur, elle se dit d’« une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d’être prévenues par des mesures adaptées ».

Ces mesures adaptées concernent tout d'abord la prise en charge **médicamenteuse** de la douleur provoquée lors des soins et particulièrement en pédiatrie. Elles sont régies par des lois<sup>7</sup>, recommandées par les sociétés savantes<sup>8 9 10</sup>.

Les plans successifs du ministère de la Santé et de la Solidarité concernant la prise en charge de la douleur et plus particulièrement le plan 2006-2010<sup>11</sup>, viennent renforcer le besoin d'élargir à d'autres moyens **non médicamenteux** les outils à mettre en œuvre contre la souffrance globale des personnes les plus vulnérables dont font partis les enfants.

**La répétition** des soins et gestes douloureux et/ou anxiogènes, mal pris en charge majore la douleur et baisse son seuil d'apparition ainsi que celui de l'anxiété.

## **2.2. PEUR, ANXIETE, ANGOISSE ou PHOBIE ?**

Quelques définitions sont essentielles pour différencier les émotions de l'enfant dites « normales » liées à la sensation douloureuse lors des gestes et les troubles pathologiques psychologiques voire psychiatriques qui peuvent apparaître dans le parcours des enfants malades.

---

<sup>7</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé

<sup>8</sup> Standards, Options, Recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, sanguines et osseuses chez l'enfant atteint de cancer (23/02/2018)  
[http://www.sfetd-douleur.org/rc/org/sfetd/htm/Article/2011/20110122-180509-395/src/htm\\_fullText/fr/SORDPSplaquette.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/rc/org/sfetd/htm/Article/2011/20110122-180509-395/src/htm_fullText/fr/SORDPSplaquette.pdf)

<sup>9</sup> ANAES. Mars 2000. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. (23/02/2018)  
[http://www.pediadol.org/IMG/pdf/ANAES\\_prise\\_en\\_charge\\_douleur\\_aigue.pdf](http://www.pediadol.org/IMG/pdf/ANAES_prise_en_charge_douleur_aigue.pdf)

<sup>10</sup> AFSSAPS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aigue et chronique chez l'enfant.2009 (23/02/2018) <http://www.pediadol.org/Afssaps-Prise-en-charge.html>

<sup>11</sup> Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010- Ministère de la Santé et de la Solidarité (23/02/2018) [https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/plan\\_douleur06\\_2010.pdf](https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/plan_douleur06_2010.pdf)

Quelles que soient les définitions données à ces états émotionnels, il n'en reste pas moins souffrance, voire détresse chez l'enfant, venus faire effraction dans son psychisme en développement.

### **2.2.1 Qu'est-ce que la peur ?**

La peur est une réaction émotionnelle en réponse à un danger objectif, réel et immédiat.

Par exemple, devant une agression imminente (aiguille et seringue vues par l'enfant dans le plateau d'une infirmière entrant dans la chambre par exemple ou son d'une scie à plâtre), l'enfant va se mettre soudainement dans un mode de « combat » en augmentant la contraction de ses muscles et en aiguisant ses sens.

Ainsi, la peur est très utile pour se protéger et nous signaler qu'un danger est proche.

### **2.2.2 Qu'est-ce que l'anxiété ?**

On retrouve dans l'anxiété des caractéristiques similaires à celles de la peur telles que la tension physique et psychologique, mais l'anxiété n'est pas nécessairement générée par une situation réelle. Elle peut survenir à la suite de l'anticipation d'un danger futur, état émotionnel très fréquemment observé lorsque le même geste invasif est amené à être répété. Elle peut être limitée dans le temps et avoir une intensité faible à modérée adaptée à la situation.

« Le concept « d'anxiété » possède une spécificité chez l'enfant. Au cours du développement dit normal, l'anxiété se manifeste sous différentes expressions qui varieront selon l'âge. Cette anxiété « normale » est dite développementale » (4), comme « la peur du noir » ou « l'anxiété de séparation ».

Lorsque la peur et l'anxiété deviennent intenses, incontrôlables, et viennent entraver les capacités de l'enfant à « faire face » dans les situations de gestes douloureux, les termes d'angoisse, voire de « phobie des soins » peuvent être évoqués.

### **2.2.3 Qu'est-ce que l'angoisse ?**

Selon le dictionnaire des termes techniques de médecine de 1978 (5), « l'angoisse est une sensation de resserrement à la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique, accélération de la respiration et du pouls. Ces réactions neurovégétatives accompagnent les formes sévères d'anxiété. ».



#### **2.2.4 Qu'est-ce que la phobie ?**

Comme le relate cet article sur le site de Pédiadol<sup>12</sup>,

« Selon les classifications psychiatriques (DSM-IV, ICD-10), la phobie, plus qu'une simple peur va être une peur panique, persistante, excessive, déclenchée par un objet ou une situation qualifié alors de "phobogène", spécifique à chaque enfant et pour laquelle il sera difficile voire impossible de le raisonner et de le calmer. Cette angoisse intense disparaît en l'absence de l'objet de la peur. Chez l'enfant, elle est souvent masquée au départ par une hyperactivité et/ou des troubles du comportement. La phobie va entraîner des conduites d'évitement ou une anticipation anxieuse de la situation phobogène dépassant le contrôle volontaire du sujet. Si l'enfant doit malgré tout endurer la situation (ponction lombaire...), ce sera au prix d'une grande souffrance psychique. »

Tout comme l'anxiété et la peur, « Chez l'enfant certaines phobies sont banales, transitoires, et font partie de son développement (phobie du noir). Cependant, d'autres phobies plus spécifiques, comme la phobie du soin, peuvent apparaître et avoir des répercussions sur sa vie (cauchemars). ». Il est alors recommandé de proposer une prise en charge psychothérapeutique.

#### **2.3 L'HYPNOSE et LES ENFANTS**

Depuis 25 ans, l'hypnose apparaît régulièrement dans les médias comme une méthode « naturelle » et efficace. Encore quelque fois associée aujourd'hui à l'hypnose de spectacle baignée de magie et de fascination, ce n'est que depuis peu de temps que ses mécanismes ont été mis à jour et l'existence de l'état hypnotique validé scientifiquement grâce aux progrès des neurosciences et de l'imagerie cérébrale.

L'utilisation des techniques hypnotiques utilisées auprès des enfants au travers de l'histoire de l'hypnose est rarement signifiée dans les ouvrages. K. Olness et D. P. Kohen (6) soulignent qu'elles remontent à des temps très anciens. En effet, l'Ancien comme le Nouveau Testament rapportent des histoires d'enfants malades répondant à des méthodes de soins basées sur la suggestion et la croyance (Le Livre des Rois XVII :17-24 ; Marc IX : 17-27). Puis, à partir du 18ème siècle, F.A. Mesmer s'intéressa au magnétisme animal en rapportant également des cas de guérison d'enfants. A la fin du 19ème siècle, A.A. Liébault et H. Bernheim démontrent que les enfants sont des sujets hypnotiques adéquats, que le pic d'hypnotisabilité a lieu au milieu de

---

<sup>12</sup> Le refus de soin chez l'enfant- site pédiadol-28 aout 2012 (12/03/2018)  
<https://www.pediadol.org/Le-refus-de-soin-chez-l-enfant.html>

l'enfance et que les techniques hypnotiques sont applicables à une grande variété de problèmes médicaux et psychologiques de l'enfant.

Cette pratique est de plus en plus proposée aux enfants dans des indications très variées comme le stress, les douleurs chroniques ou aiguës, les migraines, les troubles du comportement, l'énurésie, les difficultés scolaires, les troubles de la concentration...

Leur grande capacité à entrer en hypnose et à apprendre l'autohypnose en fait un merveilleux outil pour ces jeunes patients.

### **2.3.1. Qu'est-ce que l'hypnose ?**

La définition de l'hypnose proposée par le Professeur A. Bioy, Docteur en psychologie, prend en compte l'avancée des neurosciences sans oublier la dimension relationnelle essentielle dans l'hypnose thérapeutique. D'une manière moderne et synthétique, il caractérise l'hypnose comme : « Un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi ». (7) Il décrit ainsi l'état hypnotique :

« Chacun a pu faire l'expérience d'un roman dont la lecture consciencieuse permet de nous évader, ou celle d'une suspension hors du temps à force de contempler le mouvement des vagues, etc. En bref, chacun a pu faire l'expérience d'un état de conscience modifiée (différent donc de l'état de veille habituelle). L'état hypnotique est précisément ce moment de conscience où les choses sont perçues autrement. Depuis la seconde moitié des années 90, cet état a été identifié et caractérisé en imagerie cérébrale (IRM fonctionnelle et PET-Scan), attestant ainsi de son existence réelle. Scientifiquement, on peut maintenant affirmer que l'état hypnotique est une réalité.

Se mettre en état d'hypnose, ou faire de l'hypnose avec un praticien, c'est reproduire intentionnellement cet état de conscience avec un objectif qui varie selon le cadre dont il est question (détente, soin, évolution personnelle...). »<sup>13</sup>

Citons également deux autres définitions de l'hypnose de François Roustang (8), qui nous permettent de mieux en saisir la pratique et la compréhension de cet outil si facilement accessible aux enfants, porteurs de cette capacité de rêve, leur don à « être dans la lune » et

---

<sup>13</sup> Site Institut Français d'Hypnose <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>

faisant appel à l'imaginaire de façon naturelle afin de changer leur vision du monde : « être ailleurs et faire comme si ».

« En réalité, l'hypnose est 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. L'hypnose devient alors une vigilance accrue qui met à notre disposition les paramètres constitutifs de notre existence ».

« L'hypnose n'est pas simplement une technique, mais plutôt une approche thérapeutique, et même une « philosophie de vie ». En effet, l'hypnose est une disposition particulière, un état d'ouverture à la richesse de la vie intérieure et extérieure. C'est un processus dynamique, qui nous (re)donne notre place et nous entraîne dans le mouvement de la vie. L'expérience de l'hypnose nous apprend à prendre de la distance avec nos croyances apprises, avec nos réponses réflexes et nos tentatives de solutions, pour laisser notre créativité se déployer ».

### **2.3.2. L'Hypnoalgésie : la gestion de la douleur « sensation » et « émotion » lors des soins iatrogènes.**

Les indications de l'hypnose sont variées en pédiatrie comme nous l'avons évoqué précédemment. Le contexte de la douleur aiguë provoquée par un soin iatrogène en pédiatrie et/ou de l'anxiété qui y est associée est l'une de ses indications. Cet outil a fait ses preuves et son efficacité est relatée dans de nombreuses publications.

#### **Etat actuel de la recherche scientifique concernant l'hypnoalgésie et la gestion de l'anxiété dans la douleur aiguë des soins en pédiatrie :**

La cancérologie pédiatrique est une spécialité qui a fait l'objet de nombreuses études d'évaluation de l'efficacité de l'hypnoalgésie dans la prise en charge de la douleur induite par les gestes et de l'anxiété. Je fais le choix de n'en citer que quelques-unes, des plus anciennes aux plus récentes.

Une étude ancienne, celle de Zelter et Le Baron en 1982 (9) a comparé l'efficacité de la technique d'imaginaire focalisée sous hypnose et de la distraction dans la diminution de la douleur et de l'anxiété chez des enfants et des adolescents pendant un ponction de moelle

osseuse et lombaires. Les résultats attestent de l'efficacité de la technique de l'imaginaire focalisé sous hypnose par rapport à la simple distraction (10).

Une méta-analyse de la Cochrane Collaboration publiée plus récemment (2013) par Uman et al (11) concerne les interventions psychologiques utilisées pour réduire la douleur et la détresse chez les enfants et les adolescents lors des piqûres. Les auteurs concluent qu'il existe globalement des preuves solides de l'efficacité de la distraction et de l'hypnose pour la douleur et la détresse liées aux injections chez les enfants et les adolescents, avec un effet plus important avec l'hypnose. (12)

Enfin, un article publié en mai 2017 dans la revue d'oncologie hématologie pédiatrique par B. Lombart et S. Kerever (13), fait part d'une dernière revue des études en 2015 (14) qui examine les procédures de préparation et d'accompagnement des soins courants en oncologie pédiatrique. Elle conclue que les méthodes avec les preuves les plus encourageantes sont la distraction, l'hypnose et les interventions cognitivo-comportementales combinées.

Les études sont nombreuses et vont certainement s'étoffer dans les années à venir compte tenu du développement de cette méthode dans les services de pédiatrie.

La particularité de l'utilisation de l'hypnoalgésie visant à modifier et à diminuer la douleur et/ou l'anxiété d'un soin est son **immédiateté**. En effet, la prise en charge est amenée à être brève et dans un contexte « **aigu** ». Nous précisons ultérieurement les moyens de « **décentrer** » rapidement l'enfant des sensations désagréables et anxiogènes que cette situation vécue par l'enfant lui suggère, par des techniques d'induction adaptées comme attirer son attention vers quelque chose qui va stimuler son imaginaire en lien avec un personnage, une histoire, un animal qu'il aime particulièrement...

Les modes opératoires utilisés et l'ordre dans lequel ils seront mis à disposition de l'enfant varient en fonction de lui, de ses préférences, du contexte.

**En préambule** à l'utilisation de l'hypnoalgésie lors d'un soin douloureux, certaines étapes préalables sont nécessaires :

- S'assurer que **les moyens pharmacologiques** sont adaptés à la nature du soin, l'intensité de la douleur provoquée ainsi qu'à l'anxiété d'anticipation et leur délai d'action respecté.

- **Informé l'enfant et ses parents** de la nature du geste mais également des explications simples concernant la douleur provoquée et les solutions que l'on peut proposer pour la soulager afin que cela « se passe le mieux possible ».
- **Installer l'enfant** confortablement est primordial pour le bon déroulement du geste. Un nouveau-né « regroupé », un enfant plutôt assis qu'allongé, dans les bras ou sur les genoux de ses parents, immobilisé doucement et partiellement rassuré, facilite la réalisation du geste et diminue la perception douloureuse.
- **La place des parents** : « Un enfant tout seul, ça n'existe pas... » D. Winnicott

Le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents qu'élabore John Bowlby, pédiatre et psychanalyste anglais vers 1978, ainsi que le concept de « caregiving » (14) nous permettent de mieux comprendre ce qui se joue quand la maladie et les gestes « agressifs » viennent faire irruption dans la vie de leur enfant.

Ils sont des acteurs indispensables dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété de leur enfant et une synergie entre eux et les professionnels de la santé lors d'une prise en charge en hypnoanalgésie est essentielle.

Concernant l'**hypnotisabilité** chez l'enfant, Karen Olness et Daniel P.Kohen (6), s'appuyant sur des études anciennes et d'autres plus récentes concluent « que l'**hypnotisabilité** et la **suggestibilité** sont assez limitées chez le petit enfant, augmentent sensiblement pendant la moyenne enfance, aux alentours de 7 à 14 ans, puis décroissent quelque peu à l'adolescence... ». Les études réalisées dans le cadre de la suggestibilité démontrent que l'hypnose **devient optimale à partir de 8 ans**.

L'entrée en relation avec l'enfant se fait le plus souvent sur un mode conversationnel débutée par des présentations et des affirmations avec lesquelles l'enfant ne peut qu'être d'accord (le « **yes set** ») qui va le mettre dans une posture d'acceptation de notre proposition d'aide.

### **L'hypnose conversationnelle : l'art d'une communication ajustée et adaptée à chaque enfant**

L'hypnose conversationnelle est selon le professeur A. Bioy (5), le fait « d'utiliser de principes de communication couramment utilisés en hypnose (suggestions indirectes, images métaphoriques, confusion de langage...) mais sans qu'il y ait eu au préalable de phase formelle où l'état hypnotique aurait été induit. Cette forme d'hypnose peut prendre place dans tout entretien avec un patient. [...]. En fait l'utilisation de ces principes va faire progressivement

entrer le patient dans une « transe légère », c'est-à-dire qu'il va commencer à percevoir autrement son monde. Si l'état hypnotique n'est pas induit formellement, il va être suscité au cours de la conversation par l'utilisation de procédés communicationnels. »

Les techniques utilisées en pédiatrie pour l'accompagnement d'un geste iatrogène sont principalement la distraction et l'hypnose conversationnelle.

Apprendre l'hypnose est avant tout apprendre à communiquer, aller à la rencontre de l'enfant et de ses parents qui l'accompagnent.

« L'hypnose est **une communication totale, globale** où l'important est l'**ajustement** du soignant à la personne qu'est l'enfant face à lui » (16) et d'aller le rejoindre « là où il est », c'est-à-dire dans l'état intérieur émotionnel dans lequel il se trouve notamment avant un geste douloureux, valider ses émotions et les accueillir. Ceci implique d'écouter le verbal, si l'enfant a à sa disposition des mots, mais aussi le non-verbal comme la posture, l'expression du visage, les gestes qui accompagnent le discours, les rythmes respiratoires.

La qualité de la première rencontre de l'hypnopraticien avec l'enfant, dans ce cadre particulier d'un accompagnement de soin, est un gage majeur afin d'établir rapidement **une relation thérapeutique**.

Elle s'appuie tout d'abord sur **le langage non verbal** de l'hypnopraticien qui met en jeu, en quelques minutes, la qualité de l'entrée en relation avec lui et la confiance mutuelle qui va s'instaurer, bien que comme le fasse remarquer Rémi Etienne, infirmier hypnopraticien « la confiance ne se décrète pas, seul le patient peut décider si il a confiance ou non. Par contre le soignant peut travailler à installer un climat de sécurité et de coopération qui inspire confiance à l'autre. » (5).

**La synchronisation** est « une technique utilisée en hypnose Ericksonienne et en nouvelle hypnose [...] Dans les grandes lignes, il s'agit d'une technique comportementale très efficace qui vise à bouger et à parler en mimétisme avec la personne qui se trouve en face pour entrer "corps et âme dans sa réalité"<sup>14</sup>.

La synchronisation permet donc de se centrer sur son interlocuteur et d'installer un contact fluide et pertinent avec lui.

---

<sup>14</sup>) <https://www.sante-hypnose.com/fr/article-hypnose/apprendre-hypnose/hypnose-ericksonienne-la-synchronisation.html>

## « La synchronisation comporte 3 étapes : le **Mirroring**, le **Pacing**, le **Leading** »

**Le Mirroring** est la première étape. Elle consiste à calibrer, autrement dit à observer très attentivement le comportement et l'attitude générale de la personne puis adopter une position dite "de miroir".

**Le Pacing** littéralement "marcher au pas" est l'étape transitoire de la synchronisation qui vise à peaufiner le mirroring et garder le rythme de la personne. Lors du Pacing, il est possible d'observer des changements de comportement du sujet (changement d'état interne, langage corporel qui évolue, sujet davantage tourné vers l'opérateur).

**Le Leading** est ce que l'on peut appeler la phase de conduite et la dernière étape de la synchronisation. Cette étape est importante car elle permet de gérer l'interaction, un peu comme si l'opérateur devient le leader de la discussion. »

Cette synchronisation passe par différents canaux : **le verbal, le para-verbal, le non-verbal**.

**L'effet placebo**, c'est-à-dire l'effet produit chez l'enfant par la conviction du soignant dans l'efficacité du traitement qu'il met en place pour le soulager, est fréquemment observé. Il en est de même pour la proposition et la présentation de l'hypnose comme outil supplémentaire.

Afin de s'adapter à la capacité attentionnelle de l'enfant qui varie énormément selon son âge, à sa vision du monde et à sa manière de communiquer, une bonne connaissance des **stades de développement cognitif** décrits par Jean PIAGET cités précédemment est indispensable.

### **Le langage verbal : le poids des mots**

Dr Rault, lors de ses enseignements dans notre cursus de DIU, nous alerte sur la nécessité d'être attentif au choix des mots que l'on emploie pour s'adresser au patient, ainsi éviter « n'aie pas peur » et préférer « rassures-toi ».

En effet, « La phrase comme « n'aie pas peur » allument l'idée de la peur dans l'esprit de celui qui l'entend. » (11) car l'inconscient ne capte pas directement la négation. Il est indispensable d'éviter les mots qui font référence aux « problèmes » de l'enfant, induits par le soin qui vont l'inquiéter, « piquer son esprit » comme le mot « pique » ou vont provoquer inconsciemment par association d'idée, déjà de la peur et de la douleur avant même le soin débuté.

### **L'attention et l'ajustement au style sensoriel de l'enfant**

Repérer par quel **canal sensoriel préférentiel** (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et gustatif : VAKOG) l'enfant appréhende le monde au cours d'un échange avec lui, va permettre un ajustement et une indication au choix de la technique d'induction et de suggestions. Ce repérage exige d'être réalisé rapidement dans le contexte d'un soin douloureux et s'il s'agit d'une première rencontre de l'enfant.

Afin de faciliter l'apparition **d'un changement chez l'enfant**, quelques ingrédients sont indispensables lors de cette communication hypnotique qui vient utiliser les outils habituels de communication utilisés avec les enfants : **le jeu, le dessin et le conte.**

**La mise en valeur et l'utilisation des ressources** de l'enfant est un ingrédient essentiel.

**Le coping** est un processus mis en place par une personne face à un événement éprouvant afin d'ajuster ou de diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique. Dans ce contexte de douleurs aiguës, il est intéressant de poser ces questions à l'enfant : « Comment fais-tu avec cette douleur ? Et cette inquiétude ? », « Comment pourrais-tu améliorer ce que tu fais déjà ? », qui lui permettent de reformuler ses croyances sur sa douleur, sur son rôle et le rendre acteur dans une stratégie adaptative commune ayant un objectif réaliste (1).

### **L'hypnoanalgésie : un processus hypnotique avec des étapes**

#### **- Une attention focalisée sur le symptôme douloureux et l'anxiété associée :**

Un enfant qui souffre ou appréhende la douleur est concentré sur cette sensation présente ou à venir (alors déjà présente, en quelque sorte). De même que la peur et l'anxiété associées, elle occupe tout le champ de la perception de l'enfant, l'isole, le « fige » dans un monde où seuls le soin et la douleur ont leur place.

#### **- L'induction** en hypnose va permettre une **remise en mouvement de l'enfant en déplaçant son attention** sur d'autres éléments de son contexte et permettre ainsi une **dissociation** entre la perception de la peur et de la douleur et l'ouvrir à d'autres perceptions sensorielles.

Différentes techniques sont décrites par K. Olness et D. P. Kohen (6), elles viennent focaliser l'attention de l'enfant sur un son, une image, un mouvement...selon son âge et ses centres d'intérêt ([annexe 2](#)).



Les techniques d'induction, dans la situation particulière des soins douloureux engendrant du stress, nécessitent une induction **rapide**, voire non nécessaire car la dissociation est déjà installée, induite par la douleur et la peur.

- **La phase de dissociation** permet d'entrer dans une perception sensorielle plus fine et ouvre une porte vers l'imaginaire, le rêve et le virtuel, un monde tout proche de l'enfant qui a une grande capacité à y accéder.

Mais l'attention de l'enfant risque d'être, à ce moment « critique » du soin, uniquement focalisée sur des émotions négatives et des sensations désagréables comme la peur, la douleur, la tristesse, la colère. Cet état négatif peut être pris comme point de départ pour installer un état de transe qui va, à l'inverse, dans le sens d'une amélioration, d'un soulagement ou d'un changement possible dans ce sens, même infime soit-il.

- **Les propositions thérapeutiques en état hypnotique**

**La suggestion** est utilisée au cours de l'état de transe hypnotique. Elle utilise tous les canaux de la communication et permet de faire émerger des solutions propres au patient. Elle est, soit **directe**, c'est-à-dire « une proposition clairement faite au patient, où l'hypnoticien suggère directement le changement qu'il souhaite obtenir chez le patient » (comme par exemple « imaginer un variateur d'intensité de douleur » ou « le gant magique<sup>15</sup> » pour amener l'enfant à endormir une zone douloureuse), soit **indirecte** « avec un objectif précis, mais qui n'est pas formulé au patient, que le patient ne connaît pas. Elles favorisent ainsi le contournement des résistances. » (16).

Lors des soins iatrogènes, **les suggestions directes** sont les plus appropriées.

Elle peut également être **post-hypnotique**. Elle permet alors au patient de continuer à avoir des résultats en dehors de l'état hypnotique, grâce à un ancrage qui consiste à associer un état mental à une sensation ou un mouvement corporel. Cette ressource peut être intéressante pour les grands enfants subissant des soins douloureux et/ou anxiogènes répétés.

Les **ratifications**<sup>16</sup> et **les saupoudrages**<sup>17</sup> viennent ponctuer régulièrement cet accompagnement hypnotique.

---

<sup>15</sup> Métaphore d'anesthésie au niveau de la main

<sup>16</sup> Notification lorsque le patient réagit

<sup>17</sup> Répétitions de mots d'un même registre afin de créer une ambiance générale d'analgésie, de calme..

Je fais ici le choix de citer et de développer plus précisément un outil utilisé auprès d'un enfant lors d'une séance décrite dans mes cas cliniques, qui est **le conte métaphorique**.

**La métaphore** est une façon de mettre en relation deux notions : une idée et une image. Cette façon de parler aide à dépasser les blocages de l'enfant car elle ouvre l'esprit vers d'autres possibilités (qui amène à une dissociation).

Cette technique, découverte au cours de mes lectures des ouvrages de J. C. Mills et R.J. Crowley (16) et de K. Olness et D.P.Kohen (6), m'a semblé correspondre parfaitement, d'une part, au grand plaisir que je prends à raconter des histoires aux enfants et d'autre part, à ce plaisir partagé lorsque je leur propose.

Cet outil s'applique particulièrement aux jeunes enfants, subissant des gestes invasifs douloureux ou effrayants et trop anxieux pour participer à d'autres techniques d'imagerie.

Les métaphores utilisées dans le récit permettent de connecter l'enfant à ses propres ressources ou dépasser une difficulté.

L'hypnopraticien peut créer une histoire se basant sur les besoins et les centres d'intérêt de l'enfant, celui-ci contribuant à sa construction selon ses capacités. Elle peut être une création originale ou inspirée de récits connus par le thérapeute. Elle peut être élaborée en amont selon le type de soin et adaptée à un enfant particulier ou improvisée au moment de la séance.

Isabelle IGNACE, psychologue clinicienne hypnothérapeute conseille quelques règles à respecter comme commencer le conte par « Il était une fois » ou « Cela me fait penser à l'histoire de... », laisser la possibilité à l'enfant de pouvoir s'identifier au héros sans que cela soit trop évident, privilégier le VAKOG et l'action (notamment s'il y a un soin), permettre au héros de surmonter des difficultés grâce à ses propres ressources, ajouter des personnages représentant les ressources du héros-patient mais aussi des personnages représentant ses peurs ou ses croyances négatives (sorciers, monstres, nuit), rappeler que le héros pourra se servir de ses performances une autre fois et enfin que l'histoire peut se terminer par une célébration pour fêter la réussite du héros<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Création et utilisation de contes métaphoriques en hypnose. Ignace I.  
<http://www.hypnose.asso.fr/creation-utilisation-contes-metaphoriques-en-hypnose/>

## **La fin de la séance**

La dernière étape du processus hypnotique est le retour à la sensorialité ordinaire, dans « l'ici et maintenant » avec les changements apportés par la séance.

Dans l'exercice de ma pratique en service d'oncologie hématologie pédiatrique, j'eus rapidement conscience de l'attention particulière apportée à l'enfant et à ses parents. Je n'eus qu'à « rentrer dans le moule » d'une « philosophie » de soin empreinte d'une grande bienveillance, plus particulièrement concernant la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique de la douleur induite par les soins, avec ses limites comme celles citées dans l'introduction de ce travail.

L'opportunité d'accéder à mes nouvelles missions transversales d'Infirmière Ressource Douleur et d'infirmière en équipe ressource en soins palliatifs pédiatriques, m'ont amenées à découvrir que d'autres enfants dans l'hôpital dans lequel je travaille, sont atteints de pathologies tout aussi graves, chroniques, nécessitant des gestes douloureux et anxiogènes dont la prise en charge est, dans la réalité, parfois négligée.

Voici une bien belle mission que celle d'être « ressource » dans ces deux domaines et quelle « responsabilité » vis-à-vis de ces enfants malades... Me voilà confortée dans l'idée que grâce à l'enseignement reçu lors de cette formation universitaire, je peux, en toute humilité, proposer l'hypnose comme un outil supplémentaire à leur prise en charge et en particulier en situation de « crise » émotionnelle dans laquelle se trouve un enfant « débordé » par l'anxiété et la panique à l'approche imminente d'un geste invasif.

L'hypnose permettrait-elle « une petite pause » face à la tension palpable qui règne dans la chambre de ces enfants qui, face au soin douloureux, paraissent « inatteignables » et « incontrôlables » par les soignants devenus impuissants?

## **L'hypnose peut-elle être un outil d'aide à la prise en charge des pics d'anxiété lors des soins douloureux en pédiatrie ?**

Et ainsi, permettrait-elle d'empêcher ces enfants de basculer vers la « phobie des soins » ? Ayant parfois pour conséquence la contention, voire l'arrêt des soins ou le recours à l'anesthésie générale ? Sans compter le grave traumatisme psychique engendré pour le petit patient.

### **3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Il s'agit d'une recherche basée sur une approche qualitative à partir de l'analyse de trois situations cliniques lors de gestes invasifs concernant des enfants de 8, 9 et 14 ans, qui présentent des pathologies somatiques chroniques, à travers le déroulé d'une séance de soins sous hypnoanalgésie.

#### **3.1 Le cadre de la rencontre avec les enfants :**

Les deux premiers cas concrets exposés concernent des enfants suivis en Unité de Médecine Ambulatoire pédiatrique d'un hôpital pour enfants d'un centre hospitalier universitaire régional. Ce service d'hospitalisation de jour accueille des enfants suivis pour des pathologies métaboliques, endocriniennes... biens connus de l'équipe soignante au vu de la chronicité de leurs atteintes. Les enfants viennent passer de quelques heures à une journée entière, accompagnés le plus souvent par l'un ou l'autre de leurs parents, recevoir un traitement ou bénéficier d'un geste médical, puis repartent à leur domicile.

Ils sont accueillis dans une chambre, seuls ou en compagnie d'autres patients, installés sur de larges fauteuils inclinables.

La 3<sup>ème</sup> situation se déroule en hôpital de jour d'oncohématologie pédiatrique, les conditions d'accueil sont similaires, à la différence que les enfants, au vu de leurs défenses immunitaires parfois déficientes, peuvent bénéficier d'une chambre seule. Ces enfants sont également bien connus de l'équipe soignante car convoqués fréquemment pour leur suivi et traitement de leur cancer pour des chimiothérapies intraveineuses sur voies veineuses centrales, intrathécales (ponction lombaire) ou encore sous-cutanées et intramusculaires et des examens diagnostiques (ponctions de moelle osseuse...).

#### **3.2 Les patients, la demande et leurs problèmes**

Récemment missionnée dans cette nouvelle fonction transversale d'Infirmière Ressource Douleur au sein de cet hôpital, les infirmières de l'Unité de Médecine Ambulatoire m'interpellent « du bout d'un couloir » pour un « appel au secours » d'aide à la prise en charge de la douleur et des pics d'anxiété d'une petite fille lors des injections intramusculaires. Sa venue est programmée au lendemain matin.

« C'est l'enfer ! » me disent-elles, « pour elle et pour nous ! Nous sommes quatre soignantes pour la contenir ! ».

L. est âgée de 9 ans. Elle est suivie depuis l'âge de 5 mois pour un hyperinsulinisme et son traitement nécessite des injections intramusculaires d'une hormone se présentant sous la forme d'un produit plâtreux, nécessitant une injection rapide, particulièrement douloureuse puis encore plusieurs minutes après l'injection. Je n'ai jamais rencontré cette enfant, ni ses parents. Ils n'ont exprimé aucune demande particulière si ce n'est « que l'on trouve un moyen, quel qu'il soit, pour que cette épreuve terrible pour leur fille, le soit moins ».

Ce geste se réalise sans EMLA car elle présente des réactions cutanées à type de rougeurs, d'éruption et de prurit et sous MEOPA pour ses propriétés anesthésiantes et anxiolytiques.

L'application d'un glaçon a été tentée mais s'est avérée inefficace. Je pose la question de la prescription d'une prémédication par un anxiolytique léger au vu de l'état de stress de L, déjà installé depuis la veille, au dire de la mère. Le médecin du service refuse sans même se déplacer au chevet de l'enfant.

L'association MEOPA et hypnoanalgésie en pédiatrie est utilisée fréquemment et son efficacité, bien que non encore validée par le biais d'études, est observée. Le Docteur C.Wood et le Professeur A. Bioy affirment, forts de l'expérience de l'hôpital Robert Debré, que cette technique « permet aux enfants de mieux focaliser sur autre chose que le soin, et permet une dissociation psychique plus rapide. »(3). Cette affirmation confirme les bénéfices de cette association, observés lors de nombreux soins durant mon parcours professionnel.

La mère de L. est toujours présente au côté de sa fille lors de l'injection.

Le second cas concret concerne A., un jeune garçon de 14 ans atteint d'un syndrome néphrotique diagnostiqué à l'âge de 2 ans. Il est également accueilli en Unité Médicale Ambulatoire, lorsque ses résultats biologiques le nécessitent, afin de bénéficier d'une injection intraveineuse périphérique d'un anticorps monoclonal (à une fréquence de tous les six mois environ). Je n'avais pas encore débuté ma formation en hypnose médicale et clinique lorsqu'une des infirmières du service me demande une aide destinée à ce jeune A., devant la récurrence d'une panique incontrôlable qui le submerge au moment de la pose du cathlon dans une veine périphérique de son bras puis d'un mal être qui se prolonge durant tout le temps de la perfusion (d'une durée d'environ 4 heures). A. était sur le point de quitter le service, la demande concernait sa prochaine venue. Je vais me présenter à A. et à sa mère, nous échangeons sur l'intérêt que pourrait avoir l'hypnose dans sa difficulté et lui propose une rencontre avec une psychologue de l'hôpital ayant ces compétences. A. et sa mère sont d'accord pour vivre cette expérience lors de leur prochaine hospitalisation. Plusieurs mois plus tard, la date étant fixée,

la mère d'A. appelle la psychologue hypnothérapeute pour l'en informer. Celle-ci étant absente, elle me transmet la demande.

Enfin, je suis sollicitée par une psychologue du service d'oncologie hématologie pédiatrique concernant une troisième enfant suivie depuis 9 mois pour une leucémie Aigue Lymphoblastique. F. a 8 ans et depuis deux mois, présente de grosses difficultés à appréhender la pose d'une aiguille de Huber dans sa chambre implantable (gestes fréquemment répétés lors de ses venues pour traitements intraveineux en hôpital de jour) et adopte un comportement inquiétant lorsque l'aiguille est en place : marche tout doucement, recroquevillée dans une attitude protectrice, ne veut pas que l'on s'approche, même à distance, du lieu de ponction situé sur son thorax et refuse même d'être lavée...La psychologue a été interpellée par le médecin référent et me fait part de sa rencontre avec F. : elle tente d'aborder ses difficultés mais F se replie dès que les mots « cathéter », « aiguille » et « piquer » sont prononcés. Elle ne sait pas dire la cause de ce qui la met en difficulté. Un tonitruant « laissez-moi tranquille ! » vient mettre fin à toute communication. Le problème majeur dans cette situation, m'explique la psychologue, c'est que F. hurle au moment du soin et que ses cris stridents dérangent les soignants, inquiètent les parents présents aux alentours de la chambre et agacent le médecin référent qui « ne comprend pas ». Il est à noter que F. ne bouge pas du tout pendant la pose de l'aiguille, consciente des conséquences et du risque d'une mauvaise manœuvre.

La psychologue propose à F. de tenter une expérience d'hypnose afin de l'aider à mieux vivre ce moment difficile : « je ne veux pas d'hypnose ! » lui crie-t-elle, mais est d'accord pour me rencontrer...

Elle accepte la pose d'un patch d'EMLA sur le lieu de ponction mais refuse le MEOPA qui lui a été proposé à plusieurs reprises. Les parents sont présents pour la soutenir lors de ce geste mais sujets à une grande appréhension anxiogène.

Concernant les deux premières situations, le temps pour réaliser une **anamnèse** est très réduit, car je ne peux rencontrer ces enfants que le matin même de leur venue, quelques minutes avant la réalisation du geste et donc dans une anxiété d'anticipation déjà très importante peu encline à une communication. **Le repérage des canaux sensoriels** préférentiels de l'enfant est compliqué. Je me laisse donc guider par mes observations et l'intérêt des enfants, porté par le regard le plus souvent, sur les choses autour d'eux.

La situation de F. semblant « cristallisée » depuis de nombreux mois dans une anxiété importante, proche de l'angoisse, il me semble important de la rencontrer à distance du soin

douloureux (l'objet « phobogène ») afin de recueillir le plus de renseignements possibles concernant son ressenti, ses représentations, ses difficultés, sa demande, ses centres d'intérêt et les ressources dont elle dispose. Elle accepte ma proposition de « jouer le soin », dans un premier temps, et ajoute enjouée « *Oui, je veux piquer la poupée partout !!* ». L'objectif est de lui faire manipuler les pinces, les gants stériles et autre matériel médical et de lui proposer de piquer avec une aiguille semblable à celle que l'on utilise pour elle.

Un entretien avec ses parents me permet de construire, en collaboration étroite avec eux, un accompagnement de leur fille qu'ils connaissent mieux que quiconque.

### **3.3 Informations données à l'enfant et à ses parents concernant l'outil hypnotique**

Je reçois la demande d'intervenir auprès de L. durant le 2<sup>ème</sup> mois de ma formation universitaire en hypnose médicale et clinique. Encore peu à l'aise avec cet outil et l'appréhension anxieuse de l'enfant et de ses parents ne facilitant pas la communication, je fais le choix d'attendre un moment plus opportun pour des explications détaillées du processus de l'hypnoanalgésie. Le contexte imposant une intervention ponctuelle, au moment du soin invasif, j'annonce ma venue à l'enfant dans l'objectif de l'aider à ce que ce soin « se passe le mieux possible ». La petite fille et sa mère ne voient alors aucune objection à cette proposition ! La réflexion des soignants à l'issue du geste invasif en ma présence : « ça s'est beaucoup mieux passé que quand la psychologue est venue faire de l'hypnose !!! » me conforte dans ce choix. Ce n'est qu'après le geste réalisé que j'explique à la mère ma formation, l'outil hypnotique utilisé et lui demande son consentement à inclure cet exercice dans mon travail de fin d'année.

Des informations concernant l'hypnose ont été données au second enfant, A., ainsi qu'à sa mère.

Quant à F., refusant catégoriquement d'entendre parler d'hypnose par la psychologue référente, je me suis bien gardée de prononcer ce mot devant elle, ses parents en ayant compris le fonctionnement et l'intérêt de proposer cet outil à leur fille.

## 4. RESULTATS et DONNEES CLINIQUES

### 4.1 Situation clinique n°1 : L., 9 ans. Geste : Injection intramusculaire

J'entre dans la chambre où L. est installée, seule (ce choix a été fait par l'équipe au vu de ses cris et de ses résistances « musclées » durant le soin). Sa mère est à distance, plongée dans son téléphone portable. L. est allongée sur son lit, comme figée, le visage crispé, incapable de s'intéresser au dessin animé diffusé à la télévision, ni à l'album de coloriage nouvellement acheté posé au bout de son lit. Elle semble être figée dans une « attente » silencieuse.

« Bonjour L. ! Je m'appelle Valérie, je suis infirmière et je suis venue aujourd'hui pour t'aider à ce que ce soin se passe le mieux possible » dis-je en posant sur l'adaptable près d'elle un livre dont la couverture très colorée représente un superbe château et une petite fille s'en approchant sur une barque rouge (« Imagine » de Aaron Becker (18)). Je m'installe près d'elle sur une chaise. « C'est difficile pour toi et je le comprends bien... c'est bien normal que tu en aies assez de ces piqûres toutes les six semaines » dis-je d'une voix calme et posée. L ne me regarde pas, elle baisse les yeux, les sourcils froncés. Je lui présente une échelle EVA (Echelle Visuelle Analogique permettant, dans sa fonction première, une évaluation de la douleur d'un enfant communiquant de plus de 6 ans) de l'anxiété (validée également dans cette utilisation) qu'elle refuse de coter (refus en partie attendu).

J'aperçois une poupée de chiffon posée contre elle : « Quelle belle poupée ! Elle est à toi ? Comment s'appelle-t-elle ? » Elle me répond timidement en levant les yeux vers moi pour la première fois, le contact est établi : « Elle s'appelle COURAGE... ». Je fais immédiatement le lien avec « **la poupée de réconfort**<sup>19</sup> » évoquée par J.C. Mills « Quel joli nom !! » M'exclamais-je et de rajouter en m'adressant à la poupée « Et bien, Courage, je crois qu'L et moi, nous allons avoir bien besoin de toi pour nous aider ! Mais L. a déjà beaucoup de courage et beaucoup de force en elle et elle va te montrer combien ! ». La mère est toujours absorbée par son portable et ne participe pas à cet échange.

Je tente d'obtenir quelques informations sur ses centres d'intérêt : dessins animés, héros favoris, activités préférées... Elle ne me répond pas. Je lui demande « ce qui pourrait l'aider pour que ce soin se passe mieux ? Être installée assise ? Sur les genoux de maman ? » Puis « si il y a un endroit où elle se sent particulièrement bien, en sécurité, rassurée ? » Ses réponses sont très

---

<sup>19</sup> (17) page 284



pauvres. Elle me répond d'une toute petite voix : « *Dans le salon, à la maison* ». Je n'ai que peu d'espoir d'en savoir davantage, ses capacités à s'exprimer étant limitées par l'anxiété qui l'envahit. La mère n'intervient pas et ne vient pas à mon secours... Je décide d'arrêter là mes questions qui n'ont sans doute aucun sens pour elle, en ces circonstances.

L. jette un regard furtif au livre posé sur la table. Je bondis sur ce petit signe d'intérêt : « *Et si on lisait une histoire ? Tu aimerais ?* ». Elle me répond d'un « *oui* » timide.

Nous commençons très tranquillement l'histoire, le tempo devant être calé avec l'arrivée des infirmières dans la chambre pour réaliser l'injection intramusculaire.

Je pose le livre ouvert sur son ventre, celui-ci formant ainsi un « paravent » entre le lieu d'injection (sa cuisse) et son regard.

La particularité de ce livre est qu'il ne contient aucun texte. Il laisse donc totalement le champ libre à l'imagination de l'enfant (d'où son titre : « *Imagine* »), au fil des illustrations.

Bien que disposée à laisser L. s'emparer de cette histoire et la dérouler comme elle l'entend, j'avais préparé certains éléments importants à intégrer à ce récit afin de construire **un conte métaphorique**.

Je donne donc la parole à L. pour débiter cette histoire, commenter et interpréter à loisir les images qui se suivent sur chaque page. Elle ne le désire pas et préfère me donner ce rôle.

« *Il était une fois ... une jolie petite fille... qui avait l'air de bien s'ennuyer entre les quatre murs de sa chambre* (référence lointaine aux quatre murs de la chambre de l'hôpital)... *comment s'appelle-t-elle ?* (pas de réponse) *alors, nous l'appellerons Joséphine si cela te convient...* ».

Une infirmière entre dans la chambre avec la bouteille de MEOPA. Je m'adresse à elle pour lui annoncer que « *nous lisons avec L. une magnifique histoire et qu'il ne faudra surtout pas nous déranger tout à l'heure ! Elles feront ce qu'elles ont à faire et nous, nous continuerons à suivre les aventures d'une courageuse petite fille qui possède un crayon magique qui lui permet de dessiner des portes sur les murs qui deviennent réelles et qui s'ouvrent sur un monde incroyable ...* ». La charge de travail de mes collègues ne m'a pas permis, en effet, de leur expliquer en amont le déroulé de la séance et l'importance de ne pas prévenir L. du moment de l'effraction cutanée qui la focalisera à nouveau sur la sensation douloureuse. L'inhalation du gaz commence. L'infirmière quitte la chambre. La mère s'approche pour venir tenir le masque sans un mot, aide qui semble habituelle.

L. si passive jusqu'alors, se met à participer avec passion à l'élaboration de l'histoire. Désinhibée par l'effet euphorisant du MEOPA, elle la commente généreusement et se met à parler très fort !

Je prends mon temps pour découvrir les nouvelles rencontres de l'héroïne afin de respecter le temps d'inhalation nécessaire à l'efficacité du gaz. Je prends bien soin de décrire les couleurs des lieux, les bruits, les odeurs (« **balayage** » **des canaux sensoriels car peu d'indication sur ceux privilégiés**).

Deux infirmières entrent dans la chambre avec un plateau. L. n'y prête aucune attention, absorbée par les découvertes de chaque page qui se tourne. J'introduis alors l'aspect inquiétant de cet homme qui tient prisonnier l'oiseau mauve magique (qui personnifie la liberté, l'évasion) de Joséphine. L. dispute avec conviction cet homme très méchant.

Suivant avec attention les gestes des infirmières et recevant un signal de leur part me signifiant qu'elles allaient piquer sa cuisse, je demande à Joséphine de crier très fort pour appeler son oiseau mauve afin de le libérer, dans l'objectif d'obtenir **une expiration forcée** prouvée efficace en diminuant le ressenti douloureux. « *Appelle encore, il ne t'entend pas !* ». L. « s'époumone » ! Elle fronce les sourcils au moment de l'introduction de l'aiguille dans la peau. Joséphine parvient à libérer son ami : « *Quel courage cette Joséphine ...* » rajoutais-je « *N'est-ce pas poupée Courage ?* ».

Le masque de MEOPA est enlevé, nous terminons tranquillement l'histoire avec la mère qui est restée près de nous Joséphine retourne sur un tapis volant dans son monde réel accompagnée de l'oiseau mauve et j'invite L. à « *dire au revoir et à bientôt à ses amis, et revenir ici et maintenant dans cette chambre à l'hôpital avec peut-être le crayon magique rouge dans sa poche, si elle désire dessiner d'autres portes vers d'autres mondes, lorsqu'elle en aura besoin dans un moment difficile.* » (**Suggestion post-hypnotique**)

L. se blottit sur les genoux de sa maman et l'enlace très fort. La mère est très satisfaite et soulagée. Un antalgique (paracétamol) lui est proposé pour prendre en charge la douleur post-geste (le délai d'action n'a pas été anticipé). L. le refuse.

Lors du débriefing avec les soignantes, elles expriment la grande satisfaction que L ne se soit aperçue de rien et qu'aucune contention n'ait été nécessaire. Je leur explique en quelques mots la technique utilisée et leur capacité à la reproduire pour d'autres enfants subissant un geste douloureux et leur raconte l'histoire de Joséphine... Elles m'écoutent, passionnées... je leur fait remarquer que « leur enfant intérieur n'est pas loin ! ».

Six semaines plus tard, étant absente, je confie le livre « Imagine » aux soignantes. Leur retour est plutôt positif, avec une nette amélioration de la peur et de la douleur ressentie.

#### **4.2 Situation clinique N°2 : A., 14 ans. Geste : Pose d'une voie veineuse périphérique au pli du coude pour traitement intraveineux sur 4h**

A. est installé dans une chambre seule également. Je me **présente** de façon similaire à L, prenant une chaise afin de m'installer à sa hauteur. Je lui parle de ma formation en hypnose, des principes de fonctionnement de l'hypnoanalgésie et lui propose de mettre cet outil à sa disposition, s'il le désire. J'obtiens son accord sans grande conviction, avec le sentiment qu'il se résigne à « faire avec » ses pics d'anxiété et de panique qui le débordent à chaque pose de voie veineuse périphérique. Sa mère est présente auprès de lui et elle est très demandeuse d'une aide.

Lors de **l'anamnèse**, je découvre que le problème principal évoqué par A n'est pas tant la douleur de l'effraction cutanée qu'il qualifie de modérée (EVA= 2,5/10) grâce à la pose de crème EMLA en couche épaisse mais **l'introduction d'un corps étranger dans son bras** et donc dans son corps et **la diffusion du produit dans ses veines** (élément étranger lui aussi). Cet acte engendre chez lui « une peur panique incontrôlable ». Il refuse l'utilisation du MEOPA car me dit « perdre le contrôle » et ne reçoit pas de médicament anxiolytique (difficilement prescrits dans ce service...). Une infirmière m'explique, en aparté, qu'une fois le cathéter posé, A reprend légèrement le contrôle de son stress mais que le bras doit rester complètement immobile, qu'il le protège de toute approche et que la vue du point de ponction sous le pansement transparent est très difficile, voire impossible. A évalue son anxiété au moment présent grâce à l'EVA à 8/10, confirmée par son comportement : visage crispé, agitation des membres inférieurs, poings serrés.

A est plutôt loquace dans les explications qu'il me donne concernant ce qui est un problème pour lui. Il me dit être un passionné de jeux vidéo. Je lui donne confiance en ses propres ressources. A la question « *et comment ce serait si c'était mieux ?* » il me répond qu'il aimerait n'être anxieux qu'à 6/10, ce qui semble un objectif raisonnable mais qui paraît, pour lui, très difficile à atteindre...

Je lui propose une rêverie, un voyage de sa pensée dans un endroit agréable, sécurisant, paisible : « *oui, je veux partir très loin !* » me dit-il.

L'observant jeter des regards furtifs et répétés aux gestes de l'infirmière préparant le matériel à la tête de son lit, je lui demande s'il est important pour lui de savoir où en est l'infirmière et qu'elle le prévienne quand elle le pique ? Il ne sait pas trop, hésitant entre l'envie d'être « ailleurs » en pensée et un besoin de « contrôler » chaque faits et gestes de la soignante. Je lui propose, en accord avec l'infirmière présente, qu'elle ne dira rien mais que s'il a besoin de savoir quelque chose alors il pourra lui poser la question et qu'elle y répondra en toute honnêteté. Il adhère totalement à cette proposition : **c'est lui qui décide de ce qu'il veut savoir et à quel moment.**

Je m'assure qu'il est bien installé sur ce fauteuil en position allongée.

- Nous : « *Alors, nous pouvons commencer...* »

Il m'interrompt pour rappeler à l'infirmière quelle est la veine qu'elle doit piquer, lui donne des consignes précises : la bande « protectrice » qu'elle doit placer autour de son bras après la pose du cathlon, l'installation de la rampe de robinets... Ils se mettent d'accord tous les deux.

Je lui propose une focalisation sur un point devant lui, sur le mur de la chambre, par exemple.

- A. « *Est-ce que je pourrais fermer les yeux à un moment ?* »
- Nous « *Oui, bien sûr, quand tu en auras envie ou en ressentiras le besoin* »
- A. « *Je veux fermer les yeux au moment où elle introduit l'aiguille* »
- Nous « *Alors d'accord, ou peut-être avant ou après ou simplement quand tu en auras envie* »

Il lance un regard inquiet vers l'infirmière.

- Nous « *L'infirmière va faire ce qu'elle a à faire, tu as confiance en elle, tu la connais bien, et nous, nous allons la laisser faire et ne pas nous en occuper car cela n'a pas d'importance ...* »
- A. « *D'accord* »

Il choisit un point sur le mur face à lui et me fait signe lorsqu'il l'a choisi (**signaling**<sup>20</sup>).

---

<sup>20</sup> Communication avec le patient en état de transe (mouvement de tête ou d'un doigt...)

- Nous « *Si à un certain moment ce point change d'aspect, de couleur, de contour, c'est tout à fait normal ...* » Je procède à **une induction** par le balayage des dimensions sensorielles : la vue, les sons, la position de son corps sur le fauteuil.

A. regarde fixement le point de focalisation et ses yeux ne se ferment pas comme il en avait décidé. Sa respiration est rapide, désordonnée voire bloquée. Je me concentre sur sa respiration et observe sa main libre crispée sur son ventre. Il a toujours les yeux grands ouverts mais ne regarde pas son bras qui va recevoir la perfusion. Il regarde droit devant lui. Je le rejoins dans son rythme respiratoire accéléré en parlant rapidement puis l'invite

- Nous « *à venir déposer la main à plat sur ce ventre, en étendre les doigts... à percevoir le contact du tissu, sa matière, sa douceur ...peut-être cette main développe une sensation, un picotement, une chaleur ou bien au contraire une fraîcheur....puis sentir le mouvement de ce ventre qui la soulève à chaque inspiration et descendre à chaque expiration...Peut-être même que cette main s'appuierait doucement, tranquillement sur ce ventre lorsque tu expires comme pour chasser l'air restant encore dans un ballon pour qu'il devienne tout plat...* »

Le rythme respiratoire se ralentit.

- Nous « *C'est bien, c'est très bien, tu es super...* » (**ratification**). J'observe sa respiration devenir abdominale. Des larmes coulent en silence sur ses joues, ses yeux sont ouverts.
- Nous « *D'ailleurs, sans y penser vraiment, tu pourrais sentir l'air frais qui entre par le nez et qui ressort comme le mouvement d'une vague qui avance sur la plage de sable et se retire...* »... « *Et à chaque expiration profonde, quand le ballon est tout plat, il se passe quelques secondes avant que les poumons viennent inspirer de l'air à nouveau et je t'invite à venir t'installer dans ce moment tranquille, cette petite pause, un lieu de détente...qui se propage dans les muscles des cuisses puis ... jusqu'au bout des orteils, et remonte... (Sa main est à nouveau crispée sur son torse). « et cette détente te permet de laisser venir une image... »*

A. jette un œil sur les gestes de l'infirmière et ferme les yeux à l'approche imminente de l'aiguille sur sa peau. Les larmes coulent toujours sur ses joues mais son visage est détendu.

Je continue malgré tout en décrivant « *les sons, la lumière, la chaleur ou peut-être la fraîcheur, enfin ce qui te convient...un lieu familier ou que tu ne connais peut-être pas mais où tu te sens bien...* »

A ouvre les yeux soudainement.

- A. « *C'est fini ?* » s'adressant à l'infirmière. Elle acquiesce. « *Je n'ai rien senti merci merci merci !* » puis il referme les yeux.
- Nous « *Je t'invite à profiter de cet instant de calme maintenant que rien ne peut plus te déranger ...* »

Je prolonge cet instant de détente car je sais la diffusion du liquide dans ses veines anxiogène pour lui. Ses yeux sont toujours fermés. Je lui propose de revenir ici et maintenant, de retrouver les sons de la pièce, dans le couloir, de bouger ses jambes et d'ouvrir les yeux quand il en aura l'envie. A. n'ouvre pas les yeux et ce, pendant un long moment que j'accompagne de **saupoudrage** et de silence.

A. ouvre les yeux et s'empresse de régler les derniers détails d'installation avec l'IDE : bande « protectrice », sens du tuyau, robinets...

- Nous « *Comment as-tu vécu ce moment, comment ça s'est passé pour toi ?* »
- A. « *C'était bien, j'ai vu des images... mais non, je n'ai pas envie de vous raconter* »

Je lui demande d'évaluer son anxiété pendant le geste : 3/10. Je lui fais remarquer que son objectif est largement atteint et que grâce à ses ressources il a fait diminuer sa peur de 5 ! Je le félicite pour son courage et sa force, accompagnée par la maman qui renchérit « chapeau ! Tu m'as épatée ! ». Son évaluation de la douleur est de 0. La maman me remercie.

#### **4.3 Situation clinique N°3 F., 8 ans. Geste : pose d'une aiguille de Huber dans une chambre implantable**

Je retrouve F. en hôpital de jour en fin de matinée. Sa chambre implantable est branchée et le traitement par chimiothérapie a débuté. Ses deux parents sont présents comme nous l'avions convenu. Sa maman l'accompagne toujours pendant les soins douloureux malgré un stress « contagieux » évident.

Je fais connaissance avec F., je me présente, m'assoie près d'elle : « *Je suis venue jouer avec toi à faire comme si on allait faire un pansement à cette poupée, tu es d'accord ?* ». Je reste très prudente quant à l'utilisation des mots difficiles à entendre pour elle. J'ai apporté une poupée de chiffon blanche sur laquelle nous pouvons dessiner des yeux, un nez, une bouche...Elle

accepte avec enthousiasme. Je vais « voler » du matériel aux infirmières (cette bêtise lui plaît beaucoup), au fur et à mesure de ses envies (un plateau stérile puis des compresses puis un pansement puis une aiguille de Huber !). F. prénomme la poupée « Charlotte ». Tout en dessinant sur le visage de la poupée, je la questionne sur ce qui l'aide pendant un soin. Elle me présente alors son doudou bleu qu'elle pose sur sa tête, en lui recouvrant les yeux. Son souvenir le plus agréable est le bateau qui les emmena, elle et sa famille vers la Sicile avec le soleil, la mer, et les dauphins nageant au loin. Je propose que l'on aide aussi la poupée pendant ce soin. Elle lui prête son doudou bleu.

Je lui propose de tenir le rôle de l'infirmière, elle refuse. Elle attribue ce rôle à sa maman qui, conciliante, se met en tenue. Le bras de papa plein de poils est plutôt attrayant pour soigner une blessure imaginaire et surtout arracher le pansement à la fin !! F. rit et devient rapidement l'assistante de sa mère puis s'empare des pinces et s'amuse beaucoup.

Je l'invite à prendre dans ses mains l'aiguille de Huber pour piquer la poupée, elle refuse. C'est à sa « maman infirmière » de le faire. La maman compte « 1, 2, 3 » comme elles font habituellement ensemble. La poupée est félicitée, a été très courageuse. Je félicite aussi la maman sur ses compétences et la réussite de son geste, son expérience et la confiance que l'on peut lui accorder.

F. redevient actrice lorsque je lui propose de manipuler les tuyaux, les robinets. Je lui donne une seringue que je remplis d'eau et lui tends. Elle jubile ! Elle prend beaucoup de précautions pour ne pas tirer sur l'aiguille. Elle injecte, aspire pour s'assurer d'un retour de sang, manipule avec aisance.

Les parents sont ravis de ce moment ludique et d'observer leur fille jouer avec ce matériel médical et d'avoir pu regarder cette aiguille tant redoutée.

Deux petites copines hospitalisées également, trépignent derrière la porte, elles l'attendent pour jouer et n'y tenant plus, entrent. Je propose donc un atelier « pansement » collectif en présence des parents. Ses copines ont aussi une chambre implantable, je les invite à nous la montrer, ce qu'elles font sans problème, la touchent et ne sont pas gênées par son existence.

L'objectif de ce « jouer à faire comme si » avec F. est d'utiliser **un support ludique** dans le cadre d'un soin anxiogène qui lui permet de se projeter dans la situation, de la comprendre, de l'imaginer et ainsi de la dédramatiser.

Lors de notre deuxième rencontre, en hôpital de jour, mon objectif est d'accompagner F. en hypnoanalgésie lors de la pose de l'aiguille dans la chambre implantable.

Je la sens beaucoup moins ouverte et très inquiète. Elle esquisse un sourire. Je tente de parler de choses et d'autres mais elle est beaucoup moins réceptive et préoccupée.

Sa mère est volubile, elle parle beaucoup. Je la sens très anxieuse.

Après de nombreuses contestations, F. s'allonge sur son lit afin de s'installer pour le soin. Elle désire que sa mère soit tout près d'elle et rejette ma présence de l'autre côté du lit. L'infirmière entre dans la chambre, détendue, accueillant l'anxiété de F.. Elle prépare le matériel nécessaire au soin alors que je m'approche de F. au visage crispé et totalement fermé à toute communication.

J'attrape le doudou et lui propose de lui poser sur les yeux. Elle l'attrape et le jette par terre. Elle se met à hurler en criant « non, non, non ! » mais ne bouge pas du tout, ce qui permet à la soignante de réaliser son geste sans aucun problème. Je reste spectatrice de la situation.



## 5. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Les formations reçues et mes recherches concernant la douleur de l'enfant et plus particulièrement provoquée par les soins iatrogènes, m'ont permis d'accéder à de nombreuses connaissances « médicotecnico-physiopathosfarmacoscientifiques » ! Lorsque tous les ingrédients nécessaires à une prise en charge optimale de cette douleur provoquée sont anticipés, mis en place, expliqués et que vous vous retrouvez face à un enfant dans un état de détresse extrême, envahi par une anxiété telle que le soin en devient irréalisable ou alors contraint, le doute de pouvoir « **faire** » quelque chose pour lui, s'installe.

Dans mon apprentissage du métier d'infirmière, la démarche de soin se déclinait ainsi : « D » données, « A » **action**, « R » résultats. Quelle était alors la place du « E » **être**, dans la prise en soin du patient ? Cette quête a toujours été prioritaire dans l'exercice de ma fonction.

Dans une conception du soin principalement curative (« cure »), quelle est la place laissée au « prendre soin » (« care ») ? Je m'applique chaque jour à le développer dans mes missions.

Cette formation en hypnose médicale et clinique m'a permis de découvrir les possibilités qui s'ouvrent à moi, soignante. En effet, la richesse de cet outil ne se résume pas à une simple « technique » mais est avant tout un moyen d'améliorer son **savoir être, sa confiance en soi et la qualité de notre présence auprès de l'enfant**. L'hypnoalgésie va au-delà d'une simple distraction. Elle vient approfondir les connaissances du processus de détournement de l'attention des enfants. Forte de cet enseignement, je me pose la question de son applicabilité dans ces situations très complexes :

**L'hypnose peut-elle être un outil d'aide à la prise en charge des pics d'anxiété lors des soins douloureux en pédiatrie ?**

### 5.1 Origine de la demande

Dans les deux premières situations cliniques décrites, la demande vient de l'équipe soignante et plus précisément des infirmières qui réalisent les soins donc exposées à la souffrance de l'enfant et à l'incapacité également de « faire » correctement le travail demandé.

En ce qui concerne la situation de F., la demande émane du médecin référent qui alerte la psychologue référente sur ce comportement « inquiétant » et « dérangent » qui lui évoque une phobie des soins ou une dépression. Cette difficulté est partagée par certaines infirmières.

La complexité réside dans **les éléments de jugement** des soignants qui vont leur permettre de prétendre que la peur et l'anxiété de l'enfant, même très importantes, ne semblent plus adaptées à l'acte. Ils sont en partie dépendants de la représentation de chacun et de leur propre projection de l'intensité de la douleur et du niveau des émotions associées qu'il leur semblerait « normal » de ressentir pour une ponction lombaire par exemple, comparé à une « toute petite pique » !

En effet, nous ne pouvons parler de **phobie** que si la réaction de l'enfant face au soin invasif n'est pas à l'image de la douleur que l'enfant a réellement ressentie dans une situation de soin analogue à celle dans laquelle il est aujourd'hui. De plus, le terme "phobie" ne doit pas nous permettre, à nous soignants, de nous dire qu'il est normal que le soin se passe mal puisque l'enfant est phobique. Ceci rejoint la notion de **fatalité** d'une douleur provoquée par les gestes qui a longtemps (et quelque fois encore de nos jours) provoquée une banalisation de ses conséquences et déresponsabilisé ses acteurs.

C'est pourquoi, si les propos rassurants et l'attitude empathique des soignants ne suffisent pas à calmer l'enfant, il faut alors penser à une "vraie phobie du soin" au sens psychiatrique du terme et l'hypnose pourra être proposée dans le cadre d'un suivi psychologique en hypnothérapie. Néanmoins, **la présence contenante** d'une personne avec qui **l'alliance thérapeutique** est créée, **la confiance** installée, peut **rassurer** l'enfant et lui permettre de modifier le souvenir qu'il gardera de ce geste. L. et A. furent réceptifs à ma présence. Que va garder F. de bénéfique dans notre rencontre ?

Les enfants ou leurs parents n'ont formulé aucune demande de prise en charge en hypnose. Ils n'avaient peut-être pas connaissance de la possibilité de bénéficier de cet outil dans la prise en charge de leur enfant. Les soignants eux-mêmes n'étaient pas au fait des compétences en hypnose de quatre psychologues dans l'hôpital et de ma formation en cours.

## **5.2 Ce que m'ont appris ces expériences en rapport avec la théorie**

Lors des demandes qui m'ont été adressées concernant ces trois enfants, je me suis rapidement interrogée sur l'existence d'un trouble « phobique » qui ne relèverait donc pas de mes compétences. En toute humilité, faisant mes premiers pas dans cette approche, je pris peu à peu

confiance en moi, faisant fi des attentes probables considérant que l'utilisation de cet outil pouvait, au pire, être inefficace mais non délétère pour les enfants.

**Le recueil des informations** (anamnèse) concernant la description du problème, les changements possibles, les centres d'intérêt, permettant le repérage des canaux sensoriels (VAKOG) privilégiés de chaque enfant, fut compliqué et eut lieu à un moment inadapté. Il aurait été préférable de la réaliser à distance du soin, dans un état émotionnel stable, permettant une communication sereine. Je me suis donc essentiellement basée sur **l'observation** du comportement des enfants (« coup d'œil » posé sur le livre, respiration, main crispée...) et leur environnement (la poupée du réconfort, « Courage ») et ai passé en revue les différents canaux sensoriels lors du conte métaphorique pour L., et l'évocation de l'endroit de sécurité pour A.

Ma première rencontre avec F. qui consista à « jouer le soin », à distance de celui-ci, me permit cette anamnèse dans une ambiance décontractée et ludique.

**Le développement cognitif** des enfants selon leur âge (8, 9 et 14 ans) leurs permettait de comprendre le pourquoi de leur douleur, en donner une valeur et la capacité de l'exprimer ainsi que leurs émotions associées et pourtant...

L. et F., âgées de 9 et 8 ans étaient bien incapables de me donner **des objectifs** spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (cités par le Dr Rault lors de notre enseignement) au vu de l'état de « sidération » dans lequel elles se trouvaient. A la question « comment ça serait si c'était mieux ? », la réponse semblait évidente : « N'importe comment mais pas comme ça ! ».

Seul A, plus âgé, particulièrement compliant, a pu me faire part de l'origine de ses problèmes et de ses objectifs. J'ai pu entendre que tout « accompagnement » proposé serait le bienvenu mais lors de notre rencontre, l'entrée en **communication verbale** ne fut pas si aisée et même parfois impossible avec les enfants.

J'ai donc privilégié une intention de bienveillance et d'attention particulière au travers d'une **communication non verbale et para-verbale** (gestes, regard, position de mon corps, ton de ma voix, rythme respiratoire...) afin d'aller les rejoindre dans leur état émotionnel, de m'ajuster au mieux à leur ressenti et les amener à mobiliser leurs ressources, selon la technique de la **synchronisation**.

Quant à la « **préparation** » du contenu d'une séance, je me suis vite rendue à l'évidence que mes propositions ne convenaient pas toujours aux enfants (**la suggestion directe** du « gant

magique », préconisée dans les gestes douloureux et **l'imagerie mentale** du voyage en bateau vers la Sicile n'ont pas été choisies par A. et F.) et qu'elles devaient avant tout correspondre à **leurs préférences**. Ma capacité d'adaptabilité fut essentielle.

Le conte métaphorique proposé à L. a trouvé sa place dans le processus.

### **Le déroulé de la séance : les outils utilisés**

L, trop angoissée pour participer à d'autres exercices d'imagerie comme un souvenir agréable, un voyage, une activité favorite... la proposition du conte métaphorique contenant des **suggestions indirectes** s'est avérée très utile pour transformer la « transe négative » en « **transe positive** ».

Cet exercice se basant sur une transe déjà induite, fut un échec lors de la séance avec F.

Dans la situation d'A., le problème identifié n'était pas, pour lui, la sensation douloureuse du geste invasif mais plutôt l'idée insupportable de l'introduction d'un élément étranger dans son corps. Ma suggestion de « se détendre » m'a semblée, avec du recul, un objectif pour lui quasiment impossible à atteindre. L'hypnose abordée alors sur un mode un peu plus « formel » permit d'explorer un « **lâcher-prise** » lors de la focalisation sur sa respiration abdominale qui n'a certes pas duré dans le temps mais qui est devenu **possible** et lui a permis ainsi d'entrevoir que le soin pouvait se passer autrement.

Une autre observation faite pendant la séance avec A. est cette particularité, plus souvent propre aux enfants, à entrer et sortir de l'état hypnotique. Ses yeux étaient ouverts, il était réellement « présent » pour contrôler la situation et en même temps « ailleurs » en les refermant puis les ouvrait à nouveau. Ses larmes qui coulaient sur les joues de son visage détendu en étaient la preuve.

Finalement, le fait d'accentuer son attention et de le maintenir en vigilance sur une tâche précise au niveau d'un ressenti corporel (respiration) a permis de rester en résonance avec ses besoins et son mode de fonctionnement : le contrôle. C'est en gardant une certaine maîtrise qu'il a pu, sinon se détendre, au moins faire un pas de côté... Finalement, il était encore plus dissocié en étant là et bien là, mais aussi très loin dans un ailleurs... La profondeur de la transe ne présage pas toujours de l'efficacité d'une séance.

### 5.3 Réflexions sur l'accompagnement de F.

L'inaccessibilité de F. lors de la pose de l'aiguille de Huber dans sa chambre implantable m'a poussée à me poser plusieurs questions :

- F. souffre-t-elle d'une « phobie des soins » ? et ne puis-je tout de même pas lui permettre de « mieux vivre » ce geste ?
- Quel a été l'impact du « jouer le soin » lors de notre première rencontre ?
- Pourquoi intervenir en hypnose pour obtenir « une norme », c'est-à-dire celle d'un enfant qui ne crie, ni ne pleure lors d'un geste douloureux ?

F. donna en partie la réponse lorsqu'elle expliqua à la psychologue alertée par son comportement, que « crier l'aidait ». Nous avons pu apprendre combien il est important de laisser un enfant exprimer ses émotions, les valider et les accueillir. Le niveau sonore de leurs expressions doit-il rester dans une gamme « acceptable » (pour qui ?) de décibel ? Combien de fois avons-nous entendu ces mots « Restez à l'intérieur des lignes, ne pas dépasser, respectez le cadre ».

Le questionnement central repose sur **l'existence ou non d'une souffrance** chez cette petite fille.

Je revois F. quelques semaines plus tard, assise avec une bénévoles « blouse rose » en pleine activité de bricolage. Elle m'accueille avec un sourire radieux. Elle ne vient plus à l'hôpital qu'une fois par mois, a repris l'école et ses petits cheveux repoussent. La maman s'empresse de me dire que sa fille vient d'être piquée dans sa chambre implantable et que pour la première fois, elle n'a pas crié. F. est très fière d'elle.

Quels sont évènements qui lui ont permis ce changement ? L'espace des traitements qui présage d'une guérison ? Un certain retour « à la normalité » dans la vie de cette enfant ? Ou le bénéfice à distance de notre entrée en relation tout simplement ?

### 5.4 Un bénéfice mesurable

L'évaluation de la douleur et de l'anxiété d' A. par l'Echelle Visuelle Analogique avant et après le geste, m'ont permis de mesurer et d'objectiver les bénéfices de mon intervention en hypnose.

Lors de sa 3<sup>ème</sup> hospitalisation depuis notre séance, je vais à la rencontre de L., venue recevoir une nouvelle injection intramusculaire en hôpital de jour. Elle est installée dans une chambre

avec deux autres petites filles à sa demande. Elle m'accueille avec un sourire radieux. Sa poupée Courage est dans ses bras. Je lui demande une évaluation de sa peur par le biais de l'échelle EVA, qu'elle cote à 0 ! Je lui propose un accompagnement pendant le soin, qu'elle décline poliment. La mère me confirme que « tout a changé » depuis ma venue. Les infirmières me disent s'interroger sur un changement d'excipient de l'injection par le laboratoire pharmaceutique ...

### **5.5 L'hypnose, un outil de prévention et d'aide à l'autonomie**

La phobie des soins apparaît et s'installe souvent après un ou plusieurs soins qui ont engendré de la souffrance, voire de la détresse chez l'enfant et qui est venu faire effraction dans son psychisme en développement.

La question qui se pose alors est « Comment prévenir cet état de fait et est-ce possible ? ». Nous avons détaillé dans la partie théorique de ce travail, les ingrédients nécessaires à une prise en charge optimale de la douleur et de l'anxiété liées à ces gestes et l'hypnose vient offrir une opportunité d'aide supplémentaire dans ces situations complexes : **l'autohypnose**.

Elle permet l'apprentissage de l'autonomie de l'enfant, sous forme d'un entraînement guidé par l'hypnoterapeute et encouragé par les parents. Son objectif est de permettre au jeune patient d'apprendre à apprivoiser ses douleurs, tant sur le plan de ses sensations que de ses émotions.

La maîtrise de cet outil fait partie d'un de mes objectifs à venir.

### **5.6 L'apport de l'hypnose dans ma pratique professionnelle**

**Entrer en relation** avec un enfant a toujours été pour moi quelque chose de « fascinant » car à son contact, mon « **enfant intérieur**<sup>21</sup> » revient à la surface presque instantanément et cette rencontre, à chaque fois renouvelée, me ramène à ce qui caractérise un enfant : sa simplicité et sa capacité à vivre dans l'instant présent.

Il me semble alors voir au travers de ses yeux, entendre avec ses oreilles, percevoir les expressions de son visage et de son corps et que tout cela devient un langage compréhensible. Lorsque, dans ma profession, j'ai rencontré des enfants en souffrance dans le cadre de leur

---

<sup>21</sup>« ressources de notre enfance qui demeurent dans notre inconscient, en attente » (17) page 47

maladie et de leur traitement, j'ai du « travailler » sur cette empathie envers eux (et leurs parents) afin qu'elle ne devienne pas compassion et alors souffrance partagée.

L'apprentissage de la pratique de l'hypnose m'a permis de **développer mes compétences d'observation** des patients, une attention particulière à leur égard, dépourvue de jugements qui me donne alors le reflet de **qui ils sont**, à l'instant présent, traversés par leurs émotions et leurs sensations, dans leur environnement.

Mon objectif principal est d'être vigilante à la sollicitation de « mon enfant intérieur » afin qu'il **ne s'identifie pas** à l'enfant pris en charge et qu'il **ne projette pas** de représentations et par là-même des **interprétations** et faire preuve d'**altérité**. Ne pas « perdre pied » face au pic d'anxiété associé à la douleur d'un enfant au moment d'un geste invasif est une condition première à l'aide que je peux leur apporter.

La pratique de l'hypnose vient confirmer la nécessité d'**authenticité dans la relation** avec les enfants hospitalisés comme gage de **cette alliance thérapeutique** et d'être « vraiment là » pour eux.

L'hypnose me permet de garder **cette relation humaine** trop souvent mise à mal, au cœur de ma prise en charge.

Enfin, je peux dire que cette pratique me procure de la **satisfaction** et de la fierté de rendre plus facilement supportables certains gestes douloureux et /ou anxiogènes, d'en diminuer l'impact psychologique et le souvenir désagréable. Le jeu et l'imaginaire, la joie et le plaisir associés, comme moyens de permettre aux enfants confrontés à la maladie de trouver des solutions face à leur souffrance, me permet assurément de me mettre **à l'abri d'un épuisement professionnel** dans le contexte actuel d'une qualité des soins mise à mal.

## 6. CONCLUSION

Les moments les plus difficiles durant ma carrière de soignante en pédiatrie ont été, sans aucun doute, ceux mettant en évidence mon impuissance et celle de l'équipe soignante, à aider les enfants envahis d'anxiété lors d'un geste iatrogène, « en transe » (!) comme les décrivent souvent les personnes présentes pendant le soin, impossibles à « raisonner ».

Au travers des situations cliniques décrites dans ce travail qui tentaient de répondre à mon questionnement de départ, je peux prétendre que :

**L'hypnose peut être un outil d'aide à la prise en charge des pics d'anxiété lors des soins douloureux en pédiatrie**, voire des enfants « phobiques », non pas dans la recherche du « pourquoi » le sont-ils ? Mais dans la recherche du « comment » les accompagner au mieux dans cette approche « humaniste » qui est une valeur essentielle de mon rôle de soignant.

J'ai acquis, lors de cette année de formation en hypnose médicale et clinique, la connaissance des ingrédients nécessaires à élaborer un accompagnement hypnotique. Telle une apprentie cuisinière qui démarre avec une recette de base, j'apprends à la faire évoluer au grès de l'utilisation de certains d'entre eux, leur dosage et bien sûr des inspirations inhérentes à ces belles rencontres. Ces expériences ne sont pas toujours faciles compte tenu du contexte, mais assurément formatrices !

Les situations cliniques relatées dans ce travail ne concernent bien sûr qu'une infime partie des enfants soignés dans l'hôpital où j'exerce. Nombreux sont ceux qui traversent une anxiété majeure liée à un soin douloureux. Dans la transversalité de ma mission « ressource douleur », je rencontre des patients atteints de pathologies diverses. Leur parcours est souvent ponctué de gestes invasifs comme c'est le cas, par exemple, des enfants dialysés ou victimes de brûlures.

Une large partie de la population pédiatrique peut ainsi bénéficier des effets analgésiques et anxiolytiques de l'hypnose, soit seule, soit associée à d'autres thérapies antalgiques comportementales ou pharmacologiques.

Dans mes missions d'enseignements auprès des futurs professionnels de santé et des soignants, mes connaissances acquises, plus particulièrement sur les outils de communication hypnotique, me permettront de les partager et d'en faire un élément essentiel vers le changement de l'entrée en relation avec un enfant soigné.



Les bénéfices de l'hypnose sont multiples. Ils permettent de transformer le vécu de l'enfant par rapport à un geste douloureux, de diminuer la sensation douloureuse, d'agir sur le niveau de stress et les phénomènes d'anxiété anticipatoire. Enfin, l'hypnose permet de mobiliser les ressources de l'enfant. Ainsi, grâce à son imaginaire et sa créativité naturelle, cette approche lui permet de ressentir la fierté de ne pas avoir eu peur et la satisfaction de ne pas avoir eu mal.

Dans le domaine de mes compétences en douleur et soins palliatifs, le champ de l'utilisation de l'hypnose qui s'ouvre à moi est infini dans un objectif thérapeutique certes, mais surtout de mettre en valeur le meilleur chez les enfants et les familles rencontrées. L'hypnose invite à une ouverture, grâce peut-être au dessin d'une porte, au crayon rouge, sur les murs des chambres d'hôpital, comme l'a fait Joséphine dans le livre « Imagine » (18).

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages, articles et publications cités dans le texte**

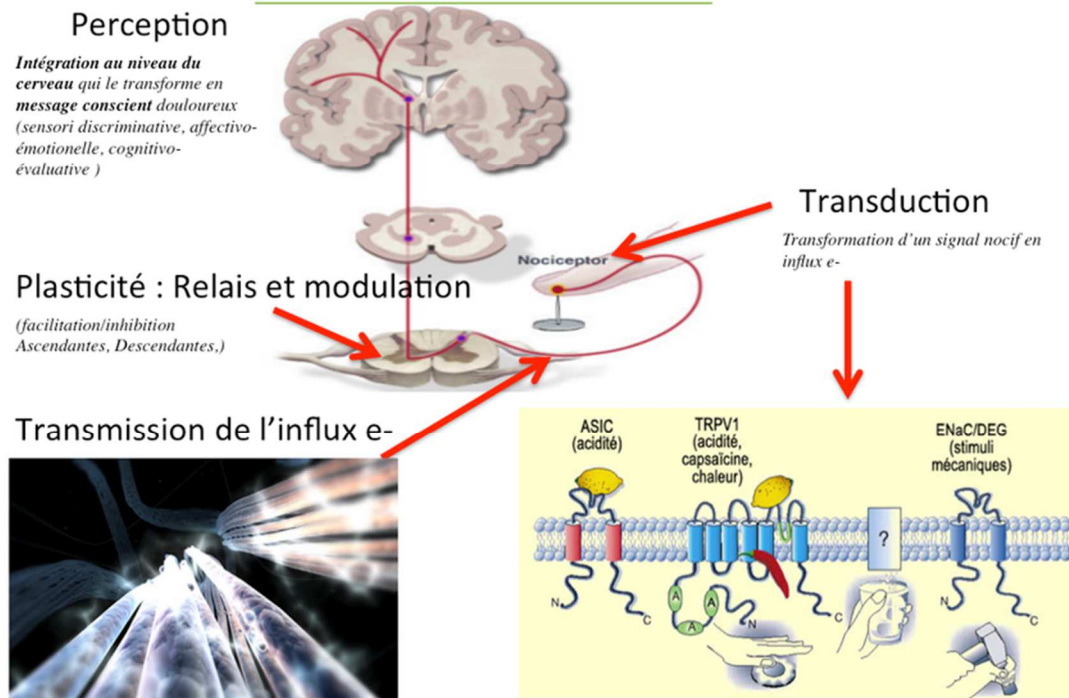
- (1) Thibault-Wanquet P. Fournival N. Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur. Ed Lamarre ; 2012
- (2) McGrath PJ. McAlpine LM. Psychological perspectives on pediatric pain. J Ped 1993 ; 122 : S2-S8
- (3) Wood C. Bioy A. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. Douleur 2005 ; 6,5 : 284-295
- (4) Rousseau-Salvador C. Maunoury N. Peur, douleur : peut-on savoir ? -17<sup>ème</sup> journée La douleur de l'enfant, quelles réponses-2 et 3 décembre 2010
- (5) Barbier E. Etienne R. Aide-mémoire Hypnose en soins infirmiers en 29 notions. Malakoff. Ed Dunod ; 2016
- (6) Olness K. Kohen D. P. Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. 3. Bruxelles. Edition Le Germe; 2006
- (7) Bioy A. Wood C. Célestin-Lhopiteau I. L'aide-mémoire d'hypnose. Ed Dunod ; 2010
- (8) Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Reprise 3. Ed Les éditions de minuit ; 2003
- (9) Zelter L., LeBaron S. Hypnosis and non hypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. J Pediatr 1982 ; 101 : 1032-35.
- (10) Hors-Série N°8. Hypnose & Enfants (Mars 2014). Hypnose & Thérapies Brèves. Editions Métawalk.
- (11) Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ. et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013 ; 10 :CD005179.
- (12) Lombart B. Manuel pratique d'hypnoalgésie pour les soins en pédiatrie. Association SPARADRAP ; 2016
- (13) Lombart B., Kerever S. L'hypno-analgésie en oncohématologie pédiatrique. Des preuves à la pratique. Revue oncologie hématologie pédiatrique 2017 ; 5, 94-100

- (14) Flowers SR, Birnie KA. Procedural preparation and support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer* 2015 ;62 (Suppl. 5) : S694-723
- (15) Bowlby J. *Attachement et perte*. éd. PUF ; 1978
- (16) Célestin-Lhopiteau I. *L'hypnose pour les enfants*. Paris. Editions J. Lyon ; 2013
- (17) Mills J. C. Crowley R.J. *Métaphores thérapeutiques pour les enfants et l'enfant intérieur*. Bruxelles. .Ed Satas ; 2013
- (18) Becker A. *Imagine*. Paris. Ed Gautier-Languereau ; 2014

## ANNEXES

Annexe 1 : site du CFPCO, Centre de Formation Professionnelle Continue en Ostéopathie et thérapies manuelles

**NOCICEPTION = Processus neural d'encodage d'un stimulus nociceptif**



Annexe 2

### TECHNIQUES D'INDUCTION PAR CLASSE D'AGE- K. Olness et D.P. Kohen

Age préverbal de 0 à 2ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une stimulation visuelle, des caresses, des câlins</li> <li>- une stimulation kinesthésique, bercer, faire bouger un bras en faisant des allers-retours</li> <li>- une stimulation auditive : musique ou bruit continu tel qu'un sèche cheveux, un rasoir électrique ou un aspirateur qui sont placés loin de l'enfant</li> <li>- une stimulation visuelle comme un mobile ou d'autres objets qui peuvent changer de taille, de position ou de couleur</li> <li>- tenir une poupée ou un petit animal en peluche</li> </ul>
Age verbal de 2 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- souffler des bulles</li> <li>- raconter une histoire</li> <li>- livres avec des personnages animés</li> <li>- visionneuse stéréoscopique</li> <li>- l'activité favorite</li> <li>- parler à l'enfant à travers une poupée ou un petit animal en peluche</li> <li>- se regarder sur une vidéo</li> <li>- utiliser une poupée toute molle</li> </ul>

<p>Age préscolaire ou âge scolaire débutant, de 4 à 6ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- souffler l'air</li> <li>- un endroit favori</li> <li>- des animaux multiples</li> <li>- un jardin avec des fleurs</li> <li>- raconter une histoire seul ou dans un groupe</li> <li>- le grand chêne</li> <li>- fixer une pièce de monnaie</li> <li>- regarder une lettre de l'alphabet</li> <li>- des livres avec des personnages animés</li> <li>- une histoire télévisée fantasmagorique</li> <li>- une vision stéréoscopique</li> <li>- la vidéo</li> <li>- des boules qui se balancent</li> <li>- biofeedback thermique ou autre</li> <li>- les doigts qui s'abaissent</li> <li>- une activité dans une salle de jeux</li> </ul>
<p>Age préscolaire ou âge scolaire débutant, de 4 à 6ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- souffler l'air</li> <li>- un endroit favori</li> <li>- des animaux multiples</li> <li>- un jardin avec des fleurs</li> <li>- raconter une histoire seul ou dans un groupe</li> <li>- le grand chêne</li> <li>- fixer une pièce de monnaie</li> <li>- regarder une lettre de l'alphabet</li> <li>- des livres avec des personnages animés</li> <li>- une histoire télévisée fantasmagorique</li> <li>- une vision stéréoscopique</li> <li>- la vidéo</li> <li>- des boules qui se balancent</li> <li>- biofeedback thermique ou autre</li> <li>- les doigts qui s'abaissent</li> <li>- une activité dans une salle de jeux</li> </ul>
<p>De 7 à 11 ans</p> <p>Adolescence de 12 à 18 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'activité favorite</li> <li>- l'endroit favori</li> <li>- regarder les nuages</li> <li>- la couverture volante</li> <li>- les jeux vrais ou imaginaires</li> <li>- monter sur une bicyclette</li> <li>- souffler l'air à l'extérieur</li> <li>- écouter de la musique</li> <li>- s'écouter sur une cassette</li> <li>- regarder les nuages</li> <li>- fixer une pièce de monnaie</li> <li>- rapprochement des mains</li> <li>- la rigidité du bras</li> <li>- l'endroit favori ou l'activité favorite</li> <li>- activité sportive</li> <li>- catalepsie du bras</li> <li>- la respiration</li> <li>- les jeux vidéo vrais ou imaginaires</li> <li>- les jeux informatiques vécus ou imaginés</li> <li>- la fixation des yeux sur une main</li> <li>- conduire une voiture</li> <li>- écouter ou entendre de la musique</li> <li>- lévitation de la main et leur rapprochement</li> <li>- des jeux fantasmagoriques</li> </ul>

## **RÉSUMÉ**

### **L'HYPNOSE, UN OUTIL D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES PICS D'ANXIÉTÉ LORS DES SOINS DOULOUREUX EN PÉDIATRIE**

Deux approches s'opposent souvent en médecine, les moyens antalgiques médicamenteux face à un phénomène complexe, multidimensionnel et multifactoriel qu'est la douleur, et une autre approche prenant en compte les aspects liés au comportement autant des soignés que des soignants et à leur qualité de communication. Au travers de trois situations cliniques d'accompagnement de soins douloureux anxiogènes concernant des enfants en centre hospitalier, l'hypnoanalgésie vient témoigner de ses bénéfices. Elle permet de transformer le vécu de l'enfant par rapport à un geste douloureux, de diminuer la sensation douloureuse, d'agir sur le niveau de stress et les phénomènes d'anxiété anticipatoire. Enfin, l'hypnose permet de mobiliser les ressources de l'enfant. Ainsi, grâce à son imaginaire et sa créativité naturelle, cette approche lui permet de ressentir la fierté de ne pas avoir eu peur et la satisfaction de ne pas avoir eu mal.

**Mots clés : Hypnoanalgésie-Enfant-anxiété-douleur-soin**