



DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE D'HYPNOSE MEDICALE ET CLINIQUE

**Apport de l'hypnose dans l'accompagnement de la mise en
place d'appareillage en Centre d'Action Médico-Sociale
Précoce**

Ann REYNOLDS

Sous la direction d'Anne VILLAUME

Année 2019-2020

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Pr Antoine Bioy,

A l'ensemble des intervenants de ce DIU pour la qualité, la richesse et la diversité de leur enseignement,

A Madame Anne Villaume, directrice de ce mémoire,

A Monsieur Samir El Haddad pour avoir rendu cette formation possible, merci de votre bienveillance durant ces dix années passées,

A Mesdames les Drs Nathalie Sarfaty et Anne-Laure Roudevitch-Pujol pour votre soutien dans cette aventure,

A Madame Patricia Guérin pour m'avoir permis de réaliser cette formation,

A mes collègues de ce DIU, merci pour les fous rires, les premiers pas, le soutien mutuel et l'incroyable émulation de ce groupe,

A Guillaume, merci pour tes blagues et tes encouragements, may the force be with you !,

A Star Wars, source d'inspiration inépuisable,

A Madame Estelle Laroche, « mon » orthoprothésiste, sans qui je n'aurais pu réaliser ce mémoire dans d'aussi bonnes conditions,

A Madame le Dr Danielle Valleur-Masson, merci de m'avoir fait confiance à mon arrivée, et de m'avoir tant appris,

A Madame le Dr Domitille Gras, merci de me faire le cadeau de ton amitié qui m'est précieuse,

A mes très chers collègues du CAMSP, merci pour votre bonne humeur, votre humour et votre soutien au cours de ce parcours de dix années qui s'achève, j'ai tellement grandi auprès de vous,

A mon amie Sylvie, merci de m'avoir aidée à devenir la kiné que je suis aujourd'hui,

A Olivia, Delphine et Camille, mes plus proches amies, merci d'avoir été des ancrs aussi solides durant cette année de tempête,

A Alexandra, Armel, Aude, Cécile, Cécilia, Célia, Elisabeth, Emmanuel, Emilie, Geneviève, Josépha, Julie, Katia, Raïssa, Sophie et Yann merci pour tout,

A mes parents, Sabine et Peter, et à ma sœur Elsie, merci pour tout votre amour et votre soutien indéfectible,

A ma fille Faustine, mon amour, qui me donne tant de force.

TABLE DES MATIERES

1 - INTRODUCTION	5
2 - HISTORIQUE	7
3 - HYPNOSE	10
3.1 - Notions fondamentales de la pratique de l'hypnose	11
3.2 - Caractéristiques d'une transe hypnotique	11
3.3 - Indices de transe hypnotique chez le sujet adulte	12
3.4 - Différentes phases d'une séance d'hypnose formelle	13
3.5 - L'hypnose conversationnelle	14
3.6 - hypnose et outils de communication	14
3.7 - Autohypnose	15
3.8 - Techniques d'induction hypnotique en pédiatrie	15
3.9 - Techniques d'induction hypnotique en pédiatrie	16
3.10 - Principales différences entre l'hypnose classique du sujet adulte et celle de l'enfant	18
3.10.1 - Généralités	18
3.10.2 - Contre-indications	19
4 – METAPHORES	20
4.1 - Généralités	20
4.2 - Le Conte métaphorique	21
5 - THEORIE DE L'ATTACHEMENT	22
6 - LE STRESS	24
6.1 - Généralités	24
6.2 - Fenêtre de tolérance, neurobiologie et théorie de l'attachement	25
6.3 - Stress de l'enfant en situation de soin	26
7 - LE CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP)	28
7.1 - Généralités	28
7.2 - Rôle du Masseur-Kinésithérapeute en CAMSP	30
7.3 - L'Appareillage	30
7.3.1 - Différents types et indications.....	30
7.3.2 - Le grand appareillage en CAMSP	31
8 - METHODOLOGIE	34
8.1 - L'appareillage au CAMSP : parcours de soin.....	34
8.2 - Présentation de trois cas cliniques	35
8.2.1 - Première illustration : un lieu de sécurité pour Léa	35

8.2.2 - Deuxième illustration : Marie et le gant magique.....	36
8.2.3 - Troisième illustration : Un conte hypnotique pour Lucas.....	36
9 - MISE EN PRATIQUE DES TECHNIQUES D’HYPNOSE MEDICALE.....	38
9.1 - Première partie : adaptation de l’environnement et lutte contre les stressors	38
9.2 - Mise en pratique des techniques d’hypnose médicale : deuxième partie	41
9.2.1 - Un lieu de sécurité pour Léa	41
9.2.2 - Marie : le gant magique comme aide au port d’une orthèse de main	43
9.2.3 - Un conte hypnotique pour Lucas : les aventures de la Pat-Patrouille.....	48
10 - DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE.....	53
10.1 - Le lieu de sécurité	53
10.2 - Le gant magique.....	54
10.3 - Le conte hypnotique.....	55
10.4 - Difficultés rencontrées	56
10.5 - Questionnement éthique.....	57
11 - CONCLUSION	58
12 - BIBLIOGRAPHIE.....	60

1 - INTRODUCTION

Alors que j'étais au lycée dans les années 2000, une très proche amie traversait une période difficile. Un jour alors que nous nous retrouvions, elle me racontait avoir rencontré une hypnothérapeute, infirmière de profession, afin de travailler sur plusieurs problématiques. J'étais fascinée par ce qu'elle me relatait avoir expérimenté, aussi bien du point de vue de la transe (« je suis complètement partie ! »), que du point de vue des sensations (« c'était très particulier, mon bras était plein de fourmis et je n'arrivais plus à le bouger »). Dans les semaines qui s'ensuivirent, je n'ai eu de cesse de l'interroger sur son expérience d'hypnose, jusqu'à ce qu'elle me conseille de prendre à mon tour rendez-vous, ce que j'ai fait, rassurée par le fait que cette thérapeute soit une infirmière et donc professionnelle de santé (je souhaitais déjà exercer le métier de masseur-kinésithérapeute). Lors de la première consultation, nous avons convenu d'axer la séance sur l'expérience de l'analgésie, et la création de nouvelles sensations. Je suis sortie de cette séance totalement subjuguée, sans saisir alors que les premières graines de cette pratique avaient été plantées au plus profond de moi.

Voici quelques années que je me rends compte dans ma pratique de kinésithérapeute, pourtant très axée sur le corps et l'utilisation de nos mains comme outil principal de travail, de l'importance des mots dans mes prises en charge, que ce soit avec les enfants, leurs parents, mais aussi avec mes collègues ou les partenaires extérieurs. J'observe aussi. Les crispations des patients lorsqu'une collègue dit « ça ne fait pas mal ! » ou « ça ne va pas être très long », mais aussi les bienfaits des recadrages, que je n'identifiais pas comme tels puisque j'ignorais leur existence, lorsque ma collègue et amie psychologue, après qu'une mère annonce « ça il ne sait pas faire », ajoute : « il ne sait pas encore le faire pour le moment, laissons-lui le temps d'apprendre ».

C'est riche de ces expériences et de ces réflexions que je me suis inscrite à ce DIU d'hypnose médicale, soucieuse de recevoir un enseignement de qualité orienté vers une pratique de soins qui soit également valorisé par un diplôme.

L'exercice bien particulier de mon métier au sein d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et notamment dans l'accompagnement tout au long de la prise en charge de la mise en place de ce que nous appelons le « grand appareillage » m'a amené au fil de cette année à repenser ma pratique à la lumière de ces nouvelles connaissances.

Comment augmenter au maximum le confort des petits patients et de leurs parents durant ces étapes cruciales ? Comment optimiser l'environnement afin de réduire les facteurs de stress ? Comment accompagner les enfants dans l'appropriation de ces appareillages ? Quelles techniques peuvent être appliquées, inventées ? Quelles bases théoriques peuvent étayer ma pratique ? Voici les questions principales qui m'ont menée à la concrétisation de ce mémoire, dont voici l'intitulé :

**Apport de l'hypnose dans l'accompagnement de la mise en place d'appareillage en
CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)**

2 - HISTORIQUE

Il serait difficile d'intégrer une chronologie descriptive et exhaustive de l'histoire de l'hypnose dans ce travail, néanmoins il semble intéressant de rappeler quelques éléments clés de l'avancée de l'hypnose auprès de la population pédiatrique.

Avant même que l'hypnose prenne ce nom, le partage de récits, de textes et de contes ayant recours aux métaphores est retrouvé dans de nombreux textes, qu'ils soient sacrés ou non.

Au sein de textes sacrés, de très nombreuses métaphores et suggestions sont retrouvées. Nous pouvons citer entre autres, les textes de la Bible, dans l'Ancien et le Nouveau testament, les textes de la Kabbale ou les Koans du Bouddhisme.

Nous pouvons aussi évoquer les contes-enseignements et cérémonies des peuples autochtones. Mead a décrit en 1949 des phénomènes de transe dans des cérémonies auxquelles participent des enfants, dans le domaine du soin ou de la spiritualité.

Dans la littérature française et étrangère, de nombreuses figures littéraires métaphoriques à visée suggestive sont régulièrement utilisées, comme les allégories ou dans la poésie et les contes de fées. Il convient de mentionner ici le célèbre Hans Christian Andersen, auteur de près de 158 contes, dont de riches enseignements sont glissés dans les textes.

Prenons maintenant l'hypnose à proprement parler, appliquée aux enfants comme nouvel angle de vue.

Au cours de l'histoire moderne de l'hypnose, Mesmer (1734 – 1815) a été le premier à relater un « traitement hypnotique » concernant la prise en charge d'une enfant atteinte d'une cécité d'un œil d'origine tumorale.

En 1811, le marquis de Puységur (1751-1825), apprenti de son prédécesseur Mesmer, décrit l'utilisation de l'hypnose chez un jeune ayant des colères violentes et brutales.

Le Dr John Elliotson (1791-1863) qui a débuté l'utilisation à Londres du « sommeil magnétique » a décrit le traitement de plusieurs cas de chorée chez des enfants âgés de 7 à 17 ans.

Dr James Braid (1795-1869), chirurgien écossais inventeur du terme « hypnotisme » dans les années 1840, décrit avoir induit une transe légère et une catalepsie d'un bras de manière simultanée chez 32 enfants en les invitant à s'asseoir et à se lever durant une dizaine de minutes.

Auguste Ambroise Liebeault (1823-1904) et Hippolyte Bernheim (1840-1919) ont grandement participé à la normalisation de l'hypnose en France. Leurs travaux nous renseignent quant à l'hypnosabilité des enfants et adolescents, avec un pic de réponse optimale sur la fourchette des 7 à 14 ans, dès lors que les enfants ont la capacité d'attention conjointe et de suivre des indications données.

Les travaux d'André Weitzenhoffer (1921-2005) en 1959 renforcent l'hypothèse que la réceptivité à l'hypnose est corrélée à l'âge : ainsi les enfants sont plus réceptifs à l'hypnose que les adultes et ce de manière croissante jusqu'au début de l'adolescence

Ainsi en 1963, Theodore Xenophon Barber (1927-2005) et David Smith Calverley (1937-2008) confirment ces observations en réalisant des tests à plus grande échelle incluant des enfants et des adolescents, sans induction formelle. London et Cooper créent en 1969 à l'aide de 240 enfants une « échelle de susceptibilité hypnotique ».

Plus récemment, Joseph Barber décrit en 1996, dans un livre traitant de la douleur, de nombreux cas pédiatriques où aucune phase d'induction n'a été nécessaire pour induire un état de transe.
(1)

Le recours à l'hypnose en pédiatrie est de plus en plus utilisé et décrit à l'heure actuelle, principalement dans les domaines de l'analgésie, l'accompagnement des soins médicaux ou encore en pédopsychiatrie.

Actuellement, l'application de l'hypnose en pédiatrie s'intègre dans de nombreuses recommandations de bonne pratique officielles, montrant à quel point l'hypnose a toute sa place dans l'accompagnement des enfants lors des soins. C'est ainsi que la Haute Autorité de Santé évoque l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge ambulatoire de la douleur aiguë chez l'enfant d'un mois à quinze ans en indiquant que l'hypnose peut être un des moyens non pharmacologiques employés en complément des antalgiques. (3)

L'Académie Nationale de Médecine, dans son rapport sur les thérapies complémentaires de Mars 2013, souligne l'intérêt de l'hypnose en pédiatrie.

Ainsi les indications reconnues pour être pertinentes semblent être la prise en charge des douleurs aiguës chez l'enfant et l'adolescent (gestes invasifs...) et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses. D'autres essais sont nécessaires mais viendront certainement démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications. (2)

3 - HYPNOSE

L'hypnose est régulièrement l'objet de nouvelles études apportant de nouvelles compréhensions des phénomènes impliqués, et amenant ainsi régulièrement de nombreux auteurs à reconsidérer sa définition.

La dernière en date, plus concise et plus riche que les précédentes, est celle de Bioy : l'hypnose est un « **état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi** ». (2)

Nous puisons dans cette définition trois notions essentielles :

1°) D'une part la notion d'état de conscience élargi qui amène le patient à avoir un accès facilité à ses ressources internes et capacités de changement. Cet état est à la fois naturel puisqu'il peut tout à fait s'installer en tant que transe spontanée sous forme de distraction, de phase de pré-endormissement ou autre, mais qui dans le cadre de l'hypnose est induit chez le patient de manière intentionnelle et guidée à l'aide de techniques hypnotiques spécifiques. On parle alors de transe induite. Lorsque le patient a lui-même recours à des techniques pour expérimenter l'état d'hypnose de manière volontaire, on parle alors d'autohypnose.

2°) D'autre part l'aspect relationnel : c'est « l'alliance thérapeutique » que nous expérimentons quotidiennement dans nos pratiques de professionnels de santé et qui est la base absolue de l'accordage. Elle permet d'instaurer la confiance nécessaire au bon déroulement de la phase d'induction et par conséquent de toutes les suivantes.

Pour que la transe soit considérée comme hypnotique elle présuppose que le patient soit en relation avec un thérapeute présent pour guider et étayer le déroulement de l'expérimentation de l'état de conscience élargi.

C'est dans cette idée que selon Isabelle Célestin-Lhopiteau : « Toute séance d'hypnose est une co-construction où le thérapeute s'adapte et s'ajuste constamment à son patient. C'est en permanence à partir de ce que celui-ci expérimente pendant la séance et dans cette relation d'attention particulière du thérapeute à son patient qu'un réaménagement du rapport au monde du patient peut apparaître ». (7)

3°) Enfin le « fonctionnement psychologique » englobe un ensemble d'aspects psychiques remaniés lors de l'expérience hypnotique. C'est un processus qui, alors que le sujet est en état de conscience élargi et éprouve des modifications perceptives, questionne le rapport au contexte, à sa réalité et à son réel. (3)

3.1 - Notions fondamentales de la pratique de l'hypnose

Nous pouvons retenir quatre notions fondamentales de la pratique de l'hypnose :

- La pratique de l'hypnose prend corps dans la culture professionnelle d'origine de celui qui l'emploie
- L'hypnose n'est pas une pratique normée, mais un cadre adaptable à un ensemble de cliniques diverses
- La présence à l'autre est une dimension fondamentale de l'hypnose, et nécessite un appui sur le patient et ce qu'il amène en entretien
- Seule compte l'expérience hypnotique, c'est-à-dire la façon dont le patient s'approprié ce qui lui est proposé au travers de ce jeu relationnel nommé « hypnose ».

3.2 - Caractéristiques d'une transe hypnotique

Bioy (4) décrit également plusieurs dimensions spécifiques à la transe hypnotique :

- La sensation de détente mentale induite par la dissociation, ou de « perceptude » selon les termes de Roustang, permettant d'avoir une focalisation de l'attention ainsi qu'une concentration particulière rendant possible une meilleure intégration de l'expérience vécue
- Une diminution du jugement et de la censure qui permet que l'expérience soit vécue, perçue et ressentie sans être analysée
- Une modification de l'orientation temporo-spatiale concernant à la fois les repères proprioceptifs corporels, mais aussi un ressenti temporel déformé
- L'expérience de réponse quasi-automatique appelée « principe d'involontarité » qui amène le patient, lorsqu'il valide et accepte une suggestion proposée par le thérapeute, à la mettre en pratique sans avoir le ressenti que c'est lui qui est à l'origine de cette mise en place

- Une captation de l'attention permettant de mettre à profit toutes les sensations et ressentis psychocorporels et de les intégrer de manière optimale.

3.3 - Indices de transe hypnotique chez le sujet adulte

Les indices de transe hypnotique peuvent être classés en 2 catégories (5) :

Les indices corporels

- Léthargie, détente
- Catalepsie (inhibition des mouvements volontaires)
- Mouvements automatiques
- Relaxation de la musculature volontaire (visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceintures pelvienne et scapulaire, membres, etc.)
- Petites saccades musculaires, clignotement ou fibrillation des paupières
- Larmolement, rhinorrhée
- Activation passagère de la musculature lisse (salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique)
- Inhibition du réflexe de déglutition
- Ralentissement du débit verbal, dysarthrie légère
- Modification du rythme cardiaque et respiratoire (plutôt ralentissement)
- Diminution de la pression artérielle
- Sensation de lourdeur ou de légèreté (selon le thème abordé)
- Sensation de chaleur ou de fraîcheur (selon le thème abordé)
- Modification du schéma corporel
- Modifications de la perception corporelle : hyperesthésie, hypoesthésie ou anesthésie, partielle ou généralisée
- Lévitiation spontanée d'un ou plusieurs membres
- Inhibition ou excitation sensorielle spontanée (en accord avec les suggestions).

Les indices psychologiques

- Relâchement des associations
- Pensée de type plus analogique que digitale
- Interprétation littérale
- Logique particulière (*trance logic*)
- Comportement « as if »
- Distorsion temporelle
- Production d'images abstraites ou concrètes
- Évocation de scènes vécues ou fantasmées, "rêves éveillés"
- Expression facilitée des émotions, abréactions affectives
- Facilitation des souvenirs
- Capacité de s'imaginer dans le passé ou le futur
- Hallucinations psychiques (perçues "dans la tête")
- Amnésie, hypermnésie, paramnésie.

3.4 - Différentes phases d'une séance d'hypnose formelle

Lorsqu'un patient expérimente l'état de conscience élargi (trance hypnotique), celui-ci est guidé par le thérapeute à travers les étapes suivantes, afin de laisser derrière lui le raisonnement logique, et de se tourner vers un vécu sensoriel plus créatif :

1. La fixation sur un symptôme : le patient se focalise sur sa problématique corporelle ou psychique.
2. La phase d'induction : c'est la phase d'entrée en hypnose permettant au patient de s'extraire de ses perceptions ordinaires dominées par la logique raisonnée et maîtrisée.
3. La dissociation : elle correspond au fonctionnement indépendant de différentes parties d'une personne. C'est ce phénomène que décrit Hilgard sous l'expression « phénomène de l'observateur caché ». La succession de changements des fonctions cérébrales cognitives mène à un clivage de la volonté consciente laissant le champ libre à une expérimentation créative plus riche et autonome.

4. La « perceptude » nommée ainsi par Roustang (6) : c'est une phase d'ouverture, de perception généralisée, de non-distinction et de non-différenciation qui laisse la place au changement dans la mesure où les nouvelles perceptions ont libre place pour être intégrées. Le thérapeute guide le patient qui va créer lui-même ses propres alternatives en se saisissant (ou non) des suggestions proposées.
5. La sortie de transe : c'est le retour à un état de veille normale. (7)

3.5 - L'hypnose conversationnelle (8,9)

Il s'agit d'une hypnose davantage axée autour de la discussion. C'est un outil de communication qui permet, par l'adaptation constante et précise du thérapeute aux différents niveaux de langage (verbal, paraverbal et non verbal), de faciliter le vécu du patient à un moment donné.

Les règles de base de cet outil sont, entre autres, le recours aux recadrages, à l'utilisation de l'affirmative et à l'évitement de tous les mots négatifs couramment utilisés (par exemple le célèbre « ne vous inquiétez pas » pouvant être aisément remplacé par « soyez rassuré »).

Il n'y a pas de phase d'induction à proprement parler lors du recours à l'hypnose conversationnelle, mais une transe légère est observée laissant alors le thérapeute libre d'avoir recours à des suggestions, de faire appel à des techniques d'approfondissement de transe, ou toute autre technique utilisée dans des séances plus formelles (saupoudrage, ratification, réification, ...). (4)

3.6 - hypnose et outils de communication

Lors d'un travail en hypnose, le bon usage des mots et expression est fondamental. Le fond aussi bien que la forme sont extrêmement importants, et le vocabulaire est à choisir avec attention. Certaines techniques de communication permettent à la fois de capter la curiosité du patient tout en ayant un effet facilitateur d'accès à la transe hypnotique. (10) (9) Il s'agit :

- D'utiliser le vocabulaire du patient
- D'utiliser des mots et expressions vagues

- D'utiliser des mots selon le concept PAVTOG défini par l'idée que chaque individu a des préférences sensorielles dans l'exploration du monde et que cela se perçoit dans ses expressions
- D'éviter les mots à connotation négative
- D'employer des suggestions directes et indirectes : la suggestion directe est directive (« tu respires lentement ») alors que la suggestion indirecte est implicite, laissant au patient plus de liberté (« tu pourras dans peu de temps, ou un peu plus, te détendre tranquillement »)
- D'utiliser des truismes : c'est le fait d'affirmer des évidences incontestables par le patient « nous sommes tel jour et il est telle heure ». Le but est de susciter chez le patient une attitude d'affirmation et d'acceptation constante vis-à-vis des propositions du praticien. C'est ce que l'on nomme le « YES SET »
- De formuler des propositions ouvertes, qui permettent de laisser libre cours à la créativité du patient, sans le brider
- D'aider à la dissociation.

3.7 - Autohypnose

L'autohypnose est la possibilité de pratiquer soi-même une expérience hypnotique. Elle relève d'un apprentissage et permet au sujet de modifier lui-même son état de conscience en suivant les mêmes étapes que lors d'une pratique guidée par un praticien. Pour apprendre la technique le sujet s'entraîne avec l'aide d'une tierce personne à accéder à un état de conscience élargi, puis à y accéder seul. C'est un outil complémentaire permettant au patient de se positionner au cœur de sa santé. (5)

3.8 - Techniques d'induction hypnotique en pédiatrie

Tout naturellement les enfants jouent, imaginent des histoires, rêvent et élaborent leurs pensées. Cet ensemble de compétences socles est un pilier qui les prédispose à un accès facilité à l'hypnose. Un enfant qui joue vit littéralement son histoire, il perçoit les sons, les émotions, et crée perpétuellement de nouvelles séquences à cette aventure vécue : cela correspond à un état de conscience élargi. Lorsqu'il est captivé par le mouvement d'une balle, ou d'un dessin animé et qu'il ne répond plus à aucune sollicitation verbale, cet état s'apparente à une dissociation. (11)

La réalité logique laisse alors place à un espace de créativité absolue où tout est possible, de la même manière que lorsqu'il s'évade dans ses pensées. Les enfants ont une grande aptitude à se déconnecter de la réalité pour se saisir des suggestions sans se heurter à l'esprit critique. (12)

L'hypnose en pédiatrie est définie par l'ANAES comme une histoire animée par l'enfant dans laquelle il se laisse « glisser ». Les chercheurs mettent en avant la force des métaphores thérapeutiques et observent des changements visibles chez les sujets sans encore savoir décrire précisément les processus psychiques en jeu. C'est souvent au travers du jeu que l'on peut entraîner un enfant dans une expérience hypnotique et le maintenir dans cette transe pour soutenir un changement nécessaire. (13)

De manière encore plus flagrante que chez les adultes, l'établissement d'un contact relationnel de qualité avec le thérapeute est un prérequis indispensable à l'établissement d'une connexion facilitatrice pour l'enfant. Les parents sont des alliés de choix, à la fois pour la transmission d'informations précieuses à propos de leurs centres d'intérêts, de leurs activités extra-scolaires, mais aussi concernant les sujets à éviter.

La présence des parents lors des séances participe fortement à la dynamique du processus hypnotique. Lorsque l'enfant voit ses parents échanger avec le thérapeute, il y voit une approbation parentale à ce qui pourrait se passer lors de la séance et facilitera l'adhésion aux suggestions du thérapeute.

3.9 - Techniques d'induction hypnotique en pédiatrie

Olness et Kohen (14) proposent différentes techniques d'induction en fonction de l'âge des enfants

0-2 ans	2-4 ans	4-6 ans	7-11 ans	12-18 ans
Age préverbal	Age Verbal	Age préscolaire / Scolaire débutant	Age scolaire	Adolescence
<p><u>Stimulation tactile</u> : caresses, câlins,</p> <p><u>Stimulation kinesthésique</u> : bercer, faire bouger un bras en faisant des aller-retours,</p> <p><u>Stimulation auditive</u> : musique, bruits, blancs,</p> <p><u>Stimulation visuelle</u> : mobiles ou autres objets qui peuvent changer de taille, de forme, de position,</p> <p>Tenir une poupée ou une peluche.</p>	<p>Souffler des bulles,</p> <p>Raconter une histoire,</p> <p>Livres avec des personnages animés,</p> <p>Visionneuse stéréoscopique,</p> <p>Activité favorite,</p> <p>S'adresser à l'enfant à travers une poupée ou une peluche,</p> <p>Se regarder sur une vidéo.</p>	<p>Souffler de l'air,</p> <p>Imaginer un endroit favori,</p> <p>Des animaux ou personnages multiples,</p> <p>Un jardin fleuri,</p> <p>Raconter une histoire,</p> <p>Le grand chêne,</p> <p>Fixer une pièce de monnaie,</p> <p>Regarder une lettre de l'alphabet,</p> <p>Des livres avec des personnages animés,</p> <p>Une histoire télévisée fantasmagorique,</p> <p>La vision stéréoscopique,</p> <p>La vidéo,</p> <p>Des boules qui se balancent,</p> <p>Biofeedback thermique ou autre,</p> <p>Les doigts qui s'abaissent,</p> <p>Une activité dans une salle de jeu.</p>	<p>Activité favorite,</p> <p>Endroit favori,</p> <p>Regarder les nuages,</p> <p>Couverture volante,</p> <p>Jeux vidéo vrais ou imaginaires,</p> <p>Monter sur une bicyclette,</p> <p>Souffler l'air à l'extérieur,</p> <p>Ecouter de la musique,</p> <p>S'écouter sur une bande son,</p> <p>Fixer une pièce de monnaie,</p> <p>Rapprochement des mains,</p> <p>Rigidité du bras.</p>	<p>L'endroit favori,</p> <p>Activité sportive,</p> <p>Catalepsie du bras,</p> <p>La respiration,</p> <p>Les jeux vidéo réels ou imaginaires,</p> <p>Jeux informatiques vécus ou imaginés,</p> <p>La fixation des yeux sur une main,</p> <p>Conduire une voiture,</p> <p>Ecouter de la musique (ou l'entendre),</p> <p>La lévitation de la main ou du bras,</p> <p>Le rapprochement des mains,</p> <p>Les jeux fantasmagoriques.</p>

3.10 - Principales différences entre l'hypnose classique du sujet adulte et celle de l'enfant

3.10.1 - Généralités

La pratique de l'hypnose auprès des jeunes enfants nécessite une grande habileté et une grande adaptabilité de la part du thérapeute.

Ainsi, l'absence de fermeture oculaire est un grand classique, souvent très troublant chez le jeune praticien. Ce phénomène a été objectivé chez les enfants de moins de 10 ans par les travaux de Kohen et Olness en 2011. (15) (16)

Cette particularité demande au thérapeute de plutôt faire confiance aux réponses motrices et verbales de l'enfant, sans chercher à tout prix à repérer les signes de trances classiquement observés chez l'adulte.

L'enfant peut avoir des réactions motrices exacerbées, comme s'il vivait intégralement le récit, c'est alors le signe d'une manifestation idée-dynamique du vécu de la transe. La détente physique n'est pas toujours facilitatrice de l'état hypnotique.

Ces particularités demandent au thérapeute d'être attentif à ce qu'Erickson et Rossi ont nommé en 1989 la « réponse inconsciente aux indices minimaux », ce qui renvoie à la capacité d'analyser intuitivement les indices subconscients et/ou signaux idéo-dynamiques de l'enfant, afin d'être pleinement dans une intention de cocreation de l'expérience hypnotique.

En outre les temps d'attention des jeunes enfants sont limités et fluctuants, ce qui explique des variations dans la profondeur de la transe hypnotique. Cela nécessite que le thérapeute sache reconnaître les indices de sortie de transe afin d'adapter ses propositions pour capter de nouveau l'attention du jeune patient et poursuivre la séance. (17)

Concernant l'hypnose avec les nourrissons et les très jeunes enfants on parle de protohypnose : celle-ci est basée sur les sensations et/ou la motricité répétitive (rythmique, balancement, bercement). Elle doit être familière et prédictible, simple, directe et très peu verbale. Elle peut être kinesthésique (tel qu'un balancement régulier et rapide au rythme qui approche le rythme cardiaque maternel de 80 battements par minute) ou auditive (chansons, berceuses...). (16)

3.10.2 - Contre-indications

Selon Olness et Kohen (15), l'hypnose doit être contre-indiquée lorsque sa pratique pourrait mettre le patient en danger physiquement ou s'il existe un risque d'apparition ou de majoration de symptômes psychologiques. Elle doit être évitée si la demande est uniquement à but de découverte et qu'une autre approche pourrait s'avérer plus adaptée à l'enfant et à sa pathologie.

Sugarman et Wester (18) ajoutent qu'il est important d'apporter une attention toute particulière à la dynamique familiale. En effet les symptômes de l'enfant peuvent faire partie intégrante de l'écologie familiale et nécessiter une prise en charge plus globale par des psychothérapeutes compétents.

Enfin, étant donné que la composante relationnelle avec le patient est l'un des piliers du fonctionnement de l'hypnose, il est important que le thérapeute s'interroge régulièrement sur la qualité et l'état du lien relationnel avec l'enfant même s'il le suit depuis longtemps, et de savoir passer la main lorsque cela est nécessaire. (19)

4 – METAPHORES

4.1 - Généralités

La métaphore est un outil de langage symbolique utilisé pour transmettre plus efficacement des messages indirects.

La définition du Larousse est la suivante : « **emploi d'un terme concret pour exprimer une notion abstraite par substitution analogique, sans qu'il y ait d'élément introduisant formellement une comparaison** » Cet outil de langage est particulièrement utile lors d'une transe hypnotique, la transe étant un outil de potentialisation des effets de la métaphore par abolition de la censure et du jugement. (20)

Le but de la métaphore est de faire naître chez le patient des perceptions sensorielles sur lesquelles il pourra s'appuyer pour activer un processus de changement, en lui permettant de retrouver l'accès à ses constructions psychiques, tout en sous-entendant une fin.

La métaphore permet l'émergence de nouvelles idées sous une forme très accessible à celui qui l'écoute. Les processus analogiques sont essentiels dans la dynamique d'activation du changement. (21)

L'un des ingrédients indispensables à la métaphore thérapeutique est le concept de « réalité phénoménologique partagée » décrite par Rossi. Elle permet à l'enfant lorsqu'il expérimente le récit de créer une triade empathique entre lui-même, le thérapeute et le récit afin d'aboutir à une identification de qualité : c'est ce que Gordon appelle « le pouvoir transformationnel de la métaphore ». (22)

4.2 - Le Conte métaphorique

Joyce Mills et Richard Crowley (23) décrivent la structure générale des contes métaphoriques comme présentant successivement :

- 1) La mise en place du thème général de conflit métaphorique en relation avec le protagoniste
- 2) Une personnification des processus inconscients sous forme de héros, d'aides (qui représentent les capacités et les ressources du protagoniste), de méchants ou d'obstacles
- 3) Une personnification des situations d'apprentissages parallèles dans lequel le protagoniste a réussi
- 4) Une présentation d'une crise métaphorique au sein d'un contexte de résolution inévitable, par laquelle le protagoniste surmonte ou résout son problème
- 5) Le développement d'un nouveau sentiment d'identification pour le protagoniste, qui résulte de son victorieux « voyage du héros »
- 6) Le point culminant (ou célébration), dans laquelle la valeur particulière du protagoniste est reconnue.

Lorsque l'enfant s'identifie à l'histoire, celui-ci sort de l'isolement et ne capte consciemment que les actions et événements décrits, sans chercher de sens caché.

5 - THEORIE DE L'ATTACHEMENT (24) (25) (26) (27) (28)

En 1944, John Bowlby s'est intéressé aux conséquences d'interruptions prématurées du lien parents-enfants. Il a établi que l'attachement est un besoin fondamental primaire dans la construction de l'être humain et dans sa survie : la théorie de l'attachement.

Il s'agit d'un système motivationnel qui a pour principal objectif de rapprocher l'enfant d'un ou de plusieurs adultes lui permettant de trouver sécurité et réconfort face à un environnement potentiellement perçu comme dangereux. Le système s'active à chaque perception négative et/ou générant du stress, qu'il s'agisse de perceptions corporelles internes ou de facteurs environnementaux (danger, solitude, présence de personnes dérangeantes, absence de figure d'attachement). Ce système est en constante évolution et évaluation, s'activant avec plus ou moins d'intensité. Un contact long et rapproché avec sa figure d'attachement permet à l'enfant de se calmer lors de situations perçues comme particulièrement inquiétantes, ou en situation normale d'être plus libre d'explorer son environnement.

La figure d'attachement est déterminée par l'enfant et peut être toute personne adulte qui établit une relation durable et interactive avec lui et qui sera en mesure de réagir avec facilité à ses sollicitations, aussi minimes soient-elles.

Les figures d'attachement de l'enfant ont trois particularités : il s'agit de personnes qui prennent physiquement et psychologiquement soin de lui, qui sont présentes de manière régulière et soutenue dans leur vie et qui ont investi l'enfant émotionnellement.

L'enfant établit très rapidement une hiérarchie entre ses figures d'attachement, en plaçant le plus souvent sa mère en tête de liste puisque c'est souvent elle qui passe le plus de temps auprès de lui et répond de ce fait plus rapidement à ses besoins.

Il existe un effet dynamique entre l'attachement et l'exploration, l'enfant ne s'autorisant à explorer que lorsque son besoin de proximité est satisfait. Un enfant qui a rempli ses besoins d'attachement sera autonome plus rapidement.

Il existe ainsi quatre types d'attachement :

- L'attachement de type sécure : Il apporte estime de soi et sécurité à l'enfant en lui permettant aisément de faire appel à quelqu'un lorsqu'il en ressent le besoin. L'enfant marque la séparation et les retrouvailles.
- L'attachement de type insécure évitant : Plus le stress augmente moins l'enfant a la capacité de faire appel à un adulte. Les capacités de faire confiance à autrui sont fortement altérées et l'expression de la détresse émotionnelle est difficile à percevoir. L'enfant est dans la maîtrise de soi et la réactivité du système d'attachement est diminuée.
- L'attachement de type insécure ambivalent ou résistant : En situation de stress les signaux d'attachement envoyés sont exacerbés. Les enfants marquent fortement la séparation, et de manière ambivalente. Ils alternent la recherche de rapprochement et le rejet de la figure d'attachement, rendant très difficile le réconfort.
- L'attachement désorganisé : Ce système d'attachement concerne particulièrement les enfants victimes ou témoins de violence, ou ayant des figures d'attachement elles-mêmes terrorisées ou terrifiantes. Les réactions semblent désorganisées, avec une expression des affects désorganisée et des comportements opposés exprimés de manière simultanée et non adaptée.

6 - LE STRESS

6.1 - Généralités (29)

Le stress est défini par Hans Selye comme étant « **l'ensemble de moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné** ».

Selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, la définition plus récente est complétée par les éléments suivants : « **un état de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face** ».

La fonction du stress est adaptative et pousse celui qui le ressent à effectuer une action dans une situation où la configuration n'est pas encore connue.

Dans le langage commun, lorsque nous parlons de stress, nous faisons plutôt référence à toutes les réactions déclenchées par un élément dit "stresseur". Les stressseurs peuvent être internes ou externes et correspondent aux éléments susceptibles d'engendrer une réaction de stress chez un individu.

Les symptômes du stress peuvent être physiques (douleurs, troubles du sommeil, palpitations, ...), émotionnels (mal être, nervosité, irritabilité, tristesse, anxiété, ...), intellectuels (troubles de la concentration, difficultés à prendre des initiatives, ...) et comportementaux (troubles alimentaires, comportement violent, isolement social).

Les réactions d'adaptation au stress font appel successivement aux phases suivantes :

- La phase d'alarme

Les défenses internes sont mobilisées en vue de s'adapter au mieux aux besoins de protection face à la situation.

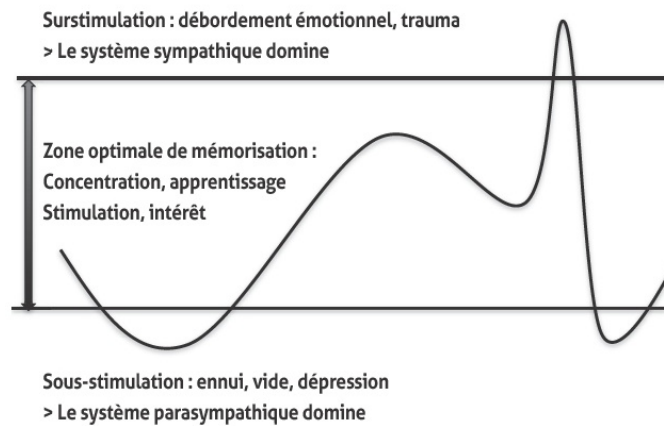
- La phase de résistance

L'adaptation se fait à plus long terme avec des réactions moins aiguës et plus durables.

- La phase d'épuisement

Celle-ci intervient lorsque les ressources de la personne sont dépassées et laissent place à des comportements inadaptés.

6.2 - Fenêtre de tolérance, neurobiologie et théorie de l'attachement (30)



Fenêtre de tolérance (31)

Le rôle de la figure principale d'attachement est d'aider son enfant à être le plus possible dans sa fenêtre de tolérance, tout en l'aidant à explorer son environnement et de nouvelles situations, lui donnant ainsi toutes les clés pour un développement optimal.

Ce rôle de régulation maternel a été décrit en psychanalyse sous des appellations diverses : « Moi auxiliaire », « pare excitation », « fonction alpha ». (32)

A la naissance le cerveau archaïque, constitué du tronc cérébral et du système limbique, fonctionne de manière plus mature que les zones corticales qui mettent de nombreuses années à se développer, se remanier et s'affiner. De ce fait, les systèmes de réaction au stress sont en place alors même que les fonctions supérieures corticales permettant de réguler les émotions sont encore immatures. Le rôle des parents est donc majeur pour accompagner l'enfant au mieux dans son développement, en tenant compte de ses difficultés et capacités en émergence.

6.3 - Stress de l'enfant en situation de soin

Les principales études portant sur le stress médical en pédiatrie concernent des enfants de plus de 6 ans ayant des pathologies lourdes, chroniques et/ou mortelles. (33) (34) (35) (36)

Les réactions des enfants face à un stress médical sont très disparates et dépendent à la fois de leur personnalité et du potentiel relationnel qu'ils entretiennent avec les personnes accompagnantes (présence ou non de leur figure d'attachement lors du soin, et du type de système d'attachement). (37)

Concernant la personnalité de l'enfant, les études sont plutôt basées sur les modèles du tempérament ayant un impact sur la réactivité et la régularisation des émotions. (38)

Ainsi, dans les deux premières années de vie de l'enfant, il existe un lien entre les tempéraments considérés comme difficiles (associant régulation lente des émotions, affects négatifs et seuil d'activation émotionnel bas) et des réactions de détresse exacerbées lors des soins médicaux.

En situation de soin les facteurs relationnels prennent particulièrement toute leur importance. Citons tout d'abord la relation parent-enfant. Dans la grande majorité des cas c'est l'un des deux parents qui accompagne son enfant aux rendez-vous médicaux et paramédicaux. Le type d'attachement sécure, assure un ajustement optimal du lien parent-enfant. Il permet à l'enfant de se sentir en sécurité et au parent de le rassurer, tout en décodant les signaux émis avec justesse et rapidité. Ce n'est pas le cas des enfants ayant un type d'attachement insécure, dont la présence de l'accompagnant majore le stress, y compris lorsque celui-ci n'envoie pas de signal de détresse visible (39) (40). Ainsi l'attachement sécure est relié à des signaux de stress moins intenses (41).

Le comportement parental tient également une place importante dans le vécu du soin par l'enfant du fait de deux types de commentaires verbaux.

Les comportements dénommés « distress-promoting behavior », que l'on pourrait traduire par "comportements de promotion de la détresse", favorisent la focalisation de l'enfant sur la situation de stress ou sur la douleur (focalisation négative : par exemple s'excuser, critiquer la réaction de l'enfant, être particulièrement empathique avec le stress ou la douleur qu'il ressent).

Les comportements de « coping-promoting behavior » ou de promotion de l'ajustement, ouvrent la place à la défocalisation des facteurs de stress.

C'est ici que l'hypnose médicale prend tout son sens, que ce soit en terme de distraction ou d'amélioration du ressenti de la situation, aussi bien pour l'enfant que pour ses parents.

7 - LE CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP)

7.1 - Généralités

Le CAMSP est une structure ambulatoire qui a pour objet le dépistage, la cure ambulatoire, et la rééducation des jeunes enfants de la naissance à 6 ans, qui présentent des troubles neurodéveloppementaux, des déficits sensoriels, moteurs et/ou cognitifs, ou des troubles du développement psycho-affectif.

Un trouble du neurodéveloppement est un trouble affectant le processus de développement cérébral, conduisant à des difficultés plus ou moins grandes dans une ou plusieurs des fonctions cérébrales : motricité, cognition, interactions sociales ...

Le CAMSP exerce des actions spécialisées axées sur :

- ⇒ Le dépistage et le diagnostic précoces des handicaps
- ⇒ La prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps par des séances de soins et de rééducations ambulatoires
- ⇒ L'accompagnement des familles par une aide psychologique et une guidance éducative
- ⇒ L'aide à l'insertion sociale de l'enfant dans ses différents milieux de vie
- ⇒ L'orientation.

Le travail en CAMSP est assuré par une équipe pluridisciplinaire constituée de professionnels de la santé ayant une expertise dans le neurodéveloppement du jeune enfant (neuropédiatres, pédopsychiatres, phoniatre, médecins de rééducation fonctionnelle, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, orthoprothésistes ...) et de professionnels ayant un rôle clé pour coordonner les soins, gérer les files actives de jeunes patients, assister leur parcours, leurs droits et leur insertion sociale (assistants de service social, secrétaires, cadre administratif). L'approche globale a pour objectif de conduire l'enfant au maximum de ses potentialités, de l'aider dans l'acquisition de son autonomie et de développer ses capacités de communication.

Cette approche globale est garantie par un travail institutionnel pluridisciplinaire auprès de l'enfant et de sa famille, et permet de s'ajuster au plus près des besoins de l'enfant au fil de son évolution. Cela peut se faire :

- ⇒ Auprès de l'enfant au moyen de consultations médicales, d'une prise en charge individuelle et/ou collective, d'entretiens
- ⇒ Auprès des parents par l'accompagnement dans la prise en compte des déficiences mais aussi des capacités singulières de l'enfant au moyen de consultations et d'entretiens
- ⇒ Par l'accompagnement social des conséquences du handicap
- ⇒ En relation avec les structures extérieures (Hôpitaux, PMI, crèches, écoles, MDPH).

Les CAMSP inscrivent également leur action dans le cadre de la loi du 11 février 2005 qui affirme le droit à la scolarisation des enfants handicapés. Les modalités en sont diversifiées mais la scolarisation en milieu ordinaire est privilégiée. La loi prévoit de construire avec l'enfant et sa famille un parcours qui va lui permettre de s'insérer dans la collectivité. Le droit à la compensation à toute personne handicapée est désormais reconnu comme un droit universel et s'impose comme le pilier juridique sur lequel peuvent s'appuyer les parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Le financement est assuré à hauteur de 80% par l'assurance maladie, sous condition d'ouverture des droits des assurés auprès de la sécurité sociale et de 20% par le Conseil Général du département.

La capacité d'accueil autorisée des 2 antennes réunies est de 155 places depuis l'année 2016,

Il est important de noter que la file active des patients reçus excède chaque année la capacité d'accueil autorisée en raison du très grand nombre d'enfants impactés dans leur développement face à un réseau de soins insuffisant pour répondre à leurs besoins, et des difficultés récurrentes concernant l'orientation des enfants dépassant l'âge limite d'accueil au CAMSP.

7.2 - Rôle du Masseur-Kinésithérapeute en CAMSP

Le Kinésithérapeute de CAMSP a pour mission :

- ⇒ De participer aux consultations médicales (en pré ou post-admission)
- ⇒ De participer aux commissions de pré-admission
- ⇒ De réaliser des bilans spécifiques sur demande médicale
- ⇒ De réaliser des prises charge en séances individuelles ou groupales, seul ou en binôme pluridisciplinaire
- ⇒ Animation d'ateliers spécifiques à l'intention des parents
- ⇒ Le conseil dans les installations et les appareillages conjointement avec les neuropédiatres et les médecins MPR (médecine physique et de réadaptation)
- ⇒ L'accompagnement dans la confection et la mise en place des appareillages (orthèses, installations assises, corsets, motilos)
- ⇒ L'Accompagnement dans l'équipement en matériel médical.

7.3 - L'Appareillage

L'appareillage orthopédique est un ensemble de moyens techniques de compensation des déficits moteurs. Il existe 2 grandes catégories d'appareillage :

- L'appareillage de série appelé aussi « petit appareillage »
- Le « grand appareillage » réalisé sur mesure.

Nous nous intéresserons plus spécifiquement dans le cadre de ce mémoire au « grand appareillage », avec une présentation des types d'appareillage les plus utilisés au CAMSP. (39)

7.3.1 - Différents types et indications

Il faut différencier le traitement orthopédique du traitement orthétique.

Le traitement orthopédique a une indication médico-chirurgicale, lorsqu'une immobilisation stricte est nécessaire afin de permettre une bonne cicatrisation des tissus.

Le traitement orthétique, quant à lui, a différentes fonctions :

- orthèses d'immobilisation : elles sont toujours statiques, circulaires mais parfois bivalves (rôle du traitement orthopédique),
- orthèses de repos : elles sont également toujours statiques mais elles ne permettent pas l'usage de la fonction, elles n'ont pas non plus les capacités à immobiliser de façon stricte,
- orthèses de stabilisation : elles peuvent être statiques ou dynamiques. Ces orthèses permettent justement la fonction, des limites sont établies pour permettre la cicatrisation mais aussi la récupération dans les meilleures conditions,
- orthèses de correction : il s'agit de récupérer ou au moins de maintenir pour éviter l'aggravation d'une déformation articulaire,
- orthèses de suppléance : elles remplacent une fonction perdue.

7.3.2 - Le grand appareillage en CAMSP

Il regroupe les prothèses et les orthèses, pour les membres ou le tronc, et les chaussures orthétiques. Le matériel est réalisé sur prescription médicale et fait sur mesure par un orthoprothésiste et il est spécifique à chaque patient à un moment donné. (42)

❖ Orthèses des membres inférieurs



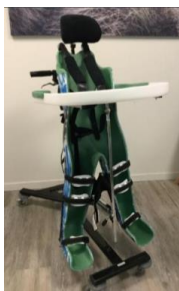
Cette orthèse est préconisée pour les déformations diverses du pied telles que les varus-valgus, équin-talus, arthrose, posture post-toxine botulinique. Il s'agit d'une gaine suro-pédieuse réalisée en polyéthylène garnie de mousse.

❖ Orthèses des membres supérieurs



L'orthèse permet la prévention ou la correction globale des déformations du poignet et des déviations cubitales est assurée par la forme de l'orthèse. Elle est constituée d'une coque moulée, corrigée et thermoformée aux besoins du patient.

❖ Orthèse de maintien en position verticale : Le verticalisateur



Le verticalisateur est une orthèse de maintien en position verticale prescrite pour les enfants n'ayant pas la capacité de se tenir debout tout seul en respectant une position orthopédique correcte (rachis, bassin, hanche, genou, cheville).

Il s'agit d'une coque en matière plastique thermoformée sur moulage, composée d'une coquille postérieure ou antérieure thoraco pelvi-cruro-jambière.

❖ Orthèse de maintien en position assise : Corset-siège



Le corset-siège est une orthèse de maintien en position assise, qui prévient ou évite l'aggravation de déformations rachidiennes tout en gardant un certain confort. Ce type d'appareil est destiné principalement aux enfants ayant des déficiences graves de la statique dans le cadre des pathologies neuro-orthopédiques, paralysies cérébrales, myopathies.

Le corset-siège permet la position assise en offrant une bonne stabilité en préservant les hanches et le rachis.

❖ Orthèse de positionnement : Coque de nuit / Matelas de mousse



Il s'agit d'une orthèse de maintien en position horizontale de port nocturne. Elle est réalisée en mousse confort expansée et permet d'installer le patient en position orthopédique correcte pour la nuit tout en préservant le rachis et les hanches. Elle permet également de limiter les points d'appui osseux.

❖ Selle de verticalisation et déambulation



Il s'agit d'une orthèse permettant le développement des réflexes de marche et de déambulation. Elle est constituée d'une coque à hauteur variable comprenant ou non des segments fémoraux, dont l'abduction et la flexion sont définies par le prescripteur. Elle peut être fixée sur un support ou un châssis roulant permettant au patient de redresser son tronc en prenant appui sur le sol, et de déambuler.

❖ Corsets GARCHOIS



Cette orthèse est destinée au traitement des scolioses sévères ou de mauvais pronostic. Sa mise en place est facilitée par les découpes et ouvertures des 2 parties pelviennes.

8 - METHODOLOGIE

La section pratique du mémoire se divise en trois parties relatant des situations vécues au CAMSP, au sein des deux antennes dans lesquelles j'exerce ma fonction de kinésithérapeute. J'ai exploré différentes pistes de travail en hypnose médicale, dans l'optique d'améliorer les prises en charge autour de problématiques diverses se rapportant à l'accompagnement de l'appareillage en CAMSP. Comment offrir un environnement et une expérience les plus confortables possibles lors de la confection et de la mise en place d'appareillages ? Comment accompagner des difficultés de tolérance du port quotidien d'attelles ? Comment aider un patient à cheminer dans l'acceptation de ses difficultés et de la contrainte importante mais nécessaire du port d'un appareillage ?

Voici la présentation de trois situations choisies pour leur diversité, illustrant le cheminement réalisé tout au long de cette année dans mes premiers pas d'hypnose médicale.

8.1 - L'appareillage au CAMSP : parcours de soin

Notre orthoprothésiste vient au CAMSP de manière bi-mensuelle sur chaque antenne.

Lorsque la décision médicale est prise de confectionner un certain type d'appareillage pour un enfant du CAMSP et que l'ordonnance a été rédigée par un médecin neuropédiatre ou MPR, deux à quatre séances sont programmées avec les parents.

Lors du premier rendez-vous, nous (l'orthoprothésiste et moi-même) recevons l'enfant et ses parents.

La première partie de la séance consiste en une discussion entre la famille, l'orthoprothésiste et le kinésithérapeute afin de prendre contact, favoriser la relation entre l'orthoprothésiste et l'enfant qui ne se connaissent pas encore, de présenter le déroulement de la séance, et de réfléchir ensemble aux besoins de l'enfant et des options possibles dans la confection des orthèses. Par la suite une fois que l'enfant et sa famille sont en confiance, nous procédons à la prise de mesures de l'enfant, accompagnée ou non d'un moulage en plâtre. L'enfant et ses parents sont également invités à choisir les motifs de recouvrement du plastique, la couleur de la mousse en plastazote et celle de la housse amovible sur un catalogue. Ce rendez-vous dure entre 20 minutes et une heure en fonction du nombre d'orthèses à réaliser, de leur complexité et de l'état émotionnel de l'enfant et de ses parents.

Quinze jours plus tard, nous recevons de nouveau l'enfant et son ou ses parents pour procéder aux essayages. Les orthèses ne sont pas terminées et sont volontairement trop grandes, afin de pouvoir les ajuster au mieux en les retaillant. Ce rendez-vous est important puisque les parents et l'enfant voient pour la première fois « leur » appareillage et nous prenons le temps de verbaliser avec la famille ce qui est vu, observé et ressenti. En fonction de cet essayage, nous pouvons parfois prévoir une deuxième séance d'essayage (comme c'est le cas pour les verticalisateurs ou les sièges moulés avec options particulières), mais le plus souvent nous programmons la livraison.

Le rendez-vous de livraison est souvent plus rapide, les parents et l'enfant découvrent l'appareillage terminé, bien ajusté et avec sa housse amovible. C'est bien souvent une agréable surprise pour la famille puisque les orthèses sont plus petites et plus esthétiques que ce qu'ils ont vu au précédent rendez-vous. Notre orthoprothésiste procède à tous les derniers réglages (sangles, inclinaisons, scratches, etc., ...) et explique de nouveau comment les installer sur l'enfant. Plusieurs essais sont faits par les parents, puis le plus souvent ils repartent avec. Parfois un thérapeute demande à ce qu'il reste un petit moment au CAMSP pour l'utiliser en séance.

8.2 - Présentation de trois cas cliniques

8.2.1 - Première illustration : un lieu de sécurité pour Léa

Léa est une petite fille de cinq ans, reçue au CAMSP pour le suivi d'une paralysie cérébrale de type diplégie spastique. Elle est née au terme de 26 semaines d'aménorrhée, et a présenté des lésions de leucomalacies périventriculaires. Nous la retrouvons pour le moulage de deux orthèses suro-pédieuses anti-équin faisant suite à une série de trois plâtres d'extension anti-équin portés successivement une semaine.

C'est une petite fille qui présente un attachement sécure, néanmoins sa mère vit actuellement un deuil et est par conséquent moins disponible pour répondre aux besoins de réassurance de sa fille. Léa me connaît bien, je la suis depuis maintenant deux ans à un rythme bi-hebdomadaire. Léa et sa mère rentrent de vacances sur la côte marocaine où le couple parental possède une maison de famille.

Lorsque nous pénétrons dans la salle de kinésithérapie pour le premier rendez-vous de moulage et de prise de mesures, la mère de Léa me la confie à peine la porte passée puis part s'installer à distance de nous.

D'un simple regard avec l'orthoprothésiste, nous convenons de nous adapter, et de commencer par les mesures, contrairement à notre habitude. Léa porte un nouveau collier qui lui a probablement été offert durant les vacances. En l'interrogeant sur ce collier, il m'est donné l'occasion de proposer à Léa un lieu de sécurité durant le moulage.

8.2.2 - Deuxième illustration : Marie et le gant magique

En deuxième partie sera abordé le cas de Marie, patiente de deux ans et huit mois lors de la séance relatée. Elle est suivie en kinésithérapie depuis un an de manière hebdomadaire, pour une hémiplégié prédominant au membre supérieur droit.

L'IRM cérébrale réalisée à la naissance a montré une lésion ischémohémorragique pariéto-occipito-temporale gauche massive.

Lors de la marche rapide la composante dynamique de la spasticité des gastrocnémiens lui donne une marche instable avec quelques accès dystoniques.

Sa main droite est une main d'aide, spontanément fermée avec un pouce adductus qui est souvent calé entre les doigts IV et V. Il lui est possible d'ouvrir la main mais elle ne peut pas se servir de la pince pouce-index.

Marie est également gênée au quotidien par des paresthésies qui l'amènent bien souvent à taper sa main, soit dans le but de les faire cesser, soit de colère envers l'ensemble de son membre supérieur parce qu'elle semble particulièrement se rendre compte de ses difficultés fonctionnelles.

Une orthèse du membre supérieur a été confectionnée quelques semaines auparavant, et après quelques jours de bonne tolérance, Marie refuse de porter son attelle, sans pouvoir bien expliquer pourquoi de prime abord. Nous la retrouvons dans ce mémoire à un moment clé, et il sera relaté de quelle manière j'ai pu lui proposer un gant magique, en présence de sa mère.

8.2.3 - Troisième illustration : Un conte hypnotique pour Lucas

Lucas est un enfant de cinq ans et trois mois, suivi au CAMSP depuis un peu plus de trois ans pour une scoliose sévère dans le cadre d'un syndrome poly malformatif d'origine génétique.

Un corset Garchois, qui nécessite d'être porté vingt-trois heures sur vingt-quatre, lui a été prescrit à ses 3 ans, conséquence de la mauvaise observance du port d'un corset bivalve et à l'aggravation brutale de sa scoliose. Ce corset n'est pas mieux porté, malgré tous les efforts de l'équipe hospitalière et des différents intervenants du CAMSP dont je fais partie. Nous sommes dans une impasse, et le chirurgien orthopédiste envisage d'avancer l'arthrodèse dans un futur proche, voyant l'absence de stabilisation de sa scoliose.

Lucas est un enfant qui présente un attachement de type insécure ambivalent et est suivi par une psychothérapeute une fois par semaine, ainsi qu'en psychomotricité.

Le travail en kinésithérapie est orienté autour de plusieurs axes :

- La motricité globale
- Le travail spécifique orthopédique autour des problématiques scoliothiques
- La motricité fine
- Le suivi de l'appareillage,
- Une guidance parentale
- Un contact régulier avec les équipes hospitalières afin de coordonner les soins.

Notre plus grosse inquiétude concerne cette très mauvaise observance du port du corset Garchois, qui est difficile à tolérer à la fois par Lucas, qui du haut de ses cinq ans ne peut pas encore saisir tous les enjeux orthopédiques, mais aussi par ses parents qui ne sont pas en capacité de se positionner face aux réactions exacerbées de leur fils.

Après de nombreuses discussions avec la psychologue qui le suit, nous pensons qu'il sera difficile d'aider les parents à cheminer tant que Lucas ne s'apaisera pas un tout petit peu concernant la question du corset.

Lucas est un fan absolu du dessin animé Pat'Patrouille. Alors qu'il m'en parle en séance, je sens que l'occasion est trop belle pour ne pas la saisir. Il est temps de se lancer dans un conte hypnotique, et de suivre Marcus, un chiot qui est l'un des personnages principaux, dans une nouvelle aventure.

9 - MISE EN PRATIQUE DES TECHNIQUES D'HYPNOSE MEDICALE

9.1 - Première partie : adaptation de l'environnement et lutte contre les stressseurs

Le travail présenté en première partie représente une partie de notre réflexion concernant l'amélioration du vécu de cette expérience, en luttant notamment contre différents stressseurs.

A la lumière des réflexions personnelles amorcées avant même que ce DIU ne débute, des pistes de travail qui sont apparues durant cette année de cours et des éclairages apportés par les nombreuses lectures bibliographiques, l'ensemble du processus de mise en place d'appareillage a été repensé pour apporter le plus de confort possible aux petits patients ainsi qu'à leur famille et entourage, mais aussi à l'équipe multidisciplinaire qui les accompagne.

Voici une présentation non exhaustive des changements mis place au cours de cette année de formation.

❖ Stresseurs temporels

Une des lignes directrices concernant la temporalité de mise en place des appareillages a toujours été la suivante avec les neuropédiatres avec lesquelles nous travaillons : « attendre que les enfants et les parents soient prêts », principe parfois difficilement conciliable avec les impératifs orthopédiques et fonctionnels des patients.

Le rôle du kinésithérapeute est primordial afin de trouver la balance bénéfices-risques optimale. L'objectif principal étant que les orthèses fassent partie intégrante du quotidien de l'enfant et de sa famille, au même titre que l'habillage ou le brossage de dents.

Les questions de l'organisation des rendez-vous et du temps accordé à chaque patient sont très vite venues se confronter à plusieurs facteurs : d'une part celui des exigences de rentabilité de la société qui emploie notre orthoprothésiste, qui demande à ses salariés d'optimiser le nombre de rendez-vous pour un même déplacement, et d'autre part à la limite de temps disponible au CAMSP pour les sessions d'appareillage.

Nous avons donc dû trouver un compromis dans lequel chacune puisse trouver un équilibre acceptable.

❖ Stresseurs visuels

Nous avons travaillé la manière d'optimiser les influx visuels lors de nos différents types de rendez-vous.

Pour une prise de mesures, tous les appareillages du jour sont cachés dans une autre salle et ce n'est qu'à la fin du rendez-vous et uniquement si les parents nous en font la demande que nous allons chercher un appareillage ressemblant.

La lumière de la salle est désormais tamisée, les stores baissés pour les enfants sensibles aux lumières, et une lumière apaisante est diffusée au plafond à l'aide d'une veilleuse lorsque nous en sentons l'utilité.

Désormais lors des essayages, lorsque nous présentons un siège ou un autre appareillage imposant, (qui n'est donc pas fini, trop grand et sans sa housse amovible), le siège est placé sur le plan Bobath et sans ses accessoires afin de minimiser au maximum l'effet de volume. L'orthoprothésiste se place également devant celui-ci afin d'accueillir l'enfant et ses parents qui la voient alors elle en premier, puis le siège.

A l'inverse lors du troisième rendez-vous pour la livraison du siège, nous avons remarqué qu'en procédant de la sorte, le processus d'acceptation était plus rapide. Les parents se sont déjà approprié le siège, et ont hâte de le voir. Les parents entrent dans la salle en y apercevant en premier le siège qui alors présenté monté, sans la tablette afin de ne pas casser l'esthétique et de permettre à l'enfant d'y entrer aussi vite qu'il peut l'exprimer.

❖ Stresseurs tactiles et kinesthésiques

Le temps d'entretien préalable au premier rendez-vous permet d'attendre que l'enfant soit prêt à aller s'asseoir puis s'allonger sur le plan Bobath pour effectuer la prise de mesures, qui s'effectue en plusieurs temps, selon le type d'appareillage à confectionner.

Ainsi, pour un siège moulé, les mesures s'effectuent en position assise, en décubitus latéral, et en position allongée. L'expérience de l'orthoprothésiste permet de réduire au maximum les temps de mesures et les manipulations de l'enfant, en permettant à l'enfant de se mouvoir librement lorsqu'il en ressent besoin. Des « pauses câlins » sont aussi faites autant que besoin.

❖ Stresseurs auditifs

Les outils de communication en hypnose conversationnelle sont désormais omniprésents, qu'il s'agisse de l'interaction avec l'enfant autour d'une histoire que nous optimisons avec un PAVTOG, ou bien auprès des parents dans notre manière d'aborder différents sujets.

Une attention très particulière est désormais portée au vocabulaire et aux expressions utilisées. C'est très certainement le premier processus de changement opéré dans notre manière de procéder.

Les chansons et comptines sont également de plus en plus exploitées, qu'elles soient chantées ou diffusées sur une enceinte.

Voici une liste non exhaustive des changements opérés dans notre manière de communiquer.

Expressions bannies	Formule de remplacement
« Ne t'inquiète pas »	« Sois rassuré »
« Ça ne fait pas mal »	« Tu vas peut-être ressentir des chatouilles »
« Ça va aller »	« Tout se passe bien »
« Ça suffit »	« Qu'est-ce que tu vois là ? » (diversion)
« Ne bouge pas »	« Fais la statue s'il-te-plait »

9.2 - Mise en pratique des techniques d'hypnose médicale : deuxième partie

9.2.1 - Un lieu de sécurité pour Léa

Nous recevons Léa en premier rendez-vous d'appareillage pour la confection de deux orthèses suro-pédieuses anti-équin, après avoir effectué quelques mesures à l'aide d'un mètre ruban. Sa mère est en retrait dans un coin de la salle, plongée dans un livre.

Alors que Léa observe l'orthoprothésiste préparer un bac d'eau tiède et sortir les bandes plâtrées, je la questionne sur son collier.

Voici un extrait du moment d'hypnose, au moment où se fait la bascule de la conversation classique vers l'hypnose dans un lieu de sécurité.

Ann : « Qu'il est joli ton collier Léa ! je ne l'avais jamais vu avant les vacances, il est nouveau ?

Léa : oui c'est mon papa qui me l'a donné

Ann : j'adore les couleurs, c'est du doré que je vois là ?

Léa : oui et il y a du bleu aussi

Ann : du bleu comme le ciel ?

Léa : non du bleu comme la mer

Ann : ah mais oui tu as raison. Je me demande si c'est un bleu de mer chaude ou un bleu de mer très chaude ...

Léa : la mer était très très chaude chez tata.

Ann : ah oui ? si tu fermes les yeux est-ce que tu peux te souvenir de comment ça fait quand on plonge les pieds dans la mer chez ta tata ? (Elle se concentre) oui ... voilà ... comme ça. C'est bien !

Je fais signe à l'orthoprothésiste qu'elle peut débiter la pose des bandes plâtrées. Alors qu'elle se met à l'œuvre, j'observe Léa qui ne prête aucune attention à ce qui se passe à ses pieds, alors qu'elle est allongée en décubitus ventral.

Ann : et puis si tu écoutes bien, en tendant l'oreille tu entends le bruit des vagues ... qui s'éloignent ... puis qui reviennent vers la plage ... »

Je répète ces deux phrases en les calant sur ses souffles expiratoires, tout en l'observant bouger ses bras comme si elle nageait.

S'ensuivront quelques minutes d'hypnose, durant lesquelles Léa se laissera porter dans ce voyage, alternant les moments de calme avec des moments de réactions idéo-motrices un petit peu plus vives, m'amenant à lui demander de laisser « les pieds immobiles comme quand on joue à « un, deux, trois soleil ».

9.2.2 - Marie : le gant magique comme aide au port d'une orthèse de main

Je retrouve Marie alors qu'elle ne porte plus son orthèse depuis une semaine, à ma demande. Alors qu'elle monte habituellement seule en séance, je lui explique dans la salle d'attente que j'aimerais inviter sa maman à venir avec nous, si elle l'accepte, pour que nous puissions « papoter », et qu'elles m'expliquent toutes les deux ce qu'il se passe avec l'orthèse. Je lui explique que j'aimerais beaucoup comprendre ce qu'il se passe, afin que nous **trouvions ensemble** une solution **confortable**. Elle tend la main à sa maman et nous montons ensemble.

Après quelques minutes de jeux et de discussion, nous comprenons que Marie ressent beaucoup de paresthésies au moment de la mise en place de l'orthèse et que cela lui est insupportable. J'émetts l'hypothèse que le ressenti des paresthésies est majoré par une angoisse sous-jacente.

L'idée me vient alors de lui proposer un gant magique, protecteur, de voir s'il lui est possible d'isoler ses paresthésies afin de mieux tolérer son orthèse et d'améliorer la fonction de sa main.

Voici un extrait de l'échange que nous avons eu, alors que nous faisons un parcours moteur « chasse au trésor » en cachant des objets sous les modules des parcours :

Ann : « Ohhhhhh Marie, viens ici ! ... J'ai trouvé quelque chose !

Marie : ouiiiiiiii, z'aaaarive !

Je suis allongée sur le tapis, la main plongée entre 2 coussins, et je prends soin de marquer l'effort qu'il me faut effectuer pour saisir cet objet. Marie me rejoint, enjambant plus rapidement qu'habituellement les modules, signe qu'elle est intriguée par ma « trouvaille ».

Ann : Vite ! Vite ! Ce n'est pas comme d'habitude ! je ne sais pas ce que c'est ...

Marie : c'est beau ?

Ann : ça a l'air oui, regarde je le sors ...

Je sors de la cachette un gant invisible, fière de lui montrer. Je lui montre le « gant ». Sa maman est perplexe, mais Marie entre tout de suite, à mon grand étonnement, dans le jeu, qui n'en est déjà plus tout à fait un.

Marie : Woouooooooooooooow, c'est beauuuuuuuuuuu !

Ann : ah lala ! oui ! mais tu sais ce que c'est comme gant ? (L'idée est ici d'orienter la visualisation)

Marie : c'est un gant ?

Ann : oui, tu le vois bien ? Il est de quelle couleur ?

Marie : rouge-jaune

Ann : Rouge et jaune ? tu sais il n'y a que les chercheuses de trésors comme toi et moi qui pouvons le voir, c'est un gant magique ! rouge et jaune. Et regarde-le de plus près (je le renifle, et Marie m'imité) il n'aurait pas une drôle d'odeur ce gant ? (Je renifle encore)

Marie : tada !

Je ne comprends pas sa réponse, mais Marie insiste en répétant plusieurs fois Tada ! Tadaaaaaaa !

Je lance un regard à sa maman qui me traduit « tagada ...Marie raffole des fraises tagada, et elle est frustrée en ce moment parce que je n'en ai pas acheté depuis longtemps ! »

Ann : ahhhh d'accord ! Je n'avais pas bien compris Marie. J'ai donc dans mes mains un gant rouge-jaune et qui sent la fraise tagada ! (Elle acquiesce et me fait un grand sourire, étonnement attentive depuis plusieurs minutes maintenant).

Marie : dah-dah (elle fait le signe « donne » en MAKATON, outil de communication augmentée signée)

Ann : tiens, prends-le

Marie se saisit du gant imaginaire, en étant précautionneuse et avec des yeux écarquillés, ce qui me fait sourire. Elle me regarde et m'accorde un sourire malicieux.

Ann : alors ? On l'enfile ? Tu es prête ?

Marie montre alors peu de réaction et je crains que l'effet se soit dissipé. Néanmoins, riche de l'expérience des nombreux exercices faits durant la formation, je me dis qu'il est possible de replonger dans l'état de conscience élargi et continue d'une voix convaincue, même si je doute. Le fameux faire-semblant.

Ann : je vais t'aider. Je le place et tu l'enfiles ?

Marie m'adresse un hochement de tête signe que nous pouvons débiter la mise en place du gant que j'accompagne de mes paroles, sur un ton déjà plus posé.

Ann : bon voilà pour bien le mettre, la main gauche doit ouvrir un petit peu la main droite, pour écarter un peu le pouce.

Elle s'exécute, le pouce reste en adduction mais je perçois une ébauche de mouvement d'ouverture de la main droite, signe confortant encore plus sa participation aussi bien psychique que physique.

Je l'aide à ouvrir sa main en réalisant une manœuvre de décontraction et la prépositionne pour la suite.

Ann : voilà comme ça ! c'est super ! bravo (saupoudrage). Regarde ta main, je vais mettre le gant, tu le sens ?

Marie semble perdue dans ses pensées, et j'en profite pour continuer.

Ann : alors on l'enfile bien jusqu'au bout, on vérifie qu'entre les doigts ce soit bien placé pour que ce soit encore plus agréable, c'est toujours plus efficace quand on est bien installé. (Je dis volontairement « quand on » au lieu de « quand tout » pour créer un peu de confusion)

J'exerce de franches pressions sur la main, les doigts puis le poignet de Marie, et je réalise dans le même temps qu'elle ne retire pas sa main comme d'habitude. La focalisation puis la dissociation ont-elles déjà un impact sur la manière dont Marie perçoit ses paresthésies ? Les ressent-elle encore lorsque son esprit est intensément affairé à traiter d'autres informations et en participation active ? Marie ne dit plus rien, mais elle est parfaitement plongée dans l'expérience.

Une fois le gant installé, je l'interroge :

Ann : comment c'est ? Est-ce qu'on ajoute quelque chose ?

Marie : oui

Ann : quoi ?

Aucune réponse de sa part, et je me rends compte que ma question est bien trop vague et qu'elle n'est pas en mesure de me répondre telle qu'elle a été posée.

Ann : on ajoute des paillettes ? (Les paillettes ont toujours un grand succès !)

Marie : OUI !

Elle saupoudre alors d'elle-même des paillettes de sa main gauche puis renifle sa main droite « gantée ». Se souvient-elle de l'odeur de fraise tagada qu'elle y a associé ? Tout laisse à penser que c'est le cas et cela me fascine.

Je profite de ce moment pour saisir sa main franchement, en interpellant sa mère qui assiste à la scène depuis le début et s'est progressivement écartée de nous :

Ann : Ohlala ! Comme c'est joli ! Et les couleurs sont super belles ! N'est-ce pas Madame ?

La mère de Marie saisit l'invitation implicite et se rapproche de nous. Je pose alors délicatement la main droite de sa fille dans ses mains, et j'assiste à un beau moment de complicité. Mère et fille sont unies devant cette main si souvent source de tensions entre elles.

Je glisse pendant ce temps la suggestion que c'est pratique d'avoir chacun toujours sur soi un gant prêt à disposition.

En début de séance j'avais imaginé installer moi-même l'orthèse de Marie mais face à ce beau tableau je saisis discrètement l'orthèse et la tends à sa mère qui l'attrape et lui mets sans réfléchir.

S'ensuivent quelques comptines durant lesquelles Marie ne montre aucun inconfort.

La séance se poursuit durant une quinzaine de minutes avec des jeux mettant l'accent sur des mouvements de pince fine, que je nomme et ratifie, tout en renforçant les effets par saupoudrage.

Au bout de ces quinze minutes je retire l'orthèse pour vérifier la tolérance cutanée et les éventuelles zones de rougeur, signe de zone de pression et constate que tout va bien.

C'est seulement après tout ce temps que je demande à Marie comme va sa main et lui fais remarquer à quel point sa main droite **est confortable ... tranquille ... et forte.**

Marie : doudouce !

Ann : (dans un rire complice avec sa mère) oui Marie, douce aussi !

Et le joli gant rouge et jaune alors ? on l'enlève ?

Marie : mais non, l'est là ! » (me dit-elle en me pointantl'orthèse !)

La séance s'est terminée sur un temps fort. Quand Marie me montre l'orthèse lorsque je lui propose de retirer le gant, je ne suis alors pas bien certaine de ce qu'elle me dit. Le gant a-t'il fusionné avec l'orthèse durant la séance ? Ou bien Marie l'a-t'elle elle-même retiré en même temps que son orthèse ? Je resterai deux semaines avec cette question en tête, et c'est sa mère qui m'apportera la réponse un jour, en me disant que Marie avait paniqué la veille lorsqu'elle avait voulu la nettoyer. Sa mère n'avait pas compris pourquoi, et en lui expliquant qu'elle la nettoyait pour enlever les saletés Marie lui avait dit « jette pas le gant ! ». Elle s'est totalement

emparée de la proposition du gant protecteur pour s'approprier l'orthèse comme si elle la découvrait à nouveau, ou comme si un nouveau départ était possible.

9.2.3 - Un conte hypnotique pour Lucas : les aventures de la Pat-Patrouille

Pat'Patrouille est une série d'animation canadienne qui a beaucoup de succès auprès des petits enfants en général, et de Lucas en particulier. La série a pour personnages principaux une patrouille de huit chiots menés par Ryder, un jeune garçon de dix ans, dans différentes aventures.

Nous allons retrouver dans ce récit :

- Marcus, un dalmatien pompier et ambulancier
- Chase, un berger allemand, policier et espion
- Ruben, un bulldog anglais spécialisé en construction
- Rocky, un chiot bâtard spécialisé dans le recyclage
- Ryder, le garçon qui dirige les opérations
- Mme Yumi, la fermière.

Voici un extrait de la séance.

Ann : « Marcus avance dans le verger et s'arrête devant un champ de pommiers. L'un d'eux l'interpelle parce qu'il est différent des autres arbres. En effet alors que les autres pommiers sont grands, droits, forts et plein de pommes, celui-ci semble avoir du mal à grandir. Son tronc est tordu, il n'a que peu de feuilles et pas de pomme. Il lui semble si fragile, que cela le rend triste et il part alors retrouver Mme Yumi pour lui parler de la situation.

Ann/Marcus : Mme Yumi, est-ce qu'il est malade le pommier ?

Ann/Mme Yumi : je ne sais pas Marcus, ce que je sais c'est qu'il a du mal à bien grandir et qu'il va avoir besoin de notre aide pour bien pousser, devenir plus grand et plus fort. Est-ce que tu sais qui pourrait nous aider à trouver une solution ?

Ann/ Marcus : appelle Ryder, il sait toujours résoudre les problèmes ! Il va réunir la Pat'patrouille !

Ann à Lucas : ok tu l'appelles ?

Lucas : allo ! Alloooooo ! Ryder ! L'arbre il est triste ! Il est **tordu** et tout nu

Ann : et quelque chose d'autre ?

Lucas : il est tordu et faut l'aider !

Ann/ Ryder : d'accord ! Je réunis la Pat'Patrouille !

Ann/ Marcus (en aparté) : tu penses qu'il va faire partir qui en mission ?

Lucas : Chase !

Ann : oui Chase va protéger la zone ! Bonne idée ! Qui d'autre ? on pourrait inviter Ruben aussi ? Il nous faut un bricoleur

Lucas : oui ! Et qui ?

Ann : hum je ne sais pas, qui pourrait nous aider ?

Lucas s'échappe de l'histoire, et se met à jouer ... je le laisse faire quelques minutes puis le rappelle à l'histoire

Ann : alors ? Qui pourrait trouver du matériel ?

Lucas : Rocky !

Ann : Ah voilà une équipe au complet ! est-ce que tu peux te charger de faire l'appel s'il te plaît ?

Lucas : J'appelle la Pat-Patrouille en renfort ! Chase, Rocky et Ruben venez nous aider ! viiiite

Ann : je vous explique votre mission : Chase on a besoin de toi pour que tu protèges la zone, Rocky, trouve-nous du matériel solide, joli et efficace pour fabriquer une combinaison bouclier s'il te plaît, et Ruben, tu installeras le tout de manière sûre et confortable !

Je m'aperçois que Lucas décroche. Son regard change, sa respiration s'accélère, son visage s'anime différemment et il me parle de tout autre chose. Je m'adresse alors directement à lui, avec l'intention de l'aider à replonger dans l'histoire.

Ann : c'est parti Lucas ? tu sais que tu peux fermer les yeux pour mieux sentir et voir en toi ce qu'il se passe, ou ne pas les fermer si c'est le mieux pour toi. Respire fort par le nez Voilà comme ça Très bien, et souffle le plus longtemps possible avec la bouche Comme moi.... En posant les mains sur ton ventre ... pendant que je donne des instructions plus précises aux copains de la pat'patrouille.

Ann : Chase ! nous avons besoin de toi pour sécuriser la zone de traitement, comment imagines-tu faire ?

Lucas, spontanément, la main sur le menton : il faut mettre la bande tout autour !

Ann : super idée ! une bande comment ?

Lucas : jaune comme la police ! beaucoup, beaucoup ! (Je vois alors Lucas courir spontanément dans la pièce en rond, comme s'il déroulait une bande imaginaire Ce qui je dois le reconnaître, me surprend)

Ann : est-ce qu'il y en a assez là ?

Lucas : oui, mais je ne peux pas la couper ...

Ann : tiens, prends ma paire de ciseaux

Lucas coupe alors la bande, en saisissant les « ciseaux » que je lui tends, et s'applique consciencieusement, puisque je vois le bout de sa langue sortir de sa bouche.

Ann : bravo Chase ! est-ce que ça te semble bon comme ça, ou est-ce qu'il faut ajouter quelque chose ?

Lucas : hum c'est parfait !

Ann : très bien Chase, merci ! j'appelle maintenant Rocky au rapport !

Ah te voilà (je fais un grand sourire en m'adressant à Lucas Ou plutôt à une partie dissociée de l'instant)

Rocky, trouve- nous dans ton stock quelque chose d'assez solide pour **redresser le tronc** de l'arbre et le **protéger** ...

Ann : est-ce que ça irait un tuyau en plastique ?

Lucas : c'est trop petit non (signe que de nouveau il peut visualiser les choses, et élaborer)

Ann : et un tuyau plus gros ?

Lucas : un très très gros comme ça (dit-il en écartant fort les bras)

Ann : parfait !

Lucas : on le met où ?

Ann : autour du tronc, penses-tu que ça irait ?

Lucas : c'est compliqué à installer ...

S'agit-il ici d'une résistance ? Lucas semble perplexe. Je l'invite à trouver une solution, et après un certain temps, voyant qu'il ne peut pas se saisir de cette idée (j'é mets l'hypothèse d'une difficulté à mobiliser ses ressources internes) je lui soumets alors la suggestion suivante :

Ann : on va demander à Ruben de s'en charger Il aura **assurément** une solution à nous proposer. Je suis **convaincue** qu'il sera d'une **aide précieuse** ...

Lucas décroche de nouveau.

Ann : allez, appelle Ruben stp

Lucas : Ruben (d'une petite voix)

Ann : Il ne t'a pas entendu ... plus fort

Lucas : RUUUUUUBENNNN ! viens !

Ann : on a besoin de toi ! ... ah te voilà Ruben, fixe tuyau très solide et suffisamment grand autour du tronc d'arbre s'il te plaît. Il faut qu'il soit bien solidement fixé, pour que l'arbre se sente assez **protégé**, que son tronc soit **redressé** et qu'il se sente **fier** et **heureux**

J'imite alors Ruben : « Ruben met toujours la gomme ! »

Lucas part alors dans un des placards de la salle, je en laisse habituellement pas les enfants fouiller seuls dedans, mais je sens qu'il se passe quelque chose, et choisis de rester immobile et silencieuse, avec l'intention de porter à ce moment un regard bienveillant et encourageant.

J'observe alors Lucas se saisir d'un jeu de boîte de bricolage. Il l'ouvre, va sur le tapis, et se met à bricoler, en chuchotant des paroles que je n'entends pas, mais que je devine utiles à la mise en place multisensorielle de ce moment de bricolage.

Ce moment dure deux ou trois minutes, et lorsque j'observe le rythme des réponses idéomotrices décroître, je demande à Ruben si tout est bien fixé, ce à quoi L me répond que « tout est parfait ! »

Ann : Wow ! quelle équipe ! bravo à tous, voilà une mission rondement menée ! tiens voilà Mme Yumi

Oh lalaaaaa ! merci la Pat'patrouille ! regardez comme cet arbre est **heureux** et **fier** ! il profite enfin du soleil maintenant qu'il est plus droit ... il prend de l'**énergie** dans la terre, avec ses racines qui **prennent des forces** dans le sol et par les feuilles qui captent enfin les rayons du soleil.

Ryder demande alors : est-ce que tout ça vous convient monsieur l'arbre ? est-ce que l'on peut faire quelque chose d'autre pour toi ? est-ce que tes pommes vont pousser ?

C'est alors que j'entends Lucas chanter « Pomme de Reinet »

Ann : ah mais c'est une bonne idée ça, pour encourager ce joli pommier à faire de belles pommes magiques, qu'elles **murissent** comme elles **ont besoin**.

Nous chantons alors tous les deux cette chanson en faisant une ronde et en dansant, ronde que nous finissons en jetant des pompons en l'air.

Ann : à bientôt joli pommier ! tu as tout pour bien grandir et mener une jolie vie ! ».

10 - DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Les conditions de travail au CAMSP (séances de quarante-cinq minutes par patient) permettent d'être dans de bonnes conditions pour commencer à explorer en séance individuelle les bases qui nous ont été apprises en formation.

Les consultations d'appareillage sont importantes au CAMSP. Elles permettent aux familles de passer une étape importante de la rééducation dans un cadre qui leur est familier. Les enfants sont pour la plupart suivis en kinésithérapie ou psychomotricité au sein de notre structure et connaissent déjà les locaux et les thérapeutes. Ceux qui bénéficient d'un suivi en libéral m'ont systématiquement rencontré au moins une fois en consultation conjointe avec le médecin MPR (Médecine physique et de réadaptation).

Les modifications de notre manière de travailler ont très rapidement porté leurs fruits et ont soutenu toutes les réflexions portant sur la manière d'être, sur l'intentionnalité dans le soin et également sur les questions portant sur la communication dans le soin.

La réflexion de la temporalité dans la mise en place de l'appareillage s'inscrit plus que jamais dans une réflexion d'équipe afin de préserver le plus possible l'enfant et ses parents, mais également pour trouver la fenêtre idéale entre les besoins orthopédiques de l'enfant, et le moment où la famille entière est prête à adhérer au nouveau protocole de soin.

10.1 - Le lieu de sécurité

Le lieu sécurisé a été ici proposé à une enfant que je suis en séance individuelle deux fois par semaine depuis plusieurs années. Elle présente un attachement sécurisé, mais à la période où les prises de mesures du siège moulé ont été faites, les parents vivaient une situation extrêmement angoissante sur un plan personnel, et par conséquent Léa était fragilisée elle aussi par un ajustement plus précaire dans la relation parents-enfant. La mère de Léa m'avait demandé de manière implicite de prendre le relais avec sa fille pour cette séance en se plaçant en retrait dans la salle et en disant à Léa : « va avec Ann tu es entre de bonnes mains ».

Il a été ici question d'orienter la conversation autour du nouveau collier de la patiente, sur lequel figurait un bateau bleu et doré, afin d'amorcer le sujet de ses vacances. L'utilisation du bijou

comme support de focalisation, accompagné d'un VAKOG pour l'aider à se replonger dans les sensations vécues une semaine auparavant, lui ont permis de se dissocier extrêmement rapidement. Ceci a permis à l'orthoprothésiste de procéder au moulage très rapidement, sans aucune manifestation de stress pour la patiente tout au long des deux moulages.

Durant ce petit moment d'hypnose, alors que j'étais plongée avec Léa dans cette expérience particulière, nous nous sommes aperçues que sa mère avait également fermé les yeux, et qu'elle souriait légèrement, retrouvant peut-être également quelques sensations au passage, et s'accordant ainsi une petite pause.

Le lieu de sécurité permet d'associer facilement des sensations corporelles tout en amenant un sentiment de bien-être qui favorise l'anxiolyse.

Dans cette situation, le recours au lieu de sécurité a eu à la fois une action de prévention, en y ayant recours avant même que ne s'installe totalement l'angoisse, mais également de créer un ancrage qui pourra être réutilisé à une prochaine séance si nécessaire.

10.2 - Le gant magique

Cette séance a été un moment clé durant cette année de formation, puisqu'elle est arrivée à une période où même si j'étais encore hésitante à me lancer, nous avons plusieurs fois fait l'expérience de l'hypnoalgésie en formation. L'occasion a été ici amenée par Marie et sa mère alors qu'un conflit s'était cristallisé autour de l'orthèse. Marie avait absolument besoin de celle-ci sur un plan orthopédique, mais le port de l'orthèse augmentait fortement le ressenti des paresthésies, rendant impossible la tolérance de l'appareillage. Pour ses parents, l'orthèse signait le handicap et l'incompétence fonctionnelle de son membre supérieur.

L'idée était de suggérer que la douleur, ou ici plus précisément la sensation très désagréable des paresthésies, peut évoluer et se transformer et par conséquent diminuer le sentiment de vulnérabilité et de soumission. Il est ainsi permis à Marie d'avoir une action contre les ressentis corporels négatifs, mais aussi de constater qu'ils peuvent évoluer de manière quasi « magique », se transformer et par conséquent modifier le stimulus neurologique qui la gêne fortement. Un second objectif a été de lui apprendre la technique pour qu'elle puisse l'utiliser seule autant que besoin.

Il n'a pas été nécessaire de ratifier les changements de perception des paresthésies, à la fois pour ne pas risquer de rompre le moment de complicité qui avait lieu entre Marie et sa mère. Sans pouvoir tout à fait le verbaliser à ce moment-là, il m'a paru plus opportun d'associer le confort et la tranquillité après la mise en place de l'orthèse elle-même.

Marie a trouvé elle-même la ressource de laisser le gant magique dans son orthèse pour le fusionner avec celle-ci et pouvoir ainsi retrouver cette sensation de soulagement à chaque fois qu'elle enfilera son orthèse à l'avenir. Elle a donc fait seule son apprentissage.

La mère de Marie avait précisé en début de séance ne plus vouloir toucher à cette orthèse. Le fait qu'elle l'ait saisie sans même y réfléchir lorsque je lui ai tendu celle-ci montre une rupture du pattern conflictuel.

J'observe à ce moment que la transformation opérée sur Marie, avec le concours de sa mère intégrée à la clôture de l'exercice a eu un effet sur également sur cette dernière. La petite ayant changé son propre regard sur l'orthèse, par extension maternelle la modification a eu lieu dans son psychisme aussi.

L'hypnose ici a été à la fois un processus de changement de la perception des paresthésies, d'activation des ressources internes de Marie qui a elle-même autosuggéré que le gant allait être retiré en même temps que l'orthèse pour pouvoir le retrouver plus tard mais aussi de sa maman qui a elle aussi profité de l'expérience que vivait sa fille à ce moment-là, d'abord comme spectatrice mais ensuite comme actrice puisqu'elle a su se saisir de l'occasion pour prendre le relais et a naturellement su maintenir l'univers dans lequel sa fille était plongée.

10.3 - Le conte hypnotique

Lucas a été le premier patient à qui j'ai proposé un conte hypnotique. C'est un enfant facétieux qui discute très facilement et qui peut facilement suivre et construire des histoires. J'avais préparé et balisé la séance en amont en lisant beaucoup et en compilant tout un tas de métaphores pour me rassurer. Finalement, lorsque Lucas a évoqué la Pat'Patrouille, je me suis rappelée qu'il fallait sans cesse s'adapter au patient, et non l'inverse. Il s'agit d'un dessin animé que je connais très bien. Les chiots de la Pat'Patrouille ont tous des compétences particulières et complémentaires. Il était évident que cela pourrait nous servir à tous les deux.

Je me suis appuyée sur les travaux d'Allan (43) puis de Bassin, Wolfe et Thier (44) qui évoquent le fait de partir de l'imaginaire de l'enfant pour construire une histoire métaphorique

Voici un tableau récapitulatif des éléments clés de l'histoire.

Conflit métaphorique	Un pommier est différent des autres, son tronc est tordu et il a des difficultés à grandir
Processus et potentiels inconscients	Les chiots de la Pat'Patrouille ont chacun un champ d'expertise qui permettra de trouver la solution au problème. Ryder représente la capacité d'organisation des secours
Situations d'apprentissages parallèles	Apprendre à protéger, sécuriser, réparer, à prendre soin
Crise métaphorique	L'arbre ne peut pas grandir sans aide extérieure.
Nouvelle identification	Le Pommier est réparé. Il peut maintenant avoir une bonne croissance et murir de manière optimale en faisant des fruits.
Célébration	La chanson de « Pommes de reinettes » marque un ancrage et signe la résolution du conflit métaphorique.

Le conte métaphorique a permis à Lucas de s'approprier l'appareillage en le rendant acteur de sa construction. Dans les semaines qui ont suivies, Lucas a demandé à plusieurs reprises que je lui raconte de nouveau « l'histoire des pommes ». Il aura fallu ces quelques semaines pour que le corset soit de nouveau porté, quelques heures par jour, ce qui représente déjà une grande avancée.

10.4 - Difficultés rencontrées

L'exercice du métier de kiné en pédiatrie est déjà une spécificité en soi, et la pratique de l'hypnose auprès des enfants en est une autre qui vient enrichir ma pratique. La distraction est un outil que nous utilisons au quotidien dans toutes nos séances. Les enfants jouent, et nous les orientons vers des apprentissages dans les conditions les plus agréables possibles. Il m'a fallu quelques mois afin de réussir à saisir le caractère pré-hypnotique de ce que nous faisons tous en tant que thérapeutes au CAMSP... Combien de fois ai-je demandé à mes coéquipiers et professeurs de ce DIU « je ne comprends pas bien où est la différence entre la distraction que nous pratiquons au CAMSP et l'hypnose... où est l'hypnose, quelle forme prend-elle auprès des tout-petits, et auprès d'une population d'enfants souvent déficients ? ». C'est en me lançant dans la pratique, très dubitative au début, que j'ai compris. Que la distraction peut-être une porte

d'entrée à l'hypnose, qu'elle permet une focalisation et une dissociation propice au changement de vécu d'un acte médical ou d'une situation stressante dès lors qu'on y associe une interactivité, mais aussi qu'il existe de nombreuses possibilités de saisir ce moment pour étayer d'autres changements, et de soutenir la mobilisation, entre autres, des ressources internes du petit patient. (29)

L'absence de module spécifique en pédiatrie, m'a amené à faire de nombreuses recherches, en direct auprès de praticiens formés, mais aussi dans la littérature. Cela a eu l'avantage de me pousser à expérimenter, de me faire plus confiance et d'affûter mon intuition, tout en me libérant du regard des autres.

Une autre difficulté a résidé dans l'impossibilité pour de nombreux patients d'exprimer verbalement leurs besoins, attentes ou objectifs. C'est le cas des tout petits d'âge préverbal mais aussi de plus grands enfants déficients où l'intégralité de la communication passe par l'infra-verbal. Cela a été l'occasion pour moi d'aborder la notion d'intentionnalité, et d'utiliser mes ressentis pour verbaliser les choses de manière beaucoup plus subtile et positive que j'en avais l'habitude.

10.5 - Questionnement éthique

Le principal questionnement d'ordre éthique auquel j'ai eu à faire face dans ma pratique est celle du consentement éclairé du patient, et par conséquent de ses parents.

Les familles que je suis sont au courant de ma formation puisque j'ai choisi d'être transparente sur la raison de mon absence une fois par mois. Mais dans les faits, dans quelle mesure doit-on prévenir qu'on utilise cet outil spécifique, d'autant plus lorsque notre manière d'être change et que la communication devient hypnotique au quotidien ?

Il m'a été facile de prononcer le mot hypnose, lorsqu'une séance, fruit d'une réflexion commune avec mes collègues et les parents de l'enfant, était programmée. Mais à plusieurs reprises j'ai été surprise de me trouver dans une situation où le recours à l'hypnose s'est imposé à un moment où je ne l'avais pas prévu (ça a été plusieurs fois le cas, lorsqu'un petit commençait une histoire, et que je suis venue l'enrichir de métaphores et de suggestions) et bien souvent l'enfant est seul en séance avec moi. Que dire ? comment le dire ? Quel retour faire aux parents ?

11 - CONCLUSION

Le métier de kinésithérapeute est un métier où nos mains et notre corps sont en première ligne dans le soin. Que ce soit, dans l'exercice pédiatrique, à travers notre manière d'accompagner les petits patients, de les porter, de les soutenir, de leur offrir des appuis et des repères avec notre corps. Nos mains sont également réconfortantes, cadrantes, sécurisantes, protectrices et sources d'impulsion d'énergie.

L'hypnose est un outil complémentaire à notre pratique, en nous apprenant à utiliser les mots comme nouveau support de travail.

Avant de faire cette formation et d'en discuter avec les personnes de mon entourage, je n'avais pas saisi à quel point l'hypnose peut susciter de vives réactions, parfois épidermiques. La question de la « manipulation mentale » est encore présente dans de nombreux esprits et les préjugés sont parfois tenaces, d'où l'importance de la psycho éducation sur le sujet.

Cette année a été extrêmement riche. En expériences tout d'abord. Comment ne pas se souvenir de notre tout premier exercice pratique auprès d'Aurélié Mainguet, alors que nous n'avions pour beaucoup aucune expérience du tout ? En émotions aussi, face à certaines expériences, certains sujets et quelques partages de vie.

Les enfants sont de très bons cocréateurs de séances, leur imagination est débordante et lorsque nous trouvons la bonne amorce, ils plongent avec plaisir dans l'histoire qu'on leur propose, enrichissant régulièrement le récit.

Cette formation, bien plus que de m'apprendre une nouvelle technique, m'a surtout profondément fait évoluer sur un plan personnel et professionnel. La manière de communiquer est à présent différente. Il m'arrive avec bienveillance de me remémorer le nombre d'expressions négatives que j'avais l'habitude d'utiliser, et je suis maintenant frappée de les repérer systématiquement chez les autres.

Au niveau communicationnel, je me rends compte que je suis plus attentive aux canaux préférentiels de mes interlocuteurs, et que le VAKOG m'accompagne au quotidien. Cela me permet de m'ajuster au mieux à la personne qui est en face de moi.

L'autohypnose, après avoir dépassé quelques difficultés de mise en route, m'accompagne également dans ma pratique, et de manière systématique après une séance éprouvante ou une journée compliquée.

L'expérience menée dans ce mémoire s'est révélée positive confirmant que l'hypnose peut réellement être une aide dans l'accompagnement de la mise en place de l'appareillage chez l'enfant suivi au CAMSP, que ce soit durant les séances d'appareillage en elles-mêmes, mais aussi à distance en séance individuelle de kinésithérapie lorsqu'une difficulté se fait sentir dans le suivi du port des orthèses.

L'hypnose prend une place grandissante dans mes prises en charge, sous des formes de plus en plus différentes. Je souhaite que cette approche puisse trouver toute sa place dans les pratiques de soins aux enfants porteur de handicap, et que l'avenir puisse relever les nombreux défis pour développer l'hypnose : réflexion portée sur l'aménagement de l'environnement dans les structures de prise en charge, discussions en équipe sur des sujets où cette approche pourrait avoir toute sa place, tel que l'accueil des familles lors des premiers rendez-vous, formaliser cet outil au sein du cadre institutionnel, formation d'un nombre croissant de soignants à l'hypnose...

Dans le domaine des troubles neurodéveloppementaux de l'enfant, l'hypnose est en plein essor et offre une approche précieuse chez les enfants au parcours de vie si complexe : travail de l'estime de soi, stratégies de contrôle des tics, amélioration des compétences attentionnelles ... (45)

L'hypnose en permettant de modifier le vécu émotionnel et physique de l'expérience, permet d'améliorer le confort global de l'enfant et par ricochet celui de ses parents. Cela a également des répercussions dans notre manière de travailler, puisque cela nous permet d'être dans une toute autre approche communicationnelle.

12 - BIBLIOGRAPHIE

1. Barber J, Hilgard ER. Hypnosis & Suggestion in the Treatment of Pain – A Clinical Guide. New York : W. W. Norton & Company; 1996. 448 p.
2. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Aide-mémoire - Hypnose - 3e éd.: en 52 notions. Dunod; 2020. 233 p.
3. Bioy A. Chapitre II. Qu'est-ce que l'hypnose ? Que Sais-Je. 18 oct 2017 ; 25-78.
4. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Aide-mémoire - Hypnothérapie et hypnose médicale : en 57 notions. Dunod ; 2014. 382 p.
5. Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose. 6^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017. 392 p.
6. Roustang F. Il suffit d'un geste. Odile Jacob ; 2004. 244 p.
7. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Aide-mémoire - Hypnose - 2e éd.: en 50 notions. Dunod; 2016. 367 p.
8. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. L'aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions. In Paris : Dunod; 2010. p. 208.
9. Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. In Paris : Editions Maloine; 2007.
10. H W. [Hypnotic communication and hypnosis in clinical practice]. Praxis. 1 juill 2014 ; 103(14):833-9.
11. Krojanker RJ. Human hypnosis, animal hypnotic states, and the induction of sleep in infants. Am J Clin Hypn. janv 1969;11(3):178-9.
12. Cowles RS. The magic of hypnosis: is it child's play? J Psychol. juill 1998 ; 132(4):357-66.
13. Linden JH. Playful Metaphors. Am J Clin Hypn. janv 2003;45(3):245-50.

14. Olness K, Kohen DP, Hache. *Hypnose et Hypnothérapie chez l'enfant*. 3^e éd. Bruxelles: Satas; 2006. 646 p.
15. Kohen DP, Olness K. *Hypnosis and hypnotherapy with children*. 4^e éd. New York : Taylor and Francis group ; 2011.
16. Sugarman L, Wester W. *L'hypnose thérapeutique avec les enfants et les adolescents*. Bruxelles: Satas; 2018. 536 p.
17. Richard P. *L'hypnose, l'enfant et la douleur*. Arch Pédiatrie. Juin 2006 ; 13(6):660-2.
18. Sugarman L, Wester W. *L'hypnose thérapeutique avec les enfants et les adolescents*. In Bruxelles: Satas; 2018. p. 18.
19. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. *Aide-mémoire Hypnoalgésie et hypnosédation*. In: *Hypnoalgésie et hypnosédation*. Paris : Dunod; 2014. p. 94-8. (Aide-mémoire).
20. Bioy A. *Le travail métaphorique en hypnothérapie dans un cadre de thérapie familiale : éléments cliniques*. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux. 18 déc 2015;n° 55(2):11-23.
21. Bioy A, Keller P-H. *Hypnose clinique et principe d'analogie : Fondements d'une pratique psychothérapeutique*. De Boeck Supérieur ; 2009. 220 p.
22. Gordon D. *Therapeutic metaphors*. Cupertino : Meta Publications; 1978.
23. Crowley RJ, Mills JC. *Métaphores thérapeutiques pour les enfants et l'enfant intérieur*. In : 2^e éd. Bruxelles : Satas; 2013. p. 111. (Le Germe).
24. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Classic Edition. New York London : Routledge, Taylor & Francis Group ; 2015. 417 p. (Psychology Press and Routledge Classic Editions).
25. Guedeney N, Guedeney A. In : *L'attachement : approche théorique*. 4^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 95-102.
26. Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment*. Basic Books ; 1969. 456 p.

27. Bowlby J. Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger. Basic Books ; 1973. 462p.
28. Bowlby J. Loss: Sadness And Depression. Basic Books ; 1982. 496 p.
29. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Aide-mémoire - Hypnothérapie et hypnose médicale : en 57 notions. Dunod ; 2014. 382 p.
30. Smith J. Les expériences précoces, de la conception jusqu'à trois ans : quel impact psychopathologique à l'échelle de la vie ? J Psychol. 30 oct 2018 ; n° 362(10) : 52-5.
31. Siegel DJ. The Developing Mind : How relationships and the brain interact to shape who we are. 2° éd. The Guildford Press; 2012. 506 p.
32. Bion WR. Aux sources de l'expérience. Presses universitaires de France ; 2003. 137 p.
33. Favez N. L'ajustement du jeune enfant au stress de l'examen médical avec vaccination : une revue de la littérature. J Pédiatrie Puériculture. févr 2012;25(1):1-7.
34. Cline RJW, Harper FWK, Penner LA, Peterson AM, Taub JW, Albrecht TL. Parent communication and child pain and distress during painful pediatric cancer treatments. Soc Sci Med. Août 2006 ; 63(4):883-98.
35. Robinson KE, Gerhardt CA, Vannatta K, Noll RB. Parent and Family Factors Associated with Child Adjustment to Pediatric Cancer. J Pediatr Psychol. 3 oct 2006 ; 32(4) : 400-10.
36. Miller-Johnson S, Emery RE, Marvin RS, Clarke W, Lovinger R, Martin M. Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. J Consult Clin Psychol. juin 1994 ; 62(3):603-10.
37. Roberts MC, Steele RG. Handbook of Pediatric Psychology. Guilford Press; 2010. 833p.
38. Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK. Temperament in Childhood. Wiley; 1989. 674p.
39. Gunnar MR, Brodersen L, Nachmias M, Buss K, Rigatuso J. Stress reactivity and attachment security. Dev Psychobiol. avr 1996;29(3):191-204.

40. Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Dev.* oct 1993;64(5):1439-50.
41. Favez N, Berger S. Mother-toddler attachment in a paediatric setting : Presentation and validation of the paediatric attachment style indicator. *Eur J Dev Psychol.* 1 sept 2011 ; 8(5):587-607.
42. Prothèse, orthèse et corset à Grenoble, Demeure Orthopédie [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur : <http://demeureorthopedie.fr/>
43. Allan JAB. Serial Storytelling: A Therapeutic Approach with a Young Adolescent. *Can J Couns Psychother* [Internet]. 1978 [cité 16 août 2020] ; 12(2). Disponible sur : <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60168>
44. Bassin DI, Wolfe KM, Thier A. Children's reactions to psychiatric hospitalization: Drawings and storytelling as a data base. *Arts Psychother.* 1 mars 1983 ; 10(1):33-44.
45. Flamand-Roze C. *Le Corps est le seul langage qui ne ment pas.* Les Arènes ; 2018. 180p.

RESUME

Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce accueille des enfants âgés de 0 à 6 ans porteurs de handicap ou à risque de troubles du neurodéveloppement. L'état orthopédique d'un grand nombre de patients suivis en kinésithérapie nécessite, au cours de leur suivi, d'avoir recours au port d'un appareillage confectionné par un orthoprothésiste. L'objectif de ce mémoire est d'explorer l'apport de l'hypnose dans l'accompagnement de la mise en place d'appareillage en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce. Comment offrir un environnement et une expérience les plus confortables possibles lors de la confection et de la mise en place d'appareillages ? Comment accompagner des difficultés de tolérance du port quotidien d'attelles ? Comment aider un patient à cheminer dans l'acceptation de ses difficultés et de la contrainte importante mais nécessaire du port d'un appareillage ? voici autant de questions abordées dans ce mémoire, et illustrées à l'aide de trois vignettes cliniques montrant que l'hypnose peut être un grand soutien pour les enfants porteurs de handicap.

Mots clés :

Appareillage, hypnose, pédiatrie, handicap