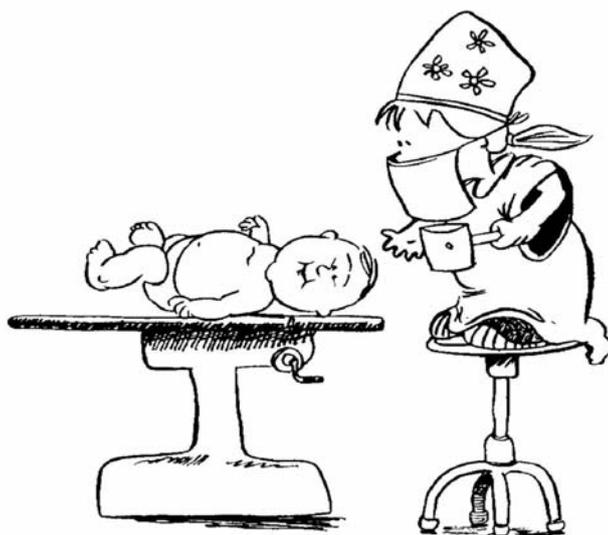


Ecole d'infirmiers anesthésistes des hôpitaux de Toulouse

**La pré induction anesthésique chez
l'enfant :**

promouvoir l'hypnose.



Sous la direction de Monsieur J.M. Estrier.

**Lelarge Anne-Frédérique
Promotion 2005-2007**

Travail d'intérêt professionnel

Lelarge Anne-Frédérique

**Promotion 2005- 2007 de l'école
d'infirmiers anesthésistes des
hôpitaux de Toulouse.**

**La pré induction anesthésique chez
l'enfant :**

promouvoir l'hypnose.

Sommaire :

| | |
|--|--------------|
| Remerciements | p.7 |
| Index | p.8 |
| Glossaire | p.9 |
| Introduction | p.10 |
| A) Cadre conceptuel | p.12 |
| Chapitre 1 : Préparation de l'enfant à l'anesthésie, quelles cibles, quels bénéfices, et quels moyens ? | p. 12 |
| 1° L'enfant face à une intervention chirurgicale : quand l'anxiété s'en mêle... | p. 12 |
| <u>1.1 Développement psychomoteur de l'enfant et retentissement émotionnel selon les âges</u> | p.12 |
| <u>1.2 L'enfant va être confronté à plusieurs craintes</u> | p.13 |
| 2° Les troubles du comportement péri opératoire : les TCPO | p.14 |
| <u>2.1. Origines des TCPO</u> | p.14 |
| <u>2.2. Manifestation des TCPO</u> | p.15 |
| <u>2.3 Facteurs de risque favorisant la survenue des TCPO</u> | p.15 |
| <u>2.3.1 L'âge de l'enfant</u> | p.15 |
| <u>2.3.2 La personnalité de l'enfant</u> | p.16 |
| <u>2.3.3 L'anxiété préopératoire</u> | p.16 |
| <u>2.3.4 L'anxiété des parents</u> | p.17 |
| <u>2.4 Comment prévenir la survenue des TCPO ?</u> | p.17 |
| 3° Les moyens utilisés pour préparer ce sommeil pas comme les autres... | p.18 |
| <u>3.1 La prémédication sédatrice</u> | p.18 |
| <u>3.2 La présence des parents à l'induction</u> | p.19 |
| <u>3.3 Les programmes de préparation</u> | p.20 |
| <u>3.4 Les supports d'information</u> | p.20 |
| <u>3.5 La musicothérapie</u> | p.21 |
| <u>3.6 L'hypnose</u> | p.22 |
| 4° La consultation de pré anesthésie | p.24 |

| | |
|---|-------------|
| Chapitre 2 : Qu'est ce que l'hypnose ? | p.25 |
| 1° Quelques définitions pour débiter l'exploration | p.25 |
| 2° Historique de l'hypnose | p.26 |
| 3° Au cœur de l'hypnose | p.26 |
| <u>3.1 Conscience et inconscient</u> | p.27 |
| 3.1.1 <i>Définitions</i> | p.27 |
| 3.1.2. <i>Explications</i> | p.27 |
| <u>3.2 Hypnose traditionnelle et hypnose ericksonienne</u> | p.28 |
| 4° Le processus hypnotique | p.29 |
| <u>4.1 Les différentes phases du processus hypnotique</u> | p.29 |
| 4.1.1 : <i>L'induction</i> | p.29 |
| 4.1.2 : <i>La dissociation</i> | p.29 |
| 4.1.3 : <i>La perceptude</i> | p.29 |
| 4.1.4 : <i>Le réveil post-hypnotique</i> | p.30 |
| <u>4.2 Le processus hypnotique s'accompagne de phénomènes originaux</u> | p.30 |
| 5 ° Comment induire le processus hypnotique ? | p.31 |
| <u>5.1 Les canaux de la communication</u> | p.31 |
| 5.1.1 <i>Le langage verbal ou digital</i> | p.31 |
| 5.1.2 <i>Le langage analogique</i> | p.31 |
| <u>5.2 Les suggestions</u> | p.31 |
| <u>5.3 Les canaux sensoriels</u> | p.32 |
| 5.3.1 <i>Canal visuel</i> | p.32 |
| 5.3.2 <i>Canal auditif</i> | p.33 |
| 5.3.3 <i>Canal kinesthésique</i> | p.33 |
| 6° Place des représentations bio-psycho-sociales de hypnose | p.33 |
| 7° Apprentissage de l'hypnose | p.34 |
| <u>7.1 Qui peut se former ?</u> | p.34 |
| <u>7.2 Comment se former à l'hypnose ?</u> | p.35 |

| | |
|---|-------------|
| Chapitre 3 : L'enfant et l'hypnose, voyage vers l'imaginaire ... | p.36 |
| 1° Plusieurs indications à l'hypnose ont été retenues chez l'enfant | p.36 |
| <u>1.1 Pour la prise en charge de la douleur</u> | p.36 |
| <u>1.2 Chez les enfants devant se soumettre à des soins invasifs douloureux</u> | p.37 |
| <u>1.3 En anesthésie pédiatrique</u> | p.37 |
| <u>1.4 Dans un cadre psychothérapeutique</u> | p.38 |
| 2° Supports utilisables pour l'hypnose avec les enfants | p.38 |
| <u>2.1 Le conte</u> | p.38 |
| <u>2.2 Le jeu</u> | p.38 |
| <u>2.3 Le dessin</u> | p.39 |
| 3° Dans le contexte anesthésique | p.39 |
| <u>3.1 En phase pré- opératoire</u> | p.39 |
| <u>3.2 Au bloc</u> | p.39 |
| <u>3.3 En postopératoire immédiat</u> | p.39 |
| 4° L'hypnose, une prémédication non médicamenteuse adaptée à l'enfant | p.40 |
| <u>4.1 Pour quelle tranche d'âge peut-on utiliser l'hypnose ?</u> | p.40 |
| <u>4.2 Relation avec l'enfant et l'équipe anesthésique : une entente déterminante</u> | p.42 |
| <u>4.3 La consultation pré anesthésique : le premier contact !</u> | p.42 |
| <u>4.3.1 Faisons connaissance</u> | p.42 |
| <u>4.3.2 Interrogations et craintes des parents</u> | p.43 |
| <u>4.4 Déroulement de la prémédication hypnotique</u> | p.44 |
| 5° Limites d'utilisation de l'hypnose en pré induction | p.45 |
| Conclusion du cadre conceptuel | p.46 |

| | |
|---|-------------|
| B) Cadre contextuel | p.47 |
| Chapitre 1 : organisation des recherches et de l'enquête | p.47 |
| 1° Recherche de données théoriques sur l'hypnose et l'enfant | p.47 |
| 2° Choix du lieu et des personnes à solliciter pour l'enquête | p.47 |
| 3° Choix de la méthode d'enquête ; les outils utilisés | p.48 |
| <u>3.1 La note d'information</u> | p.48 |
| <u>3.2 Le questionnaire</u> | p.48 |
| 4° Présentation de la note d'information et du questionnaire | p.48 |
| <u>4.1 La note d'information</u> | p.48 |
| <u>4.2 Elaboration du questionnaire</u> | p.49 |
| <i>4.2.1 Objectifs du questionnaire</i> | p.49 |
| <i>4.2.2 Elaboration du questionnaire</i> | p.50 |
| <i>4.2.3 Modalités de passation et de récupération des questionnaires</i> | p.51 |
| <u>4.3 Difficultés rencontrées</u> | p.51 |
| Chapitre 2 : Résultats et analyse des questionnaires | p.52 |
| 1° Identification des personnes et expériences en anesthésie pédiatrique. | p.52 |
| 2° Préparation de l'enfant à l'anesthésie et prémédication médicamenteuse | p.54 |
| 3° Intérêts et inconvénients de la technique d'hypnose | p.59 |
| 4° Applications possibles de la technique d'hypnose comme prémédication au bloc pédiatrique du CHU de Toulouse | p.63 |
| 5° Intérêts de l'équipe d'anesthésie pédiatrique du CHU de Toulouse pour l'hypnose | p.67 |
| Chapitre 3 : Applications possibles de la technique d'hypnose en tant que prémédication au bloc pédiatrique du CHU de Toulouse | p.70 |
| Conclusion | p.71 |
| Annexes | p.72 |
| Bibliographie | p.85 |

Remerciements :

Je remercie Monsieur Estrier, directeur de l'école d'infirmiers anesthésistes du CHU de Toulouse, pour sa disponibilité, le suivi et les conseils apportés dans l'élaboration de mon travail d'intérêt professionnel.

Je remercie Mademoiselle Lauga, pour m'avoir permis de réaliser mon enquête auprès de l'équipe d'IADE de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse.

Je remercie particulièrement Marilyne Mariotti et Florence Gayraud, IADE à l'hôpital des enfants pour l'intérêt porté à mon travail, ainsi que toute l'équipe anesthésique de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse pour avoir participé à cette enquête.

Un petit clin d'œil à Benoit Fourteau, pour le remercier de son aide précieuse apportée dans le domaine informatique !

Index :

Dessin :

- dessin d'enfant. **p. 11**

Illustrations :

- « je vais me faire opérer, alors on va t'endormir ! » de l'association Sparadrap®. **p. 21**
- Face interne du cerveau. Circuit de Papez : structures cérébrales impliquées dans la mémoire. **p.37**

Tableaux :

- Tableau n° 1 : Caractéristiques du phénomène d'hypnose. **p. 34**
- Tableau n°2 : Technique d'induction adaptée à l'âge de l'enfant selon Olness et Kohen. **p.40**
- Tableau n°3 : Score PHBQ de Vernon, 1960. **p.74**
- Tableau n°4 : Echelle d'évaluation de l'anxiété de STAI. **p.80**

Graphiques :

- Graphique n°1 : Pourcentage des réponses de l'équipe anesthésique. **p. 52**
- Graphique n°2 : Pourcentage des réponses par fonction. **p.53**
- Graphique n°3 : Opinions sur la prémédication par Midazolam®. **p.56**
- Graphique n°4 : Bénéfices de l'hypnose : score des items selon la fonction. **p.60**
- Graphique n°5 : Inconvénients de l'hypnose : score des items selon la fonction. **p.62**
- Graphique n°6 : Question « Ajouter une consultation hypnose », pourcentage des réponses positives par fonction. **p.66**
- Graphique n°7 : Question « Ne s'est jamais documenté », pourcentage des réponses positives par fonction. **p.67**

Glossaire :

CHU : Centre hospitalier universitaire

IADE : Infirmier(ère) anesthésiste

MAR : Médecin anesthésiste réanimateur

PHBQ : Post Hospitalisation Behaviour Questionnaire

SSPI : Salle de surveillance post interventionnelle

STAI: State Trait Inventory Anxiety

TCPO : Troubles du comportement péri opératoire

Introduction :

L'anesthésie et l'acte chirurgical sont des éléments anxiogènes, surtout en pédiatrie.

La douleur est le symptôme majeur, redouté par les enfants, elle est désormais mieux évaluée et mieux traitée

Mais qu'en est-il de l'anxiété pré opératoire ?

Il apparaît que la veille de l'intervention chirurgicale, les enfants sont moyennement anxieux, voire pas du tout ! Mais le matin de l'intervention, avant l'induction anesthésique, ils sont très angoissés, paniqués pour certains, et ce malgré une prémédication médicamenteuse anxiolytique.

L'anxiété de l'enfant au moment de l'induction va avoir une incidence sur le déroulement de celle-ci, avec des risques majeurs de complications telles qu'un laryngospasme, un bronchospasme, des vomissements...

Mais l'anxiété à l'induction va également influencer le comportement post opératoire de l'enfant : excitation au réveil, et à moyen terme l'apparition de troubles du comportement post opératoire : les TCPO, tels que la perte d'appétit, des troubles du sommeil, angoisse de séparation d'avec les parents, selon les tranches d'âge de l'enfant.

Pendant mon stage d'anesthésie pédiatrique à l'hôpital de Toulouse, j'ai constaté dans quelle détresse émotionnelle certains petits patients arrivent au bloc, quelle que soit leur tranche d'âge !

J'ai retranscrit le vécu de l'induction et du réveil de Charline et Sarah pour donner un petit aperçu de la façon dont certains enfants vivent leurs anesthésies !

Souvent les soignants se sentent impuissants, culpabilisent devant cette détresse émotionnelle de l'enfant, alors que l'article 8 de la charte de l'enfant hospitalisé, met en avant la nécessité pour l'équipe soignante d'être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels de l'enfant et de sa famille.

A partir de ce moment, je me suis intéressé à la préparation de l'enfant à son anesthésie, et à la prémédication de l'enfant.

Je connaissais évidemment la méthode de prémédication médicamenteuse, et j'ai découvert d'autres techniques, dont une particulièrement intéressante à mes yeux : la préparation et la prémédication de l'enfant par l'hypnose médicale.

A partir de là, j'ai effectué des recherches sur l'hypnose médicale et son application possible avec l'enfant.

J'ai trouvé deux études réalisées l'une à Rennes et l'autre à Marseille, dans lesquelles la prémédication par l'hypnose est comparée à la prémédication sédatrice.

J'ai donc enquêté auprès de l'équipe anesthésique de l'hôpital des enfants de Toulouse en les informant sur l'utilisation de l'hypnose médicale en tant que préparation à l'anesthésie de l'enfant, et en recueillant leurs impressions à ce sujet.

Enfin, j'ai formulé des propositions pour développer la préparation de l'enfant à son anesthésie, en y incluant l'hypnose médicale.

Départ pour le bloc opératoire...



A) Cadre conceptuel.

Chapitre 1 : Préparation de l'enfant à l'anesthésie, quelles cibles, quels bénéfices, et quels moyens ?

1° L'enfant face à une intervention chirurgicale : quand l'anxiété s'en mêle...

La peur de l'inconnu, quand il s'agit du premier contact avec l'hôpital est prépondérante dans l'esprit de l'enfant. A partir de 3 à 4 ans, il possède déjà une image de l'hôpital, positive ou négative, selon s'il a déjà été hospitalisé, ou selon ce qu'il a déjà entendu, compris, au contact de ses camarades de classe par exemple ou de sa famille (fratrie, parents).

Il est primordial d'apporter des explications à l'enfant en rapport avec l'anesthésie et la chirurgie, sans cacher la réalité, ni éveiller les peurs.

1.1 Développement psychomoteur de l'enfant et retentissement émotionnel selon les âges :

Quelques repères évolutifs :

Selon l'âge et le stade de développement, le vécu de cette anxiété se manifeste différemment :

Avant 3 ans :

- la première année : le premier trimestre, l'enfant commence à faire des sourires intentionnels, avec réponse au sourire de la mère, au 8^{ème} mois apparaît l'angoisse de l'étranger,
- à 1 an : début du « non », début de la communication sémantique.
- à 2 ans, l'enfant se désigne lui-même à la troisième personne, il accède aux jeux symboliques (poupées, petites voitures).
- à 2 ans et demi, Acquisition du je et du moi, ritualisation des couchers.

Avant 3 ans, les angoisses de séparation sont massives et peuvent tout envahir, se traduisant par des protestations actives et bruyantes, entraînant désespoir, retrait et détachement.

De 3 à 6 ans :

- 3 ans : acquisition du futur, plaisir aux déguisements, reconnaissance de la différence des sexes.
 - 4 ans : acquisition de la notion d'avant et après, du conditionnel, début des jeux à règles.
 - 5 ans : acquisition gauche et droite, raconte des histoires, dessins animés.
- Les enfants en âge préscolaires sont souvent sujets à des peurs irraisonnées du fait de problèmes de compréhension, pouvant conduire à des peurs phobiques.

Ces enfants représentent le groupe à haut risque de survenue de troubles du comportement post-opératoire (troubles régressifs, troubles du sommeil, de l'alimentation...)

De 6 ans à la puberté : phase de latence

- 6 ans : entrée à l'école primaire, période oedipienne selon Freud, peur des loups et des sorcières. L'enfant peut s'amuser à faire semblant d'être un autre (personnage ou animal).
- 7 ans : l'enfant joue seul, se crée ses histoires.
- 8 à 11 ans : socialisation importante de l'enfant.

Avant 11 ans, toute intervention chirurgicale est vécue comme une intrusion qui peut éveiller l'angoisse d'être « mutilé », même s'il s'agit d'une intervention « mineure ». Les enfants en âge scolaire (6 à 11 ans) s'adaptent plus facilement aux différentes situations pour autant qu'ils soient informés et rassurés.

A l'adolescence, survient la puberté, les préoccupations corporelles, une recherche identitaire, des préoccupations mystiques et ésotériques, peuvent apparaître. L'adolescent fait alors le deuil des objets infantiles. L'angoisse de mort est souvent présente. L'information est encore plus importante chez les adolescents pour qui l'expérience de l'hospitalisation est un vrai défi car ils ont un grand besoin de contrôle et d'intimité.

Quelque soit son âge, l'enfant vierge de toute hospitalisation, va vivre une expérience nouvelle, déstabilisante et angoissante.

Chez l'enfant, l'anxiété est par définition une peur, « un sentiment pénible d'attente », la crainte d'un danger imprécis.

1.2 L'enfant va être confronté à plusieurs craintes :

- l'inconnu

- la douleur définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage.

- la séparation d'avec les parents, qui pour les plus jeunes va être vécu comme un abandon.

- la peur de ne pas se réveiller et la peur de la mort pour l'enfant à partir de 6 -7 ans puisqu'il en a conscience.

- la perte d'autonomie, l'enfant perd ses repères quotidiens, ses habitudes, et doit s'en remettre au personnel soignant.

- les règles de fonctionnement qui sont différentes de celles de son environnement familial.

Certains enfants verbaliseront leurs peurs, d'autres les traduiront par des attitudes telles que des pleurs, des accès de colère ou de panique, des réactions de figement ou d'agrippement, une agitation, une respiration ample, un arrêt du jeu.

Selon les différentes théories du développement de la personnalité psychanalytique d'après Anna Freud¹ ou comportementale selon Piaget², l'anxiété n'est pas en soi pathologique, elle est l'expression de phénomènes d'adaptation de l'enfant à son environnement, ceux-ci variant avec l'âge. Parfois, les capacités d'adaptation de l'enfant sont dépassées et l'anxiété des enfants doit alors être prise en compte.

Ces situations peuvent aboutir à l'opposition aux soins, au refus de coopérer de la part de l'enfant.

D'où l'importance de la préparation psychologique des enfants avant une intervention chirurgicale.

Cette étape de la prise en charge pré anesthésique est connue depuis longtemps, puisqu'en 1934 Forgue³ insistait déjà sur la nécessité d'une « préanarcose », définie comme l'ensemble de moyens propres à préparer l'anesthésie, permettent de diminuer l'angoisse du patient et d'accroître sa réceptivité pour l'agent anesthésique.

En lien avec le stress préopératoire, l'enfant peut présenter des troubles post opératoires, ces troubles sont transitoires, survenant selon la majorité des études entre deux semaines et un mois après l'intervention.

2. Les troubles du comportement péri opératoire : les TCPO

2.1. Origines des TCPO :

Eckenhoff a mené en 1958 une étude prospective sur 600 enfants mettant en lien une induction anesthésique non satisfaisante et des changements négatifs de la personnalité des enfants en post opératoire.

Vernon⁴ à partir des années 1960, recense les différents signes relevés dans les études antérieures et les classes par catégories de troubles.

Kotiniemi a conclu en 1997 que les troubles du comportement post opératoire sont le reflet du stress psychique des enfants, induit par leur vécu de l'hospitalisation.

De nombreux scores existent pour évaluer l'existence et l'évolution des TCPO, après une intervention. Un score mérite d'être cité plus particulièrement car il est utilisé

¹ Freud A. The psychoanalytic study of the child ed IU Press new-York 1952

² Inhelder B, Piaget J: The growth of logical thinking from childhood to adolescence Ed Rak Paul London, 1958.

³ MM Lucas, S Calipel, C Ecoffey. Les troubles du comportement de l'enfant en péri opératoire. Oxymag n° 83, Août 2005

⁴ Vernon DT, Schulman JL, Foley JM. Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates. Am J Dis Child 1966 ; 111 :581-93

dans de nombreuses études : le score P.H.B.Q. : Post hospitalisation behaviour questionnaire⁵ (Score en annexe n° 2).

D'après une étude prospective menée sur 91 enfants âgés de 1 à 7 ans par le docteur Kain en 1999, 61% d'entre eux présenteraient des TCPO à J1 et 23% d'entre eux en présenteraient encore à J 15 post opératoire.

2.2. Manifestation des TCPO :

Ils sont classifiés en six catégories et par ordre décroissant de survenue :

- une anxiété globale, s'exprimant par un sentiment de peur provoquant l'apparition d'attitudes « régressives » (par exemple sucer son pouce).
- une angoisse de séparation, souvent la plus remarquable surtout chez les jeunes enfants. Ses expressions classiques sont la panique éprouvée par l'enfant quand il est seul, l'envie de suivre ses parents partout, les tentatives répétées d'attirer l'attention.
- des troubles du sommeil, représentés essentiellement par des signes d'anxiété au moment du coucher (la peur d'aller au lit, la peur d'être dans le noir) mais aussi pendant le sommeil par des réveils nocturnes des crues, et des cauchemars.
- des troubles de l'alimentation : diminution de l'appétit ou refus de manger.
- le refus de l'autorité : recrudescence des crises de colère, et actes de désobéissance.
- l'apathie, le repli sur soi : manque d'intérêt, peur des personnes inconnues, apparition d'une énurésie.

2.3 Facteurs de risque favorisant la survenue des TCPO :

2.3.1 L'âge de l'enfant :

L'âge de l'enfant au moment de l'intervention a été le premier facteur mis en évidence en 1996 par Kain qui montre que le risque de TCPO est quatre fois plus important pour les enfants de moins de 4 ans.⁶

Cette incidence élevée chez les jeunes enfants s'explique par une dépendance plus marquée à leurs parents et par des capacités d'adaptation plus limitées. Cependant, cette notion reste discutée par d'autres auteurs qui ne retrouvent pas l'influence de l'âge sur la survenue des TCPO.

⁵ MM Lucas, S Calipel, C. Ecoffey. Les troubles du comportement de l'enfant en péri opératoire. OxyMag n° 83, Août 2005.

⁶ Kain ZN, Mayes LC, O'Connor T Z, Cicchetti DV, Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. Arch Pediatr Adolesc Med 1996 ;150 : 1238-45

2.3.2 La personnalité de l'enfant :

Celle-ci joue un rôle crucial avec un risque augmenté pour les enfants timides, réservés, ayant des difficultés d'adaptation et de relation.

2.3.3 L'anxiété préopératoire :

Elle se manifeste chez 65% des enfants pendant l'attente de l'induction.

D'après la littérature, l'induction est le moment où l'angoisse préopératoire est la plus forte.

Cette anxiété débute pendant l'attente préopératoire, augmente à l'entrée en salle d'opération et atteint le maximum à la pose du masque.

L'existence de cette anxiété préopératoire implique des conséquences non négligeables sur la qualité de l'induction.

D'après Vernon, l'anxiété préopératoire de l'enfant prolonge le temps de l'induction anesthésique et peut être responsable d'épisodes d'hypoxies, de complications respiratoires (laryngospasme et bronchospasme) et digestives (vomissements).

Elle est associée de façon significative à une plus grande agitation au réveil.

Si l'induction a été agitée, le risque de survenue des troubles du comportement augmente 13 à 57%.

2.3.4 L'anxiété des parents :

L'anxiété préopératoire des enfants est elle-même fortement liée au degré d'angoisse des parents.

Ainsi, si le stress des parents est élevé au moment de la séparation avec l'enfant, le risque de survenue des troubles augmente.

L'anxiété des parents est contextuelle et culturelle, et cette diversité sociale, culturelle, religieuse et ethnique doit être prise en compte dans les services de chirurgie pédiatrique.

2.4 Comment prévenir la survenue des TCPO ?

L'idéal serait d'adapter sa prise en charge à chaque enfant et chaque parent.

Mais les contraintes de temps et de rentabilité obligent à rechercher la méthode la plus efficace pour diminuer l'anxiété préopératoire du plus grand nombre d'enfants.

La détermination de facteur de risque permet de repérer initialement les enfants les plus exposés.

Divers moyens thérapeutiques ont ainsi été évalués :

- la prémédication sédatrice,
- les programmes de préparation,
- la présence des parents à l'induction,
- l'hypnose,
- la musicothérapie.

Le premier contact entre l'équipe d'anesthésie pédiatrique, l'enfant et ses parents va avoir lieu lors de la consultation d'anesthésie.

Il s'agit d'un moment privilégié pour informer l'enfant et ses parents de façon honnête, simple et claire, pour contribuer à diminuer l'anxiété et l'incidence des troubles comportementaux post opératoires.

Dans ce contexte, la préparation de l'enfant et la prémédication, sont indispensables. La présence des parents est souhaitable pour accompagner l'enfant tout au long de cette expérience, sachant que dans la grande majorité des cas, les portes du bloc ne leur sont pas ouvertes, mais qu'ils sont les bienvenus en salle de réveil.

3°Les moyens utilisés pour préparer ce sommeil pas comme les autres...

On peut utiliser les différents moyens thérapeutiques en compléments les uns des autres, pour une prise en charge optimale de l'anxiété préopératoire de l'enfant, et ainsi limiter l'apparition de TCPO.

Dans le passé, une prémédication lourde avait pour but d'éviter le traumatisme de la séparation et faciliter l'induction, mais l'arrivée de la chirurgie ambulatoire a imposé l'usage d'une prémédication de plus courte durée d'action mais aux contraintes de titrage et de synchronisation plus importantes.⁷

3.1 La prémédication sédatrice :

Les objectifs de la prémédication sont les suivants :⁸

- diminuer le stress émotionnel consécutif à la séparation d'avec le milieu familial,
- obtenir un enfant calme coopérant, afin de faciliter l'acceptation du masque lors de l'induction inhalatoire ou de la ponction veineuse si l'induction est intraveineuse,
- limiter les répercussions psychologiques d'un souvenir trop précis de la période pré opératoire,
- limiter l'agitation post opératoire.

La prémédication sédatrice faisant référence est le midazolam®, administré en per os ou intra rectal majoritairement, à la dose de 0.5 mg/kg.

Cette benzodiazépine a des effets anxiolytiques, sédatifs, amnésiants, myorelaxants et anticonvulsivants. Elle doit être administrée au moins 30 mn avant l'induction.

L'efficacité du midazolam® a été étudiée en le comparant à un placebo par Kain⁹ :

A J1, 58% des enfants ayant reçu du midazolam® ont présenté des TCPO, par rapport à 80% avec le placebo.

A J7, le pourcentage d'enfants s'abaissait à 32% avec le midazolam® vs 55% avec le placebo.

En étudiant les TCPO par catégorie, Kain a montré que si le midazolam® permettait de diminuer l'angoisse de séparation et les troubles alimentaires à J1, il ne permettait pas d'atténuer l'angoisse de séparation à J7.

Cependant, le midazolam n'est pas dénué d'effets secondaires, et peut provoquer une perte d'équilibre, des troubles visuels et surtout des réactions dysphoriques chez certains jeunes patients.

D'autres molécules ont été étudiées pour leur efficacité en prémédication et en postopératoire, elles ont des propriétés intéressantes. Il s'agit de la kétamine,

⁷ MM Lucas, S Calipel, E Ecoffey, Les troubles du comportement de l'enfant en péri opératoire, OxyMag n°83, août 2005.

⁸ SFAR (référentiels) : prémédication chez l'enfant sept 2001.

⁹ Kain ZN, Mayes LC, Wang SM, Caramino LA, Hofstadter MB. :Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: which intervention is more effective? Anesthesiology 1998 ; 89: 1147-56.

l'hydroxyzine et la clonidine, mais leur utilisation est moins fréquente que celle du midazolam en pédiatrie.

La kétamine produit un état de sédation, d'immobilité, d'analgésie, d'amnésie et de dissociation par rapport à l'environnement. Elle donne moins de dépression respiratoire que les autres thérapies sédatives. L'inconvénient est la survenue d'augmentation des sécrétions salivaires et bronchiques, qui peuvent être à l'origine de bronchospasme. La kétamine peut provoquer des états d'agitation et d'hallucinations pendant la période postopératoire.

Cette prémédication par approche médicamenteuse est actuellement remise en question par certains praticiens, car chez les enfants recevant cette benzodiazépine, on a constaté une incidence plus importante au réveil de troubles du comportement postopératoires.

« Cet effet semble être du à l'effet de cette molécule sur la mémoire » selon le docteur Habre.¹⁰

Cette molécule bien qu'induisant une amnésie souvent recherchée, n'empêcherait pas la mémorisation d'évènements négatifs à composante émotionnelle survenant dans le contexte de l'hospitalisation et/ou de l'intervention.

La récupération non consciente de ces évènements pourrait alors se traduire par de troubles du comportement en post-opératoire.

3.2 La présence des parents à l'induction:

Il s'agit d'une option thérapeutique parmi les autres, qui doit être évaluée avec la même rigueur.

En Grande-Bretagne, les anesthésistes préconisent facilement la présence des parents à l'induction, en France, cela se fait rarement, il faut pouvoir le faire dans une salle de pré anesthésie.

D'après Dahlquist¹¹, les parents non préparés ont souvent des attitudes inappropriées qui ont pour effet d'accroître le stress de l'enfant et de l'équipe médicale.

L'accompagnement seul ne suffit pas à atténuer l'anxiété des enfants, il doit être adapté.

Diverses stratégies non médicamenteuses peuvent être utilisées pour réduire l'anxiété de l'enfant avant une anesthésie. Des résultats encourageants ont été rapportés, lors de l'utilisation de l'hypnose, la musicothérapie, et les jeux actifs pour préparer l'enfant à l'anesthésie.

¹⁰ Réduire l'anxiété de l'enfant, Pulsation n°11, décembre 2005, Hôpitaux universitaires de Genève.

¹¹ Dahlquist LM, Power TG, Carlson M. Physician and parent behaviour during invasive pediatric cancer procedures: relationships to child behavioral distress. J pediatr Psychol 1995 ; 20 :477-90.

3.3 Les programmes de préparation :

Une visite du service d'hospitalisation peut être souhaitable, afin de repérer les lieux, une visite du bloc ou de la salle de réveil paraît plus difficiles à organiser car ces lieux sont toujours en activité.

Une expérience originale a été conduite à l'hôpital de La Rochelle par l'équipe des infirmiers anesthésistes du bloc pédiatrique, pour préparer les enfants à l'anesthésie. L'équipe a créé un support papier et vidéo (Cd-rom), mettant en scène deux peluches : « Cola et Panpan » qui racontent et vivent l'anesthésie.

Un trombinoscope des infirmiers anesthésistes est également présenté à l'enfant pour qu'il puisse « voir en avant-première la tête du marchand de sable ».

Leur travail : « Dix ans de préparation des enfants à l'anesthésie par des infirmiers diplômés d'état »¹² s'est vu décerner un prix au congrès de la SFAR 2006.

L'efficacité des programmes de préparation est dépendante des expériences chirurgicales antérieures de l'enfant.

Les programmes les plus complets sont efficaces sur l'anxiété préopératoire et cet effet se limite à la période d'attente dans la chambre et au moment de séparation d'avec les parents. En revanche, ils diminuent très peu l'anxiété lors de l'induction, et la survenue de TCPO.

3.4 Les supports d'information :

L'anesthésiste peut s'aider du support édité en 1996 par le laboratoire Sparadrap® pour compléter ses explications concernant l'anesthésie, aux enfants et à leurs parents : « je vais me faire opérer. Alors on va t'endormir ».¹³

Où d'un support institutionnel s'il existe.

¹² Durand. M, Pierre. V, Clément. L, Bondonneau. M
Centre hospitalier général Saint Louis de La Rochelle)

¹³ www.sparadrap.com



3.5 La musicothérapie :

La musicothérapie est étudiée par Kain¹⁴ actuellement, le musicothérapeute reste auprès de l'enfant après la séparation d'avec ses parents à l'entrée du bloc opératoire et continue son intervention jusqu'à ce que l'enfant soit endormi.

L'effet anxiolytique de la musicothérapie peut apporter de l'aide lors de la séparation et l'entrée au bloc opératoire, mais son efficacité ne se maintient pas pendant l'induction et à la pause du masque qui reste encore le moment le plus stressant.

¹⁴ Kain ZN, Caldwell-Andrews A, Krivutza DM, Weinberg ME, Gaal D, Wang SM et al. Interactive music therapy treatment for preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Anest Analg* 2004; 98:1260-6.

3.6 L'hypnose :

Dans une étude récente, l'hypnose était comparée à la prise de midazolam en prémédication.¹⁵ (Voir annexe n° 3 et 4).

Les deux groupes avaient une induction anesthésique similaire au masque facial (Sévoflurane®), puis une même chirurgie sous-ombilicale avec un bloc ilio-inguinal et un entretien au Sévoflurane®.

En préopératoire, l'évolution des scores d'anxiété montrait que dans le groupe hypnose, le score d'anxiété diminuait entre l'entrée dans le service et la pose du masque facial, alors qu'il augmentait pour le groupe Midazolam®.

En procurant un état de bien être l'hypnose permet à l'enfant de participer de manière active à l'anesthésie, il en garde donc probablement un souvenir plus agréable.

L'intérêt de l'amnésie liée au midazolam® est donc réduit puisque, si elle est préférable au placebo, elle demeure moins efficace qu'une prise en charge personnalisée.

Mon choix d'étude se porte sur la technique de l'hypnose pour préparer les enfants aux interventions chirurgicales et ainsi diminuer et mieux maîtriser l'anxiété survenant au moment de l'induction anesthésique et espérer obtenir des bénéfices sur l'analgésie postopératoire, et un retour rapide à une activité quotidienne pour l'enfant.

Pendant mon stage d'anesthésie pédiatrique à l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse Purpan, j'ai retenu entre autres deux rencontres avec des enfants, dont je décris ci-dessous l'anesthésie :

Charline, 7 ans, hospitalisée en chirurgie ambulatoire. Ce matin elle est arrivée avec sa maman, elle doit subir une anesthésie générale programmée, pour des extractions dentaires.

Charline n'a pas d'antécédents particuliers, n'a jamais été hospitalisée auparavant. Prémédiquée par une benzodiazépine, elle a été amenée en salle de surveillance post interventionnelle dans l'attente de son passage au bloc. Elle dessine tranquillement dans son lit !

Le médecin anesthésiste se présente, prend contact avec Charline, et commence à faire rouler son lit en direction du bloc...

Panique, sanglots et cris débutent, essais du personnel pour la calmer, la rassurer. Entrée dans le bloc, l'anesthésiste décide de lui administrer du

Meopa® pour commencer l'induction, difficultés pour lui faire accepter le

« Masque à la fraise », Charline s'endort en sanglotant, son doudou serré contre elle, le sévoflurane® est introduit, l'anesthésie suit son cours, le chirurgien dentiste réalise l'ablation de trois dents, nous anticipons le protocole antalgique avec du perfolgan® pédiatrique, et des anti-inflammatoires en suppositoire.

¹⁵ Calipel S, Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. premedication in children ; hypnosis versus midazolam.

Paediatr anaesth 2005.15 : 275-81

Le réveil est à l'image de l'induction : agitation, pleurs sanglots après extubation ! Seule la présence de sa maman parviendra à calmer Charline en salle de surveillance post-interventionnelle...

Une autre rencontre avec Sarah, 12 ans qui vient au bloc pour une gastroscopie programmée, sous anesthésie générale. Cette jeune fille porteuse d'un « néo œsophage » à la suite de l'ingestion de soude caustique à 15 mois, présente des difficultés d'alimentation.

Sarah, connaît l'hôpital des enfants depuis son plus jeune âge, elle y est régulièrement suivie, et elle connaît bien l'environnement du bloc chirurgical.

Nous l'accueillons avec le médecin anesthésiste et l'IADE, sur sa feuille d'anesthésie, il est stipulé qu'elle ne veut pas être « endormie au masque ». Elle a été prémédiquée avec une benzodiazépine.

Deux patchs d'EMLA® ont été posés à chaque pli de coude, il s'avère qu'au bras gauche, la veine prévue a déjà été ponctionnée ! L'IADE ponctionne la veine prévue au bras droit, le cathéter, ne monte pas.

Le capital veineux de Sarah est de mauvaise qualité, l'anesthésiste propose d'utiliser le Méopa® pour un 2^{ème} essai, Sarah le refuse le masque, et prendre une voie veineuse devient difficile, un cathéter de petit calibre est posé, et rapidement l'hypnotique injecté, Sarah se crispe et présente des tremblements lors de l'injection douloureuse du Propofol®, elle s'endort dans de mauvaises conditions.

Devant ces deux cas, j'ai l'impression que l'utilisation de l'hypnose en complément de la prémédication par le midazolam® aurait pu être un bon recours pour limiter le stress à l'induction, et pour Sarah donner une autre dimension à ses examens répétitifs subi au bloc.

Pour cela nous allons développer le chapitre 2 autour de l'hypnose et montrer l'adaptabilité de cette technique à l'enfant pris en charge dans le cadre d'une anesthésie générale. (Chapitre 3).

Reste à faire un détour du côté législatif de l'anesthésie, là où tout commence : la consultation de pré anesthésie...

4°La consultation de pré anesthésie.

Il s'agit certes d'une obligation médico-légale (cadre légal sur la sécurité anesthésique : décret du 5 décembre 1994 relatif aux conditions technique de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.), mais aussi d'un moment privilégié pour faire connaissance.

En dehors des informations indispensables à l'anesthésiste sur le plan médical :

- Age, poids,
- Antécédents personnels (naissance à terme ou prématurée) et familiaux,
- Allergies, maladies infantiles, vaccinations,
- Auscultation cardiaque, pulmonaire et critères d'intubation difficile.

L'anesthésiste essaiera de connaître les goûts de l'enfant : ses sports, activités favorites, son cadre de vie habituel, tout ceci afin d'apporter les meilleures explications sur l'anesthésie à l'enfant et ses parents.

En créant une relation de confiance, les explications de l'anesthésiste seront mieux intégrées par l'enfant.

Il expliquera le déroulement de l'anesthésie et de la chirurgie en s'adaptant au niveau de compréhension de l'enfant, en le décrivant phase par phase, en montrant le matériel utilisé, par exemple le fameux masque à la fraise pour l'induction inhalatoire ou pour utiliser le « gaz magique » (MEOPA®) et le patch EMLA® avec lequel les piqûres ne font plus mal.

Tout cela ayant pour but de démystifier l'anesthésie pour l'enfant et ses parents.

Chapitre 2 : Qu'est ce que l'hypnose ?

1° Quelques définitions pour débiter l'exploration ¹⁶ :

Jean Godin :

« L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur.

Milton Erickson :

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

Association française pour l'étude de l'hypnose médicale (AFEHM) :

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

Léon Chertok :

« L'état hypnotique apparaît comme un état de conscience modifié à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire et des perceptions sensorielles, en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes. »

Jean-Marc Benhaïem :

« L'hypnose permet à l'individu, par l'imagination, d'anticiper et de transformer ses comportements et ses agissements.
C'est un processus qui met une personne dans un jeu dynamique qui mobilise tout son organisme, corps et esprit, en vue de modifier son comportement et sa physiologie. Le processus de l'hypnose est naturel, il peut se produire spontanément ou être déclenché artificiellement. »

¹⁶ Qu'est ce que l'hypnose ? J.M. Benhaïem Revue santé mentale n° 103 décembre 2005 p 26

Malgré la diversité des écoles, des courants de pensées, les différentes conceptions du phénomène hypnotique, un consensus relatif permet une description assez homogène du phénomène hypnotique classique. Pour mieux appréhender l'hypnose, un rappel historique s'impose.

2° Historique de l'hypnose :

« Upnoz » en grec signifie sommeil.

L'hypnose et l'anesthésie sont étroitement liées depuis le 19^{ème} siècle quand Anton Mesmer (1734-1815), médecin autrichien, utilise son « fluide magnétique corporel » pour recréer l'harmonie et ainsi soigner ses patients des dérèglements que provoquent les maladies.

En 1860, James Braid, chirurgien anglais, popularise le terme d'hypnotisme, mais nie l'existence d'un fluide corporel et propose la notion d'un état neurologique spécifique. Dans son sillage, l'hypnose est utilisée pour des interventions chirurgicales, qui mettent en évidence l'amélioration de la survie de patients en post-opératoire.

Mais l'apparition du protoxyde d'azote, de l'éther et du chloroforme va progressivement réduire l'usage de l'hypnose !

De nombreux neurologues (Charcot), psychanalystes (Freud), vont s'y intéresser, l'hypnose intègre alors le champ des psychothérapies.

Milton Erickson (1901-1980) psychiatre américain, est à l'origine du courant ericksonien, dont l'influence est décisive dans la pratique de l'hypnose contemporaine.

Depuis le milieu du 20^{ème} siècle, l'hypnose suscite à nouveau l'intérêt des anesthésistes, et une transe hypnotique permettant la première cholécystectomie avec hypnose est réalisé par Jorge Abia au Mexique en 1988.

Dans les années 90, au C.H.U de Liège en Belgique, le docteur Marie- Elisabeth Faymonville développe la technique d'hypnosédation, avec laquelle elle réalise plus de 3500 interventions chirurgicales.

3° Au cœur de l'hypnose :

Milton Erickson a développé une approche thérapeutique originale fondée sur ce que le sujet est capable de faire de lui-même.

L'hypnose est un état banal dans lequel nous évoluons plusieurs fois par jour spontanément. Il peut s'agir d'un état de rêverie : lecture passionnante, émission télévisée, voyage...le sujet se déconnecte de la réalité environnante, tout en étant présent ici, mais aussi ailleurs ! (« Etre dans la lune »).

Le processus de l'hypnose est naturel, il peut se produire spontanément ou être déclenché artificiellement. Il peut être provoqué par sa propre nécessité ou par un

thérapeute. Ainsi tout le monde est hypnotisable puisqu'il s'agit selon Freud « d'une disposition naturelle du psychisme humain ».
L'hypnose ericksonienne est un état modifié de conscience.

3.1 Conscience et inconscient :

3.1.1 Définitions :

Il y a essentiellement deux aspects en nous, conscient et inconscient. La limite entre les deux est plutôt floue.

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

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

3.1.2. Explications :

Ainsi, consciemment, on peut faire quatre ou cinq choses en même temps, au grand maximum. Alors que l'inconscient gère l'activité des sens, la physiologie, les connaissances, ... Notre inconscient est en prise directe avec notre corps .La plupart de nos actes sont inconscients.

L'hypnose établit un pont vers cette richesse intérieure.

C'est particulièrement évident avec les tâches routinières ou en conduisant une voiture, mais en fait c'est le cas pratiquement tout le temps.

Notre inconscient contient la mémoire de tout ce qui nous est arrivé dans notre vie, de tous nos apprentissages, même de ce que nous croyons avoir oublié.

Il est possible dans l'état d'hypnose d'accéder à certaines parties de cette mémoire pour comprendre et résoudre nos problèmes.

L'inconscient est un réservoir inépuisable de sagesse et de connaissance sur nous-mêmes. L'hypnothérapie consiste à mobiliser cette sagesse et ces savoirs pour provoquer les changements bénéfiques pour le patient.

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

Plus précisément, l'inconscient se définira comme :

1. Un réservoir des savoirs, apprentissages, souvenirs, compétences...

Que nous avons vécu, intégrés, consciemment ou non. Il y a donc une richesse insoupçonnée et donc en partie inutilisée en chacun de nous.

2. Le régulateur des toutes nos fonctions biologiques.

Là encore, il fait fonctionner notre corps, consciemment ou non (équilibres naturels, régulations physiologiques en tous genres autonomes, système immunitaire, ...).

3. Protecteur et sage :

Siège de l'instinct de survie mais aussi de l'intuition par exemple, il sait rendre conscient ce qui est nécessaire au sujet (prises de conscience), mettre de côté ce qui pose problème ou est inutile (refoulement, oubli).

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

En hypnose, on s'adresse donc à l'inconscient, et on lui demande tout simplement de nous aider dans l'optique d'un problème, d'une difficulté ou d'un objectif particuliers.

3.2 Hypnose traditionnelle et hypnose ericksonienne.¹⁷

Il est important de différencier l'hypnose médicale ericksonienne de l'hypnose traditionnelle.

L'hypnose traditionnelle est basée sur des phénomènes de suggestion directe, et de suggestibilité qui sont efficaces sur un faible pourcentage de sujets, environ 30%. La suggestibilité directe n'aurait pas de vertus thérapeutiques à long terme, l'hypnothérapeute induit des suggestions et des modes de comportements extérieurs au patient, qui n'entrepas dans son répertoire de vie habituel et qui peuvent provoquer des conflits intra-psychique.

L'hypnose ericksonienne utilise la suggestion indirecte. Le patient, pendant la séance est accompagné par l'hypnothérapeute qui le conduit vers ses ressources intérieures, stockées dans ses aptitudes latentes, dans sa mémoire consciente ou inconsciente, ses facultés inexplorées d'apprentissage, afin de permettre le changement, ou recadrage du symptôme. Dans ce cas le patient est respecté dans sa structure psychique et il trouve lui-même, la ou les réponses à ses problèmes.

L'hypnose est une méthode qui peut procurer un état de détente profonde et de relaxation mais elle permet surtout d'atteindre un niveau de calme intérieur, un meilleur contrôle de soi-même, une maîtrise des émotions une modification de ses sensations.

¹⁷ L'hypnose ericksonienne, J.M. Benhaiem Revue santé mentale n° 103 décembre2005 p 37

4° Le processus hypnotique

4.1 Les différentes phases du processus hypnotique :

Il s'agit d'un processus comprenant trois stades qui succède à la veille ordinaire :

- l'induction
- la dissociation
- la perceptude ou veille paradoxale.
- le réveil post-hypnotique

Le point de départ : la veille ordinaire est l'état de vigilance qui convient aux activités du quotidien.

4.1.1 : L'induction

L'induction va permettre de quitter l'attention habituelle et d'accéder à un état de rêverie ou d'entrer dans l'imaginaire.

En pratique, le patient doit faire abstraction du monde environnant et se concentrer sur un élément, nous passons à un état bizarre ou nous avons l'air « absent », l'impression d'être ailleurs : « c'est l'hypnose qui commence ».

4.1.2 : La dissociation

La dissociation observée au cours de l'hypnose provient de la séparation de ces deux sensorialités.

L'intellect est mis en sommeil au profit de la perceptude qui occupe provisoirement le champ. Donc il faut mettre une distance entre le patient et « autre chose », cet « autre chose pourra être la douleur par exemple.

Le patient ressent son corps s'engourdir, il se dissocie progressivement de ses perceptions sensorielles, il entend moins, il voit moins, il ressent moins, il perd la notion de temps et d'espace.

L'exercice de la dissociation le défait de la perception de son corps mais également de ses croyances, de ses peurs.

4.1.3 : La perceptude

Autant la dissociation est la phase d'absence où le patient n'est nulle part, autant la perceptude (ou veille paradoxale) est la phase où il est partout.

Il n'y a pas de limitations causées par la logique et la raison, la personne est libre d'entrer en relation avec tout son corps et pas seulement avec l'organe qui souffre.

Par exemple, le patient malade, immobilisé, fixe un élément de sa vie : sa douleur et ce qui gravite autour. Les zones corporelles atteintes par la douleur sont mises à l'écart, montrées du doigt et ne participent plus à la vitalité du corps. Elles sont isolées et exclues.

La phase de perceptude est celle de l'ouverture qui tente de réassocier ce qui était dissocié.

4.1.4 : Le réveil post-hypnotique

C'est l'inverse de l'induction, pendant cette étape, le sujet sort de l'état hypnotique.

Il doit être amené de façon progressive, se fait en décomptant de dix à un.

Une sensation de bien être général prédomine.

L'entretien post-hypnotique est indispensable, pour permettre au patient et au thérapeute de réajuster et faire verbaliser une éventuelle gêne du patient.

4.2 Le processus hypnotique s'accompagne de phénomènes originaux :

- Distorsion du temps : disparition de la notion précise du temps.
- Modification des perceptions douloureuses : la composante émotionnelle de la douleur est modifiée et la sensation douloureuse est d'avantage analysée comme un inconfort.
- Modification du tonus musculaire : hypotonie et immobilité sont observées, mais certaines parties du corps peuvent expérimenter une catalepsie (spasticité).
- Dissociation : une partie du sujet est vécue comme absent ou le sujet entier se retrouve en observateur de lui-même.
- Amnésie post- hypnotique : elle est spontanée ou favorisée par le thérapeute.
- Régression en âge : possibilité de revivre sensoriellement une expérience passée.

Tous ces phénomènes intéressent l'anesthésie, ce qui permet de l'envisager comme une alternative ou un complément à l'anesthésie (hypnosédation couplé à une ALR, prémédication...)

L'exploration paraclinique a mis en évidence certains éléments :

L'électroencéphalogramme a été utilisé dans l'espoir d'obtenir des tracés caractéristiques d'un état hypnotique, hors il n'en est rien !

Mais cela apporte la certitude clinique que l'état d'hypnose n'est pas un sommeil.

5 °Comment induire le processus hypnotique ? :

La plupart du temps, l'état hypnotique est obtenu en guidant le patient dans un souvenir agréable, dont le thème aura été défini au préalable. La capacité d'accéder à l'état hypnotique est une faculté que chacun d'entre nous possède et le thérapeute en facilite donc l'émergence et la pérennisation en utilisant un langage particulier pour communiquer, car il existe un lien puissant entre communication et hypnose.

5.1 Les canaux de la communication :

Les outils communicationnels qui ont été développés par M. Erikson et G. Bateson (école de Palo Alto en Californie) font appel au choix judicieux de mots employés pour induire l'hypnose.

On peut utiliser plusieurs types de langage pour communiquer :

5.1.1 Le langage verbal ou digital :

Il combine différents éléments pour élaborer un message et situer ces éléments dans le temps et l'espace, cela correspond aux mots employés.

5.1.2 Le langage analogique :

Il enrichit le langage verbal et introduit des éléments affectifs dans la relation. On distingue la composante dire para verbale qui concerne les modulations de la voix, le rythme du discours et la composante non verbale qui concerne les gestes, mimiques, postures qui complètent le discours.

Au cours de la communication, les différents canaux interagissent et une communication efficace repose sur l'adéquation de ces différents canaux, sur leur congruence.

Enfin, l'école de Palo Alto introduit la notion de feed-back de circularité dans la communication : le thérapeute vérifie en permanence l'effet produit par ses paroles et les modifie en fonction de l'effet recherché.

5.2 Les suggestions :

Les suggestions utilisées dans la communication hypnotique sont préférentiellement indirectes, elles permettent de contourner les réticences, les craintes, les résistances du sujet et sont très bien comprises et acceptées par l'esprit inconscient si elles sont en accord avec des valeurs profondes : les suggestions indirectes respectent l'éthique de chaque sujet et il est donc impossible de faire faire à quelqu'un quelque chose qu'il ne veut pas faire !

Ainsi au lieu de dire au patient « fermez les yeux », on pourra utiliser :

-L'implication : « Quand pensez-vous que vos yeux se fermeront ? »

-Le lien : « Et pendant que vous respirez vos paupières deviennent plus lourdes ».

-Le double lien : « préférez-vous laisser vos paupières se refermer maintenant ou plus tard ? »

-Le saupoudrage : « Et pendant que vous...respirez...vos paupières deviennent plus...lourdes » où les mots entre les ... sont détachés du reste de la phrase et exprimés avec une intonation différente pour les mettre en évidence.

5.3 Les canaux sensoriels

Nous percevons le monde par nos canaux sensoriels : vue, ouïe, odorat, toucher, goût
Chacun a un mode de représentation préférentiel (on ne peut tout faire en même temps).

Nous encodons tous le réel en utilisant les canaux de perception décrits ci-dessus. Les submodalités représentent les détails de cet encodage (comment nos cinq sens ont archivé, stocké une expérience).

La première submodalité : associé / dissocié (acteur/spectateur).

Cette submodalité est prépondérante. Si on est acteur d'un souvenir, on le vit de l'intérieur, sans recul : on voit, on entend, mais aussi on ressent à chaque rappel.

Si on est spectateur, on se représente dans la situation, on peut établir un recul : on voit, on entend, mais on ne ressent pas.

Ceci est important : quand on est dissocié, on ne ressent pas (kinesthésique : sensations corporelles...)

D'un point de vue général, l'intérêt sera d'être

- Associé au positif
- Dissocié du négatif

Les submodalités sont infinies. Voici quelques exemples :

5.3.1 Canal visuel :

- Associé/dissocié
- stable/flottant net/brouillé lumineux/sombre
- focalisation/écran large - image immobile/image en mouvement - grand/petit – proche/lointain – en trois dimensions/en deux dimensions

5.3.2 Canal auditif :

- _ Volume sonore
- _ Distribution droite/gauche du son
- bruits de fond ou non – paroles ou non
- sons graves/aigus – sons proches/sons lointains

5.3.3 Canal kinesthésique :

- lourd/léger - Chaud/froid - doux/dur
- stable/vacillant – consistant/vide - corporalité ressentie, endroits du corps...

« On ressent ce que l'on pense ». Il est donc intéressant de se pencher sur l'encodage du réel vécu, sur les représentations mentales construites... »

Car agir sur ces représentations, c'est agir sur le ressenti du réel, de l'ici et maintenant : développer le positif, neutraliser ou minorer le négatif, transformer différents souvenirs, différents états internes...

6°Place des représentations bio-psycho-sociales de hypnose ¹⁸:

Ces dernières années ont vu le « grand retour » de l'hypnose, notamment dans les champs de la médecine et des psychothérapies.

Il ne s'agit pourtant pas d'une jeune pratique et le terme d'hypnose possède d'emblée une histoire une connotation sociale, autrement dit des représentations qui y sont liées.

Ces différences sont explicables par l'histoire de l'hypnose. Au 18^{ème} siècle, les prises en charge étaient proches du lien « vassal- seigneur » et cette image est en partie restée, relayée par les hypnotiseurs de spectacle et autres charlatans.

L'hypnose moderne telle qu'elle est employée de nos jours dans le soin, n'a qu'une cinquantaine d'année contre deux siècles de pratique dirigiste qui ont entretenu une image populaire toujours vivace.

Souvent les patients n'ont généralement pas une compréhension de ce qu'est l'hypnose, mais ils en ont une image forte, et les soignants n'échappent pas aux règles !

Des gens de savoir ayant une pratique de la relation d'aide (médecins, infirmiers...) n'échappent pas aux représentations énoncées précédemment.

L'image populaire de l'hypnose est présente chez les soignants puisqu'ils partagent la même histoire culturelle que leurs patients.

¹⁸ Place des représentations en hypnose, A. Bioy Revue santé mentale n° 103 décembre2005 p 32 à 35.

| Caractéristiques du phénomène d'hypnose, critères les plus généralement annoncés : | Mais les caractéristiques majeures de l'hypnose sont : |
|--|--|
| <p>Une position passive du sujet qui subit plus ou moins une situation.</p> <p>Perte de la volonté (obéir malgré soi à des ordres donnés).</p> <p>Une absence de conscience (associée au sommeil).</p> <p>Une amnésie.</p> | <p>Une détente une relaxation mentale.</p> <p>Une attention soutenue avec focalisation sur une ou plusieurs cibles Une modification des données temporelles et spatiales habituelles et du sens de soi.</p> <p>Une expérience d'accès au processus automatique de pensée</p> |

Il faut donc pouvoir expliquer ce qu'est l'hypnose, autant aux parents qu'aux enfants, pour obtenir une adhésion à la technique de la part de chacun. L'approche qu'auront les soignants face à cette technique, sera également déterminante quant à la possibilité future pour eux de se former.

7° Apprentissage de l'hypnose

L'apprentissage de l'hypnose n'est pas uniquement l'acquisition de techniques et de protocoles, mêmes complexes.

Il y a un temps nécessaire d'adaptation à sa pratique, qui permet au thérapeute de mieux se positionner vis-à-vis de ses patients et du cadre de leur accueil.

Bien se former demande du temps, non pour apprendre les techniques, mais pour évoluer soi-même au travers de l'hypnose.

7.1 Qui peut se former ?

L'hypnose s'inscrit donc dans le champ de la relation d'aide et ne devrait être pratiquée que par des personnes dont la profession leur donne déjà une certaine expertise dans ce domaine (la plupart des professionnels de santé par exemple).

La pratique de l'hypnose respecte un code déontologique établi et reconnu ; l'hypnose prend une place dans un cadre professionnel possédant des règles éthiques et législatives précises qui responsabilisent les praticiens par rapport à ce qu'ils proposent à leurs patients (Psychiatres, psychologues, mais aussi professions médicales et paramédicales.)

Notons en particulier que les infirmiers ont un certain avantage, puisque dans leur formation initiale (module de communication), ils ont reçu un enseignement

spécifique aux prises en charge rogériennes qui sont très proches des modèles proposés en hypnose ericksonienne.

Chaque métier, et donc chaque pratique quotidienne, vont déterminer la forme tout autant que les indications selon lesquelles l'hypnose va être utilisée.

La méthode hypnotique prend corps dans une culture professionnelle d'origine qui va déterminer sa pratique au quotidien, spécifique et bien différenciée selon les professions.

Ainsi, de par leur formation, les IADES sont confrontés quotidiennement à l'anxiété de leurs patients en pré induction, aux pleurs des enfants, à l'agitation en postopératoire... Certains utilisent des techniques de communication pour rassurer les patients à l'accueil au bloc opératoire, au moment de l'induction, qui sont proches de l'hypnose, sans le faire sciemment.

D'autres jouent avec les enfants en les emmenant au bloc, pour détourner l'attention de l'environnement opératoire, dédramatiser.

7.2 Comment se former à l'hypnose ?

Une formation complémentaire pour pratiquer l'hypnose est cependant indispensable.

Les MAR, IADE peuvent préparer un diplôme universitaire d'hypnose médicale, sous l'égide de la faculté de médecine de Paris VI et obtenir un diplôme reconnu sur le plan national (diplôme universitaire.)

Il est également possible de se former via les instituts « Milton Erickson », cette formation comporte deux modules : initiation et perfectionnement.

Ainsi ils pourront utiliser l'hypnose en complément, dans leur pratique professionnelle quotidienne.

Chapitre 3 : L'enfant et l'hypnose, voyage vers l'imaginaire ...

Le monde de l'enfance est porteur à la capacité de rêve. L'hypnose, qui fait appel à l'imaginaire est pour cette raison accessible aux enfants qui spontanément s'expriment, expérimentent, construisent leurs connaissances, structurent leur pensée et élaborent une vision du monde aussi grâce à cet imaginaire.

C'est en se mettant en séance d'hypnose, en contact plus amplement avec son imagination et à partir de ses expériences corporelles que l'enfant va se recentrer sur son vécu, l'observer, le considérer différemment, découvrir des possibilités de changement et ainsi réactiver le plus efficacement possible ses ressources.¹⁹

Pour cela il existe différentes clefs ouvrant cette porte vers l'imaginaire. Elles permettant à l'enfant de mettre en scène les multiples facettes d'une réalité possible, par le biais du jeu, des dessins, des contes dans lesquels il se projette avec toute la force de son imagination.

1 °Plusieurs indications à l'hypnose ont été retenues chez l'enfant :

1.1 Pour la prise en charge de la douleur :

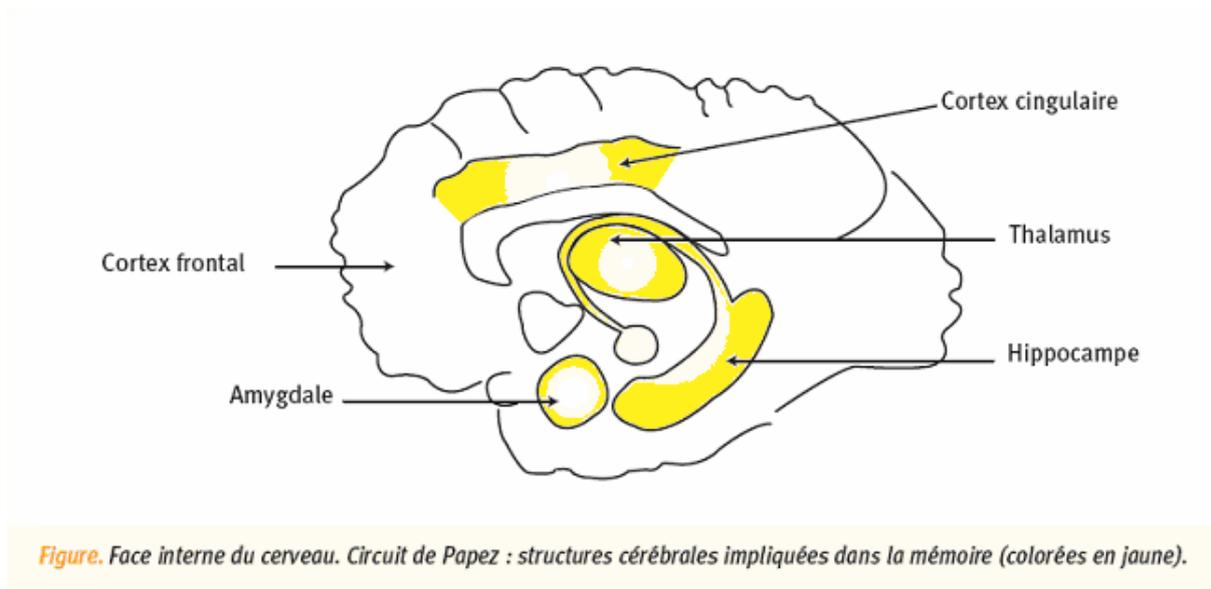
Mais par quel mécanisme d'action l'hypnose va-t-elle agir sur la douleur ?²⁰

L'hypnose est un phénomène neurophysiologique très étudié. L'imagerie moderne : IRM, Pet scan, a permis de déterminer le site cérébral de l'action de l'hypnose : le cortex cingulaire, et a permis de différencier l'hypnose de la relaxation, qui elle ne modifie pas le fonctionnement du cortex cingulaire.

L'hypnose aurait pour propriété de modifier le seuil de sensibilité à la douleur et d'agir sur les contrôles inhibiteurs descendant de la nociception (CIDN). Le fonctionnement du cortex cingulaire est modifié par la douleur, les scientifiques en ont déduit que l'hypnose a un effet spécifique sur la transmission et l'intégration du message douloureux.

¹⁹ « L'hypnose et la douleur » C.Wood, N.Duparc, V.Lenlanc, C.Cunin-Roy, revue 3médecine clinique pour les pédiatres. N° 2 Mai-Juin 2004 p40 à 44 www.pedialol.org

²⁰ Faymonville M.E. « L'hypnose en Anesthésie Réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux ». Thèse en vue de l'obtention du grade d'Agrégé de l'Enseignement Supérieur, Université de Liège – 2002



Dans le contexte chirurgical courant, l'hypnose ne remplace pas la prise en charge anesthésique, néanmoins, elle peut en améliorer l'efficacité, la tolérance et le vécu.

L'hypnose est avant tout un processus physiologique inné dont la finalité est de favoriser l'adaptation de l'individu à l'environnement.

Il a été observé de très bonnes réponses pour la prise en charge de la douleur aigüe, de la douleur chronique et plus généralement dans toute pathologie chronique psychosomatique où le déclencheur est souvent émotionnel (pour l'asthme par exemple).

1.2 Chez les enfants devant se soumettre à des soins invasifs douloureux :

Tel que : les ponctions lombaires, les ponctions de moelle, les poses de chambres implantables etc....

1.3 En anesthésie pédiatrique :

Comme prémédication.

1.4 Dans un cadre psychothérapeutique :

L'hypnose est proposée pour diverses indications :

- la gestion du stress de l'enfant,
- traitement des angoisses,
- des crises de panique,
- de la dépression,
- des troubles du sommeil,
- de l'hyperactivité,
- de l'énurésie,
- l'encoprésie,
- l'anorexie et la boulimie,
- ou encore pour une aide lors de troubles de l'apprentissage.

L'hypnose apparaît comme une pratique complémentaire aux méthodes pharmacologiques.

2 °Supports utilisables pour l'hypnose avec les enfants :

Chez l'enfant plusieurs supports métaphoriques sont envisageables : jeux, dessins, contes... car ils font partie intégrante de l'univers de l'enfant et le plonge souvent un état naturel d'hypnose, en le mettant plus amplement en contact avec son imagination.²¹

Partant du principe, selon Aldous Huxley que « L'expérience n'est pas ce qui arrive à l'homme, c'est ce que l'homme fait de ce qui lui arrive. », l'hypnose va permettre à l'enfant d'activer ses propres ressources.

2.1 Le conte :

Le conte va permettre de construire une histoire à partir des centres d'intérêts de l'enfant, il faut que l'histoire fasse écho aux angoisses de l'enfant, à ses émotions, ses désirs.

2.2 Le jeu :

Le jeu est en lui-même un mode d'expression et en même temps un outil relationnel qui permet à l'enfant d'extérioriser ses émotions. Pendant le jeu, il peut exprimer la colère, l'angoisse, explorer cette émotion librement à travers les différents personnages pour réussir à s'en libérer.

²¹ L'hypnose et l'enfant, I. Célestin-Lhopiteau Revue santé mentale n° 103 décembre 2005 p 48 à 51.

2.3 Le dessin :

Le dessin est un autre moyen d'exploration, car chaque enfant a une vision du monde qui est une création personnelle, une œuvre faite de sa façon de décoder le monde et d'y réagir.

Pendant une séance d'hypnose, l'enfant passe d'une conscience restreinte, centrée principalement sur l'intellect, à une conscience plus large qui prend racine dans la conscience corporelle et émotionnelle se réarticulant à l'intellect.

L'enfant expérimente, prend conscience de sa respiration, de sa posture des sensations de contact avec son corps.

3° Dans le contexte anesthésique :

3.1 En phase pré- opératoire :

L'hypnose peut aider les enfants très anxieux à faire face à leurs appréhensions de l'anesthésie et de la chirurgie.

L'hypnose en tant que prémédication aurait un effet prolongé et plus efficace que la prémédication médicamenteuse sédatrice, effectuée en préopératoire immédiat, elle permet d'obtenir des répercussions favorables sur le postopératoire.

3.2 Au bloc :

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

3.3 En postopératoire immédiat :

Les suggestions proposées pendant la phase de pré induction semblent favoriser des suites plus agréables et confortables avec souvent une diminution des besoins antalgiques observée, un retour plus rapide aux activités de la vie quotidienne et une participation active de l'enfant à son hospitalisation.

4°L'hypnose, une prémédication non médicamenteuse adaptée à l'enfant :

Préambules à l'utilisation de l'hypnose chez l'enfant :

4.1 Pour quelle tranche d'âge peut-on utiliser l'hypnose ? :

Des études montrent que les enfants sont globalement plus répondant à l'hypnose que les adultes. Les capacités à l'hypnose sont limitées avant l'âge de trois ans, atteignent leur apogée entre 7 et 14 ans, décroissent pendant l'adolescence puis se stabilisent avant de décroître pendant le grand âge.

Pour chaque âge, l'accroche avec l'enfant sera différente comme le montre le tableau d'Olness et Kohen :

Technique d'induction adaptée à l'âge de l'enfant selon Olness et Kohen.²²

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

²² Olness K, Kohen DD, Hypnosis and hypnotherapy with children, 3rd Edition New-York: Guilford 1996.

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

4.2 Relation avec l'enfant et l'équipe anesthésique : une entente déterminante

Il existe deux pré-requis avant d'utiliser l'hypnose avec les enfants :

- établir une bonne relation thérapeutique
- adapter les techniques d'hypnose à l'âge de l'enfant, autrement dit à son niveau de développement cognitif et à ses préférences.

Concernant la relation thérapeutique, elle est un aspect fondamental de l'hypnose.

La relation entre un thérapeute et son patient est un puissant déterminant de l'effet de l'hypnose.

Il est clair que le succès clinique de la suggestion hypnotique requiert de l'innovation, des procédures cliniques sophistiquées et d'être personnalisée pour l'enfant.

La seule limite à la façon dont l'hypnose peut être utilisée est celle de la créativité du thérapeute. Pour bien accompagner les enfants, il faut se tenir au courant du dernier dessin animé à la mode, du dernier film à succès, de la dernière série en vogue, de connaître la vie des dauphins, dinosaures, chevaliers entre autre ...

4.3 La consultation pré anesthésique : le premier contact !

4.3.1 Faisons connaissance :

Le premier contact est établi par l'anesthésiste avec l'enfant et ses parents lors de cette consultation, où il va entendre les craintes de cette famille, et créer une réelle communication avec l'enfant, essayant de connaître ses goûts, ses sports ou animaux favoris, son cadre de vie habituel.

L'anesthésiste estimera alors s'il est possible ou non d'utiliser l'hypnose.

Il instaurera un dialogue autour de l'hypnose, en expliquant les bénéfices attendus (vis à vis de l'induction, de l'analgésie, des troubles du comportement postopératoires qui peuvent survenir) et la façon de procéder.

Il est important que le thérapeute se soit informé auprès de l'enfant de ses goûts, ses jeux favoris, ses jouets, ses livres, ses sports favoris...

Il doit par ailleurs réutiliser les mots que l'enfant a utilisé pour décrire l'intervention qu'il va subir, la peur qu'elle engendre, la douleur qu'il imagine... Le thérapeute doit s'adapter au monde sensoriel privilégié de l'enfant :

visuel, auditif, tactile (kinesthésique et cénesthésique), gustatif ou olfactif.

En fait, tout ce que l'enfant « amène » en consultation va être important car pourra être réutilisé.

Les parents peuvent également bien sûr être une source d'information précieuse concernant la connaissance de l'enfant qui consulte.

De nouveau, on peut rappeler l'importance de créer une relation de qualité au patient et qui passe par la création d'un « effet miroir ».

En « redonnant » à l'enfant son monde au travers de ses mots, le thérapeute lui-même intègre ce monde, force sa compréhension de la personne en face de lui (empathie), et créé avec ce dernier un sentiment de confiance, car il perçoit les efforts qui sont produits pour le saisir et l'aider.

Si l'anesthésiste n'est pas présent le jour de l'intervention de cet enfant, pour utiliser l'hypnose avec lui, il peut consigner toutes les données concernant l'hypnose (création d'un support personnalisé à l'enfant, par exemple « fiche d'hypnose ».) recueillies en consultation, afin d'orienter l'équipe anesthésique qui prendra en charge l'enfant.

Ainsi l'hypnose pourra être utilisée en pré induction de façon personnalisée pour l'enfant, en consultant son cahier, en complément de la feuille d'anesthésie. L'enfant est évidemment prévenu que plusieurs anesthésistes peuvent utiliser l'hypnose avec lui et peuvent se présenter en visite pré anesthésique la veille pour rassurer l'enfant.

4.3.2 Interrogations et craintes des parents :

Souvent les parents se posent des questions :

« Est-ce que l'hypnose est dangereuse ? »

Il faut expliquer que l'utilisation de l'hypnose est beaucoup moins dangereuse que de laisser son enfant se construire sur des angoisses ou des blocages non résolus. Les interventions sont basées sur le respect de l'enfant et de son équilibre.

« Qu'est ce que l'inconscient ? »

On peut l'expliquer par une métaphore : imaginons le cerveau comme un ordinateur, avec des logiciels que l'on connaît : notre conscient et notre raisonnement logique, mais la fabrication de cet ordinateur utilise des logiciels qui nous sont inconnus, mais néanmoins indispensables au fonctionnement de nos logiciels habituels (c'est notre inconscient !)

« Vous allez endormir mon enfant pour l'hypnotiser ? »

Non, l'état de transe utilisé est un état naturel de rêverie. L'enfant va naturellement dans son imaginaire, c'est ce qui rend la technique très appropriée pour lui. On utilise des rêves éveillés, des métaphores construites pour et avec lui, un travail ludique dans lequel l'enfant se sent bien, en sécurité.

4.4 Déroulement de la prémédication hypnotique :

L'anesthésiste aura expliqué à l'enfant et ses parents le temps de préparation qu'il faudra subir avant d'être endormi :

- quitter sa chambre et donc souvent ses parents,
- être emmené au bloc, s'allonger sur la table d'intervention dans cet environnement nouveau et inquiétant,
- commencer l'induction hypnotique dans un environnement calme,
- obtenir la transe hypnotique : enfant avec un visage calme, détendu, respiration ample, rythme cardiaque régulier, ralenti.

Le mode d'induction, veineuse ou inhalatoire, aura été détaillé au préalable.

Voici un exemple de prise en charge de l'anxiété de l'enfant en préopératoire par Maryline Mariotti (IADE formée à l'hypnose), à l'hôpital des enfants de Toulouse²³ .

« Nous sommes parfois sollicitées pour prendre en charge des enfants angoissés par la perspective d'une anesthésie générale et d'une intervention au bloc opératoire. Nous rencontrons l'enfant et ses parents la veille de l'intervention, ce qui permet de leur décrire le bloc opératoire et ses habitants, « les schtroumpfs et les schtroumpfettes » (médecins et paramédicaux vêtus de bleu.)

Nous expliquons à l'enfant que nous resterons avec lui jusqu'à ce qu'il dorme, puis demandons aux parents de préparer avec lui une boîte à bisous. C'est une jolie petite boîte qu'il décore et que ses parents remplissent de bisous. Cette petite boîte, il pourra l'emporter au bloc opératoire et piocher dedans si le besoin s'en fait ressentir. Puis une séance de relaxation hypnotique et la lecture d'un conte lui seront proposées.

Le lendemain, nous l'accompagnons au bloc. Il a avec lui sa boîte remplie des bisous de ses parents et des gens qu'il aime.

Quelques bisous sont souvent utiles pour commencer, puis nous lui lisons le conte que nous terminerons en salle de réveil dès que l'équipe du bloc nous appellera à la fin de l'intervention. Le plus souvent, une fois bien réveillé, l'enfant ne se souvient que d'une sorte de rêve qui ressemble étrangement au conte. »

²³ Hypnose en pédiatrie hospitalière, la sensibilité comme remède. Marie-Anne Leriche, Maryline Mariotti, Hypnose et thérapies brèves n° 2 Aout, septembre, octobre 2006. P32 à 39.

5° Limites d'utilisation de l'hypnose en pré induction :

L'âge, comme nous l'avons vu précédemment, pour l'enfant. L'hypnose est utilisable à partir de 4-5 ans, moment où l'imaginaire est très ancré dans le quotidien de l'enfant.

La réticence des parents à l'utilisation de ce type de technique, qui reste à expliciter en consultation de pré anesthésie.

Au bloc, une obligation de résultats pour respecter les temps opératoires et l'organisation globale de l'équipe chirurgicale, pourront être des éléments limitant l'utilisation de l'hypnose comme technique de pré induction, l'hypnose étant très « chronophage ».

Enfin, une grande disponibilité de l'anesthésiste et/ou de l'IADE est indispensable pour cette relation personnalisée avec l'enfant, tant en préopératoire qu'en post opératoire.

Pour conclure, il faut connaître les quelques cas où l'hypnose est contre-indiquée :

- l'enfant sourd,
- les enfants présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques,
- les enfants présentant une atteinte cognitive sévère
- le refus de l'enfant ou de ses parents !

Conclusion du cadre conceptuel:

Réduire l'anxiété de l'enfant qui va être opéré est une des préoccupations majeure de l'équipe anesthésique. En effet l'objectif est de répondre aux besoins médicaux, mais aussi émotionnels des enfants.

Par le biais de la prémédication sédatrice, de la relation hypnotique, ou d'une association de ces deux techniques d'anxiolyse, l'équipe anesthésique pourra obtenir un meilleur déroulement de l'induction anesthésique, voir diminuer de façon significative les troubles du comportement de l'enfant en période péri opératoire.

Quelques équipes belges, suisses et anglo-saxonnes ont introduit l'hypnose médicale en bloc opératoire pédiatrique, l'utilisant comme alternative à la prémédication par benzodiazépine ou comme complément.

En France deux études récentes ont été menées à Rennes et Marseille, en utilisant l'hypnose médicale comme prémédication, en comparaison avec l'administration de midazolam® (Voir références de ces deux études en annexe.) Cette technique reste encore peu usitée en France.

Chaque technique présente ses propres contraintes d'organisation de service, de formation des thérapeutes ou d'effets secondaires.

Pour le cadre contextuel, je me propose de promouvoir l'hypnose en tant que prémédication en anesthésie pédiatrique, au sein de l'équipe anesthésique (MAR et IADE) de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse.

Cette approche va se dérouler en deux temps :

Une première note informative sur l'hypnose en tant que prémédication chez l'enfant.

Dans un second temps, un entretien pour recueillir les impressions de l'équipe anesthésique, leurs questions, leurs projets vis-à-vis de ce type de prémédication, leurs réticences...

B) Cadre contextuel :

Chapitre 1 : organisation des recherches et de l'enquête :

1° Recherche de données théoriques sur l'hypnose et l'enfant.

Les recherches bibliographiques ont été effectuées au centre de documentation à l'institut fédératif de formation de l'hôpital Purpan, où j'ai pu consulter des revues spécialisées et professionnelles : Santé mentale, Oxymag...

L'autre partie des recherches a été réalisée par le biais d'internet, où il existe de multiples sites consacrés à l'hypnose et d'autres orientés sur la pédiatrie.

2° Choix du lieu et des personnes à solliciter pour l'enquête.

Ayant effectué mon stage d'anesthésie pédiatrique à l'hôpital des enfants de Toulouse en début de deuxième année, j'ai observé, à titre personnel, pendant deux mois, la prise en charge anesthésique d'enfants de tous âges, venant pour tout type d'interventions chirurgicales et provenant de toute la région Midi- Pyrénées.

L'équipe anesthésique est composée d'une trentaine de personnes, dix anesthésistes réanimateurs travaillant uniquement en pédiatrie et une vingtaine d'infirmiers anesthésistes, en majorité affectés à temps plein au bloc pédiatrique.

Cette équipe est spécialisée et expérimentée pour la prise en charge de l'anesthésie de l'enfant (de la néonatalogie à l'adolescence), tant par le nombre d'anesthésies réalisées annuellement dans ce bloc, que par la multiplicité des pathologies pédiatriques rencontrées.

J'ai donc choisi naturellement de solliciter l'équipe anesthésique du bloc pédiatrique de l'hôpital des enfants de Toulouse pour mon enquête.

3° Choix de la méthode d'enquête ; les outils utilisés.

3.1 La note d'information :

L'hypnose en tant que technique de prémédication chez l'enfant, est très peu usitée à ce jour. Mes recherches ont eu pour point de départ deux études françaises, une menée à l'hôpital de la Timone de Marseille, l'autre à l'hôpital de Ponchaillou de Rennes.

Cette technique est très peu utilisée au bloc pédiatrique de Toulouse. J'ai voulu, pour commencer l'enquête, apporter une information synthétique sur l'utilisation de l'hypnose, pour susciter l'intérêt de l'équipe anesthésique.

Dans un premier temps, j'ai élaboré la note d'information. (Voir annexe n° 5).

3.2 Le questionnaire :

Puis je souhaitais recueillir les impressions, interrogations, qu'avait pu susciter cette note d'information.

Après réflexion, puisque j'avais fait une démarche d'information auprès de l'équipe anesthésique, il me paraissait plus judicieux de les rencontrer.

J'aurais pu faire le choix de procéder à des entretiens, mais je voulais recueillir une impression globale de l'équipe et toucher un maximum de personnes, donc, le questionnaire me paraissait être l'outil le plus intéressant pour atteindre cet objectif.

Je décidais d'élaborer un questionnaire, et proposais d'y répondre en ma présence, afin de pouvoir ouvrir la discussion et enrichir ma réflexion en fin d'entretien.

4° Présentation de la note d'information et du questionnaire.

4.1 La note d'information :

Elle représente le point de départ de mon enquête, après validation par Mr Estrier et un entretien avec Melle Lauga (Cadre infirmier anesthésiste du bloc pédiatrique), j'ai pu afficher la note d'information au bloc pédiatrique.

J'ai expliqué le but de cette information à une infirmière anesthésiste référente qui puisse apporter des explications à ses collègues et pour qu'un maximum d'infirmiers anesthésiste puisse prendre connaissance de cette note, je l'ai laissée affichée quinze jours.

J'ai envoyé la même note d'information personnellement à chaque médecin anesthésiste réanimateur, en leur proposant de les contacter ultérieurement par téléphone, pour leur proposer un rendez-vous s'ils étaient intéressés.

4.2 Elaboration du questionnaire :

4.2.1 Objectifs du questionnaire.

- * Identifier MAR et IADE dans l'équipe anesthésique.
- * Faire un état des lieux de la préparation et de la prémédication de l'enfant, à l'heure actuelle au CHU de Toulouse.
- * Recueillir l'impression de l'équipe anesthésique vis-à-vis de l'anxiété péri opératoire de l'enfant.
- * Pointer les avantages et inconvénients de la technique d'hypnose et les prioriser.
- * Proposer d'appliquer cette technique dans des situations où l'anxiété de l'enfant est particulièrement exacerbée (Anesthésies itératives, ou pour des chirurgies invalidantes).
- * Apprécier le niveau de connaissances que l'équipe anesthésique avait de la technique de préparation à l'anesthésie des enfants par l'hypnose, avant que l'information n'ait été apportée.
- * Evaluer l'intérêt des soignants pour cette technique, une fois l'information apportée.
- * Comprendre les réticences de l'équipe anesthésique à utiliser cette technique de préparation à l'anesthésie.
- * Obtenir les impressions de l'équipe anesthésique vis-à-vis de la démarche d'information réalisée.

4.2.2 Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire a été précédé de la note d'information sur la technique de prise en charge par l'hypnose de l'anxiété péri opératoire de l'enfant.

Le questionnaire comprend quinze questions :

La première question a pour but d'identifier les enquêtés, la seconde d'apprécier leur expérience en anesthésie pédiatrique, d'un point de vue quantitatif. Ce sont des questions fermées.

Suit une question à choix multiple, afin connaître les supports utilisés au CHU de Toulouse pour la préparation anesthésique des enfants.

Une deuxième question à choix multiple pour recueillir l'avis de l'équipe anesthésique sur la prémédication sédatrice. Ce sont des questions préformées.

Viennent des questions ouvertes concernant l'anxiété de l'enfant lors de la prise en charge anesthésique.

Puis, deux questions concernant les bénéfices et inconvénients de l'utilisation de l'hypnose avec un classement demandé.

Pour terminer des questions ouvertes pour identifier :

- Les points de vue des enquêtés sur l'utilisation de l'hypnose,
- Leur degré d'intérêt pour cette technique,
- Quelle organisation mettre en place pour introduire cette technique comme préparation à l'anesthésie.

Et en conclusion, une question ouverte pour obtenir un retour sur l'information apportée au sujet de l'hypnose comme technique de préparation de l'enfant à l'anesthésie.

4.2.3 Modalités de passation et de récupération des questionnaires :

J'ai proposé la réalisation du questionnaire en ma présence après avoir pris rendez-vous avec les enquêtés. L'enquêté rédige lui-même ses réponses.

Le but étant d'offrir la possibilité de clarifier certaines questions si des difficultés de compréhension se présentaient et d'amorcer une discussion sur l'hypnose si l'enquêté est intéressé.

Enfin, la récupération des questionnaires est instantanée.

4.3 Difficultés rencontrées

Avec les infirmiers anesthésistes du bloc pédiatrique, la prise de rendez-vous s'est avérée difficile à initier, ils ont préféré que je leur laisse les questionnaires, pour avoir la possibilité d'y répondre en dehors d'un entretien.

J'ai contacté chaque MAR par téléphone et la prise de rendez-vous pour un entretien, s'est organisée.

Trois MAR ont répondu au questionnaire par téléphone.

J'ai rencontré trois MAR en entretien.

Deux MAR ont évoqué une expérience trop récente de l'anesthésie pédiatrique pour répondre au questionnaire, un autre n'était pas intéressé pour y répondre, enfin un MAR s'est révélé injoignable.

Chapitre 2 : Résultats et analyse des questionnaires.

1° Identification des personnes et expériences en anesthésie pédiatrique.

Question n° 1 :

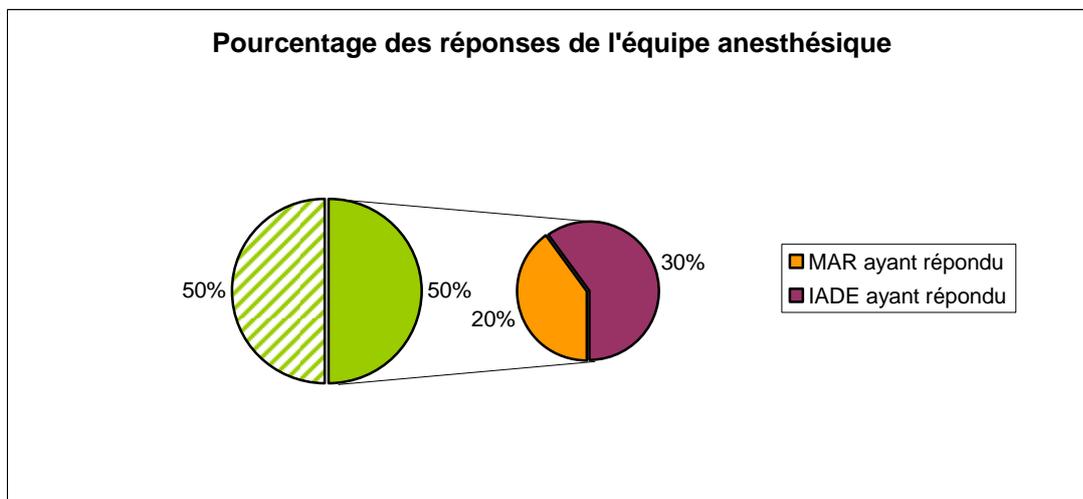
Dans l'équipe anesthésique du bloc pédiatrique de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse, vous êtes :

Résultats :

6 MAR sur 10 et 9 IADE sur 20 ont répondu.

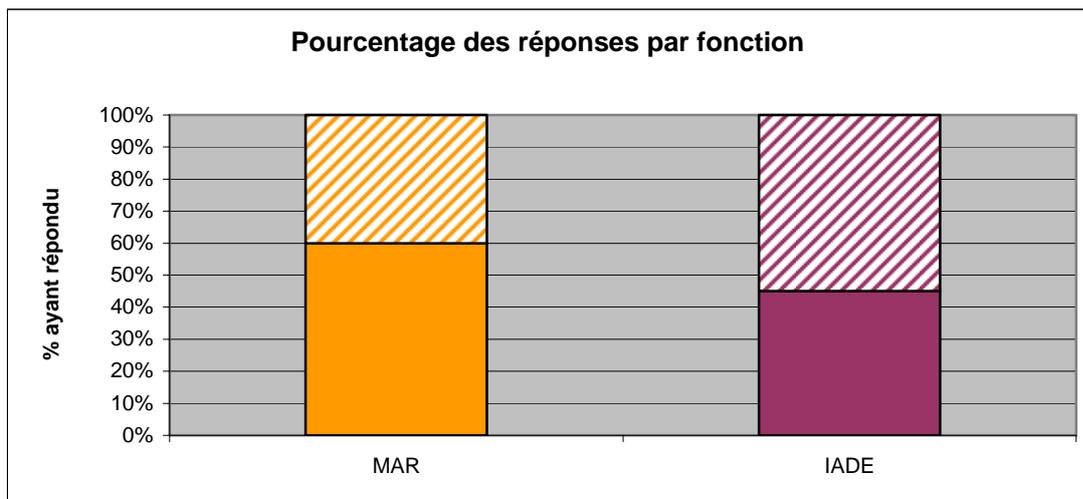
Analyse :

Graphique n° 1 :



J'ai pu recueillir les réponses de la moitié de l'équipe anesthésique du bloc pédiatrique du CHU de Toulouse.

Graphique n°2 :



Conclusion :

L'objectif était de pouvoir informer et recueillir l'avis de la moitié de l'équipe pour que les résultats soient significatifs et exploitables.

Les MAR et les IADE ont été intéressés pour répondre au questionnaire dans des proportions relativement proches : 60% des MAR et 45% des IADE.

Question n° 2 :

Depuis combien de temps exercez-vous l'anesthésie en pédiatrie ?

Résultats :

15 réponses sur 15 questionnaires.
Pour les MAR : une moyenne de 16,5 ans.
Pour les IADE : une moyenne de 3,6 ans.

Analyse :

Chez les MAR, les avis recueillis sont ceux de médecins ayant une grande expérience de l'anesthésie pédiatrique, un recul nécessaire pour évaluer l'évolution des pratiques en anesthésie pédiatrique.

L'équipe des IADE compte des jeunes diplômés, commençant leur carrière au bloc pédiatrique, et des IADE ayant une grande expérience de l'anesthésie pédiatrique.

Conclusion :

L'enquête a été faite auprès d'une population expérimentée en anesthésie pédiatrique, qui possède le recul nécessaire pour s'exprimer et s'interroger sur ses pratiques quotidiennes en matière de prise en charge des enfants.

2° Préparation de l'enfant à l'anesthésie et prémédication médicamenteuse

Question n° 3 :

Quels supports proposez-vous en consultation pré anesthésique et dans les services de chirurgie pédiatrique pour préparer l'enfant (selon son âge), et ses parents à l'anesthésie ? (Cocher une ou plusieurs réponses).

Résultats :

6 réponses sur 6 chez les MAR, à qui cette question s'adressait en priorité.
Pour les IADE : 3 réponses sur 9.

Analyse :

Le document institutionnel pour expliquer l'anesthésie est adapté aux enfants, un autre document est donné aux parents. Tous les anesthésistes font manipuler les masques aux enfants dès que leur âge le permet.

Trois d'entre eux utilisent un ouvrage de littérature enfantine comme support d'explication de l'anesthésie, quatre d'entre eux jouent avec les plus jeunes, à chaque fois que cela leur est possible, personne n'utilise le dessin.

Par ailleurs, il n'existe pas de vidéo pour expliquer l'anesthésie aux enfants à l'hôpital des enfants.

Une IADE utilise l'hypnose quand la possibilité lui est donnée, et elle fait également dessiner les enfants et commente le dessin, en apportant des explications par rapport à la vision qu'ont les enfants de l'anesthésie.

Conclusion :

De nouveaux supports d'information ludiques (film vidéo, CD-Rom éducatifs...) pourraient être proposés aux enfants pour préparer leur anesthésie.

Ainsi l'enfant prendrait une part plus active dans la préparation à son anesthésie et de son intervention.

Question n° 4 :

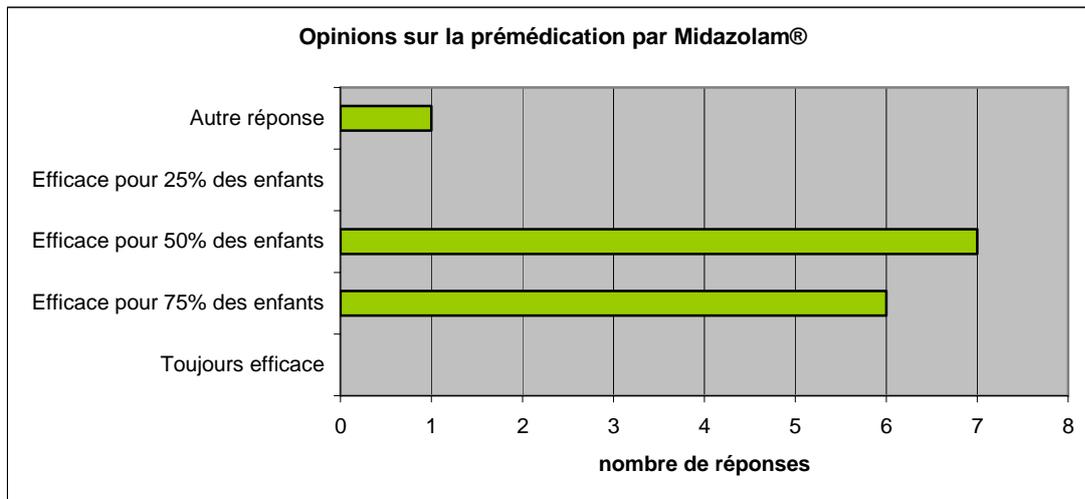
La prémédication par le Midazolam® est administrée classiquement à tous les enfants en dehors des nourrissons, devant subir une intervention chirurgicale. Au moment de l'induction anesthésique, l'angoisse est maximale pour l'enfant, la prémédication vous paraît-elle :

- Toujours efficace
- Efficace pour 75% des enfants
- Efficace dans la moitié des cas
- Efficace pour 25% des enfants

Résultats :

5 MAR sur 6 ont répondu, et 9 IADE sur 9 ont répondu.

Graphique n°3 :



Analyse :

Pour les MAR, la prémédication est efficace entre 50 et 75% des cas, avec des commentaires : « il faut administrer la bonne posologie... »

Un MAR a nuancé sa réponse en disant que la prémédication n'était pas systématique, surtout dans l'urgence et que cela dépendait des contextes.

Pour les IADE, qui prennent en charge l'enfant pour l'emmener au bloc et l'installer avant l'induction, la prémédication est efficace entre 50 et 75%.

Elle est inefficace surtout quand elle n'a pas été administrée à temps, à la posologie suffisante ou que l'enfant en raison de contraintes organisationnelles, a trop attendu avant de passer au bloc.

Conclusion :

La prémédication par le midazolam est donc efficace entre 50 et 75% selon les cas.

Il est certainement possible d'apporter des améliorations à l'efficacité de la prémédication, qu'elle soit médicamenteuse ou non.

Question n° 5 :

Devant un enfant pour lequel la prémédication sédatrice n'a été que partiellement efficace et présentant une anxiété majeure à l'induction, comment procédez-vous ?

Résultats :

6 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

Plusieurs solutions sont utilisées, elles sont fonction de la présence ou non d'une voie veineuse périphérique.

Les MAR pratiquent l'induction rapide au masque avec du Sévoflurane®, le plus souvent, l'un d'eux administre même le protoxyde d'azote en priorité, dès l'enfant installé.

Un MAR propose pour les enfants plus âgés de poser rapidement une voie veineuse et de compléter la prémédication par du Midazolam®.

Un MAR utilise la Kétamine® et le Sufenta® rapidement, si l'enfant est arrivé perfusé.

Les IADE tentent majoritairement en première intention, une approche psychologique, voici quelques unes de leurs réponses :

- « Je procède dans un premier temps en faisant preuve de patience, en donnant des explications, en maternant l'enfant. Si la peur de l'enfant reste incoercible, et que manifestement aucune amélioration rapide n'est à prévoir, l'enfant est maintenu fermement, monitorisé, et l'induction inhalatoire eu Sévoflurane® est administrée. »
- « On lui explique ce qu'on va lui faire, on le laisse manipuler le masque, le sentir (masques parfumés à la fraise). On essaye de le rassurer, en lui laissant son doudou, en chantant ».
- « On essaye d'obtenir la participation de l'enfant. »

Ou une approche médicamenteuse :

- « On endort l'enfant à l'étouffée : contention, masque appliqué sur le visage, Sévoflurane® à 7%. »

Enfin un IADE pratique l'hypnose, utilise le détournement d'attention, inonde l'enfant de paroles métaphoriques afin qu'il lâche prise et se détache du contexte anesthésique.

Conclusion :

L'induction inhalatoire mise en œuvre rapidement, reste la solution de choix de l'équipe anesthésique, tant par sa simplicité d'administration, que par son efficacité ; reste que les enfants s'endorment dans des conditions de stress importantes.

Question n°6 :

Des troubles du comportement en péri opératoire à type d'anxiété globale de l'enfant, d'angoisse de séparation de troubles du sommeil, de l'alimentation ou de repli sur soi, apparaissent pour plus de la moitié des enfants de 1 à 7 ans à J1 et persistent pour un quart d'entre eux jusqu' à J15, et ce, malgré une prémédication sédatrice.

Qu'en pensez-vous ?

Résultats :

6 MAR sur 6 ont répondu, et 7 IADE sur 9.

Analyse :

Les MAR l'ont rarement constaté et ont eu très peu de retours de la part des parents. Ils ont évoqué des troubles du sommeil, de l'alimentation surtout chez les plus jeunes (moins de 4 ans).

Pour eux, ces troubles sont plus liés à la douleur post opératoire qu'à l'anxiété. Un MAR se souvient qu'une étude avait été faite, en contactant les parents des enfants par téléphone, pour évaluer les troubles péri opératoire, l'étude montrait que les enfants présentaient des troubles du sommeil et de l'alimentation pour certains.

Une hypothèse émise par un MAR concerne les effets possibles du Nubain®, et de son caractère sédatif, qui pourrait interférer dans le comportement des enfants.

Les IADE, ont des avis partagés, pour eux ces troubles sont liés à une prémédication insuffisante ou inefficace, ou une analgésie post opératoire inadéquate.

D'autres pensent que l'accueil au bloc a pu être traumatisant.

Un IADE pense que la séparation d'avec les parents intervient trop tôt avant l'intervention, et que l'attente en SSPI avant de passer au bloc majore l'anxiété.

Conclusion :

Les troubles du comportement péri opératoire de l'enfant ont été peu constatés par l'équipe anesthésique, ou non étiquetés comme tels.

3° Intérêts et inconvénients de la technique d'hypnose :

Question n° 7 :

L'hypnose comme technique de prémédication chez l'enfant est utilisée encore de façon confidentielle en France, les bénéfices pour l'enfant sont pourtant démontrés.

Classez-les selon le degré d'importance que vous leur accordez (de 1 à 5, 5 étant pour vous l'item le plus intéressant)

- Diminution du degré d'anxiété globale à l'induction.
- Absence d'agitation au réveil.
- Diminution des troubles comportementaux péri opératoire.
- Moindre consommation d'antalgiques en post opératoire.
- Relation personnalisée et privilégiée avec l'enfant.

Résultats :

5 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

J'ai pu établir un score pour chaque item, en additionnant les réponses de chacun.

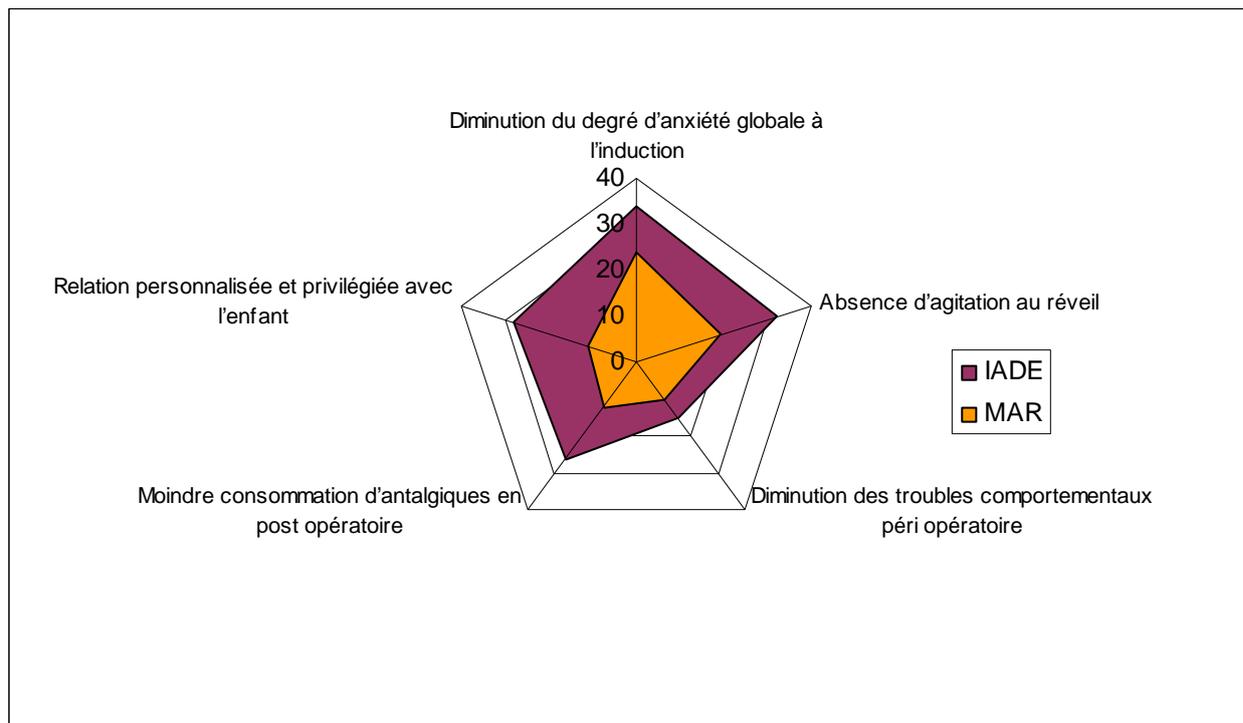
Chez les MAR :

- La diminution du degré d'anxiété globale à l'induction obtient 24 points.
- La relation personnalisée et privilégiée avec l'enfant obtient 19 points.
- La moindre consommation d'antalgiques en post opératoire obtient 12 points
- L'absence d'agitation au réveil obtient 11 points.
- La diminution des troubles comportementaux péri opératoire obtient 10 points.

Chez les IADE :

- La diminution du degré d'anxiété globale à l'induction obtient 34 points.
- La relation personnalisée et privilégiée avec l'enfant obtient 32 points.
- L'absence d'agitation au réveil obtient 28 points.
- La moindre consommation d'antalgiques en post opératoire obtient 26 points.
- La diminution des troubles comportementaux péri opératoire obtient 15 points.

Graphique n°4 : Bénéfices de l'hypnose : score des items selon la fonction.



Analyse :

La diminution du degré d'anxiété globale de l'enfant à l'induction est l'item qui obtient le score le plus important auprès des MAR et des IADE ; suivi par la relation personnalisée et privilégiée avec l'enfant.

L'absence d'agitation au réveil, et la moindre consommation d'antalgiques au réveil sont des items qui les préoccupent secondairement.

La diminution des troubles du comportement péri opératoire est l'item qui retient le moins leur attention.

Conclusion :

L'équipe anesthésique a donc les mêmes priorités lors de la prise en charge des enfants.

La classification qu'elle a faite s'explique simplement par le fait qu'elle suit une certaine chronologie dans la prise en charge anesthésique.

Si l'induction anesthésique se déroule dans de bonnes conditions, les conditions de réveil seront meilleures, la relation privilégiée instaurée avec l'enfant pourra être poursuivie en salle de surveillance post interventionnelle, et le traitement de la douleur post opératoire sera plus aisé à évaluer avec l'enfant et à réajuster, si besoin.

Question n° 8 :

La pratique de l'hypnose présente également des inconvénients. Classez-les selon le degré d'importance que vous leur accordez (de 1 à 5, 5 étant pour vous l'item le plus négatif).

- Activité chronophage
- Activité demandant une organisation supplémentaire au bloc (temps de soins supplémentaires à prendre en compte).
- Nécessité de se former à l'hypnose.
- Nécessité d'avoir un lieu privilégié pour la pratiquer (salle de pré induction).
- Echec de la technique dans quelques cas de prise en charge de l'anxiété pré opératoire.

Résultats :

5 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

J'ai pu établir un score pour chaque item, en additionnant les réponses de chacun.

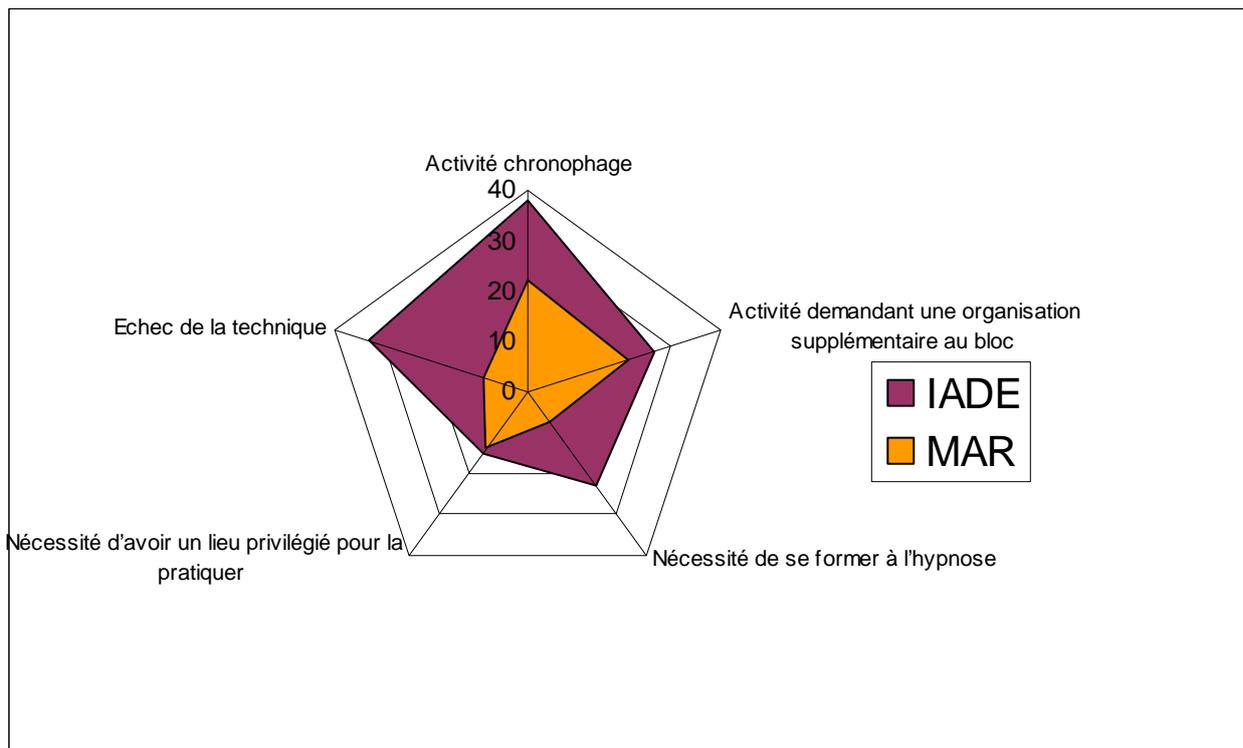
Chez les MAR :

- L'activité chronophage obtient 22 points.
- Activité demandant une organisation supplémentaire au bloc (temps de soins supplémentaires à prendre en compte) obtient 21 points.
- La nécessité d'avoir un lieu privilégié pour la pratiquer obtient 14 points.
- L'échec de la technique dans quelques cas de prise en charge de l'anxiété pré opératoire obtient 9 points.
- La nécessité de se former à l'hypnose obtient 7 points.

Chez les IADE :

- L'activité chronophage obtient 38 points.
- L'échec de la technique dans quelques cas de prise en charge de l'anxiété pré opératoire obtient 33 points.
- L'activité demandant une organisation supplémentaire obtient 26 points.
- La nécessité de se former à l'hypnose obtient 23 points.
- La nécessité d'avoir un lieu privilégié pour la pratiquer obtient 15 points.

Graphique n°5 : Inconvénients de l'hypnose : score des items selon la fonction.



Analyse :

Le fait que la technique d'hypnose soit chronophage, est l'item considéré comme le plus péjoratif par l'équipe anesthésique.

Les MAR pointent ensuite tout ce que la technique d'hypnose induit comme contraintes organisationnelles supplémentaires.

Les IADE eux sont plus attentifs au fait que cette technique puisse échouer. Enfin les MAR pensent que la nécessité de se former à l'hypnose, n'est pas un inconvénient majeur.

Conclusion :

Le temps et l'organisation que demande la technique d'hypnose utilisée en pré induction sont des inconvénients difficilement contournables aux yeux de l'équipe anesthésique.

4° Applications possibles de la technique d'hypnose en prémédication au bloc pédiatrique du CHU de Toulouse :

Question n° 9 :

Vous prenez en charge des enfants qui nécessitent des anesthésies itératives (endoscopies, pansements de brûlés, pose de cathéter centraux...) ou des enfants dont le schéma corporel va être définitivement modifié (traitement chirurgical de la scoliose idiopathique, amputations...).

Pensez-vous que l'hypnose pourrait être dans ces cas un atout supplémentaire pour préparer les enfants à leurs anesthésies ?

Résultats :

5 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

Les MAR répondent de façon positive, les IADE également.

Les IADE ajoutent, que cette technique serait intéressante pour :
« Dédramatiser l'anesthésie et permettre une meilleure adhésion de l'enfant, surtout quand elles sont itératives et donc d'autant plus redoutées. »

L'IADE pratiquant l'hypnose ajoute que cela permettrait de prévenir plus facilement l'anxiété pour les anesthésies futures, surtout les enfants soignés en secteur d'hémato-oncologie.

Et pour le cas particulier de la prise en charge de la scoliose idiopathique, elle ajoute qu'il s'agit souvent de jeunes adolescentes, dont le traitement chirurgical de la scoliose va entraîner une modification du schéma corporel car elles vont voir leur taille augmenter, se redresser et pendant l'hospitalisation, l'intervention va engendrer une perte d'autonomie difficilement acceptable à leur âge.

Conclusion :

Les enfants pris en charge au bloc pour des interventions répétées, lourdes sur le plan physique et psychologique, pourraient bénéficier d'une préparation avec la technique d'hypnose et ainsi avoir un meilleur vécu de leurs interventions.

Question n° 10 :

Une IADE, attachée au réseau Enfant Do, est formée à l'hypnose ; faites-vous appel à elle ponctuellement pour pratiquer l'hypnose au bloc ?

Résultats :

6 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

Les MAR ont tous répondu qu'ils ne faisaient pas appel à elle, et ont nuancé leur réponse :

- « Je pourrais être intéressée par cette expérience une fois, pour voir, après avoir sélectionné un enfant en consultation pré anesthésique. »
- « Je ne fais pas appel à elle, mais elle me contacte pour me le proposer chez des enfants qu'elle suit dans le cadre du réseau Enfant Do, quand ils doivent subir une intervention chirurgicale. »

Les IADE :

Ne voit que très rarement l'hypnose utilisée au bloc, et répondent que l'initiative de l'utiliser au bloc reste du ressort des MAR.

Conclusion :

L'hypnose est rarement employée au bloc pédiatrique, car l'IADE formée travaille essentiellement pour le réseau Enfant-Do, c'est-à-dire qu'elle se concentre sur la prise en charge de la douleur. Elle est la seule IADE de l'hôpital des enfants à être formée à l'hypnose.

Les anesthésistes n'utilisent pas cette technique de préparation et de prémédication.

Question n° 11 :

Seriez- vous prêt à utiliser l'hypnose comme une technique de prémédication avec l'enfant, si la possibilité vous était donnée ?

Résultats :

6 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

5 MAR sur 6 ont répondu positivement et 9 IADE sur 9.

Voici les nuances apportées par les MAR :

- « Oui, si cela n'ajoute pas au temps global que je passe au bloc chaque jour ! »
- « Cela semble difficilement adaptable à l'activité du bloc pédiatrique, les MAR sont souvent responsables de deux salles simultanément. »

Voici les nuances apportées par les IADE :

- « Il faut que l'intérêt pour l'enfant ait été démontré. »
- « Oui, pourquoi pas à condition d'être formée et que les MAR acceptent et participent à cette technique. »
- « A voir, selon les possibilités et les contraintes de temps. »

Conclusion :

Le facteur temps est malheureusement le premier frein à l'utilisation de la technique d'hypnose.

Mais l'équipe anesthésique n'est pas complètement opposée à l'essai de cette technique.

Question n° 12 :

Avec la consultation de pré anesthésie, verriez-vous s'ajouter une « consultation hypnose » réalisée par le MAR ou l'IADE formé, avec comme support un livret hypnose consignait les goûts de l'enfant, ses peurs, ses activités favorites permettant de connaître l'accroche pour utiliser l'hypnose avec lui.

Résultats :

6 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

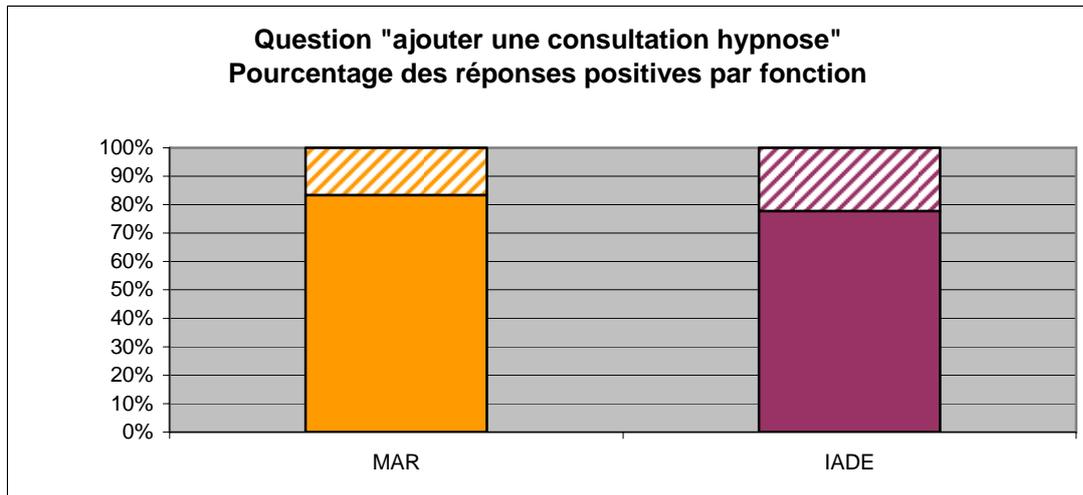
5 MAR sur 6 ont répondu positivement.

Un MAR répond qu'actuellement une consultation de pré anesthésie ne peut pas durer plus de 10 mn, alors il n'y a pas de place pour une consultation hypnose faite par les MAR.

Un autre MAR ajoute que ce serait plus bénéfique que le suivi soit fait par la même personne, et propose pour gagner sur la contrainte temps d'organiser des séances de préparation pour des petits groupes de 4 à 5 enfants.

Les IADE 7 sur 9 ont répondu positivement, et ajoutent qu'en dehors d'une consultation hypnose, il serait intéressant pour eux de rencontrer les enfants avant le bloc pour un premier contact, ou d'avoir ce livret au bloc pour établir plus facilement la communication avec l'enfant et d'ajouter qu'il faudrait se donner les moyens de le faire.

Graphique n°6 :



Conclusion :

La consultation de pré anesthésie faite par les MAR, est visiblement chronométrée. Il ressort qu'eux même aimeraient prendre plus de temps avec chaque enfant et ses parents pour préparer l'anesthésie.

Une « consultation hypnose » leur semble difficile à intégrer à leur emploi du temps. Mais ils ne sont pas hostiles à sa réalisation par les IADE, si cette technique était utilisée.

Les IADE sont eux aussi intéressés par cette « consultation », pour faire connaissance avec les enfants qu'ils vont prendre en charge avant l'intervention, les préparer à l'anesthésie.

5° Intérêts de l'équipe d'anesthésie pédiatrique du CHU de Toulouse pour l'hypnose :

Question n° 13:

Vous étiez-vous déjà documenté sur la technique de l'hypnose et son utilisation possibles chez l'enfant ?

Résultats :

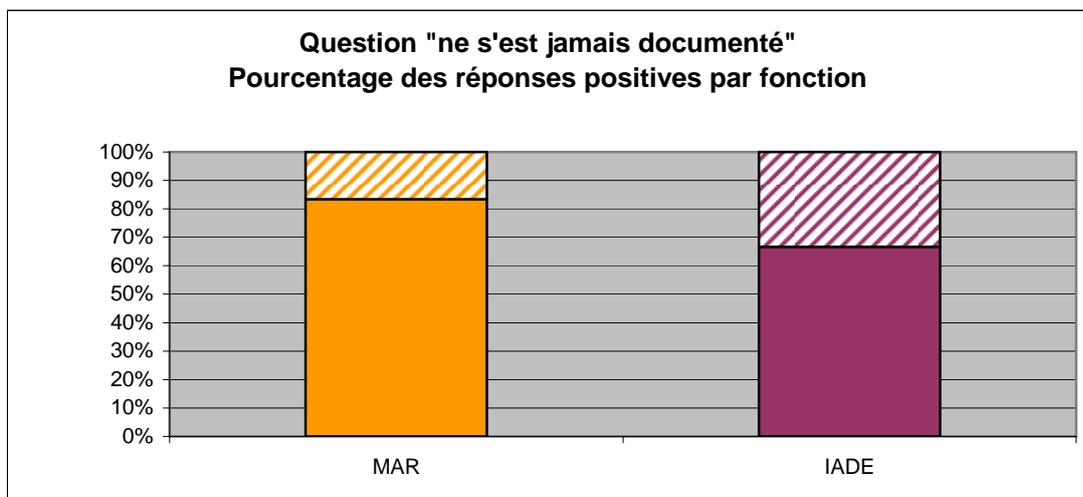
6 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

5 MAR sur 6 ne s'étaient jamais documentés sur l'hypnose et 6 IADE sur 9.

Un IADE avait assisté à une journée d'information sur l'hypnose faite par le docteur Bellet à l'hôpital des enfants, un autre s'y était intéressé de manière générale.

Graphique n°7 :



Conclusion :

L'hypnose médicale utilisée en anesthésie est une technique encore méconnue à l'hôpital des enfants.

Question n° 14 :

Seriez-vous prêt à vous former à l'hypnose ? Si oui, quelles sont vos motivations ?

Résultats :

6 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

3 MAR sur 6 ont répondu positivement.

- « Oui, pour prendre le temps de discuter avec les enfants et pour apporter des changements à l'anesthésie classique ».
- « Oui, car je me sentirai mieux armé devant certaines situations ».
- « Oui car cette technique semble bien fonctionner chez les enfants. »
- « Non, je ne vois pas l'intérêt au bloc ».

3 IADE sur 9 ont répondu positivement.

Une IADE est déjà formée à la sophrologie, et cela lui semble être une technique complémentaire.

Une autre IADE est déjà formée à l'hypnose et pratiquait auparavant la sophrologie, et selon elle, l'hypnose est une technique qui s'adapte très bien aux enfants.

Une troisième IADE souhaiterait se former pour éviter une anesthésie lourde aux enfants pour des gestes courts et itératifs, pour aider à diminuer l'anxiété de l'enfant.

Conclusion :

Quelques membres de l'équipe anesthésique semblent intéressés pour se former à l'hypnose.

Question n° 15:

La démarche d'information faite sur l'utilisation de l'hypnose en prémédication chez l'enfant vous a-t-elle semblée intéressante et avez-vous des suggestions à faire sur le sujet ?

Résultats :

6 MAR sur 6 ont répondu et 9 IADE sur 9.

Analyse :

Tous ont répondu que la démarche d'information les avait intéressé.

Un MAR a été surpris par l'initiative, mais se dit prêt à tenter l'expérience, un autre m'a suggéré de me former à l'hypnose, le 3^{ème} trouve l'expérience intéressante et pense qu'on pourrait utiliser l'hypnose aux urgences quand on sait que l'on va prendre en charge l'enfant au bloc opératoire ensuite, afin de mieux contrôler l'anxiété de l'enfant et de ses parents.

Les IADE ont suggéré qu'il faut en priorité convaincre les MAR du bloc pédiatrique.

Enfin l'IADE déjà formée à l'hypnose serait intéressée pour faire parti de jury lors de la soutenance à l'oral de mon TIP.

Conclusion :

La démarche d'information a visiblement éveillé de l'intérêt au sein de l'équipe anesthésique de l'hôpital des enfants de Toulouse.

Les avis sur l'application de la technique d'hypnose au bloc opératoire en tant que prémédication sont partagés.

Chapitre 3: Applications possibles de la technique d'hypnose en tant que prémédication au bloc pédiatrique du CHU de Toulouse.

Les résultats obtenus lors de l'enquête auprès de l'équipe anesthésique de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse, vont permettre de pointer les points à améliorer et à développer pour une prise en charge optimale de l'anxiété de l'enfant en péri opératoire.

En ce qui concerne la préparation des enfants à l'anesthésie, de nouveaux supports pourraient être élaborés par l'équipe paramédicale et médicale.

Par exemple, la réalisation d'une vidéo permettant aux enfants et aux parents de visiter virtuellement le bloc opératoire, montrant les salles d'intervention, la salle de réveil...qu'ils pourraient visualiser la veille de leur intervention.

Ou la création d'un CD-ROM expliquant l'anesthésie et la chirurgie de façon ludique aux enfants, avec lequel ils pourraient selon leur âge, s'identifier à différents personnages.

Enfin, une présentation de l'équipe d'anesthésie qui les prend en charge au bloc, via un trombinoscope, permettrait à l'enfant de se sentir un peu moins perdu à son arrivée au bloc.

Instaurer l'évaluation de l'anxiété pré opératoire de l'enfant serait également un bon moyen d'améliorer sa prise en charge, comme il l'a été fait pour la douleur, avec des échelles, des scores.

Quant à la technique de l'hypnose, l'équipe anesthésique serait intéressée pour faire l'expérience de son utilisation au bloc en tant que prémédication, chez des enfants sélectionnés, dans des contextes d'interventions itératives, par exemple.

L'introduction de la technique d'hypnose pourrait être intégrée à un projet institutionnel du CHU de Toulouse pour l'hôpital des enfants, dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de l'enfant en milieu chirurgical.

Pour introduire l'hypnose au bloc opératoire, il faudrait proposer au personnel intéressé par cette technique de s'y former, d'informer tout le personnel des bénéfices et inconvénients que comporte cette technique.

Si l'utilisation de la technique d'hypnose s'instaure, une « consultation hypnose » pourrait voir le jour, réalisée par le personnel formé (MAR, IADE) et devenir une méthode supplémentaire de préparation de l'enfant à l'anesthésie.

Conclusion :

La technique de l'hypnose médicale reste encore méconnue et peu usitée dans le cadre de l'anesthésie pédiatrique.

Cette technique intrigue, pique la curiosité quant à son mécanisme d'action, son efficacité réelle. Les recherches actuellement menées grâce à l'imagerie médicale, nous apporteront certainement demain les réponses aux questions que nous nous posons aujourd'hui !

En faisant découvrir cette méthode, en l'introduisant à l'hôpital, nous proposons une alternative et un complément aux traitements médicamenteux, selon le cadre de son utilisation.

Cette technique présente des avantages pouvant rivaliser avec la prémédication sédatrice classique, tout en privilégiant une relation personnalisée avec l'enfant, dans les moments où l'angoisse et le stress sont prépondérants.

Elle impose également une organisation différente des temps de préparation à l'anesthésie, plus contraignante, car chronophage ! Mais ne gagne-t-on pas du temps parfois au final (enfant serein à l'induction et calme au réveil), en ayant optimisé la préparation à l'anesthésie ?

Enfin, il faut avoir à l'esprit que les enfants que nous anesthésions aujourd'hui, sont les adultes que nous anesthésierons demain, et qu'un mauvais souvenir d'anesthésie reste longtemps gravé en mémoire.

Annexes

Annexe n°1 : La charte de l'enfant hospitalisé.

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

UNESCO

1

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

2

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

3

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

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

4

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

5

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

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

Cette charte a été préparée par plusieurs associations européennes à Leiden en 1988.

Annexe n°2 : Score PHBQ (d'après Vernon 1960).

1 2 3 4 5

| | |
|--------------------------------------|---|
| Anxiété générale et régression | A-t-il besoin d'une sucette ? A-t-il peur de quitter la maison avec vous ? Se désintéresse-t-il de ce qui se passe autour de lui ? Se ronge-t-il les ongles ? Semble-t-il fuir ou avoir peur d'événements nouveaux ? A-t-il des difficultés à prendre des décisions ? A-t-il des selles irrégulières ? Suce-t-il son pouce ou ses doigts ? |
| Angoisse de séparation | Est-il triste quand vous le laissez seul pendant quelques minutes ? Semble-t-il bouleversé quand quelqu'un évoque les médecins ou l'hôpital ? Vous suit-il partout dans la maison ? Essaie-t-il d'attirer votre attention ? Fait-il des cauchemars, se réveille-t-il, crie-t-il ? |
| Anxiété du sommeil | Fait-il des histoires pour aller se coucher ? A-t-il peur du noir ? A-t-il des difficultés à s'endormir ? |
| Troubles alimentaires | Fait-il des histoires pour manger ? Reste-t-il assis devant le repas sans manger ? A-t-il un petit appétit ? |
| Agressivité envers l'autorité | Fait-il des crises de colère ? |
| Apathie Repli sur soi | Est-il désobéissant ? Fait-il pipi au lit ? A-t-il besoin de beaucoup d'aide pour faire quelque chose ? Est-il difficile de l'intéresser à faire quelque chose ? Est-il difficile de le faire parler ? Semble-t-il timide ou avoir peur des étrangers ? |

Cotation : Beaucoup moins qu'avant = 1 - Moins qu'avant = 2 - Inchangé = 3 - Plus qu'avant = 4 - Beaucoup plus qu'avant = 5

Annexe n°3: Etude de Rennes par les Dr Lucas-Polomeni, Dr Calipel.

L'hypnose pour calmer les enfants?

19/01/2006

Avant une chirurgie, l'hypnose soulagerait l'anxiété chez les enfants tout aussi efficacement, et même plus, que la médication habituellement utilisée, affirment des chercheurs français.

Ces chercheurs de l'Université de Rennes²⁴ ont recruté 50 enfants âgés de 2 ans à 11 ans pour leur étude. Tous ont subi une chirurgie abdominale mineure.

Avant d'être amenés en salle d'opération, la moitié des sujets ont reçu une dose orale de midazolam, le médicament le plus couramment utilisé pour soulager l'anxiété des enfants dans une telle situation. L'autre moitié a bénéficié d'un traitement d'hypnose, administré par l'anesthésiste, en plus de recevoir un placebo ressemblant au midazolam.

Cela a permis aux scientifiques d'établir que seulement 39 % des enfants du groupe hypnose étaient anxieux au moment du début de l'anesthésie, contre 68 % pour l'autre groupe.

L'hypnose induit un état de relaxation qui aurait aussi un impact positif sur le comportement de l'enfant après l'opération, en le rendant plus calme. Les enfants ayant eu recours à l'hypnose démontraient, par exemple, moins d'agressivité envers leurs parents et avaient moins de troubles alimentaires ou du sommeil. Ainsi, au lendemain de la chirurgie, seulement 30 % de ces enfants présentaient des problèmes de comportement, contre 62 % chez ceux à qui on avait administré le midazolam. Une semaine plus tard, ces chiffres étaient respectivement de 26 % et 59 %.

Les auteurs attribuent l'efficacité de l'hypnose, dans ce contexte, à deux facteurs. Contrairement au midazolam, tout d'abord, l'hypnose n'a pas d'effet amnésiant. Cela permet donc à l'enfant de garder des souvenirs de l'intervention chirurgicale, ce qui en fait un événement moins traumatisant.

Les chercheurs font aussi valoir que l'hypnose permettrait à l'enfant d'établir une relation de confiance avec son anesthésiste avant la chirurgie, puisque c'est ce dernier qui lui administre le traitement d'hypnose. Cette relation de confiance rend ensuite moins difficile la séparation avec les parents, une grande source de stress pour les enfants.

²⁴ Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. [Premedication in children: hypnosis versus midazolam](#), *Paediatr Anaesth*, 2005 Apr;15(4):275-81.

À ce sujet, la pédiatre Sunita Vohra²⁵, de l'Université d'Edmonton, y voit la principale faiblesse de cette étude. Elle fait ainsi valoir que les effets positifs qui sont ici attribués à l'hypnose pourraient très bien découler de la relation que l'enfant a établie avec l'anesthésiste avant la chirurgie, une relation dont ont été privés les enfants qui n'ont reçu que le midazolam. Dr^e Vohra est à la tête du Canadian Pediatric Complementary and Alternative Medicine Network.

Les résultats de l'étude des chercheurs français sont publiés dans la revue *Pediatric Anaesthesia* et le commentaire de Dr^e Vohra, dans les pages du *Focus on Alternative and Complementary Therapies*.

Jean-Benoit Legault – PasseportSanté.net

²⁵ Vohra S., Is hypnosis as effective as midazolam as preoperative medication in children? Focus on Alternative and complementary therapies, décembre 2005 10(4).

Annexe n°4 : Hypnose et anxiété préopératoire en pédiatrie

Etude de M. Lena, S.Melka, G.Bollinio, J. Cambolives

Département d'anesthésie réanimation pédiatrique- Hôpital d'enfants de la Timone-Marseille.

Département de chirurgie infantile et orthopédique - Hôpital d'enfants de la Timone-Marseille.

Introduction :

L'acte chirurgical et l'anesthésie sont des éléments anxiogènes, surtout en pédiatrie. Il nous est apparu que la veille de l'intervention chirurgicale, les enfants sont moyennement anxieux voire pas du tout et que ces mêmes enfants, le matin de l'intervention, juste avant l'induction anesthésique sont très angoissés parfois même paniqués, malgré une prémédication anxiolytique type benzodiazépine.

Nous avons souhaité proposer une séance d'hypnose ericksonienne, la veille et le matin de l'intervention pour aider les enfants à diminuer cette anxiété.

Pour vérifier notre hypothèse, nous avons effectué une étude comparative de l'état d'anxiété des enfants la veille et le matin de l'intervention avec ou sans séance d'hypnose.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec les chirurgiens du service et les médecins anesthésistes du bloc opératoire de l'hôpital d'enfants de la Timone.

Sur le plan pratique, un tandem psychologue infirmier anesthésiste, rendu possible par une formation commune à l'hypnose ericksonienne s'est réparti les rôles : l'un dans le service d'hospitalisation, l'autre au bloc opératoire.

L'étude :

L'hypothèse de base était que l'utilisation de l'hypnose, la veille et le matin de l'intervention, en complément de la prémédication anxiolytique, puisse diminuer l'anxiété préopératoire.

Les objectifs étaient les suivants : apporter une certaine détente, permettre à l'enfant de faire face, diminuer le seuil d'anxiété en atténuant l'angoisse de séparation pour les plus jeunes, diminuer les troubles du comportement postopératoire.

Les patients :

Enfants âgés de 8 à 18 ans, ASA 1 ou 2, devant bénéficier d'une chirurgie orthopédique programmée.

L'accord de parents et de l'enfant était recueilli.

Une prémédication par midazolam (0.2mg/kg, maximum 10 mg) était administrée par voie sublinguale à tous les patients.

Les patients sont répartis en deux groupes de 10 : groupe H (Hypnose) et groupe T (sans hypnose).

Ces enfants sont hospitalisés la veille de l'intervention en service de chirurgie pédiatrique. L'intervention chirurgicale doit avoir lieu en première position dans le programme opératoire.

La méthode :

La veille de l'intervention, tous les patients bénéficient d'un entretien préopératoire durant lequel est évaluée l'anxiété de l'enfant à l'aide du score STAI (State Trait Inventory Anxiety) de Spielberg 9 (voir ci-dessous) et par

Une échelle numérique simple d'anxiété de 0 à 10.

Le STAI est un questionnaire d'auto évaluation de l'anxiété comprenant deux échelles distinctes : le STAI forme YA qui évalue la personnalité temporaire et provisoire et le STAI forme YB qui évalue la tendance individuelle à avoir des réactions d'anxiété.

Pour mesurer l'état d'anxiété du moment, la forme YA du questionnaire a été choisie. Cette échelle comporte 20 questions très simples.

Elle permet de coter le niveau d'anxiété en plusieurs stades : < 35 très faible ; de 36 à 45 = faible ; de 46 à 55 moyenne ; 56 à 65 élevée ; > à 65 très élevée.

L'échelle numérique d'anxiété permet à l'enfant de coter son anxiété entre 0 (quasi nulle) et 10 (anxiété maximale).

Le matin de l'intervention chirurgicale, l'anxiété est réévaluée dans les 30 minutes précédentes l'intervention chirurgicale.

Une nouvelle séance d'hypnose est pratiquée dans le groupe H en reprenant le thème de la veille, suivi d'une échelle numérique d'anxiété.

Le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, un entretien semi directif à l'aide d'une grille permet de recueillir les commentaires des enfants sur les séances d'hypnose, les bénéfices ou les inconvénients de cette méthode.

Les résultats :

La veille de l'intervention les enfants ont une anxiété relativement peu élevée dans chacun des 2 groupes.

Le matin de l'intervention, le degré d'anxiété augmente sensiblement au moment d'entrer au bloc opératoire. Les patients du groupe H ont un niveau d'anxiété diminué par rapport à ceux du groupe T.

Discussion :

Au cours de cette étude, plusieurs constatations ont permis de réévaluer notre pratique.

Pour obtenir de la part des enfants et des adolescents des réponses fiables à l'évaluation de la STAI, la passation est faite en dehors de la présence des parents. Même si ceux-ci font « bonne figure » pour ne pas inquiéter le futur opéré, leur niveau d'anxiété étant relativement élevé, cela peut majorer ou minorer les réponses des enfants aux questionnaires d'anxiété.

Conclusion :

Sous l'effet de la relaxation hypnotique, les enfants sont beaucoup plus détendus au moment de l'entrée au bloc opératoire.

Cette technique permet une induction anesthésique calme et sereine.

Après l'intervention chirurgicale, le réveil est calme, sans agitation.

Les résultats de cette étude préliminaire, menée chez quelques patients avant une chirurgie orthopédique programmée, méritent d'être confirmés sur un groupe plus important d'enfants avant de généraliser la pratique de l'hypnose ericksonienne en anesthésie pédiatrique.

Il s'agit d'une technique contraignante mais qui peut apporter un réel bénéfice pour diminuer l'angoisse et le stress préopératoire de l'enfant.

Support pour le protocole d'évaluation de l'anxiété préopératoire.

Date :

Patient n° :

Intervention chirurgicale :

Prémédication :

Echelle numérique d'évaluation de l'anxiété (0 à 10)

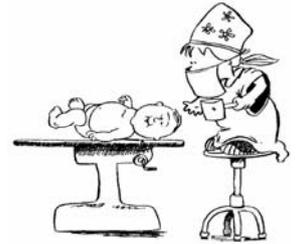
- la veille avant séance :
- la veille après séance :
- le matin avant séance :
- le matin après séance :

Echelle de l'évaluation de l'anxiété de STAI

| | Items | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | score |
|--------|--|-------------|--------|------------|----------|-------|
| 1 | Je me sens calme | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2 | Je me sens en sécurité | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3 | Je suis tendu(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4 | Je suis triste | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 5 | Je suis tranquille | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 6 | Je me sens bouleversé(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 7 | Je suis préoccupé (é) actuellement par des contrariétés possibles. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8 | Je me sens reposé(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9 | Je me sens anxieux se) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 10 | Je me sens à l'aise | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 11 | Je me sens sûr(e) de moi | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 12 | Je me sens nerveux se) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 13 | Je suis affolé(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 14 | Je me sens sur le point d'éclater | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 15 | Je suis relaxé(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 16 | Je me sens heureux se) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 17 | Je suis préoccupé(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 18 | Je me sens surexcité(e) et fébrile | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 19 | Je me sens joyeux se) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 20 | Je me sens bien | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| To tal | | 1 | 2 | 3 | 4 | |

Annexe n° 5 : La note d'information.

« L'hypnose, une autre technique à la disposition de l'équipe anesthésique, pour la prise en charge de l'anxiété péri opératoire de l'enfant. »



Actuellement [étudiante en deuxième année à l'école d'infirmiers anesthésistes](#) du CHU de Toulouse, j'ai choisi d'étudier l'utilisation de [l'hypnose comme prémédication chez l'enfant](#), pour mon travail d'intérêt professionnel.

L'hypnose semble être une technique alternative ou complémentaire à la prémédication par midazolam, efficace pour lutter contre l'anxiété péri opératoire chez l'enfant.

Faisant appel à l'imaginaire, elle est pour cette raison accessible aux enfants. C'est en se mettant en séance d'hypnose, plus en contact avec son imagination et à partir de ses expériences corporelles que l'enfant va se recentrer sur son vécu, l'observer, le considérer différemment, découvrir des possibilités de changement et ainsi réactiver le plus efficacement possible ses ressources.

L'enfant sera capable de mieux appréhender cette expérience d'anesthésie et son angoisse associée (Séparation d'avec les parents, peur de l'inconnu, de la douleur...).

A ce jour en France ([à l'hôpital de la Timone de Marseille et au CHU de Rennes](#)), deux études sur la prémédication anxiolytique des enfants ont été menées, mettant en balance la prémédication sédatrice au Midazolam versus l'utilisation de l'hypnose et d'un placebo en tant que prémédication.

[Les résultats des deux études tendent à montrer les bénéfices de l'hypnose pour les enfants en terme de :](#)

- diminution du degré d'anxiété à l'induction, et absence d'agitation au réveil
- diminution des troubles péri opératoires tels que troubles du sommeil, de l'alimentation, refus de l'autorité, apathie et repli sur soi (Ces troubles sont présents Chez la majorité des enfants durant les 15 jours à un mois suivant l'intervention).

Pour poursuivre mon étude sur l'utilisation de l'hypnose en tant que prémédication chez l'enfant, [je souhaiterais pouvoir recueillir vos impressions, interrogations](#) après la lecture de cette note, lors [d'entretiens courts](#). (10-15 mn maxi, sur rendez-vous, pour lesquels je vous recontacterai ultérieurement.)

Merci de l'intérêt que vous aurez pu porter à la lecture de cette note.

Anne-Frédérique Lelarge.

Annexe n°6 : Le questionnaire.

1° Dans l'équipe anesthésique du bloc pédiatrique de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse, vous êtes :

- MAR IADE

2° Depuis combien de temps exercez-vous l'anesthésie en pédiatrie ?

3° Quel supports proposez-vous en consultation pré anesthésique et dans les services de chirurgie pédiatrique pour préparer l'enfant (selon son âge), et ses parents à l'anesthésie ? (Cocher une ou plusieurs réponses)

- Un document institutionnel d'information réalisé lors d'un travail inter service.
- Du matériel d'anesthésie pédiatrique que l'enfant peut manipuler.
- Une visite des locaux hospitaliers et opératoires.
- Des ouvrages de littérature enfantine expliquant l'anesthésie.
- Lors d'un jeu.
- Le dessin au travers duquel l'enfant va pouvoir exprimer ce qu'il a compris de l'anesthésie.
- Une vidéo expliquant le déroulement de l'anesthésie et la chirurgie avec des personnages ludiques auxquels l'enfant peut s'identifier.
- Autres...

4° La prémédication par midazolam est administrée classiquement à tous les enfants en dehors des nourrissons, devant subir une intervention chirurgicale. Au moment de l'induction anesthésique, l'angoisse est maximale pour l'enfant, la prémédication vous paraît-elle :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toujours efficace | <input type="checkbox"/> Efficace dans la moitié des cas |
| <input type="checkbox"/> Efficace pour 75% des enfants | <input type="checkbox"/> Efficace pour 25% des enfants |

5° Devant un enfant pour lequel la prémédication sédatrice n'a été que partiellement efficace et présentant une anxiété majeure à l'induction, comment procédez-vous ?

6° Des troubles du comportement en péri opératoire à type d'anxiété globale de l'enfant, d'angoisse de séparation, troubles du sommeil, de l'alimentation ou de repli sur soi, apparaissent pour plus de la moitié des enfants de 1 à 7 ans à J1 et persistent pour un quart d'entre eux jusqu'à J15, et ce, malgré une prémédication sédatrice.

Qu'en pensez-vous ?

7° L'hypnose, comme technique de prémédication chez l'enfant est utilisée encore de façon confidentielle en France, les bénéfices pour l'enfant sont pourtant démontrés. Classez-les selon le degré d'importance que vous leur accordez (de 1 à 5, 5 étant pour vous l'item le plus intéressant.)

- Diminutions du degré d'anxiété globale à l'induction.
- Absence d'agitation au réveil
- Diminution des troubles comportementaux péri opératoire
- Moindre consommation d'antalgiques en post opératoire
- Relation personnalisée et privilégiée avec l'enfant

8° La pratique de l'hypnose présente également des inconvénients. Classez-les selon le degré d'importance que vous leur accordez (de 1 à 5, 5 étant pour vous l'item le plus négatif).

- Activité chronophage.
- Activité demandant une organisation supplémentaire au bloc (temps de soins supplémentaires à prendre en compte)
- Nécessité de se former à l'hypnose.
- Nécessité d'avoir un lieu privilégié pour la pratiquer (salle de pré induction).
- Echec de la technique dans quelques cas de prise en charge de l'anxiété pré opératoire.

9° Vous prenez en charge des enfants, qui nécessitent des anesthésies itératives, (endoscopies, pansements de brûlés, pose de cathéter centraux...) ou des enfants dont le schéma corporel va être définitivement modifié (traitement chirurgical de la scoliose idiopathique, amputations...).

Pensez-vous que l'hypnose pourrait être dans ces cas, un atout supplémentaire pour préparer les enfants à leurs anesthésies ?

10° Une IADE, attachée au réseau enfant Do, est formée à l'hypnose, faites-vous appel à elle ponctuellement pour pratiquer l'hypnose au bloc ?

11° Seriez-vous prêt à utiliser l'hypnose comme une technique de prémédication avec l'enfant, si la possibilité vous était donnée ?

12° Avec la consultation de pré anesthésie, verriez-vous s'ajouter une « consultation hypnose » réalisée par le MAR ou l'IADE formé, avec comme support un livret hypnose, consignait les goûts de l'enfant, ses peurs, ses activités favorites...permettant de connaître l'accroche pour utiliser l'hypnose avec lui.

13° Vous étiez-vous déjà documenté sur la technique de l'hypnose et son utilisation possible chez l'enfant ?

14° Seriez-vous prêt à vous former à l'hypnose ? Si oui, quelles sont vos motivations ?

15° La démarche d'information faite sur l'utilisation de l'hypnose en prémédication chez l'enfant vous a-t-elle semblée intéressante, et avez-vous d'autres suggestions à faire sur le sujet ?

Références bibliographiques :

1° Publications :

- *Freud A. The psychoanalytic study of the child ed IU Press new-York 1952.
- * Inhelder B, Piaget J: The growth of logical thinking from childhood to adolescence Ed Rak Paul London, 1958.
- *MM Lucas, S Calipel, C Ecoffey. Les troubles du comportement de l'enfant en péri opératoire. Oxymag n° 83 Août 2005.
- * Vernon DT, Schulman JL, Foley JM. Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates. Am J Dis Child 1966 ; 111 :581-93
- * Kain ZN, Mayes LC, O'Connor T Z, Cicchetti DV, Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. Arch Pediatr Adolesc Med 1996 :150 ; 1238-45
- * SFAR (référentiels) : prémédication chez l'enfant septembre 2001.
- * Kain ZN, mayes LC, Wang SM, Caramino LA, Hofstadter MB. : Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: wich intervention is more effective? Anesthesiology 1998 ; 89: 1147-56.
- * PM : Réduire l'anxiété de l'enfant. Pulsation N°11, décembre 2005, Hôpitaux universitaires de Genève.
- * Dahlquist LM, Power TG, Carlson M. Physician and parent behaviour during invasive pediatric cancer procedures: relationships to child behavioral distress. J pediatr Psychol 1995; 20:477-90.
- * Durand. M, Pierre. V, Clément. L, Bondonneau. M Centre hospitalier général Saint Louis de La Rochelle).
- * Kain ZN, Caldwell-Andrews A, Krivutza DM, Weinberg ME, Gaal D, Wang SM et al. Interactive music therapy treatment for preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. Anest Analg 2004; 98:1260-6.
- * Calipel S, Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. premedication in children ; hypnosis versus midazolam. Paediatr anaesth 2005.15 : 275-81
- * JM Benhaïem Le renouveau de l'hypnose, Revue santé mentale n° 103 décembre 2005 p21 à 69.
- * C.Wood, N.Duparc, V.Lenlanc, C.Cunin-Roy, L'hypnose et la douleur revue médecine clinique pour les pédiatres. N° 2 Mai-Juin 2004 p40 à 44 www.pedialol.org

* Faymonville M.E. « L'hypnose en Anesthésie Réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux ». Thèse en vue de l'obtention du grade d'Agrégé de l'Enseignement Supérieur, Université de Liège – 2002

* Olness K, Kohen DD, Hypnosis and hypnotherapy with children, 3rd Edition New-York: Guilford 1996.

* Marie-Anne Leriche, Maryline Mariotti, Hypnose en pédiatrie hospitalière, la sensibilité comme remède. Hypnose et thérapies brèves n° 2, Aout, septembre, octobre 2006. p 32 à 39.

* Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. [Premedication in children: hypnosis versus midazolam](#), *Paediatr Anaesth*, 2005 Apr; 15(4):275-81.

*Vorha S., Is hypnosis as effective as midazolam as preoperative medication in children? Focus on Alternative and complementary therapies, décembre 2005 10(4).

2° Références internet :

*www.sparadrap.com

*www.sfar.org

*<http://hypnosemedicale.blogspot.com> Dr Rault.

*www.adrenaline112.org/hypnose.

*<http://www.hypnoseericksonienne.com>.

*Institut Milton Erickson de Liège.

*<http://www.pedialol.org/relaxation> et hypnose thérapeutique, 9ème journée de plus efficace que le MDZ seul, la survenue de cris ou de mouvements durant les 30 premières minutes des soins dentaires [91].

