

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

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

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

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



Un marchand de sable au pays des possibles

*Ou les débuts de mon aventure
hypnotique en anesthésie*

Diplôme Universitaire
« Hypnose Médicale et Clinique »

Dr MAZOUZI Soraya

Directeur de mémoire : Marie Christine RICCI

Université de la Réunion
Année universitaire 2012-2012

Remerciements

À Monsieur le Professeur Antoine BIOY,

Qui m'a fait découvrir l'hypnose

À Marie Christine RICCI

Qui m'a guidée et encouragée dans cette voie

À Madame Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU,

Monsieur Arnaud GOUCHET,

Pour leur enseignement passionnant de l'hypnose.

À l'Équipe pédagogique de ce D.U.,

Pour ses conseils.

À mes filles

Qui ont été mes premiers « cobayes »

Aux enfants malades

Qui ont été si bienveillants dans mes premiers pas en hypnose

Sommaire

INTRODUCTION	p 4
REVUE DE TRAVAUX	
I. Une brève histoire de l'hypnose	P 7
II. Qu'est-ce que l'hypnose ?	p 11
A. La clinique	P 11
1. Conscience ordinaire	p 11
2. Transe spontanée	p 12
3. Transe hypnotique	p 13
B. L'apport des neurosciences	p 14
III. Communication hypnotique	p 16
A. Le langage verbal et para verbal	p 16
B. Le discours	p 19
IV. Hypnose, anxiété et troubles comportementaux post opératoire	p 22
A. Mais qu'est-ce que l'anxiété ?	p 23
B. L'agitation post-opératoire	p 24
C. Les troubles psycho-comportementaux post-opératoires	p 25
D. Comment prévenir ces troubles ?	p 25
i. L'anxiolyse chimique	p 26
ii. La présence des parents à l'induction	p 27
iii. L'hypnose peut-elle nous aider ?	p 28
V. Hypnose et douleur	p 30
A. La douleur : c'est quoi ?	p 30
B. Douleur et hypnose	p 30
C. Comment utiliser l'hypnose en douleur aigue ?	p 32
VI. Conclusion : le travail en bloc opératoire : quelles conséquences sur la pratique de l'hypnose ?	p 33
METHODOLOGIE	
Description de la population	p 36
Description du cadre de la rencontre	p 37

RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES	p 40
Premier cas	
Description de l'enfant et ses demandes	p 41
Déroulé des entretiens	p 41
Observations cliniques	p 44
Deuxième cas	
Description de l'enfant et ses demandes	p 45
Déroulé des entretiens	p 46
Observations cliniques	p 47
Troisième cas	
Description de l'enfant et ses demandes	p 48
Déroulé des entretiens	p 49
Observations cliniques	p 51
Quatrième cas	
Description de l'enfant et ses demandes	p 52
Déroulé des entretiens	p 53
Observations cliniques	p 55
DISCUSSIONS THEORICOCLINIQUES	p 57
La problématique	p 58
Les objectifs	p 58
Pourquoi ce choix dans les cas cliniques	p 59
Les améliorations futures	p 59
CONCLUSION	p 62
ANNEXES	p 63
BIBLIOGRAPHIE	p 67

Abréviations utilisées

EEG : electro encéphalogramme

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'état

IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

NVPO : nausées et vomissements post opératoires

PPAI : présence des parents à l'induction

TEPscan : tomographie par émission de protons

TCPO : troubles psycho-comportementaux post opératoires

Introduction

La médecine, et peut-être plus particulièrement l'anesthésie, est devenue de plus en plus sûre au fil des années. La mortalité péri-opératoire s'est trouvée nettement diminuée. On ne prépare plus son testament avant d'aller au bloc, comme cela pouvait se faire au siècle dernier. Ces progrès ont été faits grâce à une technicité de plus en plus poussée, des surveillances plus rapprochées. Désormais les enjeux changent. C'est sûr, on survivra à notre séjour au bloc La question est désormais dans quelles conditions, avec quel état d'esprit ?

Pour les enfants les problématiques sont les mêmes. Comment va se passer ce séjour dans un autre monde qu'est le bloc opératoire ? La gestion de l'anxiété péri-opératoire est un enjeu important. Les douleurs seront-elles contrôlées et à un niveau acceptable ? L'enfant gardera-t-il des séquelles psychologiques de son séjour hospitalier ?

Je travaille au CHU de la Réunion en temps qu'anesthésiste. Mon activité habituelle, hors des gardes à la maternité, se déroule exclusivement avec les enfants. Nous les prenons en charge dès la naissance jusqu'à leurs 18 ans. On ne croise la plupart nos jeunes patients que pour une ou deux interventions, lors d'un incident de la vie (une fracture, la réparation d'une hernie, une cure d'appendicectomie, ...); mais un pourcentage non négligeable d'entre-eux reviennent encore et encore à cause de pathologies chroniques. Ceux-là, encore plus, réclament un soin plus grand dans la relation que l'on noue souvent pour de nombreuses années, l'équipe d'anesthésiste pédiatrique étant réduite à quatre médecins.

J'ai pu voir le bénéfice de ces paroles chuchotées par nos IADES déjà formés à l'hypnose (par ordre alphabétique : Jean Pierre BURLLOT, Bertrand LAU WEN TAI, Marie Christine RICCI, Agnès TOSH) car chez nous seuls les IADES étaient formés ou en tous les cas pratiquaient l'hypnose. Ces mots magiques qui calment et guérissent les angoisses. Je ne connaissais pas la teneur de ces propos, mais leurs effets m'ont bien des fois été fort utiles pour la prise en charge des enfants. Quand la pharmacopée chimique n'avait plus sa place ; ou pour pacifier une relation compliquée avec un enfant ; ou encore tant d'autre fois ... Dès lors, j'ai commencé à m'intéresser à l'hypnose. Le Pr Antoine BIOY a bien voulu me recommander auprès du Dr Chantal WOOD et j'ai donc pu passer quelques jours dans son unité de lutte contre la douleur à l'hôpital Robert Debré (Paris). Par la suite, dès qu'un DU d'hypnose pour les professionnels de santé est né à la Réunion, je me suis dit : « on y va : mes patients en ont besoin » !

L'hypnose a bien sa place dans le parcours des enfants à l'hôpital. Elle permet une meilleure relation avec l'enfant et ses parents qui deviennent acteur des soins. Elle transforme le rapport de l'enfant au monde médical.

Dès lors, je me suis lancé. D'abord extrêmement prudemment car extrêmement peu sûr de mes compétences en ce domaine assez particulier, et depuis quelques mois de plus en plus. Il a fallu que je « grandisse », que je murisse cette formation que l'on m'avait transmise.

Le marchand de sable que je suis a décidé de partir au pays des possibles.

REVUE DE TRAVAUX

I. Une brève histoire de l'hypnose médicale

L'histoire récente de l'hypnose avec l'anesthésie remonte à 200 ans environ.

C'est au XVIII^e siècle que **Franz Anton MESMER (1734-1815)**, médecin autrichien, introduit l'usage de l'hypnose dans la communauté médicale. Il croit en un « magnétisme animal » : une sorte de fluide corporel qui entoure les hommes et dont le dérèglement provoque des maladies. Il a recours à des baquets remplis d'aimants pour modifier « le fluide animal » jusqu'à provoquer des crises convulsives chez ses patients. Il induit un état proche de la transe où des modifications de la perception physique apparaissent puis se transforment en une crise thérapeutique. Ses patients tombent à terre, s'évanouissent, tombent dans un profond sommeil ou convulsent ...¹ Fort de certains succès, il publie à Paris « Mémoire sur le magnétisme animal ». Très rapidement, l'Académie de Médecine de Paris demande l'arrêt de telles pratiques considérées comme dangereuses pour la moralité publique. Mais Mesmer a ouvert des portes. Dans ses baquets, il soulageait la douleur par un processus mental. Il apporte aussi la notion très importante de la nécessaire adhésion du patient et de sa volonté de guérir. Une de ces disciples, **le Marquis de Pyuségur**, fait appel aux ressources du patient. Il abandonne les crises convulsives et les séances de baquets. Il introduit la nécessaire « neutralité bienveillante » du thérapeute envers son patient et la devise « croyez et veillez ».



Mesmer et ses baquets

James BRAID (1795-1860) est un chirurgien anglais. Il parle enfin d'hypnotisme, et nie l'existence d'un fluide animal. Il émet déjà l'hypothèse d'un état neurologique spécifique : «la neurohypnologie» serait une variante neurophysiologique du sommeil. Le mot hypnose apparait, venant de la racine grecque *HYPNOS* (sommeil). Il insiste sur l'importance de la suggestibilité du sujet, qui compte plus à ses yeux que le magnétisme du médecin.

Le premier usage de l'hypnose pour permettre un acte chirurgical date de 1829. **Jules CLOQUET (1790-1883)** procède à l'ablation du sein droit, chez une femme de 64 ans atteinte d'un cancer, aucune autre anesthésie que ce sommeil magnétique provoqué par Pierre Jean CHAPELAIN. L'intervention dure environ 12 mn (extraction de la tumeur et des adénopathies) : la patiente « *parle calmement et ne donne aucun signe de sensibilité* », pas de changement dans la respiration ou la voix, ni accélération du pouls, aucune contention n'a été nécessaire. La patiente reste dans un état de transe mesmérrique durant deux jours, puis à son éveil ne se souviendra plus de cette chirurgie.

John ELLIOTSON (1791-1868), chirurgien anglais, publie en 1943 un travail sur l'utilisation du magnétisme en chirurgie à propos de 76 observations.² Il faut rappeler qu'à cette époque, l'anesthésie se limite à une contention et un morceau de bois à serrer entre les dents ...

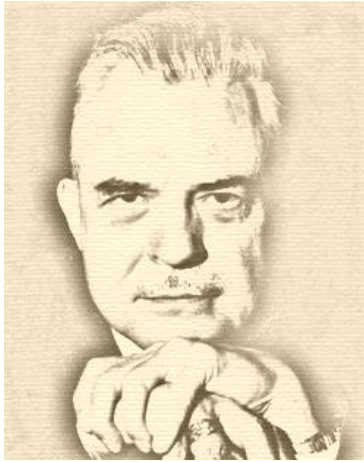
Un chirurgien écossais des armées exerçant en Inde, **James ESDAILE (1818-1859)**, utilise aussi le magnétisme comme seule technique d'anesthésie et se targue d'une expérience de plusieurs milliers de cas. Il publie une série de 161 interventions pour ablation de tumeurs dues à des filaires scrotales entre 1845 et 1851.³ Ces techniques permettent une nette amélioration du taux de survie post opératoire des patients, le taux de mortalité passant de 40 à 5 %, chose assez exceptionnelle pour l'époque.

Alfred VELPEAU (1795-1867), chirurgien français, rend compte devant l'académie de médecine, en 1859, d'une intervention pratiquée sous seule anesthésie hypnotique (par Eugène AZAM, Paul BROCA et Eugène FOLLIN)⁴. Ils ont procédé à l'ablation d'une tumeur anale à l'hôpital Necker : la patiente n'a manifesté aucun signe de douleur.

Mais l'apparition de l'anesthésie chimique, protoxyde d'azote, éther et chloroforme, chasse progressivement l'hypnose du bloc opératoire pour les 100 années suivantes. L'anesthésie chimique est fiable et assez reproductible. L'hypnose est alors un sujet de réflexion pour les neurologues (Jean Martin CHARCOT, Antoine LIEBAULT, et Hippolyte BERNHEIM) échafaudent tous des théories sur l'hypnose qui intègre alors le champ des psychothérapeutes.

Mais c'est **Milton H. ERICKSON (1901-1980)**, psychiatre américain, qui pose les bases de l'hypnose contemporaine. Il est formé à l'hypnose classique, très directive mais va très vite s'en détourner pour élaborer sa propre théorie. Elle est basée sur le fait que la transe est un phénomène banal, naturel,

auquel chacun d'entre nous a la faculté intrinsèque d'accéder. D'après Erickson, le patient possède en lui toutes les ressources nécessaires à sa guérison et le thérapeute est là pour lui permettre d'y accéder. Le patient devient acteur de sa prise en charge.



Milton ERICKSON

À partir du milieu du XX^e siècle, les anesthésistes s'intéressent de nouveau à l'hypnose. L'association médicale britannique déclare en 1955, qu'il y a une place pour l'hypnose en anesthésie. « *C'est une méthode efficace pour soulager la douleur obstétricale sans changer l'évolution normale du travail.* » Cet intérêt des anesthésistes pour l'hypnose connaît ensuite des hauts et des bas. Elle est plutôt considérée comme une technique complémentaire de l'anesthésie que comme une alternative.

Dans les années 1990, **Marie Élisabeth FRAIMONVILLE** développe la technique d'hypno sédation au CHU de Liège en Belgique. Elle a réalisé, à ce jour, plus de 4500 interventions chirurgicales sous hypnose et anesthésie locale, et étudie désormais la neuroimagerie de l'état hypnotique. C'est d'ailleurs cette imagerie fonctionnelle du cerveau ⁵ qui permet à l'hypnose de connaître une crédibilité scientifique et lui permet de devenir un sujet d'étude légitime aux yeux de tous. Il était difficile de trouver des paramètres physiologiques mesurables identifiant l'état hypnotique ; et une étude en double aveugle est rigoureusement impossible à mener.

La tendance à effectuer les gestes invasifs sous sédation qui a réveillé l'intérêt pour l'hypnose : l'hypno sédation est venue en complément des techniques pharmacologiques. La Société Française d'Anesthésie Réanimation reconnaît en décembre 2005 : « *la validité du recours à l'hypnose en anesthésie sur la foi de publications scientifiques de qualité ayant expliqué les mécanismes et les conséquences de l'hypnose* », de même « *la validité de l'hypnose dans le contexte de l'anesthésie pédiatrique ainsi que dans la prise en charge de la douleur* ». Néanmoins, la SFAR déclare bien qu' « *elle ne peut se substituer à l'anesthésie générale mais plutôt comme un adjuvant de l'anesthésie dont elle améliore la qualité dans certaines circonstances* ».

Ce qui n'empêchera pas **Jorge ABIA** de réaliser, au Mexique, une transe hypnotique (en septembre 1988) qui permet la première cholécystectomie sous hypnose ...

II. Qu'est-ce que l'hypnose ?

Définir l'hypnose n'est pas chose facile, en effet, les définitions diffèrent quelque peu selon la profession des auteurs.

Pour *Antoine Bioy* : « c'est une façon de structurer la relation à l'autre qui va autoriser le patient à vivre un certain nombre d'expériences qu'il pensait ne plus lui être accessible, ou difficilement. » Cette définition est un peu éloignée de l'usage que nous avons de l'hypnose en anesthésie.

Les deux suivantes éclairent le point de vue d'un anesthésiste qui s'essaye à l'hypnose :

Pour *Jean Godin* : « l'hypnose est un mode de fonctionnement psychique 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, dans une relation de confiance ».

Pour *Philippe Rault* : « C'est un processus dynamique dans lequel le sujet modifie son orientation à la réalité avec une focalisation vers le vécu intérieur et une mise entre parenthèses des éléments extérieurs non pertinents »⁶.

A. La clinique

1. La conscience ordinaire

C'est une **CONSCIENCE CRITIQUE**.

Cet état se caractérise par la mobilité continue de l'attention et la capacité de se porter d'une information à l'autre afin de pouvoir s'adapter à l'environnement. En conscience ordinaire, nous confrontons en permanence ce que nos sens nous renvoient, nos perceptions, et ce que nous pensons, ce que nous analysons. À chaque instant, il y a interaction entre notre observation du monde extérieur, nos connaissances, nos idées personnelles et nos croyances ; ceci nous permettant de contrôler notre attitude et de décider ce que nous faisons ici et maintenant. Nous adoptons ainsi un fonctionnement personnel et relationnel le plus souvent adapté et compréhensible. Nous possédons des capacités d'analyse et de jugement : un esprit critique.

2. La transe spontanée

Certaines circonstances de la vie modifient notre conscience. Ces circonstances sont le stress, la confusion, l'ennui ainsi que toutes les situations qui entraînent une saturation de notre capacité à réfléchir. Notre conscience va alors basculer vers un mode de fonctionnement autre : la transe spontanée.

Plusieurs fois chaque jour, l'attention est fixe, focalisée sur un seul objet, une seule idée. Il existe un rétrécissement du champ de conscience, une hypervigilance focalisée. Ce fonctionnement psychique est banal, normal. Ce phénomène est réversible, rapidement réversible. Il survient préférentiellement pendant des tâches habituelles, répétitives. Le corps est ici, mais l'esprit est ailleurs. Nous dissociions très régulièrement notre pensée pour mettre de côté nos inquiétudes, nos soucis...

Par exemple :

La séance de cinéma ou le concert, où l'on oublie un moment que l'on a la mémoire d'hypnose à travailler...

Lorsqu'on est douloureux, si l'on regarde un film qui nous absorbe, tout se passe comme si la douleur était moins présente ...

Lors de la conduite automobile où des kilomètres sont ainsi parcourus sont ainsi parcourus sans souvenir du trajet effectué. Mais si un danger survient, l'automobiliste est instantanément sorti de ses pensées et peut agir à bon escient.

Cet état de transe est naturel et spontané ; il survient plusieurs fois chaque jour chez chacun d'entre nous.

Deux critères sont fondamentaux et indissociables :

FOCALISATION : l'attention n'observe qu'une partie de la réalité

Plus elle est étroite, plus la transe est intense

Si un élément vient perturber le cadre (cri, chute d'objet, danger quelconque), la conscience critique est rapidement remise en action et nous permet ainsi de réagir

FIXATION : la conscience est absorbée vers une activité (intérieure : relative à un souvenir, ou extérieure : relative à un événement intéressant)

a. La transe positive

Elle contribue au bien-être et à l'évolution du sujet pour plus de sécurité, de confort et de plaisir ; permet aussi la mémorisation des seuls éléments bénéfiques.

b. La transe négative

La focalisation et la fixation se font sur des émotions négatives (peur, honte, douleur, ...). Elle a un rôle d'alerte. L'émotion est amplifiée par l'imaginaire. Cet état s'accompagne d'une rigidité mentale qui empêche le retour à l'état critique. On y retrouve aussi une rigidité corporelle et une tendance au froid.

Le patient n'entend pas la négation. La compréhension d'un message négatif est trop complexe à décoder : il entendra alors le contraire de ce qu'on veut lui dire. Il se projette dans un futur noir : « *la conviction de l'échec favorise considérablement celui-ci* ».

Son discours emploi des mots en conformité avec son état d'esprit : douleur, froid, peur, ...

3. La transe hypnotique

Le mode de fonctionnement de notre conscience, qu'est la transe, peut être obtenu et stabilisé grâce à l'utilisation de techniques de focalisation, de communication et de suggestion. C'est alors une transe hypnotique induite.

L'objectif d'une séance d'hypnose est de provoquer une transe positive à des endroits ou des moments qui ne s'y prêtent pas forcément. Elle est induite par un thérapeute qui guide son patient jusqu'à son retour à une conscience critique. Elle est plus intense et plus stable qu'une transe spontanée.

« *Faire de l'hypnose avec un enfant, consiste à lui proposer d'utiliser une ressource qu'il possède déjà, mais à un moment où il n'a pas l'idée de l'utiliser* ». ⁷

Le thérapeute a un rôle bien défini, il :

- Assure la sécurité et le confort
- Protège d'une transe négative
- Entretien et amplifie la transe

Trois conditions sont alors nécessaires pour une séance d'hypnose réussie:

- Motivation du patient
- Confiance envers le tiers
- Coopération du patient, acteur de sa prise en charge

Les signes cliniques de la transe

- ✓ Une distorsion du temps
- ✓ Une modification des perceptions douloureuses (qui sont alors perçues comme un inconfort)
- ✓ Une modification du tonus : hypotonie, catalepsie ou lévitation
- ✓ Une dissociation : le patient devient observateur de lui-même
- ✓ Des hallucinations sensorielles

B. L'apport des neurosciences

1. ElectroEncéphaloGramme

Dès 1949, des EEG sont réalisés sur des sujets placés en transe hypnotique.⁸ Alors que l'on imaginait l'hypnose comme une sorte de sommeil un peu particulier, l'analyse de ces EEG nous dit le contraire. L'hypnose n'est ni un coma, ni un sommeil, mais bel et bien un état de veille particulier.

2. PETscan

Par la suite le Pr FRAYMONVILLE utilise la neuro-imagerie fonctionnelle pour mettre en évidence les particularités cérébrales du processus hypnotique. La tomographie par émission de protons (PETscan) et la résonance magnétique fonctionnelle procurent des mesures indirectes de l'activité cérébrale par l'évaluation des débits sanguins régionaux. Elles partent de la corrélation existante entre l'activité neuronale et l'augmentation circonscrite dans le temps et l'espace des débits sanguins.⁹

Protocole

On étudie des volontaires sains. Ils sont placés successivement dans trois situations différentes :

- Premier temps : état d'éveil au repos, allongé, les yeux fermés.

- Deuxième temps : image mentale autobiographique : les sujets se remémorent un souvenir agréable.
- Troisième temps : ce même souvenir agréable leur est redonné aux sujets hypnotisés par un médecin.

Pour chaque temps de l'expérience, un PETscan est réalisé. Les modifications spécifiques de certains débits régionaux sont alors corrélées avec les modifications de l'activité cérébrale dans les structures visualisées.

Les résultats

- Les zones d'augmentation de flux sanguins cérébral des régions corticales occipitales, pariétales ou précentrales dépendant du contenu de l'hypnose. Si le sujet sous hypnose a choisi un souvenir visuel, auditif ou kinesthésique, alors les zones cérébrales activées ne seront pas les mêmes.
- Certaines zones ne sont activées que lors de la session hypnose : cortex cingulaire antérieur et cortex pré moteur (au contraire du temps d'évocation des souvenirs)
- D'autres zones sont spécifiquement inactivées lors de la session hypnose : cortex cingulaire postérieur et le précunéus (contrairement aux deux autres temps de l'expérience).

La conclusion

L'équipe du Pr Faymonville en déduit que « ***l'hypnose modifie objectivement l'activité cérébrale de certaines zones spécifiques.*** » Ces effets, bien spécifiques, ne sont pas superposables à ceux d'évocation de souvenir ni à ceux d'épisodes de relaxation.

III. Communication hypnotique

Les patients ne viennent pas « de gaité de cœur » à l'hôpital. Certes notre but est de leur amener une meilleure santé, et cela est bien louable, mais les moyens d'y parvenir ne sont pas souvent fort agréables. Les patients, jeunes ou moins jeunes, redoutent ces instants possiblement désagréables.

L'hypnose permet de modifier sa façon de communiquer. En cela c'est la première marche vers une hypnose plus formelle. Cela a été la première conséquence bénéfique de ma rencontre avec l'hypnose : la modification dans mon attitude avec les patients : prendre conscience des mots et des attitudes utilisés chaque jour et les changer s'ils sont inadaptés.

« L'Hypnose Conversationnelle est une forme d'hypnose sans hypnose. Elle consiste en effet, à potentialiser l'inconscient du client en contournant les limites de son esprit conscient sans avoir recours à une transe formelle. Pour cela, le thérapeute / coach va utiliser des stratagèmes thérapeutiques ainsi qu'un langage qui présuppose le changement. »¹⁰

D'ailleurs :

« 80 % des personnes formées à l'hypnose utilisent la technique pour réaliser des gestes opératoires. Mais 100 % des anesthésistes initiés ont changé leur relation au patient et notamment la façon de communiquer avec lui ».¹¹ Cet outil relationnel, ces techniques sont plus efficaces que la simple empathie.

Toute forme de communication comporte plusieurs niveaux, conscients ou non :

- Langage verbal
- Langage para verbal : c'est à dire le ton, le rythme de la voix
- Langage non verbal : l'attitude, les gestes

A. Le langage non verbal et para verbal

« L'Homme est convaincu que la nature l'a doté d'un organe spécifique pour communiquer : l'appareil phonatoire. Hors, il n'en est rien. Dans l'évolution, les cordes vocales étaient la dernière barrière à toute intrusion de corps étranger dans l'arbre respiratoire. Il en est tellement convaincu qu'il en a oublié qu'il communiquait aussi avec son corps entier. »¹²

En effet, selon le psychologue américain, Albert Mehrabian, les mots ne représentent que 7 % du message de la communication totale, le para-verbal 38 % (débit, timbre de voix, ...) et donc reste 55 % pour le non verbal. Selon l'École de Paolo Alto, les moyens verbaux porteraient 30 à 35% de la signification du message, tandis que les moyens non verbaux véhiculeraient 60 à 65 % de l'information.¹³

Les moyens de communications non verbaux :

- **Le regard** : il peut tout exprimer à condition d'être en face à face
- **Les expressions faciales** : au nombre de 6 (joie, surprise, peur, colère, tristesse et dégoût). Elles sont assez superposables d'une culture à l'autre.
- **Le kinesthésique** : par les gestes, les attitudes des membres
 - Les autocontacts (pincement de lèvres, grattage, mains dans les cheveux,...) ils expriment une réflexion interne ou une quête de ressources
 - Les dérivations (tripotage de stylos, ...) dénotent un trouble
 - Les contacts avec l'autre : l'acceptation en est très différente selon la culture (les asiatiques ne se touchent pas alors que les latins sont très tactiles ...)

Bras croisés : bouclier de défense : communication difficile

Jambes croisées : absence de signe d'ouverture

Aucun membre croisé : écoute et attention

La **proxémique** est la distance entre deux personnes qui interagissent, elle a été étudiée par Edward T Hall (anthropologue) en 1963. On retrouve une suite d'espaces :

Intime : 15 à 60 cm, réservé aux proches

Privé : entre 60 cm et 1m20, c'est la distance à respecter en société

Social : jusqu'à 3 m, elle sépare les personnes qui ne se connaissent pas



Dans la communication le corps a toujours raison, même si le discours exprime le contraire.

Le premier contact débute dès la consultation d'anesthésie :

- ✓ On se présente, « bonjour aux parents », mais aussi et surtout à l'enfant avec son prénom
- ✓ Pas de blouse : je n'en ai pas un besoin formel car pas d'actes techniques « salissants » mais surtout pour montrer que je ne suis pas qu'un médecin, je suis une personne comme eux avant tout. Cela donne une relation plus égalitaire. Même si cela est illusoire au moins en partie.
- ✓ Pour l'examen clinique : je me mets sur une chaise à côté de celle où l'enfant s'est mis spontanément en entrant. Cela est beaucoup mieux accepté que la table d'examen où il se trouve allongé, peut se sentir agressé, dans une position dominant dominé.

On peut aussi laisser une certaine **PERMISSIVITE** même si elle est illusoire:

- ✓ « *tu préfères que je vienne près de toi sur la chaise où tu viens me voir ?* », dans tous les cas, l'enfant est examiné !
- ✓ « *tu auras le choix : souffler dans le ballon pour t'endormir ou utiliser la pommade magique ?* » dans tous les cas tu vas dormir !

Ensuite au bloc opératoire

L'enfant est accueilli : cela veut dire qu'il est attendu, tout a été préparé pour lui spécifiquement. On le connaît, c'est Là encore on se présente au besoin : le masque est abaissé, la communication est plus facile sans cette barrière. Ce sont les parents qui nous confient cet enfant à l'accueil du bloc. La relation de confiance est dès lors renforcée, surtout que nous ne sommes pas des inconnus : nous avons été le voir le matin dans sa chambre pour la visite pré anesthésique obligatoire. On connaît ses centres d'intérêts, ses loisirs, le nom de son doudou éventuellement. À tout moment cet enfant est l'objet d'un regard bienveillant.

Pour décoder les messages des patients, encore faut-il les regarder et ne pas accueillir cet enfant le nez dans le dossier d'anesthésie en ne lui jetant qu'un coup d'œil rapide !

On est à son écoute : si besoin on **REFORMULE** ses attentes ou inquiétudes pour bien lui faire voir qu'elles ont été entendues et de là on va plus en avant. Nous nous devons d'être à l'aise, calmes, sereins. La posture, l'expression du visage et la distance font une bonne partie de la communication.

Accueillir un enfant les bras croisés n'augure pas d'une bonne relation future !

La distance avec l'enfant :

Il arrive dans son lit, mais la prémédication légère fait qu'il est le plus souvent assis, et non pas allongé, dans une position de dominé. On le prend dans les bras pour l'installer sur la table de bloc : cela crée un rapprochement, intensifie la relation : on entre dans la zone intime. On le regarde en face, on soutient son regard dans les yeux, mais toujours avec un regard bienveillant. Ensuite on se met côte à côte, ou au moins à la même hauteur. Et on commence une induction en se rapprochant de la tête, en chuchotant à l'oreille de plus en plus bas.

B. Le discours

À son arrivée, on prendra bien garde à écouter le patient et pas seulement à l'entendre d'une oreille distraite tout en regardant son dossier médical. Il s'agit de **l'ECOUTE ACTIVE**. On regarde le patient et avec la REFORMULATION de ces craintes, il saura qu'il a bien été compris. Ensuite, comme sa plainte a été écoutée, on peut passer à autre chose :

« J'ai peur des piqûres.... »

« Il ne faut pas, ça ne fait pas très mal » Pas très adapté !

« J'ai bien compris que tu avais peur des piqûres, mais aujourd'hui, j'ai amené ma pommade magique... Si tu veux nous pourrions essayer tout à l'heure ... » ... Reformulation et **CHOIX ILLUSOIRE** ! Le résultat est le même mais le vécu sera tout différent ...

Il nous est nécessaire de couper les ponts avec toutes ces années d'enseignement passées où l'on a appris des phrases stéréotypées que l'on répète inlassablement ... En effet le patient en transe, surtout en transe négative à son arrivée au bloc, n'entends pas les négations !

Les mots utilisés pour communiquer modifient l'activité du cerveau. On s'abstiendra d'utiliser le vocabulaire de la douleur. La simple utilisation de mots du champ lexical de la douleur (sans aucune

stimulation nociceptive) suffit à activer toute la zone cérébrale en rapport¹⁴, avec à la clé une anticipation qui entraîne un niveau de douleur plus élevé pour la même stimulation.

Donc en pratique :

EVITER	ESSAYER PLUTOT
Ne t'inquiète pas	Je suis là tout va bien
Je ne vais pas te faire mal	Ça va être confortable
N'ai pas peur	Je m'occupe de tout
Ne bouge pas	Reste calme et immobile
C'est froid	Je te mets du chaud pour te réchauffer
Je te mets des électrodes	Mes petits autocollants regardent si tu respires comme un garçon ou comme une fille
Respire dans le masque	Je te mets une petite odeur magique Essaye de gonfler le ballon
Attention, ça va piquer	La distraction

Les phrases employées seront courtes, directes, sans sous-entendu. La conversation est **SAUPOUDREE** de mots rassurants : confort, détente, qui seront modulés avec le ton de voix approprié.

Les **SUGGESTIONS** ont aussi leur place, même si elle se montrent plus efficaces distillées durant la transe hypnotique :

« *Quand tu vas te réveiller, tu verras maman (ou papa !) et ensuite comme tu auras faim, tu pourras manger et retourner chez toi pour jouer* », sous-entendu pas de nausées, pas de douleurs et pas de complication retardant le départ à la maison.

« *Tu es ici bien au chaud, bien installé très confortablement sur cette table* », qui est en réalité assez rigide et peu agréable.

La **CONGRUENCE** compte aussi : c'est le fait d'être en harmonie, en cohérence avec soi. Par un jeu de miroir, elle autorise celle du patient. Elle va permettre à l'enfant d'exprimer ses émotions. Elle impose une disposition à écouter ses émotions et à recevoir celles du patient.

L'attitude générale ne consiste pas à se mettre à la place de l'autre, mais à s'intéresser à la personne qu'est le patient, et à s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent. À l'image d'un compagnonnage, d'une alliance.

IV. Hypnose, anxiété et troubles comportementaux post opératoires

Le confort et le bien-être sont devenus la nouvelle quête de notre monde occidental. Il faut être détendu, zen, à tout prix, jusqu'à nous rendre coupables de ne pas l'être. La maladie du siècle, c'est le stress ; et tous les moyens sont bons pour le combattre. Un des domaines où cette quête n'est pas vaine, où elle est même essentielle, c'est le domaine de l'anesthésie. Bien avant la mode, l'anesthésiste a fait du stress un de ses principal cheval de bataille. En effet, d'après Lutgen, « *l'intervention chirurgicale représente un moment important pour l'histoire individuelle. La peur de la mort, la crainte de la douleur, l'inquiétude liée à l'amputation ou à la mutilation existe presque toujours. C'est l'expérience contre l'intégrité de la personne.* »¹⁵

L'intérêt d'une anxiolyse satisfaisante n'est plus à démontrer pour les futurs opérés : « *le rôle joué par l'anxiété comme facteur aggravant de nombreuses complications post opératoires est connu empiriquement depuis fort longtemps* ». ¹⁶ Déjà, dans son précis d'anesthésie chirurgicale de 1934, Forgeu insiste sur la nécessité de la « *pré narcose : ensemble des moyens propres à préparer l'anesthésie et permettant de diminuer l'angoisse du patient, d'accroître sa réceptivité pour l'agent anesthésique et donc de simplifier la mise en marche de la narcose* »¹⁷.

Qu'elle soit générale ou locorégionale, une anesthésie débute le plus souvent par une prémédication. Elle revêt un intérêt primordial, et ne saurait être remise en cause. Le seul référentiel de la SFAR sur la prémédication concerne celle de l'enfant, l'anxiété de l'adulte n'est que peu abordée. « *Si la prémédication de l'enfant semble être de moins en moins utile à l'anesthésiste, compte tenu de l'évolution des anesthésiques, elle apparaît de plus en plus indispensable à l'enfant, notamment dans la prévention des troubles du comportement post-opératoire* ». ¹⁸

Les buts de la prémédication sont ¹⁹:

- Diminution de l'anxiété préopératoire
- Facilitation de l'induction
- Diminution de la consommation de drogues anesthésiques
- Amélioration de la qualité du réveil

- Diminution des douleurs post opératoires

A. Mais qu'est-ce que l'anxiété ?

Selon Antoine Bioy : « *L'anxiété se manifeste par des troubles psychiques en réaction à un danger souvent non spécifique ou inconnu pour la personne. L'objet de l'anxiété se situe souvent dans l'imaginaire de la personne, tourné vers le futur.* »²⁰

Nous pouvons différencier différents types d'anxiété, toujours selon les mêmes auteurs :

L'anxiété légère : le patient conserve toutes ses facultés intellectuelles. Son niveau d'attention et de concentration est accru, ce qui peut l'amener à se focaliser sur des événements qui ne l'aurait pas marqué en temps normal. Il est en questionnement et souvent tourné sur lui-même.

L'anxiété modérée : « *Son champ de perception est rétréci et son attention est sélective.* » La concentration est plus difficile. Il adopte alors une position de replis, plus sécurisante.

L'anxiété grave : « *Leur champ de perception est encore plus réduit.* » Le patient ne perçoit plus que des détails, la faculté d'analyse a disparu.

La panique : « *Le champ des perceptions est déformé. Le patient ne comprends pas la situation* », il ne peut pas communiquer non plus.

Chaque patient est unique : il arrive avec son passé, son présent ainsi qu'un futur quelque fois chargé. Son vécu influence ses relations. Par exemple, un patient issu d'une famille aux lourds antécédents chirurgicaux n'abordera pas de la même façon une anesthésie qu'un patient issu d'une famille où on ne voit jamais le médecin.

Cette anxiété sera fonction :

- du sexe,
- de la douleur,
- des antécédents,
- du haut niveau d'études,
- du jeûn.

L'anxiété pré opératoire participe à la réponse au stress chirurgical²¹²². Elle provoque des changements adaptatifs des systèmes hormonaux, métaboliques et immunologiques qui peuvent devenir délétères. La balance azotée se négative, la cicatrisation est retardée, et on note une

immunosuppression post opératoire. Une anxiété préopératoire majeure serait associée à des épisodes hypoxiques au réveil et à des complications digestives²³.

L'équipe de Yale a inventé un score d'évaluation simple pour l'enfant : le score modified-Yale preoperative Anxiety Scale (m-YPAS). (Annexe 1). Il quantifie l'anxiété dans la phase d'attente au bloc ainsi qu'au moment de l'induction au masque²⁴. 40 à 60 % des enfants opérés sont anxieux¹⁸. Il est évident que cette anxiété fait obstacle à la coopération lors de l'induction. La conséquence est le refus du masque, et une induction forcée, facteur de risque de troubles psycho comportementaux post opératoires²⁵ (TCPO). En 1993, Lumley²⁶ retrouve tout de même 25% d'inductions forcées sur 50 enfants de 4 à 10 ans non prémédiqués !

« L'anesthésie d'un enfant que l'on maintient de force sur un table d'intervention durant qu'on applique le masque sur le visage est une situation inacceptable qui doit être vécue comme un échec par l'anesthésiste pédiatrique ».

B. L'agitation postopératoire

C'est un sujet très « à la mode » en anesthésie pédiatrique depuis quelques années, et la littérature sur les états d'agitation après anesthésie générale est assez pléthorique.²⁷ Le sevoflurane® utilisé en routine augmente l'incidence des états d'agitation (mais présente de tels bénéfices sur d'autres plans qu'il est devenu notre principal gaz d'anesthésie). Ce trouble est dû à une désorientation associée à une altération des perceptions avec une hypersensibilité aux stimuli et une hyperactivité motrice. Cette agitation peut durer jusqu'à 30 mn après la fin de l'anesthésie générale. Un peu comme s'il y avait un décalage entre la récupération somatique et la récupération des fonctions cognitives et relationnelles.

Les facteurs favorisants sont : l'âge préscolaire,
l'anxiété préopératoire
une douleur post opératoire²⁸.

Un réveil brutal chez un enfant d'âge préscolaire donc peu socialisé, dans un environnement hostile aux stimuli agressifs (personnes inconnues, bruits, froid, douleur) ne peut pas être paisible. La prémédication au midazolam majore ce phénomène car elle crée une lacune mnésique²⁹. Il est évident que l'utilisation de l'hypnose en prémédication et le retour doux possiblement différé à la réalité « ici et maintenant » vont diminuer la survenue de ces phénomènes⁴¹.

C. Les troubles psycho-comportementaux post opératoires

Depuis plusieurs années, des études s'intéressent aux conséquences psychologiques de l'anesthésie et de la chirurgie et en particulier à l'éventualité de séquelles. Un score est utilisé dans de nombreuses études : le score PHBQ ou Post Hospitalization Behavior Questionnaire³⁰. Il récence les différents trouble et les classe par catégories (Annexe 2).

Ce sont des troubles transitoires qui surviennent entre 2 semaines et 1 mois après l'intervention. Dans quelques cas (7 à 20 % tout de même), ces troubles peuvent durer jusqu'à un an après la chirurgie : troubles alimentaires, peur des blouses blanches et angoisse de séparation principalement³¹. Pour des chirurgies plus importantes (chirurgie tumorale, greffe cœur poumons), ces troubles sont encore bien plus importants et de durée plus longue³².

Ces troubles sont classés en plusieurs catégories :

- Anxiété générale : sentiment de peur et attitudes régressives (suction du pouce, manger les ongles)
- Angoisse de séparation : surtout chez les jeunes enfants
- Troubles du sommeil : anxiété au moment du coucher, réveils nocturnes, cauchemars
- Troubles de l'alimentation
- Apathie, repli sur soi, énurésie

Pour chaque item, les parents signalent s'ils ont constaté un changement par rapport au comportement préopératoire de leur enfant, et la fréquence de survenue du changement est aussi cotée.

Des facteurs favorisant les TCPO (troubles psycho-comportementaux post opératoires) sont :

- la chirurgie ORL
- l'âge de l'enfant (moins de 5 ans)
- une induction agitée³³
- l'induction IV plutôt que le masque (par peur de la pique, même sous ELMA®)
- un réveil rapide dans un environnement non familial³⁴
- l'anxiété et la douleur post opératoire

D. Comment prévenir ces troubles ?

La consultation d'anesthésie (obligatoire au moins 48 h avant une anesthésie programmée) permet de dédramatiser la future anesthésie sans pour autant en minimiser l'importance. L'anesthésiste

reçoit l'enfant et ses parents. Un dialogue, une relation de confiance s'y instaure. Des explications détaillées, claires y sont données sur le déroulement de l'hospitalisation et le passage au bloc opératoire. Un livret adapté est remis à l'enfant afin qu'il se prépare à l'anesthésie avec ses parents, en regardant tranquillement ce livre à la maison. Le parcours de l'enfant opéré y est décrit : de la consultation d'anesthésie, son entrée dans le service, son passage au bloc, en salle de réveil jusqu'à sa sortie à la maison. Il est richement illustré, il peut convenir dès 3 ou 4 ans.



Guide pratique de l'association SPARADRAP
Je vais me faire opérer

© Association SPARADRAP

i. L'anxiolyse chimique

Elle intervient au niveau de la prémédication donnée au patient la veille et/ou avant l'intervention. Elle est adaptée en fonction du patient, de la chirurgie et des conditions péri opératoires (ambulatoire par exemple). Des études montrent qu'une anxiété pré opératoire est corrélée avec un réveil plus lent, plus compliqué et plus douloureux³⁵. Certaines études évoquent une augmentation des consommations de produits anesthésiques et analgésiques post opératoires³⁶. D'autres rappellent que l'anxiété peut entraîner une prolongation du temps d'induction, pouvant être responsable d'épisodes d'hypoxie, de complications respiratoires et digestives, puis favoriser les TCPO³⁷.

Les molécules utilisées sont :

- **L'hypnovel®** : Elle procure une anxiolyse, une amnésie antérograde, une myorelaxation, n'a aucun effet antalgique et provoque une dépression respiratoire qui peut persister en post opératoire. C'est le produit le plus utilisé en France chez l'enfant.
- **L'atarax®** : Elle procure aussi une sédation, une anxiolyse, mais a peu d'effets respiratoires, et elle baisse la tension émotionnelle.
- **Le catapressan®** : C'est un alpha2 agoniste qui entraîne une sédation dose dépendante, diminue les besoin en analgésiques et induit une dépression respiratoire assez mineure.
- **Le neurontin®** : C'est un antiépileptique non barbiturique surtout utilisé en chirurgie carcinologique. Il entraîne une anxiolyse, une sédation ainsi qu'une action anti hyperalgésique.

Le médicament réunissant toute les qualités pour une bonne prémédication n'existe malheureusement pas¹⁶ ! On adaptera au mieux, en fonction du patient et des effets recherchés.

ii. La présence des parents à l'induction

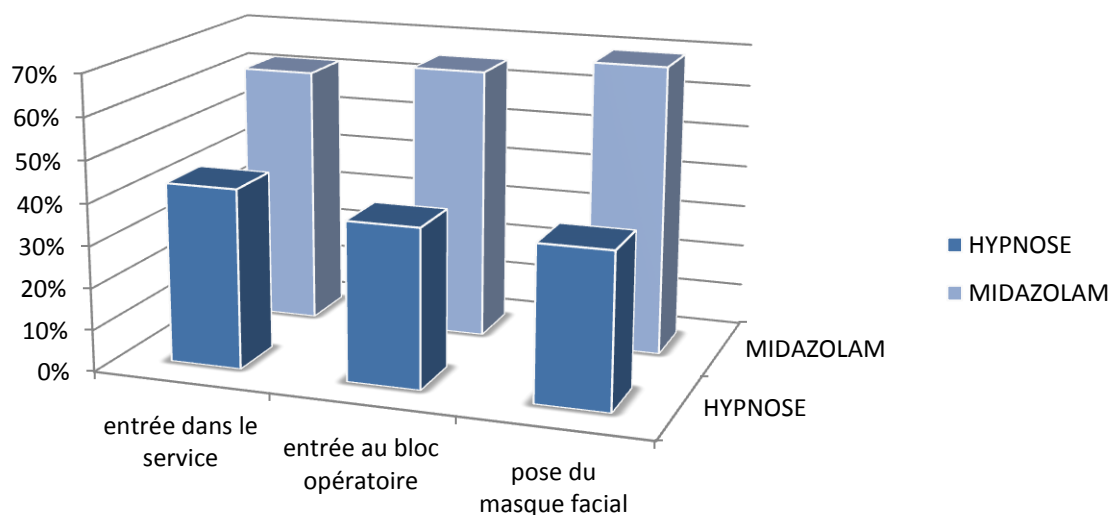
Dès les années 1960, des études concluent à l'efficacité de la PPIA³⁸ (présence des parents à l'induction) : sur un groupe de 32 enfants amygdalectomisés, ceux qui étaient accompagnés de leur mère durant l'induction étaient moins perturbés que ceux qui en étaient séparés. Depuis il a été montré que la prémédication chimique était au moins aussi efficace ; malgré tout elle reste pratiquée dans les pays anglo-saxons et scandinaves car elle augmente grandement la satisfaction des parents. Elle est peu pratiquée en France, principalement à cause de la perte de temps, de la gêne possible à travailler sous le regard du parent et des difficultés organisationnelles à faire rentrer des « étrangers » au bloc.

iii. L'hypnose peut-elle nous aider ?

L'adaptation de l'environnement du bloc opératoire par réduction des stimuli agressifs, ainsi que le fait que l'enfant n'ait qu'un seul interlocuteur à son arrivée au bloc, ont montré leur efficacité sur l'anxiété à l'entrée en salle jusqu'à la pose du masque, mais pas en post opératoire.

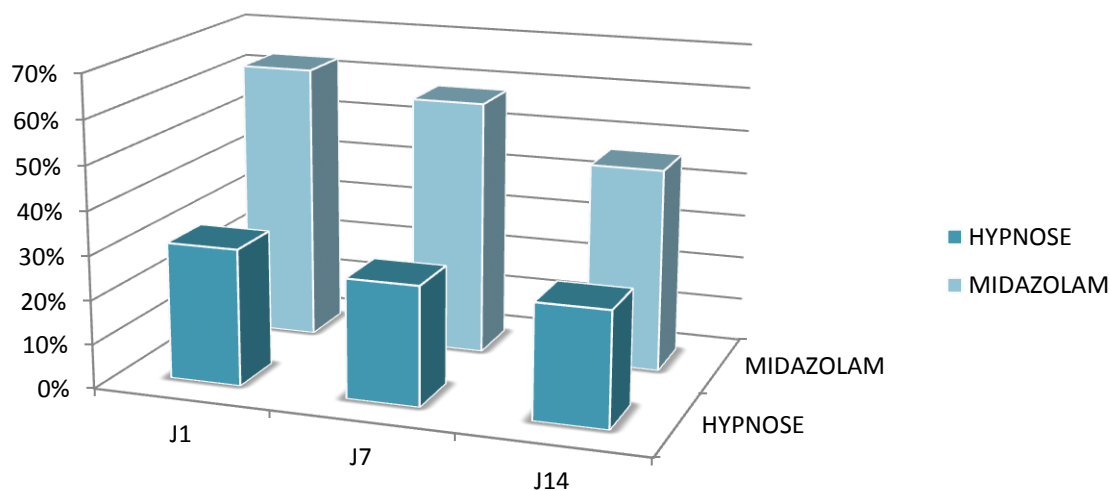
L'état hypnotique s'accompagne d'une distorsion du temps et d'un détachement bénéfiques lors de la présence des patients au bloc opératoire.

Callipel et al³⁹ montrent l'intérêt de l'hypnose pour réduire l'anxiété et les TCPO chez les enfants de 2 à 11 ans subissant une chirurgie abdominale basse en ambulatoire. Les TCPO sont significativement réduits durant les deux premières semaines post opératoires par rapport au midazolam (notamment l'agressivité et l'anxiété de séparation). En préopératoire : l'anxiété (score mYPAS supérieur à 24) sous midazolam augmente entre l'entrée dans le service jusqu'à la pose du masque facial et concerne au moins 60% des enfants. Pour le groupe hypnose le même score va en diminuant de l'entrée dans le service à la pose du masque facial et ne concerne plus que 40% des enfants.



Anxiété préopératoire : mYPAS > 24

Il existe une différence significative entre les deux groupes lors de la pose du masque facial



Répartition des enfants ayant présenté une aggravation du PHQB en post opératoire

La fréquence des troubles du comportement est plus élevée dans le groupe midazolam à J1 et à J7.

Une étude similaire a été réalisée à Rennes en 2008⁴⁰ : les résultats sont sensiblement identiques. On y conclut que « **seule l'hypnose diminue l'anxiété préopératoire jusqu'à la pose du masque facial.** » « *L'enfant parvient à faire abstraction de la réalité environnante.... Son monde imaginaire va le guider vers la diminution de l'anxiété et la modification du seuil douloureux.* » Cette étude a renforcé la place de l'hypnose dans ce service d'anesthésie pédiatrique et désormais l'équipe réalise une partie des interventions sans anesthésie générale (en proposant une transe hypnotique et une anesthésie locorégionale aux enfants).

Fukumoto⁴¹ étudie l'intérêt des suggestions hypnotiques lors de l'introduction du sevoflurane® : « *l'odeur va progressivement, de façon magique, se transformer en une odeur que tu aimes* ». La tolérance à l'induction est grandement améliorée et ils en gardent ainsi « un bon souvenir ».

Depuis d'autres ont montré que l'hypnose diminuait l'anxiété pré et post opératoire des patients adultes⁴² ayant bénéficié d'une prise en charge hypnotique préopératoire (et bénéficiant d'une anesthésie générale pour réaliser l'acte chirurgical).

Il est donc clair que l'hypnose présente un intérêt dans la prévention de l'anxiété pré opératoire : une des caractéristiques de la transe étant le confort, l'activité consciente se réduit, comme si notre esprit se mettait au repos.

V. Hypnose et douleur

En tant que soignants, nous dépensons tous beaucoup de temps et d'énergie pour effectuer des gestes potentiellement douloureux auprès des enfants, de la manière la plus acceptable possible. Ces gestes nécessitent d'amadouer l'enfant afin qu'il se laisse faire, de le distraire pour pouvoir travailler calmement ... Dans ces conditions, l'hypnose devient un outil non négligeable, et permet de pratiquer des soins dans une ambiance beaucoup plus « sereine ».

A. La douleur : c'est quoi ?

Selon la définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain) : « *la douleur consiste en une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* »⁴³.

Selon Price, « *la douleur est une perception somatique qui comporte*

1. *Une sensation corporelle possédant les critères énoncés lorsqu'un tissu est lésé*
2. *Un vécu de menace associé à cette sensation*
3. *Un sentiment de déplaisir ou tout autre émotion négative* »

La douleur n'est pas qu'une sensation, c'est aussi une émotion. Bien que la douleur soit une expérience subjective universelle, la façon de la percevoir et de l'interpréter est modulée par une multitude de facteurs. Elle prendra donc des formes et des significations différentes d'un individu à l'autre.

B. Douleur et hypnose

Des volontaires sains subissent une stimulation douloureuse du nerf supraorbitaire. Lorsqu'ils sont placés en transe hypnotique, le seuil de la douleur est augmenté de manière significative⁴⁴. Les mêmes expériences ont été réalisées avec des volontaires chez qui on provoquait une stimulation

douloureuse avec de l'eau froide. Il est rapporté une **diminution de 50% environ de la douleur évaluée chez des sujets hypnotisés** par rapport à la population du groupe contrôle.

Ces recherches ont pu mettre en évidence les aires cérébrales associées au système nociceptif ainsi que les aires impliquées dans la modulation de la douleur. Il apparaît clairement que six aires sont le plus fréquemment mises en causes dans ces phénomènes : les aires somesthésiques primaires (S1) et secondaires (SII), le cortex cingulaire antérieur, l'insula, le thalamus et le cortex préfrontal⁴⁵.

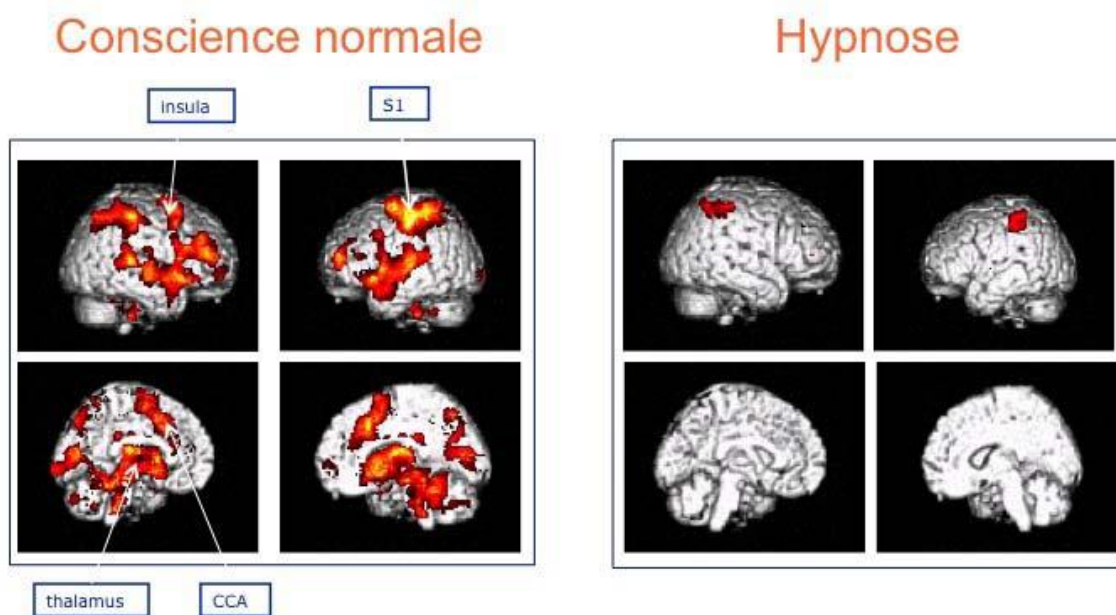


Figure 1. Représentation des zones cérébrales activées lors d'une stimulation douloureuse en état de conscience normale (panneau gauche) ou en hypnose (panneau droit). En état de conscience normale, le cortex cingulaire antérieur (CCA) et le réseau neuronal impliqué dans la douleur (cortex pré-frontal, aire motrice pré-supplémentaire (S1) striatum, cortex insulaires et périgénuaux, thalami et tronc cérébral) sont activés. En état hypnotique, l'activation de ces régions par les stimuli douloureux est atténuée.

Illustration tirée des travaux du Pr FRAYMONVILLE⁴⁶

Dans une version très très simplifiée et simpliste que les puristes me pardonneront, j'espère :

L'aire somesthésique primaire permet la localisation de la douleur

L'aire somesthésique secondaire semble être responsable de l'intensité de la douleur

L'insula permet une réponse émotionnelle adaptée à la douleur

Le cortex cingulaire antérieur produit une évaluation du désagrément lié à cette douleur

Le cortex préfrontal jouerait un rôle dans l'évaluation cognitive de la douleur

L'hypnose active le cortex cingulaire antérieur, modifie sa connectivité avec les autres régions impliquées dans la gestion de la douleur. Elle entraîne un changement dans la perception affective de la douleur. Il y a inhibition des perceptions et modulation du codage du message douloureux.

Il est plus question d'une **réduction de l'aspect désagréable** (réduction de la composante sensorielle et affective) que d'une réduction de l'intensité de la douleur.

C. Comment utiliser l'hypnose en douleur aigue ?

Plusieurs pistes sont possibles :

1. **Suggestions directes** d'anesthésie hypnotiques (gant magique, pommade anesthésiante)
2. **Réinterprétations de la douleur** (réifications puis modulation de la chose : « l'étau qui serre devient un bandeau, la brûlure une légère sensation de chaleur »)
3. Suggestions permettant d'éloigner la douleur, **dissociation** (« tu peux laisser ta main blessée ici ... et partir ailleurs ... écouter le bruit des arbres ... le souffle du vent...»), déplacement de la douleur dans une autre partie du corps, ...)
4. **Hypnose et MEOPA** : le MEOPA® est un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (ou gaz hilarant...). Il est utilisé seul ou en complément d'analgésiques ou de sédatifs. Le MEOPA potentialise l'hypnose et inversement. Depuis 2005, l'unité douleur de l'hôpital Robert Debré (Paris) a effectué plus de 1000 interventions sous « MEOPA/imagination ». Ils concluent à une plus grande efficacité sur l'analgésie et le confort que le MEOPA seul.⁴⁷ « On demande à l'enfant de voyager ou de faire quelque chose qu'il aime. Une injonction paradoxale peut aussi être donnée. « Je me demande si tu vas réussir à ne pas rire en respirant dans ce masque ... » ».

VI. Conclusion : le travail au et autour du bloc opératoire : quelles conséquences sur la pratique de l'hypnose ?

Le travail de l'anesthésiste est découpé en plusieurs moments clé :

La consultation préopératoire : lieu de rencontre et d'échange. L'hypnose peut y être abordée, expliquée aux parents et à l'enfant. On se renseignera sur les loisirs, les passions de l'enfant, et surtout les aspects de son monde imaginaire. Le canal sensoriel préférentiel sera aussi noté. Idéalement, une fiche hypnose est remplie à l'image de la fiche d'anesthésie.

La visite préopératoire : elle a le plus souvent lieu le matin de l'intervention, dans la chambre de l'enfant accompagné par ses parents. Elle est médicolégale et obligatoire pour le médecin. Les vérifications d'usage y sont faites (le jeun, l'absence de fièvre ou infection des voies aériennes supérieures, la nature de l'intervention ainsi que les techniques d'anesthésies qui seront mises en œuvre). Une prémédication chimique est au besoin prescrite.

Le bloc opératoire : toute l'équipe doit être sensibilisée pour permettre une pratique dans de bonnes conditions. La communication hypnotique doit faire « tache d'huile » et se transmettre entre les professionnels de santé. Il n'est pas question de demander un silence religieux pour pratiquer l'hypnose (tout le monde doit pouvoir travailler) mais quelques petites attentions suffisent.

Pas d'ouverture de boîte stériles bruyantes tant que l'enfant n'est pas en transe

Un interlocuteur unique qui s'adresse à l'enfant et mène la transe hypnotique

Un langage positif

Une utilisation immédiate par l'hypnothérapeute de l'environnement (« faire feu de tout bois »)

Des suggestions post hypnotiques fondamentales

La salle de réveil : calme, sans grandes stimulations auditives et visuelles (dans l'idéal d'un monde parfait !!!! pour qui fréquente le bloc), où les parents peuvent rentrer dès que l'enfant est installé et avant qu'il ne soit complètement éveillé, ceci limitant l'agitation du réveil.

Une visite post opératoire : dans le service de chirurgie. On ratifie la transe et on vérifie que l'enfant ne subit plus de distorsion du temps et de l'espace. On s'inquiète de son vécu de l'expérience.

L'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire est vraiment un plus. Elle n'est pas très consommatrice de temps mais nécessite quelques adaptations par rapport à notre pratique habituelle. Certes, il y a un commencement qui peut être chronophage mais par la suite les inductions sont rapides et le rythme de la journée ne sera pas ralenti. De plus, j'espère vous avoir convaincu que c'est une chance à offrir à nos patients, les petits comme les plus grands.

Les principaux bénéfices sont sur la gestion de l'anxiété, l'acceptation du masque facial ou de la pose de la voie veineuse, la moindre survenue de troubles de comportement post opératoire. Il a aussi été démontré plusieurs autres bénéfices de cette technique, notamment par l'intermédiaire des suggestions post hypnotiques :

Une diminution des nausées et vomissement post opératoires

Une reprise du transit plus rapide

Une diminution des saignements péri opératoires

Une réhabilitation plus rapide

Une meilleure cicatrisation des plaies

L'absence de diminution de l'immunité due au stress

METHODOLOGIE

Description de la population

Je travaille au CHU de la Réunion, au Nord de l'île, dans le service d'anesthésie depuis quelques années. Mon activité est assez variée.

Dans la journée je pratique l'anesthésie pédiatrique, exclusivement. Nous prenons en charge les enfants de la naissance à leurs 18 ans, même quelques fois bien plus que leurs 18 ans ! Ils peuvent se scinder en deux populations distinctes :

Les enfants qui arrivent pour une ou deux interventions (le plus souvent assez bénignes) et qui sont de passage : une fracture à soigner où il faudra ensuite enlever le matériel posé, une appendicectomie en urgence, une ectopie testiculaire bilatérale où le deuxième testicule sera repositionné lors d'une prochaine hospitalisation, ...

Les patients atteints de pathologies chroniques que l'on suit durant de nombreuses années tout le long de leur parcours chirurgical : les enfants d'oncopédiatrie (que l'on voit pour les biopsies, la chirurgie tumorale , les poses et déposes de chambre implantable), les insuffisants rénaux (qui bénéficieront de biopsies, de néphrectomies, de pose de cathéter de dialyse et que l'on finira par greffer) , les infirmes moteurs cérébraux (qui ont besoin d'un nissen-gastrostomie puis des chirurgies des membres, du bassin et du rachis lors des malpositions) ,

J'ai choisi dans un premier temps de me focaliser sur « les enfants de passage ». Je n'ai débuté ma formation sur l'hypnose qu'en janvier 2013 et ce fut la première, mise à part des contacts et quelques suivis de consultation en centre antidouleur à Paris. Je suis peu sûre de mes capacités hypnotiques et du bien-être que je peux apporter aux enfants (je le suis un tout petit peu plus aujourd'hui ...). Je ne voulais pas compliquer une relation à long terme avec un échec ou une attente déçue en ayant fait espérer un bien être que je n'aurai pas su apporter.

Parmi ces enfants « de passage », certains sont Réunionnais. C'est-à-dire qu'ils habitent l'île, sans juger de leurs origines ou du lieu de leur naissance. D'autres viennent spécialement pour cette intervention chirurgicale et habitent Madagascar, l'île Maurice, les Seychelles ou Mayotte. Afin de pouvoir réaliser une séance d'hypnose, il est nécessaire de pouvoir se parler et se comprendre ; ce qui de fait écarte une partie non négligeable des enfants des autres îles de l'Océan Indien.

Une autre partie de mon activité se fait en garde. À mon tour, la nuit et les week-ends, je délaisse mon déguisement de marchand de sable pour endosser celui, peut-être plus sérieux d'anesthésiste de la maternité. Une maternité niveau III, très technologique ... Nous proposons une analgésie (par péridurale essentiellement) aux femmes venant accoucher. Nous prenons en charge, conjointement avec les gynécologues, les grossesses à risque lors de leur hospitalisation, lorsque leur état nécessite une réanimation ou un traitement antihypertenseur lourd par exemple. Nous assurons aussi l'anesthésie pour les césariennes qu'elles soient programmées ou réalisées en urgence. Cette dualité dans mon activité me permet de garder un contact avec des patients adultes sans trop s'éloigner des nourrissons. Cette partie de mon activité est moins prédictive. Je vois ces femmes pour la première fois, à un instant critique de leur vie de femme, souvent dans l'urgence, quelques fois dans les pleurs. Là encore plus l'hypnose est d'un grand intérêt.

Description du cadre

Qui dit activité varié, dit aussi mobilité.

Pour les enfants, les séances d'hypnose peuvent se dérouler dans deux endroits :

- **Le bloc opératoire** : grosse structure de 8 salles d'intervention, une salle de réveil de 16 lits, et un service de soins intensifs post opératoires de 6 lits. Des dizaines de professionnels y travaillent. Les patients arrivent des services d'hospitalisation au bloc après avoir passé « la grande porte rouge », c'est un peu comme un rite d'initiation. Hormis le personnel du bloc, on ne sait généralement pas trop ce qu'il se passe derrière cette porte. C'est un peu mystérieux, et le fait de regarder « Urgences » ne simplifie pas l'idée qu'on s'en fait ! On a clairement l'impression d'une fourmilière, beaucoup de monde, beaucoup d'intervenants avec chacun un tâche bien précise à effectuer ; mais l'uniforme vert que l'on porte tous n'aide pas à nous différencier les uns des autres.

Différents professionnels s'occupent successivement des patients. L'accueil est fait par des aides-soignants qui inscrivent administrativement le patient dans le bloc. Ensuite les IBODE et IADE (et éventuellement l'anesthésiste) amènent le patient en salle d'intervention. Puis

l'anesthésiste arrive pour faire l'induction. Tout le monde se présente au patient, mais il est souvent dans une telle transe négative que ces informations ne sont pas intégrées.

Il règne en salle une température assez fraîche, pour des questions d'hygiène. La luminosité est importante. Le patient porte une tenue minimum : la blouse d'opérée, où sa pudeur n'est pas toujours respectée (notamment lors des mobilisations). En résumé : des intervenants multiples, une lumière agressive, du bruit, du passage, du froid, le tout en petite tenue !

- **Le service de chirurgie infantile** : l'atmosphère y est plus « pédiatrique ». Les couloirs et les chambres sont décorés. Il y a une salle de jeux, des enfants courent dans les couloirs. Les enfants sont rarement seuls : soit accompagnés de leurs parents, soit regroupés dans une grande chambre avec d'autres enfants. Les puéricultrices portent des blouses roses. Et il y a la télévision, des tablettes multimédias ...Très utiles pour les distractions hypnotiques ... Les clowns de l'hôpital viennent régulièrement s'y moquer des médecins. Néanmoins, les soins se font dans une pièce dédiée à cet usage, qui manque cruellement de décoration, l'une d'elle n'ayant pas même de fenêtre ! Les poses de perfusion des plus petits, les pansements des enfants facilement mobilisables, des plâtres sont faits dans ces locaux. Les enfants qui y entrent se sentent surement coincés, aculés.

En ce qui concerne la maternité : les locaux sont en cours de travaux. L'entrée est filtrée et l'attente habituelle. Ensuite la femme est examinée en salle de consultation par une sage-femme. Selon son état elle rentre chez elle, bénéficie d'un monitoring fœtal en salle de pré travail ou « passe en salle de travail ». C'est souvent dans ces salles de travail qu'elles voient l'anesthésiste. D'ailleurs il y a plein de sous-entendus possibles sur l'appellation de ces « salles de travail » ... Comme si donner la vie était un travail ... Les salles de travail sont ternes et tristes. Tout est accès sur la sécurité : du matériel de surveillance fœtale et maternelle, de quoi perfuser, des aspirations, un scialytique, du matériel obstétrical divers (ventouses, forceps, ...). La femme qui vient accoucher le fera face à un mur non décoré, sans musique, sans quoi que ce soit pour se distraire quel que soit le temps qu'elle y passe (parfois plus de 12 heures) ... Seule avec ses contractions, ses douleurs éventuelles.

Cette partie de la maternité n'a pas de fenêtre, le temps y est comme suspendu, on est véritablement « coupé » de l'extérieur, tant que l'enfant ne sera pas né ... Pas de visite, tout le monde attends à la porte du bloc obstétrical ! Seul le papa est toléré, ou une présence féminine au choix si le papa n'est pas là.

Les intervenants moins nombreux facilitent l'identification : la sage-femme, le gynécologue et son interne, l'anesthésiste et l'IADE.

RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

Les noms ou prénoms des patients ont été modifiés afin de respecter le secret médical.

Premier cas

Description de l'enfant et de ses demandes

Paul a 8 ans. Sa maman est manipulatrice radio au CHU. Je les rencontre durant une consultation d'anesthésie. Cet été, il a voyagé en Espagne et s'est cassé le coude. Il a été hospitalisé, mais le service qui l'a pris en charge n'avait pas de secteur chirurgical pédiatrique. Il a bénéficié d'une immobilisation plâtrée qui l'a bien empêché de profiter pleinement de ses vacances. De retour dans sa région métropolitaine d'origine, il est revu par un chirurgien adulte à l'hôpital de Toulon. Là encore pas d'équipe pédiatrique sur place. Le chirurgien fait un bilan radiologique et confirme la bonne voie de consolidation de sa fracture. De retour à la Réunion, Paul se présente à la consultation de chirurgie ortho pédiatrique pour l'ablation de son plâtre qu'il supporte maintenant depuis 6 semaines. Son coude reste douloureux, le bilan radio montre que la fracture n'a pas consolidé correctement et à la relecture des radios précédentes, il apparaît que Paul aurait dû être opéré pour stabiliser ce coude. Il repart donc de la consultation avec une nouvelle attelle plâtrée et un rendez-vous d'intervention rapide. C'est à cette occasion que je le vois. Paul est un bon élève, mais depuis la rentrée il ne peut plus écrire, ses résultats scolaires sont en berne. Il est friand de foot et de tennis qu'il pratique assidument ; mais il n'est même pas retourné voir ses coéquipiers jouer. Il est très stressé et extrêmement défaitiste : il a déjà vu deux chirurgiens mais son problème n'est pas réglé. Il envisage son avenir avec un handicap ! Il pense que personne ne peut rien pour lui.

La consultation a lieu dans les locaux d'anesthésie du CHU. La maman me raconte leur parcours chaotique, puis j'enchaîne sur une consultation anesthésique classique. C'est à l'évocation des craintes de Paul pour son avenir de travailleur handicapé (eh oui !!!) que je lui propose une prise en charge particulière avec de l'hypnose. La maman est d'emblée conquise mais Paul ne croit pas que cela servira à grand-chose. Je me renseigne sur ses loisirs habituel, essentiellement sportifs et nous concluons « qu'au pire cela ne fera rien, mais ... ». La porte reste ouverte.

Le matin du bloc, je vois Paul dans le service pour la visite pré anesthésique obligatoire. Toutes les consignes ont été respectées et Paul est physiquement prêt pour l'intervention.

Paul n'a pas formulé de demande précise, mais elle est sous-entendue, et transmise par la maman : « *vivement que tout cela soit terminé, que Paul puisse à nouveau se servir de son coude, et sans douleur* ».

Déroulé de l'entretien

Au bloc opératoire, j'accueille Paul avec l'équipe paramédicale. La prémédication chimique a été d'un faible secours car il est très tendu, mutique, en pleine transe négative. Nous installons Paul sur la table de bloc. J'ai retranscrit cette séance que j'ai pu enregistrer avec l'accord de sa maman.

« Bienvenu au bloc Paul, tu vois toute l'équipe est venue spécialement pour toi ... Installe toi bien confortablement sur la table, ... Nous allons te mettre le chauffage pour que tu sois bien installé, bien confortable (saupoudrage)... Nous allons commencer par ces pastilles ... Elles nous permettent de vérifier que tu respirez bien comme un garçon (installation des électrodes du scope) ... Et cette petite lumière rouge ... Elle est un peu magique ... Elle nous guide ... Et nous dit comment tu vas Bien »

« Comme tu es bien installé Bien confortable Je te propose de commencer (Paul n'a toujours pas décroché un mot). » Je me positionne près de sa tête, à la même hauteur que lui, assise sur le tabouret.»

« Je pense que j'ai bien envie d'aller faire un peu de sport ... Tu préfères ici et maintenant ... Faire une partie de foot ... Ou un match de tennis (choix illusoire) ... »

Paul : « Du foot » (première phrase !).

Dans la salle, l'ambiance est calme, mais pas de silence absolu. Les IBODE préparent doucement leur matériel et l'IADE est assis un peu plus loin dans la salle. Je calque ma respiration sur la sienne, en essayant petit à petit de freiner le rythme, et en prenant bien soin de parler à l'expiration, autant que faire se peut.

« D'accord, va pour Une partie de foot .Si tu veux bien ...Comme tu es confortable ... (confusion) ...Tu peux choisir la couleur des maillots ... Bien Ton équipe a un nom ? »

Paul : « *Les serpents* ».

« Bien tout ça ... Et l'autre équipe ... ? »

Paul : « *Les cobras* »

« Nous avons donc les cobras contre les serpents ... Les serpents contre les cobras Tu joues à quelle place ? »

Paul : *« Goal »*

« Et ... Tu peux voir le terrain ... ? »

Paul : signe de la tête. À ce moment-là son regard est fixé sur le mien, je n'ai pas de masque. Je suis toujours à côté de lui à la tête.

« ... Bien ... Très bien ... Et dès que tu veux ... Ou pas ... Tu pourras fermer les yeux pour mieux voir le match ». Ma voix est calme, le rythme lent, le son baisse de plus en plus. À ce moment-là, les paupières se ferment. *«...Voilà, ... On est bien installé ... Bien confortablement installés ... Il fait beau ... ? »*

Paul : *« Non il pleut ... » !!!!!*

« C'est agréable cette petite pluie ... On aura moins chaud ... Ce sera plus confortable... Tu sens ce vent qui arrive avec la pluie ... ? » application du masque facial Paul est toujours paisible

« Il y a même une petite odeur (J'ouvre la cuve de sévoflurane®) ... Peut-être celle de la pommade pour chauffer les muscles ou encore une autre si tu veux ... »

Paul : *« oui je sens ».* Grande inspiration de ma part, Paul fait de même (mirroring). Ensuite il s'endort paisiblement avec le gaz d'anesthésie à l'odeur si particulière qu'est le Sevoflurane®.

L'intervention se déroule normalement, Paul est désormais sous anesthésie générale, la conversation hypnotique est stoppée.

Je retrouve Paul en salle de réveil, il est réveillé de son anesthésie générale mais visiblement pas de sa transe. Les signes sont là : une hypotonie, une respiration calme, Paul a l'air de regarder au-delà de la personne qui est en face de lui, un peu comme s'il ne la voyait pas vraiment, le regard dans le vide.

Je reprends avec le même ton *« Alors Paul, ce match c'est comment ? »*

Paul : *« Super, ... j'ai pu arrêter 29 boulets ... Mais c'est l'équipe des cobras qui gagne ... C'est quand même un beau match ».*

Je tente une suggestion, *« tout à l'heure, quand tu seras parfaitement réveillé tu auras bien faim, tu pourras manger et ensuite tranquillement rentrer chez toi avec ta maman. »* Ensuite je propose à Paul de réintégrer son corps, de revenir parmi nous dans cette salle de réveil.

Et Paul revient avec nous, ici et maintenant. Il est content mais me signale qu'il serait bien resté joué un peu. Il accueille sa maman avec le sourire, puis regagne sa chambre. Le lendemain, Paul et sa maman quittent le service bien plus rassurés qu'à leur arrivée sur la guérison de ce coude.

Observation clinique

Paul arrive dans une transe négative dès la consultation. Il voit son avenir en noir, et s'y tient. Les propos rassurants de la maman et du chirurgien n'y ont rien fait. Si le planning de consultation avait été moins chargé, peut être aurais-je dû faire une première séance à ce moment-là. Mais l'organisation ne le permettait pas.

La proposition d'hypnose m'est venue spontanément, lorsque j'ai vu le stress de cet enfant. Paul n'a pas formulé de demande spécifique. J'ai proposé cette séance d'hypnose uniquement en pensant diminuer son stress péri opératoire et faire que cette chirurgie nécessaire soit mieux vécue.

Le jour du bloc, j'ai bien pensé commencer une induction dans la chambre dès son arrivée, mais je ne savais pas comment entretenir la transe jusqu'au bloc, ni même si c'était possible. Le timing de la journée ne s'y prêtait pas.

Au bloc, l'induction est rapide, Paul étant déjà un état de transe négatif. Je n'ai pas utilisé de VAKOG car mon but était de le faire rapidement quitter cet endroit stressant qu'est le bloc, le focaliser sur les appareils ou le scialytique aurait peut-être eu l'effet contraire.

J'étais un peu gênée pour trouver une idée afin d'introduire la pose du masque facial sur le visage, cette pluie soudaine m'y a bien aidé. La transe et son installation ont duré environ 7 minutes avant la perte de connaissance due à l'anesthésie. Ceci est très compatible avec les contraintes de temps imposées par la gestion d'un bloc opératoire.

En salle de réveil, j'ai été étonnée que Paul soit encore dans une transe légère (ou étais-ce l'effet de l'anesthésie qui perdurait un peu ?).

Le point d'organisation le plus problématique est d'être présent dès l'arrivée du patient et à son réveil en salle de réveil, pour le médecin. En effet, le plus souvent c'est l'équipe paramédicale qui accueille le patient au bloc, et le médecin anesthésiste n'est pas toujours présent au réveil effectif du patient (mais il reste dans l'enceinte du bloc !). Il peut gérer plusieurs salles ou faire des prescriptions post opératoires ailleurs dans le bloc.

Je n'ai pas pu revoir Paul depuis son intervention, mais sa maman (que j'ai rencontrée dans les couloirs de l'hôpital) m'a assuré que le match de foot l'avait bien aidé. L'intervention s'est bien passé, pas de nausées post opératoires, pas de douleurs importantes. J'ai pris soin de faire un bloc axillaire durant son anesthésie, ce qui lui a insensibilisé le bras pour quelques heures post opératoires. Il n'a souffert ni de nausées et vomissement, ni de troubles du comportement post opératoires. En aurait-il eu sans cette séance d'hypnose ? Paul est satisfait : il envisage la même prise en charge pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Deuxième cas

Description de l'enfant et de ses demandes.

Denis a 7 ans. Je le vois le matin du bloc pour la première fois, dans le service de chirurgie infantile. Il a bénéficié d'une consultation d'anesthésie 10 jours auparavant avec un collègue. Denis n'a jamais été opéré. Il n'a aucun antécédent médical non plus. Il vient se faire opérer d'une hernie inguinale. Il est assez stressé et a mal dormi cette nuit. Malheureusement pour lui, il ne doit passer au bloc qu'en fin de matinée, je lui fais donner un jus de pomme pour patienter jusque-là (au moins trois heures avant l'intervention afin de respecter le jeûn). Je réexplique à Denis son programme du jour, ne sachant pas vraiment ce qu'on lui a précédemment dit.

« Lorsque ton tour va arriver, l'infirmière te donnera un sirop qui fait un peu tourner la tête. Puis le brancardier va te descendre au bloc dans ton lit, avec l'ascenseur, tes parents vont t'accompagner. Et ensuite Au bloc.... On est tous déguisés.... En schtroumfs Verts Nous allons te mettre une petite lumière rouge au bout du doigt pour voir comment tu respire, et ensuite, dès que tu seras prêts tu souffleras dans un masque, assez pour gonfler le ballon et tu vas t'endormir. Après tu revois

papa et maman en salle de réveil puis tu pourras manger. Qu'est-ce que tu aimes bien faire à la maison ?

Denis : « *La cuisine avec maman ...* »

Déroulé de l'entretien

Nous accueillons donc Denis en fin de matinée au bloc. Il a été prémédiqué, mais reste un peu stressé Un bisou à maman puis on entre dans le bloc. J'installe les éléments de surveillance avec l'IADE. Dans le bloc tout est calme. J'ai prévenu l'équipe que nous ferions un peu d'hypnose avant d'endormir l'enfant. Je suis installée à la tête de Denis : je suis assise à sa hauteur, en bout de la table du bloc, près de sa tête. Denis est en état de transe négative. Il est immobile, ne parle pas, et observe finement tout ce qu'il y a autour de lui ... Il semble presque prostré.

« Le bloc c'est un peu comme une cuisine (confusionnant !) ... Et tu vois aujourd'hui, on peut faire un peu de cuisine ... Ensemble... Qu'est-ce que tu voudrais faire ? »

Denis : « *Des crêpes ...* »

Et nous voilà partis pour une séance de crêpes ! « *Maintenant que tu es bien installé,... Bien confortable,... Au chaud avec nous ... Je te propose de faire la recette des crêpes : on est sur la table de ta cuisine Tu la vois ? ...* »

Denis : « *Oui...* »

« On prend le saladier ... quelle couleur ?... »

Denis : « *Blanc ...* »

« On met la farine ... Un peu de sel ... Et des œufs, ... Il ne faut pas les oublier ... Tu vas les prendre ?... »

Denis : « *Dans le frigo ...* »

« Oui ... Si tu veux, ... Tu peux fermer les yeux pour mieux voir ... La cuisine ... Ou alors tu peux choisir de garder les yeux ouverts ... Voilà,... Bien,... On va bien mélanger tout ça... » Denis ferme les yeux puis les rouvre. Il est bien calme, respire amplement et doucement. Le masque est appliqué sur son visage, je continue mes crêpes ... « *On mélange puis il faut ajouter le lait ... Tout doucement, confortablement,* » Denis respire tranquillement à plein poumons le gaz anesthésique qui l'endort ... fini par fermer les yeux, pas d'agitation ... pas de plainte.

La suite de l'anesthésie puis l'intervention se déroule comme prévu.

Je retrouve ensuite Denis en salle de réveil :

« *Alors ces crêpes, elles étaient bonnes ?* »

Denis : « *Oui pas mal, mais tu vois finalement j'ai fait des crêpes à la menthe, elles avaient un drôle de gout !!!* »

On va chercher la maman de Denis, qui entre en salle de réveil.

« *Maman, j'ai fait des crêpes, mais elles étaient bizarres À la menthe ...* »

Denis a bien vécu son hospitalisation en ambulatoire. Les suites ont été simples : il n'a pas vomi. Et « *la prochaine fois j'essayerais un autre parfum, car menthe ce n'est pas très bon !* ».

Observation clinique

Pour Denis, les choses sont plus simples : il n'a pas d'antécédent de contact avec l'hôpital, et n'est pas trop inquiet quant à sa pathologie. Néanmoins comme tout enfant partant pour le bloc, il est stressé, et comme souvent arrive en transe négative. J'ai été assez étonnée de son désir de cuisiner (pas fréquent chez un garçon de 7 ans, souvent on fait plus de foot ou de jeux vidéo) et cela a été plus facile pour moi. Visualiser sa cuisine : sa « safe place » si l'on peut dire ?

J'ai bien apprécié la manière dont Denis a géré l'irruption du Sevoflurane® dans sa cuisine : c'est vrai que l'odeur est très particulière, pas forcément agréable, un peu « pomme pourrite » comme je dis souvent. L'idée de la menthe était parfaite, et Denis n'a pas été gêné dans la poursuite de sa transe. Là encore le déroulé des événements fut bref (quelques minutes) et tout à fait compatible avec le déroulement correct du programme opératoire.

Je n'ai pas fait de VAKOG, là encore pour ne pas réinstaller Denis dans la salle d'intervention pouvant l'effrayer, lui qui était déjà en transe. J'ai juste réorienté sa transe vers une activité agréable. Denis fait sans doute partie des enfants très hypnotisables, vu la brièveté de l'induction !

Troisième cas

Description de l'enfant et de ses demandes

Mariamamma est une jeune adolescente de 13 ans. Elle vit habituellement à Mayotte, mais n'est pas en situation régulière. Elle est d'origine comorienne et est arrivée à Mayotte en kwassa - kwassa (petite barque de pêche traditionnelle) avec sa mère il y a quelques années. Je fais sa connaissance lorsqu'elle bénéficie d'une EVASAN vers la Réunion afin de faire prendre en charge une tumeur bénigne du tibia. Comme ses parents sont en situation irrégulière, il ne leur a pas été possible d'accompagner Mariamma au CHU et c'est donc seule qu'elle arrive jusqu'à nous. Sa chance est qu'elle est scolarisée en classe de 5^e et donc parle très bien le français, ce qui va faciliter nos échanges.

L'intervention chirurgicale est longue et assez complexe, consiste en une ablation des deux tiers de la circonférence du tibia droit sur 15 cm (siège de la tumeur), une ostéosynthèse par plaque et une prise de greffe au niveau des deux crêtes iliaques. Elle dure 4 heures et est réalisée sous anesthésie générale. Mariamma bénéficie d'une analgésie post opératoire par péridurale. Les premiers pansements sont faits en chambre et se passent relativement bien car Mariamma est insensibilisée par la péridurale. Elle ne ressent aucune douleur. Malheureusement un pic thermique à 40°C nous oblige à ôter la péridurale le troisième jour, pour éviter une infection rachidienne. Le relais antalgique est pris avec une pompe à morphine, et à part une transfusion assez inévitable, le post opératoire se passe bien. Notre seul souci est le pansement. Nous avons fait une prescription de prémédication à cet effet (par hypnovel®) et la pompe à morphine est utilisée juste avant. Mais les infirmières nous rapportent des difficultés, Mariamma refuse le MEOPA®. Peut-être, ou pas, une conséquence d'une anesthésie au masque quelques jours plus tôt ? En tout cas, la veille au soir, le pansement n'a pas pu être fait.

Le lendemain je leur propose d'essayer de faire ce fameux pansement sous hypnose.

Déroulé de l'entretien

Nous avons convenu d'une heure et dès que l'infirmière est prête, « *on se lance : une première dans le service !* ». J'enregistre la séance avec mon téléphone posé sur la table de nuit.

« *Rebonjour Mariamma, tu vas bien ?* ». Je prends une chaise et je m'assoie. Mariamma est dans son lit, la télévision est allumée. L'infirmière est entrée avec moi, munie de son chariot. Une légère tension s'installe. La respiration se fait plus rapide. « *Installe toi bien confortablement dans ton lit ...Voilà ... Très bien...* ». « *Si tu es d'accord,... nous allons faire un petit exercice...* » Mariamma regarde intensément la télévision, juste un rapide coup d'œil au chariot ! À aucun moment on ne parle de pansement.

« *Je vais te demander de regarder ce qu'il y a dans ta chambre... La télévision où les images défilent sans cesse (c'est la chaîne des clips musicaux), ...Les murs roses, ... Les stickers de Dora l'exploratrice, ... Les petites taches au plafond* ». Mariamma est une adolescente docile et agréable, elle s'exécute. Je calque ma respiration sur la sienne dans le but de pacifier ce moment. « *Tu peux entendre, si tu en as envie, ... les paroles de la chanson (un truc en anglais sur la chaîne des clips), Peut-être même ...Tu peux entendre la petite berceuse du jouet de la chambre d'à côté....* » Toujours aucun mot, mais Mariamma s'applique. « *Tu es bien là, ... Installée bien confortablement sur le lit ... Allongée sur les draps ... Tu peux sentir ton corps fermement posé sur le matelas bien douillet ... Ta main gauche ...* » Je lui saisis la main. « *La main droite ... Où coule la perfusion ... La tête confortablement posée sur l'oreiller ...* (dissociation : ce n'est plus ta main, ta tête mais la main, la tête) *La jambe gauche bien détendue sur le drap, ... La jambe droite (opérée) délicatement allongée Voilà ... Oui c'est bien (ratification).* » A ce moment, Mariamma a le regard dans le vague, les yeux ouverts, la respiration calme.

« *Je te propose de faire Si tu es d'accord Un petit voyage imaginaire Si tu veux On peut aller à Mayotte... Il fait beau* »

Mariamma : « *Il fait chaud* »

« *Oui, il fait bien chaud ...Une douce chaleur humideTrès confortable* » (Confusion : la chaleur humide de Mayotte n'a souvent rien d'agréable, en tout cas pas de confort !), « *Oui, c'est ça ... Tu*

vois ... Pour mieux voir, il faut souvent fermer les yeux (confusion) Tu peux me dire ce que tu vois ?
»

Mariamamma : «Je suis chez ma copineOn se tresse les cheveux ... On va être belles. » Les yeux sont fermés.

« Bien ... Très bien D'abord, il faut enlever les vieilles tresses ... » L'infirmière prépare doucement son matériel, en silence.

Mariamamma : « Oui ... D'accord. »

« Voilà très bien Très très bien ... » Je fais signe à l'infirmière de commencer le pansement. « Les vieilles tresses sont là depuis longtemps, les cheveux sont bien emmêlés Ça tire un peu » Elle enlève le pansement. « Voilà ... C'est parti On démêle les cheveuxEt puis Si tu es d'accord On pourra commencer à tresser » Les yeux de Mariamma s'ouvrent et se ferment par intermittence, sa respiration est bien calme. « Il faut bien serrer ... Ça chauffe » L'infirmière passe les compresses imbibées de biseptine®. « Voilà Très bien Il me vient à l'idée une petite histoire Justement on me l'a raconté lors d'un tressage Quelqu'un de très sage ... »

« C'est l'histoire d'un petit hérisson.... Il vit avec toute sa famille dans une jolie prairie ... Au bord d'une routeUne nuit, le petit hérisson s'éloigne de sa famille ... Peut être pour aller faire pipi ... Peut être comme ça ... On ne sait pas trop ... Et puis, dans le noir, il perd son chemin ...Il ne s'y retrouve plus dans ce noir ... Tout noir ... Alors il décide d'attendre le bon moment, d'attendre qu'il fasse bien jour pour traverser ... Pour rejoindre sa famille ... Il se met en boule et il attends Le jour se lève mais les voitures aussi ...Il y en a trop ... Il doit encore attendre ... Attendre le bon moment ... Laisser du temps au tempsLe petit soir arrive enfin ... On y voit encore et plus de voiture ... Le petit hérisson se lance et traverse vite la route ... Sa maman et ses frères sont fiers ... Très fiers qu'il ait su attendre le bon moment pour revenir Le moment où il était plus en sécurité ... » Je dois être aussi dans la transe car je m'aperçois à ce moment-là seulement que le pansement est fini. Les instruments sont posés et l'infirmière écoute, peut être aussi un peu embarquée dans cette transe. « Voilà ... Maintenant quand tu le désireras Quand les tresses seront finies ...tu pourras revenir ...»

Mariamamma : «Pas encore »

.....
..... J'attends silencieusement « Voilà c'est fini.»

« Tu peux reprendre corps avec ton corps, sentir le matelas sous les bras, ... Ton bras gauche, ... Ton bras droit, Ton oreiller bien moelleux, ... Tes jambes bien confortablement positionnées..... Tu entends à nouveau les clips de la télévision, le téléphone qui sonneVoilà.....

Bien..... Et quand tu sentiras que c'est le bon moment ...Tu pourras ouvrir les yeux pour regarder autour de toi, les murs, le plafond, la chambre où tu es bien ... ici et maintenant ... ».

Observation clinique

Cette séance d'hypnose a permis de faire le pansement de jambe de Mariama. Elle a reçu auparavant des antalgiques : du paracétamol et de la morphine en auto administration. Le procédé avait été un échec la veille, l'adolescente refusant le pansement.

Le refus du MEOPA® est un phénomène nouveau après l'intervention. Mariamma avait bénéficié de prise de voie veineuse sous MEOPA® avant celle-ci. Au bloc, elle a eu une induction inhalatoire, au masque facial avec ce gaz halogéné à l'odeur si particulière. Cela peut être une explication.

La séance a débuté par un VAK bien classique, la docilité de Mariamma nous a sans doute facilité les choses. Ensuite nous avons été dans sa « safe place », où elle a pu pratiquer une activité qu'elle affectionne. La transe n'est pas extrêmement stable dans son intensité : tout au long, Mariamma fait des allers retours où elle ouvre à demi les yeux, et puis replonge. À certains moments les traits étaient un peu crispés, mais Mariamma n'a rien verbalisé, elle n'a pas non plus bougé. Cela a suffi pour faire le soin.

La métaphore n'était pas préalablement construite : une grande improvisation ! Je suis partie avec l'idée de la séparation avec les siens, et ensuite du retour au bon moment, en pleine forme. Je ne suis pas sûre de utilité, de son efficacité ni de ce qu'elle a pu apporter à cette adolescente.

Mon téléphone a sonné durant la séance, lors du VAK de fin (nous devons être joignables, mais j'aurais dû couper la sonnerie, laisser sur vibreur). Mariamma n'a pas été dérangée, ce bruit a été intégré au script.

En réécoutant l'enregistrement, il y a beaucoup de redites « voilà, bien, très bien ». Je n'en avais pas conscience mais cela a peut-être aidé dans la confusion, dans l'approfondissement de la transe ?

Au total, cette séance a permis de faire un soin refusé la veille. Mariamma était satisfaite, fière d'avoir réussi dans « cette épreuve du pansement ». Elle n'a pas beaucoup verbalisé sur la séance. Les pansements suivants ont pu être réalisés sans hypnose, car elle était plus sûre d'elle, plus sûre de la douceur de son infirmière ... Et parce que je n'étais plus disponible !

Par ailleurs plusieurs éléments qui sont possiblement problématiques :

Je ne lui demande pas d'autorisation de faire la séance d'hypnose. Mariamma est seule, sans représentant légal, et toutes les autorisations « administratives » ont été signées par sa mère à son départ de Mayotte. J'aurais dû lui expliquer le déroulement de la séance, et j'ai préféré garder l'effet de surprise pour plus d'efficacité. Après la séance, elle me dit que l'hypnose « *ce n'est pas ça. C'est plus des magiciens qui prennent le contrôle des gens et leur font faire des choses bizarres.* » Elle aurait sûrement été réticente.

De la même manière, il n'y a pas d'autorisation d'enregistrer. Mais j'ai bien pris soin de rendre anonyme les éléments discriminants.

Je la tutoie durant toute la séance. Nous travaillons tous les jours avec des enfants, et chacun de nous les tutoie. Le vouvoiement mettrait une distance, une rigidité préjudiciable aux relations.

Quatrième cas : une adulte

Description de la patiente et de ses demandes

Je croise Mme Hoarau un soir à la maternité du CHU. Je suis, ce soir-là, l'anesthésiste de garde en obstétrique et j'ai troqué mes calots joyeux contre une tenue un peu plus sérieuse. Elle a 29 ans, elle est enceinte de son premier bébé. Sa grossesse est à la 30^e semaine d'aménorrhée plus deux jours (les grossesses durent habituellement 41 semaines). Elle est accompagnée d'un homme, mais elle vit seule. Ils forment un couple particulier, ils ont décidé de ne pas habiter ensemble à l'arrivée du bébé. Cela ne me regarde pas, c'est leur histoire. Deux jours avant, elle a été hospitalisée à la maternité de St Paul, pour une « bête histoire d'hypertension », un coup de stress selon elle. Des antiHTA (loxen®)

ont été administrés per os, puis en IV, son hypertension ne baissant pas. Les obstétriciens de St Paul ont prévu une césarienne dans 15 jours, « *dès que le bébé sera un peu plus gros* ». Malheureusement son état de santé ne s'améliore pas : des phosphènes, des acouphènes, des céphalées apparaissent. Ces signes neurologiques ainsi qu'une albuminurie à 5 g/24 h motivent son départ pour une maternité de niveau III. Madame Hoarau nous arrive donc, un peu brusquée par la tournure des événements, transférée en urgence.

La veille, elle avait déjà du mal à imaginer la césarienne promise pour la prochaine quinzaine, et elle se retrouve là, allongée sur cette table ... Les réanimateurs néonataux viennent de lui expliquer les risques d'une naissance à 30 semaines ... Un peu plus tôt, elle a vu un autre anesthésiste, celui de la journée, qui lui a fait une rapide consultation, en vue d'une césarienne toute proche. Une sage-femme est venue poser le monitoring, puis est partie, laissant Madame Hoarau à ses inquiétudes. Leur propos ont tous été très durs, noirs, mais somme toute réalistes.

Il est 16 heures. Je prends ma garde et les sages-femmes me proposent de « *passer voir la dame, si je peux lui parler, si je peux faire quelque chose pour la calmer* ».

Déroulé de l'entretien

Madame Hoarau est en salle de travail, sur la table d'accouchement. Un monitoring fœtal est en cours. Le conjoint est recroquevillé dans un coin, un peu penaud. La lumière est crue, violente, les néons allumés. J'éteins de suite la lumière principale pour ne laisser que la petite veilleuse, c'est assez pour ce que je viens faire et moins agressif. Je me présente : « *Bonsoir, je suis l'anesthésiste du soir, ...* ». Effectivement l'angoisse est à son comble, Madame Hoarau prostrée, statufiée. Son conjoint ne sait pas vraiment que faire, ni comment se tenir. Je propose de suite une petite séance de relaxation, une séance d'hypnose à cette future maman, « *afin de retrouver un peu de sérénité* ». Elle accepte de suite, et le futur papa en profite pour s'échapper. Je lui demande « *ce qu'elle aime faire quand elle n'est pas à la maternité en urgence ...* ».

La séance d'hypnose étant improvisée, elle n'a pas été enregistrée. J'ai néanmoins essayé de retranscrire très rapidement (immédiatement en sortant de la salle de travail) les paroles qui y avaient été prononcées.

Je prends un assise, et demande à la patiente de s'installer confortablement, tranquillement, de trouver la meilleure position pour elle et pour son bébé. L'induction débute par un VAKO (sans le G)

assez classique : le plafond, les murs de la salle, le bip bip des bruits du cœur du bébé, puis un peu de kinesthésique avec ce bon lit « *bien moelleux* » de la salle de travail, pour finir avec « *les odeurs d'hôpital* ». Dès qu'elle a voulu, elle a fermé les yeux (assez rapidement en fait, sûrement pour s'extraire de cet univers stressant). Je lui propose de faire un tour dans un endroit qu'elle affectionne particulièrement. Elle choisit sa coiffeuse de quartier (encore une histoire de cheveux !) : « *Elle est pas chère, 17€. Et comme je ne fume pas, je peux y aller chaque semaine.* »

On entre donc dans le salon, les yeux de Madame Hoarau reste fermés. Je me cale sur sa fréquence respiratoire, parle sur l'expiration et essaye de faire diminuer la fréquence. Je décris son accueil, la blouse noire qu'on enfile, « *on met un bras, puis l'autre, sans oublier de fermer le scratch* ». La patiente parle vraiment beaucoup durant cette séance, n'hésitant pas à me corriger dès que je pars sur une description erronée. On s'installe au bac, « *elle me fait jamais attendre* », dès qu'elle désire, maintenant, ou plus tard. Il y fait bien frais dans ce salon (la salle de travail est torride, la climatisation ne fonctionne pas bien). Petit à petit Madame Hoarau s'apaise, sa fréquence cardiaque diminue, la fréquence respiratoire fait de même. Je ne suis pas obstétricien, mais le monitoring fœtal me semble mieux. On débute le shampoing, à l'eau fraîche, « *elle met jamais d'eau chaude* ». On passe au rinçage, puis aux soins. « *Elle me masse durant au moins 20 minutes de pose à chaque fois. C'est ce que je préfère.* »

À ce moment de notre séance, je propose à Madame Hoarau d'aller dans un endroit qu'elle aime bien et que seule elle connaît. « *D'accord, alors à Cilaos.* » Je ne sais pas où à Cilaos. Un endroit où elle est en sécurité, un endroit paisible. Puis nous y construisons une bulle protectrice. « *J'ai bien envie d'en mettre plusieurs, est ce que je peux ?* » On fait un ancrage « *pour garder cet endroit dans un coin du cerveau et pouvoir y retourner dès qu'on en a besoin* ».

On décide ensuite de retourner rincer ce soin qui pose depuis plus de 20 mn (en réalité bien moins, environ 3 à 4 minutes : distorsion du temps). Puis il faut sécher, passer le fer à lisser, « *pour être belle pour l'arrivée du bébé* ». Enfin, on refait le VAKO à l'envers, pour revenir ici et maintenant.

La patiente est nettement plus calme, rassurée, semble être en confiance, elle est même souriante ! Je sors de la pièce et regagne le bureau des sages-femmes.

L'une d'elle m'interpelle : « *je ne sais pas ce que tu as fait, mais le bébé est tout calme, on dirait qu'il dort ... Le monitoring est mieux.* » Je ne suis pas peu fière, bien qu'assez étonnée ! La sage-femme part préparer la patiente pour la césarienne (rasage ...). Je lui recommande d'être positive, « *toutes les horreurs lui ont déjà été dites et réexpliqués, cela ne changera rien, n'en rajoute pas* ».

Nous accueillons Madame Hoarau en salle de césarienne, au bloc d'obstétrique, elle a toujours ce sourire ! Je lui propose de se remettre dans sa bulle. Je pique la rachianesthésie : c'est une aiguille que l'on glisse entre deux vertèbres pour déposer anesthésique local et morphiniques dans le liquide céphalo rachidien ; non sans avoir auparavant étalé la fameuse « *eau qui endors la peau* », en fait juste un peu de Bétadine® alcoolique. Elle part à Cilaos, demande si elle peut fermer les yeux. Nous lui mettons une ambiance musicale douce, grâce à l'iphone de notre IADE. La césarienne se passe bien. Madame Hoarau ouvre un œil de temps en temps. Elle accueille sa fille qui crie, il est 17 h 16. Je lui dis quelques mots de confort de temps à autre, elle garde les yeux fermés, toujours avec ce même sourire. Tout va bien, « *vous avez su faire cela très bien* ». Madame Hoarau est amenée en salle de réveil.

Observation clinique

Cette séance d'hypnose s'est faite à l'improviste, rien n'était préparé. Le plus souvent, je me conditionne, réfléchit à ce que je vais dire, faire, aux techniques à employer. Dans ce cas, pas le temps.

La patiente était en panique totale, les décisions de transfert puis de césarienne ont été brutales ; et la patiente probablement en transe négative n'en a pas saisi les raisons, ne les a pas entendues. Son compagnon ne pouvait pas non plus la soutenir dans cette épreuve.

L'induction a été classique, VAKO, le côté gustatif de la chose ne m'ayant pas inspiré. Ensuite, l'activité favorite a été soufflée par la patiente. La « safe place » a été très utile, notamment pour la césarienne.

J'ai été d'abord désarçonnée par les paroles nombreuses de la patiente durant la séance. J'étais plus habituée à des quasis monologues, ou quelques mots distillés de temps à autre. J'ai cru qu'elle n'était pas en transe, mais les signes cliniques étaient là. Par la suite, ces paroles m'ont guidé, aidé dans mes propositions.

Le fait que la maman se calme a amélioré le monitoring fœtal et donc l'oxygénation foetale. La césarienne qui devait se faire en grande urgence (code orange) a finalement pu être faite un peu moins rapidement. Penser que la séance d'hypnose en est à l'origine paraîtra très très présomptueux, mais j'espère y avoir un peu contribué.

À l'arrivée de la patiente en salle de césarienne, je ne savais quoi faire. Elle était sortie de transe, nous avons inversé le VAKOG. Devais-je refaire une induction hypnotique ? J'ai finalement choisi

d'utiliser la « safe place », de continuer de distiller les mots de confort, sécurité, et d'utiliser une ambiance musicale calme. Elle est repartie en transe : la respiration calme, la distorsion du temps, l'hypotonie. L'équipe de bloc a été assez silencieuse, très calme, cela nous a bien aidé.

La patiente a eu des mots qui m'ont surpris en salle de réveil : « c'était agréable cette césarienne » !!!! Je n'ai su quoi dire ... ! Le lendemain, je suis allée la revoir dans sa chambre : elle m'a remercié du soutien que cette séance d'hypnose lui avait apporté. J'ai vraiment eu l'impression de lui avoir été utile, peut être autant qu'avec l'anesthésie rachidienne. Alors que cette naissance s'annonçait catastrophique, elle a finalement eu lieu dans le calme, la sérénité, avec une maman apprêtée qui sortait de chez le coiffeur

DISCUSSIONS THEORICO CLINIQUES

Rappel des problématiques et confrontation aux observations

La problématique était démontrer : en quoi l'hypnose pouvait m'aider dans ma pratique personnelle en anesthésie ?

A différents moments : au bloc, ou dans le service.

Pour différents patients : enfants et adultes.

Les objectifs pour les deux premiers enfants :

Le but était d'induire rapidement un état hypnotique permettant une anesthésie au masque facial sans ou avec le moins d'angoisse possible.

Et donc ainsi limiter aussi les TCPO.

Les objectifs pour Mariamma dans le service de chirurgie :

Réussir à effectuer un soin désagréable (et non douloureux).

Faire une suggestion positive sur son séjour à la Réunion, et la façon dont Mariamma a su gérer cet éloignement des siens.

Les objectifs pour la patiente de la maternité :

Assurer un meilleur vécu de cette césarienne non programmée et urgente.

Accueillir sereinement cet enfant, avec beaucoup de ressources qui seront ensuite très utiles.

Pour les deux premiers cas, la rapidité était de mise. Le but n'est pas une transe très profonde, mais une transe rapide (n'empêchant pas le bon déroulement du programme opératoire) qui permette une bonne acceptation du geste (le masque facial et les gaz halogénés).

Pour les deux autres patientes, l'induction hypnotique a été plus fouillée. J'ai pu utiliser un VAKO(G), et la durée en a été bien plus longue. La transe aussi me semblait plus profonde.

Pourquoi ce choix dans les cas cliniques ?

Pour les deux premiers enfants au bloc opératoire, ils sont le reflet de notre activité habituelle. C'est ainsi que l'on procède chaque jour, ou presque. Cela a aussi été mon second terrain d'hypnose après l'application que j'ai pu faire en «hypnose conversationnelle ». Évidemment, chaque enfant ne bénéficie pas obligatoirement de séance d'hypnose. Mais dès qu'une difficulté est là (stress, phobie du bloc, angoisse de séparation, ...) j'essaie de leur apporter du soutien avec l'hypnose.

Pour la réalisation du pansement, c'est une nouvelle facette. Par contre, l'hypnose ne pourra pas être utilisée en routine dans le service car les infirmières ne sont pas formées et que je ne suis pas souvent disponible pour la réalisation des pansements. Mais elles n'y sont pas réticentes, et si une formation leur est proposée, elles seront sûrement volontaires (au moins une partie) pour se former.

La maternité occupe une partie non négligeable de mon temps, environ 3 à 5 gardes par mois. La rencontre avec cette patiente m'a durablement marquée, et renforcée dans ma pratique. J'avais déjà pratiqué des trances hypnotique pour poser des péridurales, avec plus ou moins de réussite d'ailleurs. J'avais aussi déjà « joué » avec le « *à quelle heure vous aller accoucher ?* » avec des résultats assez étonnants. Mais le vécu de cette patiente, l'adhésion qu'elle a marqué à ce que je lui proposais et le retour qu'elle a pu m'en faire ensuite m'ont durablement troublé et touché. J'ai indéniablement pu lui apporter un bien être qu'il m'aurait été impossible de lui procurer il y a à peine un an. Cela a été indéniablement un passage dans mon activité d'anesthésiste hypno thérapeute.

Les améliorations futures :

J'ai pu voir la pauvreté de mes suggestions post hypnotiques grâce aux enregistrements. Je ne suis pas suffisamment à l'aise avec ce « levier », dont l'utilité a été prouvée dans le saignement post opératoire, la rapidité de cicatrisation, la diminution des nausées post opératoires.

Je n'ai que peu d'expérience des métaphores qui sont rarement utilisées au bloc opératoire.

J'éprouve des difficultés auprès des enfants de moins de 2/3 ans : mon approche est essentiellement kinesthésique avec le maternage et auditif avec des berceuses. Certes, certaines fois cela les apaise

bien, mais je ne sais pas réellement si cela peut être appelé « hypnose ». Il faudra m'attacher à poursuivre dans cette voie.

Conclusion

J'ai été assez étonnée de prendre du plaisir à la réalisation de ce travail, que je ne pensais pas faire au début du DU. Le mémoire a permis une introspection, une mise à plat de mes premières pratiques. Les enregistrements m'ont obligé à soigner plus mon discours à venir. La bibliographie m'a poussé plus loin dans certaines attitudes. J'en sors « renforcée » dans mes convictions, et j'espère que cela apportera beaucoup à mes patients.

Cet humble travail reflète mes premières expériences ainsi que les questions qu'elles ont éveillé en moi. Ma pratique ne remonte qu'à quelques mois et j'ai bien conscience qu'elle est balbutiante et nécessitera des formations complémentaires pour gagner en liberté, se libérer de la peur de « mal faire » . Mais le champ des possibles est immense et les intervenants de ce DU ont su en ouvrir la porte.

Désormais l'hypnose sera présente à chaque moment de ma vie d'anesthésiste, comme un outil supplémentaire, comme une nouvelle couleur dans ma palette de peintre.

ANNEXE 1

Le score d'anxiété préopératoire "YALE"

Appelé le score YPAS, puis m-YPAS (Yale Preoperative Anxiety Scale) il est utilisable à partir de 5 ans et permet d'évaluer spécifiquement l'état émotionnel de l'enfant lors de l'entrée au bloc opératoire au moment de l'induction anesthésique au masque.

Mode d'emploi

- Ce score est à remplir au bloc opératoire par un observateur indépendant, de préférence à l'insu de l'enfant, à l'entrée de l'enfant au bloc opératoire, à l'installation de l'enfant sur la table d'opération ou au début de l'anesthésie au masque.

- Il comprend 22 items répartis en 5 catégories (activité, comportement verbal, expression, éveil, attitude avec les parents). Dans toutes les catégories on retient l'item correspondant au niveau d'anxiété de l'enfant.

- Le score s'échelonne de 5 à 20. Si les parents ne sont pas présents, il ne faut pas utiliser l'item E. Le score sera alors compris entre 4 et 17.

- Le seul inconvénient de ce score, vient du fait qu'il est réalisé juste avant l'induction, donc à un moment où la marge de manœuvre pour réagir est faible, mais il est toujours possible de faire du « mieux qu'on peut ! ».

- Par contre si le score est élevé, c'est un instrument prédictif d'agitation en salle de réveil et de troubles post opératoire. On peut donc anticiper ce qui va se passer avec les intéressés (personnel de la salle de réveil, parents). Ce qui est déjà très utile.

Le score lui-même

A / ACTIVITÉ

1 - Regarde autour de lui, curieux, peut explorer les objets, ou reste calme.

2 - N'explore pas, peut regarder vers le bas, peut remuer nerveusement les mains ou sucer son pouce (son doudou).

3 - Se tortille, bouge sur la table, peut repousser le masque.

4 - Tente activement de s'échapper, repousse avec les pieds et les mains, peut bouger tout le corps.

B / VOCALISATIONS

1 - Pose des questions, fait des commentaires, babille.

2 - Répond aux questions des adultes mais à voix basse, " baby talk ", ou ne fait que des signes de tête.

3 - Silencieux, aucun son, ne répond pas aux adultes.

4 - Pleurniche, se plaint, gémit.

5 - Pleure, peut crier " non ".

6 - Pleure et crie de façon continue (audible continuellement à travers le masque).

C / EXPRESSION ÉMOTIONNELLE

1 - Manifestement heureux, souriant.

2 - Neutre, pas d'expression faciale visible.

3 - Inquiet (triste) ou effrayé ; yeux effrayés, tristes, ou pleins de larmes.

4 - En détresse, pleure, totalement bouleversé, peut avoir les yeux écarquillés.

D / ÉTAT D'ÉVEIL APPARENT

1 - Alerté, regarde occasionnellement autour de lui, observe ce que l'anesthésiste lui fait.

2 - Renfermé sur lui-même, tranquillement assis, peut sucer son pouce, ou visage tourné vers l'adulte.

3 - Vigilant, regarde rapidement tout autour de lui, peut sursauter aux bruits, yeux grands ouverts, corps tendu.

4 - État de panique, pleurniche, peut pleurer ou repousser les autres, se détourne.

E / UTILISATION DES PARENTS

1 - Cherche le parent, demande et accepte le réconfort, peut se blottir contre le parent.

2 - Regarde calmement les parents, observe ce qui se passe, ne cherche pas le contact ou le réconfort, l'accepte s'il est proposé.

3 - Garde le parent à distance ou peut se détourner activement du parent, peut repousser le parent.

Référence : Kain ZN, Mayes LC, Cichetti DV, Bagnall AL, Finley JD, Hofstadter MB, The Yale Preoperative Anxiety Scale : how does it compare with a « Gold standard » ?, *Anesthesia Analgesia*, 1997 ; 85 : 783-88.

ANNEXE 2

Pédiatrie 501

Tableau I
Score PHBO (d'après Vernon [3])

		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 ?					
	Sembler-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 ?					
	Sembler-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 ?					
	Est-il désobéissant ?					
Apathie Repli sur soi	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 ?					
	Sembler-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						

Bibliographie

- ¹ Riskin JD, Frankel FH. A history of medical hypnosis. *Psychiatr Clin North AM* 1994 ; 17 :601-9
- ² Elliotson J. Numerous cases of surgical operations without pain in the Mesmeric state. Londres : H. Baillere, 1943
- ³ Eisdale J. On th operation for the removal of scrtum tumors. *The London Medical Gazette* 1850 ; 11 : 449-54
- ⁴ Rey R. Histoire de la douleur. Paris : La découverte, 2000.
- ⁵ Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction ans suggestion. *J Cogn Neurosci* 199; 11 : 110-25
- ⁶ Rault P. Hypnose éricksonienne et anesthésie. *Revue Bolus*, 2005 N° 65
- ⁷ Wood C. L'hypnose aux urgences pédiatriques. Table ronde : Sédation et analgésie chez l'enfant. *Arc de Pédiatrie* 14 (2007) 729-731
- ⁸ Gorton BE. The physiology of hypnosis. *Psychiatr Q* 1949 ; 23 : 317-343
- ⁹ Maquet P. Faymonville ME. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry* 199 ; 45 : 327-333
- ¹⁰ Société Française d'Hypnose Conversationnelle et Thérapeutique. Hypnose conversationnelle. Disponible sur : <http://www.hypnoseconversationnelle.org/>.
- ¹¹ Delaunay L, Plantet F. Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire. Congrès AGORA, 2006.
- ¹² Cheutin P. Des outils de communication pour les IADE au service des patients.
- ¹³ Winkin Y. La Nouvelle Communication. Paris : Editions du Seuil, 1981. p 267.
- ¹⁴ Richter M. Do words hurt ? Brain activation during the processing of pain-related words. *Pain* 2010 ; 148 : 198-205.
- ¹⁵ Lutgen I. Soins en chirurgie, l'angoisse pré opératoire. N° 42/43 : aout/septembre 1984 : 39.
- ¹⁶ François G. Précis d'anesthésie. Masson 1981 : 301.
- ¹⁷ Forgues E. Précis d'anesthésie chirurgicale. G Douin et cie. Ed Paris Collection Testud .1934 ; 343
- ¹⁸ Woddey E. Prémédication chez l'enfant. 2001. Conférence d'actualisation disponible sur le site de la SFAR.
- ¹⁹ Saint Maurice C. Manuel d'anesthésie pédiatrique. Pradel, 1990
- ²⁰ Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. La communication entre soignant et soigné. Repères et pratiques. Bréal ; 2013 : 60.
- ²¹ Mc Cann ME. The management of preoperative anxiety in children : an update. *Anesth Analg* 2001; 93 : 98-105
- ²² Wright KD. Prevention and intervention strategies to alleviatepreoperative anxiety in children : a critical review. *Behav Modif* 2007; 31 : 52-79.
- ²³ Laycock GJ. Hypoxemia during recovery from anesthesia : an audit of children after general anesthesia a for routine elective surgery. *Anesthesia* 1988 ; 43 : 985- 987.
- ²⁴ Kain ZN. The Yale Preoperative Anxiety Scale : how does it compare with a gold standart ? *Anesth Analg* 1997 ; 85 : 783-788.
- ²⁵ Kain ZN. Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. *Anesth Analg.* 1999 ; 88 :1042-1047.
- ²⁶ Lumley MA. Predicting children's presurgical anxiety and subsequent behaviour changes. *J Pediatr Psychol.* 1993 ; 18 : 481-497.
- ²⁷ Aouad MT. Emergence agitation in children: an update. *Curr Opin Anaesthesiolo* 2005 ; 18 : 614-619
- ²⁸ Kain ZN. Preoperative anxiety and emergence deliurim and postoperative maladaptative behavior. *Anesth Analg.* 2004 ; 99 : 1648-1654
- ²⁹ Bergendahl HT. Clonidine vs midazolam as premedication in children undergoing adeno-tonsillectomie. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004 ; 48 : 1292.
- ³⁰ Vernon DT. Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates. *Am J Dis Child* 1966 ; 111(6) : 581-93
- ³¹ Kain ZN. Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. *Anesth Analg.* 1999 ; 88(5) : 1042-1047
- ³² Thompson RH. Research on children's behavior after hospitalization : a review and synthesis. *J Dev Behav Pediatr.* 1993 ; 14 : 28-35

-
- ³³ Eckenhoff JE ; Relationship of anesthesia to postoperative personality changes in children. *Am J Dis Child.* 1953 ; 86 : 587-91
- ³⁴ Cohen IT. Rapid emergence does not explain agitation following sevoflurane anaesthesia in infants and children : a comparison with propofol. *Pediatr Anaesth.* 2003 ; 13 : 63-7
- ³⁵ Kain ZN. Preoperative anxiety and post operative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated measures design. *J Psychol Res.* 2000 ; 49 : 417-422.
- ³⁶ Chabay E. L'accueil au bloc : prise en charge de l'anxiété. 51^e congrès de la SFAR. 2009.
- ³⁷ Lucas MM. L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété pré opératoire. 51^e congrès de la SFAR. 2009.
- ³⁸ Schulman JL. A study of the effect of the mother's presence during anaesthesia induction. *Pediatrics.* 1967 ; 39 : 111-114
- ³⁹ Calipel S. Premedication in children : hypnosis versus midazolam . *Pediatr Anaesth.* 2005 ; 15 : 275-281.
- ⁴⁰ Lucas MM. Chirurgie viscérale : intérêt de l'hypnose en chirurgie pédiatrique. *Arch Pediatr .* 2008 ; 15 : 887-922
- ⁴¹ Fukumoto. Distorted perception of smell by volatiles agents facilitated inhalation induction of anesthesia. *Pediatr Anaesth.* 2005 ; 15 : 98-101
- ⁴² Saadat H. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg .* 2006 ; 102 : 1394-1396.
- ⁴³ Merskey H. Classification of chronic pain. Seattle. IAPS Press 1994.
- ⁴⁴ Fraymonville ME. 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.
- ⁴⁵ Arsenault M. Étude des mécanismes psychophysiologiques de la modulation volontaire de la douleur par le biofeedback et la respiration. Thèse pour l'obtention du grade de Ph en psychologie. Université de Montréal. 2013
- ⁴⁶ Hick G, Fraymonville ME. Hypnose en anesthésie. 53^e congrès de la Société Française d'Anesthésie Réanimation. 2011
- ⁴⁷ Wood C. L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge de la douleur des enfants et des adolescents. *Enfance.* 2006 ; 1 : 26-39