

L'hypnose chez l'enfant

Hypnose en pédiatrie, principes généraux et douleurs aiguës

De quoi parle-t-on quand on parle d'hypnose ?

Il n'existe pas de définition définitive et consensuelle de l'hypnose médicale, qui ne correspond en rien aux phénomènes de foire qu'évoque encore souvent, pour le grand public, le terme d'hypnose. S'il est difficile de définir l'hypnose c'est que sous ce terme se cachent plusieurs concepts différents, facteurs de confusion.

L'hypnose peut-être *état hypnotique* et *état de conscience modifié*. Cette modification, ou transe hypnotique, correspond à un mode de fonctionnement mental physiologique que chaque individu éprouve spontanément lorsqu'il est absorbé dans une tâche au point de faire abstraction de tout le reste (on parle alors de focalisation) ou à l'inverse, lorsqu'il s'échappe momentanément du réel pour se perdre dans une rêverie ou même une simple distraction (dans ce cas, on parle de dispersion).

Mais sous le terme d'hypnose, on entend également la *technique utilisée pour parvenir à la transe hypnotique, dite technique d'induction hypnotique*. Et plus généralement encore, l'hypnose est une façon particulière d'appréhender les soins et d'entrer en communication avec son patient. Il est même possible de dire qu'au-delà de l'outil thérapeutique, l'hypnose correspond à un état d'esprit, un art de vivre et de communiquer différemment.

L'hypnose médicale peut être définie comme un processus psychologique qui fait intervenir une relation intersubjective entre un patient et un praticien. Il s'agit d'établir une alliance thérapeutique pour amener le patient à faire l'expérience d'un champ de conscience élargi, permettant au praticien d'induire des processus hypnotiques et des suggestions thérapeutiques.

En 2015, l'association américaine de psychologie a ajouté à cette définition de l'hypnose, la notion d'absorption, c'est-à-dire de focalisation du patient sur lui-même et de sa capacité à répondre, sous hypnose, aux suggestions du thérapeute. Actuellement lorsqu'on parle d'hypnose en médecine, on fait référence à une détente mentale, un état de relaxation (pas toujours présent chez

les enfants), une attention soutenue (absorption focalisée), une absence de jugement par altération de l'état critique, une suspension temporelle, spatiale ou les deux, de la conscience de soi et un accès à des réponses automatiques sans effort. C'est cet état de conscience particulier qui donne accès aux suggestions hypnotiques.

Nos deux états de conscience, critique (« normal ») et modifié, sont opposés ou peuvent être complémentaires mais avec des modes de fonctionnement différents.

La conscience critique permet une appréhension cartésienne du monde alors que l'état d'hypnose se traduit naturellement chez l'enfant par la rêverie. Dans cet état particulier, il perd son sens critique, opère un lâcher-prise et son attention se fixe sur quelque chose de particulier, son mode de fonctionnement devenant plus intuitif.

Au décours d'un ennui, d'une saturation, d'une confusion, voire d'un stress, d'un bonheur ou d'un processus hypnotique, l'enfant passe dans cet état de conscience, appelé transe hypnotique qui peut être positive ou négative.

La fixation chez l'enfant est aléatoire mais plus fréquente que chez l'adulte qui est limité par ses résistances cartésiennes. Ces dernières rendent le lâcher prise plus difficile à obtenir chez l'adulte. Pour l'enfant, la frontière entre le rêve et la réalité n'a pas de véritables limites. Il possède une grande capacité à s'évader de la réalité et ce d'autant qu'il est plutôt ouvert aux nouvelles expériences. Les enfants adhèrent donc beaucoup plus facilement à l'hypnose du fait de leur imagination débordante en permanente activité.

Ces caractéristiques de l'enfant améliorent l'accès aux suggestions. Ce phénomène est probablement lié au fait que son cerveau en formation ne possède pas encore toutes les voies qui favorisent l'esprit critique.

Entre 7 et 14 ans les enfants sont des « surdoués de l'hypnose »

À la suite de l'induction hypnotique ou d'une focalisation sur ses pensées, l'individu qui était ouvert sur le monde avec tous ses sens en éveil passe en état d'hypnose. Il devient hyperfocalisé.

Quelle place pour l'hypnose chez l'enfant ?

Congrès des sociétés de pédiatrie Lyon - 26 mai 2018 - Table ronde 56

D'après une communication de Gilles Brezac, anesthésiste, CHU Lenval Nice

On parle de focalisation à la fascination. Il se produit alors un rétrécissement du champ sensoriel, le patient est complètement absorbé, c'est-à-dire que la focalisation est maintenue. Il est alors aisé pour cette personne d'être dissociée et de « partir ailleurs » soit par la conscience, soit par l'imaginaire. Dans cet état de transe hypnotique, qui est un processus dynamique, le patient est sensible aux suggestions du thérapeute, qui sont utilisées à des visées d'analgésie ou de traitement psychologique.

Il est à tout moment possible au thérapeute de jouer sur la confusion, l'imaginaire et/ou des métaphores pour augmenter la transe.

Chez l'enfant la transe est plus chaotique, plus dynamique que chez l'adulte. Des études ont montré que la suggestibilité, l'« hypnotisabilité » de l'enfant est bien meilleure que celle de l'adulte, en particulier entre 7 et 14 ans où l'enfant est un véritable « surdoué de l'hypnose ». L'enfant a un besoin d'expérimentation, d'imaginaire, de bien-être, qui favorise l'équilibre entre la pensée magique et la pensée critique.

Mais, s'il entre en transe plus facilement que l'adulte, l'enfant en sort plus facilement aussi. Contrairement à l'adulte qui a plutôt tendance à fermer les yeux et demeurer immobile, l'enfant parle, se déplace..., ce qui peut décontenancer les hypnothérapeutes qui ne sont pas habitués à travailler avec des enfants.

Pour atteindre le but thérapeutique, la technique doit être adaptée en fonction de l'âge, le thérapeute doit être expérimenté et l'adhésion des parents est nécessaire.

Les techniques d'hypnose s'appuient sur les cinq sens : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et gustatif (VAKOG) qui permettent d'appréhender le monde. L'hypnose est un tout et dès lors qu'on est dans une relation thérapeutique incluant la communication avec le patient, on est déjà dans le domaine de l'hypnose.

Pour lutter contre la douleur, on a recours à l'hypnose conversationnelle à laquelle on ajoute ou pas, des techniques de focalisation puis de dissociation pour aboutir à la suggestion (cf. p. 20: Place de l'hypnose en anesthésie). L'autohypnose est très utilisée en pédiatrie et permet à l'enfant d'appréhender le monde des soins.

Il est primordial d'utiliser le même langage que l'enfant, en respectant son stade de développement (quatre stades de Piaget) et en adoptant les idées, le monde et les mots des enfants. Cela permet d'instaurer un climat de confiance,

d'expliquer avec des mots simples et adaptés qui lui donnent accès à la compréhension.

Pour pousser l'enfant à une participation active, il faut savoir parler, écouter, observer ce qu'il fait et autant que possible entrer dans son monde en lui montrant qu'on est soi-même un grand enfant. Pour pratiquer l'hypnose avec les enfants, il faut oser, persister et garder le lien, la seule limite étant la créativité du praticien.

Ses indications sont les douleurs aiguës, les soins palliatifs, l'éducation thérapeutique et ses contre-indications, probablement les patients psychotiques dissociés et plus généralement les handicaps psychiques et troubles majeurs de la personnalité.

Principes de la prise en charge de la douleur aiguë

La douleur est une expérience subjective désagréable qui évolue selon quatre composantes correspondant à un agencement de l'architecture cérébrale : les composantes sensorielles (localisation et intensité de la douleur), cognitive, émotionnelle et comportementale. Il existe des interdépendances complexes entre les différentes régions cérébrales corticales et sous corticales qui s'organisent de la même façon que les quatre composantes de la douleur.

Il s'agit essentiellement du thalamus qui va redigiter les informations reçues des voies sensorielles, soit vers le cortex sensoriel somesthésique (composante sensorielle), soit vers le système limbique (composante émotionnelle) : insula, cortex cingulaire antérieur avec le thalamus et l'amygdale qui prennent une part active dans les émotions et la mémorisation, très axée sur le caractère désagréable de la douleur, ainsi que le cortex préfrontal qui permet d'intégrer la douleur (composante cognitive). La quatrième composante, motrice, a été mise en évidence plus récemment, elle préside à l'évitement de la douleur et aux réactions motrices et ferait également intervenir, en plus du système limbique, le cervelet.

Depuis une dizaine d'années, les neurosciences ont montré¹ qu'au cours de l'hypnose, différentes zones cérébrales, le cortex cingulaire antérieur, le cortex occipital et le cortex temporal, ont une activité modifiée et qu'il existe des modulations fonctionnelles entre le cortex cingulaire et les réseaux neuronaux corticaux et sous corticaux. Selon l'état d'hypnose dans

1. En particulier l'équipe de David Spiegel à Stanford.

lequel se trouve le patient ces régions sont activées ou non.

L'état d'hypnose avec imagination diffère de l'imagination seule. Il a été montré sous IRM fonctionnelle, que lorsqu'on demande à une personne d'imaginer une douleur, elle n'active pas ces aires cérébrales. Par contre, un patient, en état d'hypnose qui ressent une douleur les active. Enfin, celui à qui l'on suggère qu'il ressent une douleur, active les mêmes aires cérébrales que si la douleur était réelle mais de façon un peu moins intense. Il semble donc vivre la douleur comme s'il l'éprouvait réellement.

Il a également été montré qu'il est possible de moduler l'intensité de la douleur sous hypnose, en suggérant au patient la possibilité de faire varier l'intensité de sa douleur à l'aide d'un bouton. En augmentant la douleur avec le bouton imaginaire, l'activité du cortex somesthésique augmente. À l'inverse, en suggérant une diminution de cette douleur par le bouton, cette activité corticale s'atténue. La même expérience a également permis de montrer qu'il est possible de moduler le caractère désagréable de cette douleur. Si l'on suggère au patient qu'il n'est pas confortable, l'activité corticale cingulaire augmente, si au contraire on lui suggère qu'il est très confortable, cette activité diminue.

L'hypnose est donc en capacité de modifier l'activité du cortex cingulaire. On sait désormais qu'il existe un rôle pivot de ce cortex cingulaire antérieur ainsi que du cortex préfrontal.

La suggestibilité est variable selon les individus

On estime à environ 10 % de la population, les personnes extrêmement suggestibles, 10 % les personnes totalement opposées à la suggestion avec une répartition gaussienne du reste de la population. Une corrélation positive a été retrouvée entre la suggestibilité des patients et l'épaisseur de leur substance grise au niveau du cortex cingulaire. Chez les patients très hypnotisables, le corps calleux dans sa partie rostrale est beaucoup plus épais. Il a été montré² que si l'on pratique la stimulation magnétique transcrânienne sur un individu afin de mettre au repos son cortex préfrontal, sa suggestibilité augmente.

2. Heidi Jiang Matthew P. White Michael D. Greicius Lynn C. Waelde David Spiegel Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis Cerebral Cortex, Volume 27, Issue 8, August 2017, Pages 4083–4093.

Le substratum physio-anatomique permet de visualiser ce qui est observé en hypnose. C'est-à-dire qu'une diminution de l'activité du cortex cingulaire dorsal correspond à la création d'une sorte de bulle intérieure, l'*absorption*, qui s'accompagne d'une perte de contact avec le réel. Ensuite, il se produit une diminution de l'activité entre cette zone cérébrale et le cortex cingulaire postérieur (mode par défaut) qui correspond à une perte du sens critique puis survient une augmentation de la connexion entre l'insula et le cortex préfrontal dorsolatéral qui entraîne un retour sur soi avec une augmentation des sensations internes favorables à la relaxation. Les modifications des perceptions sont liées à des modifications de l'activité cérébrale.

Chez l'enfant, les zones activées sont identiques, qu'il soit sous hypnose ou qu'il vive l'expérience. En revanche, chez l'adulte, la censure du cortex préfrontal permet de différencier les deux situations. Le fait que ce cortex préfrontal ait une activité moins élaborée, moins mature chez les enfants, est peut-être une des causes de leur hyper-suggestibilité, observée en clinique.

Une étude américaine³ sur 46 enfants a comparé la réalisation d'une cystographie rétrograde sur des enfants sous hypnose et sans hypnose. À chaque étape de l'examen, les scores de détresse étaient beaucoup moins importants sous hypnose, après comme pendant l'examen et surtout le temps de chaque intervention était réduit (14 minutes de moins par examen). À noter que c'était également moins traumatisant pour les équipes et les parents et que l'examen se déroulait dans de meilleures conditions.

Plusieurs méta-analyses mettent en évidence le fait que l'hypnose est efficace sur la douleur, l'anxiété et la détresse comportementale et cela de façon plus importante que le recours aux techniques cognitivo-comportementales et/ou à la distraction.

Des études sont encore nécessaires

En 2000, la HAS a émis une recommandation spécifiant que la distraction, la relaxation et l'hypnose pouvaient être employées comme traitements non pharmacologiques de la douleur.

En 2013, l'Académie de médecine a relevé l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant et l'adolescent et également

3. Hypnosis Reduces Distress and Duration of an Invasive Medical Procedure for Children. Lisa D. Butler, Barbara K. Symons, Shelly L. Henderson, Linda D. Shortliffe, David Spiegel Pediatrics 2005.

dans la lutte contre les effets secondaires de la chimiothérapie.

Cependant en 2015, un rapport de l'Inserm est venu tempérer l'optimisme croissant à l'égard de l'hypnose en faisant état d'une technique à l'efficacité modeste avec des preuves insuffisantes et incertaines. Les seuls points qui ressortaient dans ce rapport étaient la diminution de la consommation d'analgésiques et de sédatifs, ce qui, en soi, n'est pas négligeable. Quoi qu'il en soit, les études chez les enfants sont encore trop peu nombreuses, le rapport ne s'est pas intéressé à l'hypnoanalgésie et n'a pris en compte que certains domaines pathologiques. Par contre, ce rapport statuait sur le fait que l'hypnose est une technique sûre à condition de rester dans son champ de compétence concernant une éthique douloureuse.

En conclusion, l'hypnose offre une approche spécifique de l'enfant qui permet d'appréhender les choses sur un côté magique afin qu'il digère l'expérience douloureuse en mobilisant ses propres ressources. La collaboration avec l'enfant et ses parents sur un mode empathique et bienveillant est primordiale. Il faut y avoir recours le plus tôt possible afin d'éviter les psychotraumatismes dus aux soins. L'hypnose permet d'une certaine manière de retrouver les fondamentaux humanistes et éthiques de la médecine.

Pour en savoir plus

- Le manuel pratique d'hypnoanalgésie chez l'enfant – Sparadrap - Cet ouvrage donne de nombreux scénarii pour faire face à la créativité et l'imagination des enfants

Place de l'hypnose en anesthésie

D'après une communication de Marie-Madeleine Polomeni-Lucas, anesthésiste PH, Hôpital des enfants CHU de Toulouse

Le fait de maintenir un enfant en vue de pratiquer des soins, vaccinations ou autres, génère d'emblée chez lui une crainte des soignants. C'est ainsi que certains enfants deviennent phobiques de la médecine, des aiguilles... Alors qu'il est possible de leur apprendre dès le début, des procédures qui les rassurent. Ces procédures, en diminuant leur score d'anxiété, atténuent de facto la douleur.

Les études le montrent, l'hypnoanalgésie et la distraction sont efficaces sur la douleur.

Il faut s'appuyer sur les compétences naturelles de l'enfant : la capacité à imaginer, à imiter, à se dissocier, à focaliser son attention sur des choses agréables. Il est nécessaire avant tout de créer du lien pour que l'enfant accorde sa confiance et potentialise ses compétences, de sorte à faire abstraction de la réalité et à créer une autre réalité que l'enfant est en capacité de gérer, afin qu'il puisse transformer la douleur. Il devient alors acteur et prend le contrôle de son émotion et de sa douleur.

L'hypnothérapeute technicien de l'analgésie

Le médecin qui utilise l'hypnose est technicien de l'analgésie car il y a derrière cette pratique un défi de changement de tonalité sensorielle au niveau cérébral. Lorsqu'un médecin engage un soin avec hypnose, il doit être totalement disponible car il n'est pas question de quitter l'enfant, ne serait-ce qu'un instant, avant la fin du soin.

Chaque enfant est différent et en allant vers lui, il faut accepter de ne rien savoir et d'être un récepteur de tout ce qu'il apporte dès le premier contact. Pour entrer en lien avec cet enfant particulier et gagner sa confiance, il faut commencer par l'observer, écouter son langage, son vocabulaire, la tonalité de sa voix... Jusqu'à pouvoir lui dire « je sais de quel pays tu viens, moi j'habite ce pays, l'hôpital, et je vais te traduire ce qui s'y passe ». Le chemin est étroit car l'enfant est en transe négative vers la douleur, la peur, l'opération chirurgicale, ses parents qui pleurent... et il faut l'attirer hors de tout cela.

Il faut être plus attractif que la douleur

Pour cela il est nécessaire de mobiliser ses propres capacités et surtout celles de l'enfant. L'objectif est de déjouer ses mécanismes de défense afin qu'il s'approprie son imagination et active ses propres ressources.

Dès la consultation d'anesthésie, l'hypnose conversationnelle entre en jeu car les parents, tout comme l'enfant, sont en transe hypnotique négative. Le praticien utilise le langage hypnotique, verbal et non verbal, en s'appuyant sur l'observation. Il fait appel à la sensorialité de l'enfant et, par un propos imagé, l'amène à visualiser tout son parcours, qu'il va intégrer à sa manière avec son imaginaire propre pour devenir acteur plutôt que de subir.

De nombreux outils et scénarii sont utilisables par le thérapeute, en fonction du contexte. Il est

possible de préparer l'enfant à l'hypnoalgésie, par exemple en lui demandant la veille de l'intervention « veux-tu que je te montre comment tu pourrais être tout à fait tranquille et en sécurité demain au cours de l'opération et de l'anesthésie ? » et en lui suggérant de « s'échapper » mentalement dans un lieu refuge qui lui plaît. Il est également possible de l'aider à se projeter dans l'évènement d'après l'intervention. Cette technique permet à l'enfant de considérer autrement le fait d'être malade car il réalise que le soignant le voit avec un autre regard. Il l'envisage comme un enfant guéri, en train de faire autre chose que d'être malade à l'hôpital et cela change son regard sur son présent et son avenir.

Un autre outil peut être de placer dans la main de l'enfant des mots de calme, de courage, de confiance, de sécurité. Le thérapeute referme ensuite sa propre main sur la main de l'enfant. En cas de besoin ces mots seront là prêts à être utilisés dans un moment difficile. En rappelant à l'enfant qu'il a cet outil dans sa main, il va s'en servir.

Une étude Cochrane⁴ a analysé 28 essais sur 2 600 enfants, étudiant les différentes techniques d'induction en anesthésie. Malheureusement ces essais incluent trop peu d'enfants pour que les résultats soient particulièrement significatifs. Ils ont cependant confirmé l'importance de la réduction des stimulations environnantes. Lorsqu'une seule personne s'adresse à l'enfant, avec un niveau sensoriel alentour diminué, dans le respect et l'observation de l'enfant, la diminution des scores d'anxiété est très sensible.

L'hypnose en prémédication

L'équipe de Rennes a montré en 2004 qu'utiliser l'hypnose en prémédication (à la place du midazolam)⁵, en transformant la réalité du bloc opératoire en une réalité que l'enfant comprend, améliore de façon significative les scores d'anxiété à la pose du masque facial. De même lorsque l'enfant qui s'est approprié son histoire, rentre chez lui, il présente moins de troubles postopératoires et de troubles du comportement à type d'anxiété à J1 et J7 (difficultés d'endormissement, crises de colère, pipi au lit⁶...).

4. Manyande A, Cyna AM, Yip P, Chooi C, Middleton P. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015.

5. Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. Premédication in children: hypnosis versus midazolam - *Paediatric anaesthesia* March 2005.

6. Troubles évalués par le score PHBQ: Post Hospitalization Behavior Questionnaire.

En pratiquant la suggestion avant d'utiliser un gaz anesthésique (le Sevoflurane), l'induction de l'anesthésie s'avère meilleure. Dans 90 % des cas, les enfants supportent mieux le masque. Il s'agit de proposer à l'enfant d'appréhender lui-même l'idée du gaz avec ses sens: d'en décrire l'odeur, la couleur qu'il a envie de lui donner... et une fois qu'il a exprimé ce qu'il aime, de laisser sa sensorialité parler, plutôt que de lui « imposer » des sensations qui ne seraient pas les siennes, en utilisant des suggestions: « *Peut-être que tu peux respirer cette fraise, as-tu envie de la donner à quelqu'un ? Cherche à l'intérieur de toi à qui tu veux la donner ?* ». Ces suggestions basées sur son imaginaire, aident l'enfant à trouver ses propres ressources.

De même, pendant les soins, le thérapeute fait appel aux sens de l'enfant pour lui permettre de s'évader et reste avec lui par la parole durant tout le temps des soins.

Le thérapeute peut par exemple suggérer à l'enfant de se réfugier dans un ailleurs qu'il affectionne: « *Tu peux nous prêter ton bras et pendant qu'on s'occupe des soins, toi tu peux partir jouer au foot (ou en vacances par exemple), tu peux laisser tes yeux se fermer comme dans un rêve et écouter le bruit de ton souffle pendant la respiration* ».

Les indications sont sans limites à partir du moment où il existe une solution de recours à une analgésie efficace. Parfois, cette analgésie est inutile et on se contente de l'hypnose, parfois une anesthésie locale ou locorégionale suffit.

Chez les adultes on pratique des coelioscopies, des chirurgies carotidiennes, de la neurochirurgie sous hypnose. Le docteur Marie-Elisabeth Faymonville (anesthésiste, CHU de Liège), a montré que ses patients adultes, conservent le côté acteur en postopératoire, présentant moins de nausées et de vomissements, ayant une cicatrisation qui semble plus rapide, et les personnes âgées en rééducation paraissent récupérer plus vite.

L'équipe de Rennes a observé qu'après une chirurgie sous hypnose, dans 82 % des cas, les enfants avaient moins de troubles anxieux du comportement après l'intervention qu'avant, alors que sous anesthésie générale, ils en avaient davantage dans 65 % des cas. En salle de réveil, l'hypnose est également très intéressante pour calmer des enfants agités.

Place de l'hypnose dans les douleurs chroniques

L'hypnose chez l'enfant

D'après une communication de **Cécile Mareau**, pédiatre, céphalées-migraine et douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital de la Timone Marseille

La définition de la douleur chronique englobe les mêmes composantes, sensorielle, émotionnelle et cognitive que celle de la douleur aiguë, et y ajoute la notion de durée. Il s'agit d'une douleur qui persiste au-delà de sa fonction initiale et au-delà de la guérison attendue du traumatisme ou de la maladie. Les douleurs chroniques sont fréquentes chez l'enfant, elles représentent 25 % des motifs de consultation en pédiatrie et 15 % qui correspondent à des douleurs chroniques diffuses⁷. Chez le jeune enfant il s'agit généralement de douleurs abdominales. Chez l'enfant plus grand s'ajoutent des céphalées et des douleurs des membres (les douleurs dites de croissance) et chez l'adolescent on rencontre beaucoup de douleurs musculosquelettiques diffuses.

Le modèle de prise en charge ne se résume pas aux traitements médicamenteux, il est bio-psycho-social et vise à rendre le patient actif dans la lutte contre sa douleur, en favorisant la mobilisation de ses propres ressources. Cette prise en charge est à la fois physique (rééducation), psychologique, éducative et fait appel aux thérapies cognitives et comportementales ainsi qu'à l'hypnose.

Les médicaments ont une place d'autant plus réduite que certains n'ont pas d'AMM dans cette indication (antidépresseurs, antiépileptiques...), que les conditionnements sont inadaptés, que leurs effets indésirables sont importants et que les parents sont généralement réticents à la prise médicamenteuse au long cours.

De nombreuses études et recommandations actuelles plaident en faveur du recours aux traitements non médicamenteux en première intention⁸.

Techniques d'hypnose dans la douleur chronique

L'hypnose est utilisée en permanence, de l'accueil du patient en salle d'attente jusqu'au terme de la consultation. Il a été montré que dans les

céphalées⁹ et les douleurs abdominales fonctionnelles¹⁰, l'hypnose permet une réduction de la fréquence, de l'intensité et de la durée des crises. Une étude¹¹ a montré qu'à distance du traitement initial, 50 % des enfants continuaient à utiliser l'autohypnose pour gérer les événements stressants de leur vie.

Les différentes techniques d'hypnose utilisées pour lutter contre la douleur chronique, font appel à la communication par l'hypnose conversationnelle, ainsi qu'à l'hypnothérapie conventionnelle et surtout à l'apprentissage de l'autohypnose qui rend l'enfant autonome face à son problème.

L'hypnose conversationnelle

Cette technique de communication repose sur un discours apaisant et bienveillant qui nécessite de toujours avoir recours à des suggestions positives et d'utiliser des métaphores qui sont des histoires permettant d'expliquer aux enfants ce qui leur arrive en employant un imaginaire qui leur parle. L'emploi de certains mots peut suffire à activer la matrice corticale de la douleur. Ainsi, nombre de parents croient bien faire en notant consciencieusement les horaires des douleurs, souvent sur les recommandations du corps médical. Pour ce faire, ils questionnent en permanence l'enfant, sur le mode « alors ta douleur, comment ça va ? » et cette référence constante réactive à chaque fois la même matrice et les neurotransmetteurs de la douleur.

C'est pourquoi quand l'enfant revient en consultation, au lieu de lui demander à combien il évalue sa douleur, il est préférable de lui demander à combien il évalue son confort.

Dans le cas par exemple d'une algodystrophie, il arrive souvent que les orthopédistes disent aux enfants « tu en as au moins pour neuf à douze mois ». Il est préférable de leur dire qu'on ne sait pas, que la douleur peut-être encore là dans deux mois ou deux semaines mais qu'ils risquent d'être

7. Zernikow B et al. Definition, diagnosis and therapy of chronic widespread pain and so-called fibromyalgia syndrome in children and adolescents. Systematic literature review and guideline. *Schmerz*. 2012 Jun;26(3):318-30.

8. Zernikow B et al. Definition, diagnosis and therapy of chronic widespread pain and so-called fibromyalgia syndrome in children and adolescents. Systematic literature review and guideline. *Schmerz*. 2012 Jun;26(3):318-30

9. Anbar RD, Zoughbi GG Relationship of headache-associated stressors and hypnosis therapy outcome in children: a retrospective chart review. *Am J Clin Hypn*. 2008 Apr;50(4):335-41.

10. Peter J Whorwell Hypnotherapy: first line treatment for children with irritable bowel syndrome? *Archives of Disease in Childhood* 2013.

11. 8 Kohen DP Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: what the children say. *Int J Clin Exp Hypn*. 2010 Oct; 58(4):417-32.

surpris par le fait que déjà au sortir de la consultation elle va commencer à s'atténuer.

Dans la même optique, il n'est pas souhaitable « d'essayer » un traitement car ce terme risque d'être vécu par l'enfant comme s'il était le passager d'un avion dont le pilote dirait-on va « essayer d'atterrir ». Il est plus intéressant de dire quelque chose comme « tu vas prendre ce traitement et tu vas être surpris de constater que dès demain cela commencera à aller mieux. »

Les métaphores permettent de raconter une histoire contenant un message thérapeutique implicite, glissé au moyen de suggestions.

Pour reprendre l'exemple de l'algodystrophie, souvent les jeunes sont allés sur internet et ont lu une définition complexe à laquelle ils n'ont rien compris. D'autres voies d'explication, plus imagées sont possibles.

Par exemple : « c'est comme dans le dessin animé *Il était une fois la vie*, il y a le bonhomme bleu qui part du récepteur de la douleur, l'endroit où le ligament a été étiré, et court vers le cerveau pour lui apporter l'information douloureuse, ce dernier transmet des ordres pour que des petits bonhommes réparateurs mettent en route la reconstruction et que la cheville reste immobile le temps de la réparation. Malheureusement il arrive que le bonhomme bleu devienne fada et continue à courir pour envoyer des messages de douleur alors que la cheville est déjà guérie, c'est pour ça que les radios, scanners etc. sont normaux mais que le cerveau continue à recevoir de mauvais messages et la douleur persiste. »

Le cerveau des enfants qui souffrent d'une douleur chronique fonctionne bien, ils n'inventent pas leur douleur. Ce sont les circuits de la douleur qui dysfonctionnent.

À partir de cette explication imagée, peut débiter le processus de réification, c'est-à-dire de transformation de la douleur. « Qu'est-ce qu'on fait avec le bonhomme bleu ? Comment l'arrête-t-on ? Que proposes-tu ? » Les enfants peuvent réagir de deux manières. Soit, ils utilisent tout de suite les outils : « Le bonhomme bleu je l'ai passé dans le mixeur il a éclaté, je l'ai remplacé par un bonhomme jaune qui est en train d'apprendre à bien faire le travail ». Soit, ils résistent et cela peut signifier qu'ils tirent un bénéfice secondaire au maintien de la douleur, qu'il faut rechercher et explorer.

Voici un autre exemple de suggestion faite à un jeune adolescent : « Ton programme de

la douleur ne fonctionne pas correctement mais, ce n'est pas moi qui peux le reprogrammer car je ne suis pas l'administrateur de ton ordinateur. Je peux t'aider mais c'est à toi de reprogrammer ».

Certaines propositions font appel à des modifications du rapport au temps, comme : « Tu as eu une lésion au pied et il va te falloir réapprendre à marcher. Tu as déjà appris, tu sais que cela va prendre un peu de temps, dans combien de temps penses-tu pouvoir revenir sans tes béquilles ? ». Dans ce cas, le patient fixe lui-même une échéance (qu'on le guide à choisir raisonnable en fonction de la pathologie). Cette technique va susciter un processus de renforcement des résultats car plus l'enfant constate que cette pratique est efficace et plus elle l'est.

La *réification* utilise le principe du jeu du portrait chinois : « Si la douleur était une odeur, une musique, un animal etc. ». Il s'agit de transformer la douleur, en fonction de la façon dont on la regarde ; de la voir différemment. Le patient doit décrire la douleur de toutes les façons possible : sa localisation, sa force, sa texture, sa température, son odeur, sa mélodie... Plus il introduit de détails et plus c'est efficace. Cela permet d'imaginer la douleur puis d'imaginer comment ce serait sans douleur et enfin de trouver comment passer d'un état à l'autre. Avec de l'aide : « Quelle est la plus petite chose à transformer pour que ce soit de mieux en mieux pour toi ? »..., le patient va trouver lui-même ce passage. Cette technique est efficace même en l'absence de transe profonde.

L'hypnose conventionnelle

C'est une discipline plus formelle. Elle nécessite la prise d'un rendez-vous, et la détermination d'un objectif. Le but est qu'en trois à quatre séances en général, l'enfant apprenne des exercices.

Les petits enfants n'ont pas de crainte mais les adolescents ont souvent peur de l'hypnose (cf. le livre de la jungle : Mowgli et le serpent). Dans ce cas, l'hypnothérapeute commence par appréhender les différentes représentations que le patient peut avoir de l'hypnose : ce n'est pas du sommeil, ce n'est pas une prise de pouvoir...

Le patient est confortablement installé sur un fauteuil ou allongé. La séance débute par une induction basée sur le recours aux cinq sens, et conduit l'enfant vers une dissociation qui l'amène dans son endroit de sécurité. Ensuite, le thérapeute fait des suggestions en utilisant des métaphores.

La séance se termine toujours par des suggestions posthypnotiques : « Tu pourras conserver tout ce que tu viens d'apprendre et le refaire à chaque fois que tu en auras besoin pour la douleur ou pour autre chose ». Enfin, le thérapeute ramène son patient à la réalité et propose un débriefing si le patient le souhaite.

Il existe différents types de suggestions, en fonction des besoins, certaines sont centrées sur l'analgésie, d'autres sur la dissociation : « Tu laisses ici ce corps douloureux et tu pars ailleurs ».

Les thérapeutes ont à leur disposition des techniques, comme celle du gant magique où le patient s' imagine face à un catalogue de gants et doit choisir le sien, toujours en fonction des cinq sens. Il doit décrire la taille, la forme, l'épaisseur, la couleur, la consistance du gant, etc. puis il va endormir l'endroit où la main gantée se pose.

Le transfert de la douleur est une technique qui utilise un objet : une balle, un coquillage, un coton... que l'enfant pose à l'endroit où il souffre et à l'intérieur duquel il transfère tout ce qui l'embête. Une fois le transfert terminé, il jette l'objet au loin.

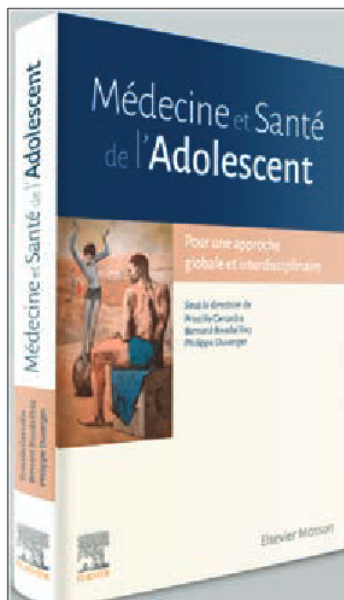
Autre technique, le voyage du papillon est une forme de scanner du corps : un petit papillon va se poser sur les différents endroits du corps et les détendre un à un, rendre plus confortable chaque partie du corps.

L'apprentissage de l'auto hypnose

C'est un outil qui va permettre aux enfants de se soulager eux-mêmes. Cet apprentissage peut se faire de façon individuelle ou en groupes de six à huit (essentiellement pour les petits). On leur apprend à respirer et à se relaxer. On leur enseigne ensuite différents exercices pour transformer la douleur, la déplacer, la rendre moins présente. Ce recours à l'autohypnose permet de réduire efficacement l'intensité des douleurs et améliore la qualité de vie.

Les patients doivent impérativement être adressés à un professionnel de santé formé à l'hypnose.

Le problème principal est lié à l'accessibilité de ces techniques d'hypnose dont le coût est souvent élevé et qui ne sont pas prises en charge.



Parution

MÉDECINE ET SANTÉ DE L'ADOLESCENT Pour une approche globale et interdisciplinaire

Sous la direction de : Priscille Gérardin, Bernard Boudailliez, Philippe Duverger
EAN 9782294759192 – 432 pages

Elsevier Masson - Parution septembre 2019 - 49,90 €

Médecine et Santé de l'Adolescent est un ouvrage interdisciplinaire de référence qui aborde les problématiques de santé médicales et sociales au travers de regards croisés de la pédiatrie, la médecine de l'adolescent, la psychiatrie, la psychologie, l'addictologie, la santé publique, la sociologie...

Il s'adresse à tous les professionnels s'occupant d'adolescents quel que soit leur approche et la structure dans laquelle ils interviennent.

Il a pour but de transmettre les bases théoriques et les savoirs cliniques et pratiques nécessaires au travail d'accompagnement interdisciplinaire des adolescents et de leur famille, avec le souci de promouvoir une culture commune. En 10 parties, il dresse un panorama complet de la médecine et de la santé de l'adolescent.

Priscille Gérardin. PUPH pédopsychiatrie, CHU de Rouen ; responsable pédopsychiatrie-unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent.

Bernard Boudailliez. PU-PH pédiatrie CHU d'Amiens-Picardie, responsable du département pédiatrie médicale médecine de l'adolescent.

Philippe Duverger. Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU d'Angers - Hôpital Robert Debré