

# Hypnose pour les soins

## Bénédicte Lombart

Unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique, Hôpital d'enfants Armand Trousseau,  
Assistance publique – Hôpitaux de Paris

La gestion de la douleur provoquée par les soins est une problématique récurrente en pédiatrie. Malheureusement, les occasions de déclencher la douleur ne manquent pas : piqûres, pansements, examens, pose d'une sonde. Autant de circonstances qui confrontent l'enfant à la douleur, à l'inconfort, à la détresse. Heureusement, il existe aujourd'hui de nombreux moyens médicamenteux pour prévenir et soulager ces douleurs : les crèmes anesthésiantes, les anesthésiques locaux, le MEOPA<sup>1</sup>... Cependant on voit encore au quotidien certains enfants apeurés, phobiques qui se débattent, refusent les soins. Chaque soin devient une épreuve de force, inégale... La contention est souvent le dernier recours car « il faut bien faire le soin... ».

Mais comment faire pour que l'enfant ne soit pas débordé par la douleur pendant le soin ? Comment prendre en charge ce type de situations extrêmes, comment les éviter ?

Avant tout, il est impératif de vérifier l'adéquation du traitement antalgique à l'intensité de la douleur. La douleur intense lors de la réfection d'un pansement de brûlure n'est jamais soulagée par du paracétamol... Une ponction lombaire réalisée sans aucun antalgique provoque forcément de la douleur... Les traitements doivent être systématiques et adaptés à l'intensité de la douleur déclenchée par le geste.

Pourtant malgré une analgésie appropriée, certains soins restent douloureux et difficiles à vivre pour l'enfant et les soignants. Car la perception de la douleur ne peut être réduite à un simple phénomène sensoriel. D'autres composantes interviennent dans la perception de la douleur et notamment les composantes cognitives et émotionnelles. La capacité de chacun à relativiser l'expérience douloureuse, à lui donner un sens est précieuse. Cela permet de moduler l'intensité de la douleur ressentie. Mais cette capacité implique un certain développement cognitif (faire un rapport de cause à effet, par exemple « c'est pour mon bien qu'on me fait mal »), ce qui n'est pas à la portée du jeune enfant. Il est incapable de relativiser ce qui lui arrive, de donner un sens au soin ou à l'examen. La détresse de l'enfant, son inquiétude, sa peur renforcent également la perception douloureuse. Autant d'éléments qui impliquent que l'enfant est encore plus exposé à la douleur que l'adulte.

Il s'agit donc de découvrir avec lui d'autres moyens de « faire face », de développer de nouvelles stratégies inhibitrices de la douleur. L'enfant possède un pouvoir imaginaire riche et précieux, qui lui permet de s'évader quasiment naturellement d'une situation. La réalité du soin est ainsi modifiée, l'enfant y prend une place active. Il expérimente paradoxalement un moment de détente et d'évasion.

On change alors de paradigme, l'enfant ne subit plus le soin, il en devient acteur, il a un rôle à jouer... C'est dans ce contexte que les méthodes psychocorporelles interviennent et notamment l'hypnose pour renforcer cette évasion.

---

<sup>1</sup> Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote.

En pratique, il arrive souvent que l'enfant se focalise sur la douleur sans parvenir à s'y soustraire. La douleur et la peur envahissent tout son espace psychique sans laisser de place à ses propres ressources. Un peu comme une « hypnose négative » où toute l'attention est portée sur le problème. L'hypno-analgésie vise à inverser ce phénomène en proposant à l'enfant de focaliser son attention différemment. François Roustang définit d'ailleurs l'hypnose « comme un état de veille intense, à l'instar du sommeil profond à partir duquel nous rêvons. De même que ce sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, de même cette veille intense nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde. »

Mais comment la réalité de l'enfant peut-elle être modifiée au moment du soin grâce à l'utilisation de l'hypno-analgésie ?

L'hypno-analgésie est en premier lieu un outil de communication, une manière particulière de rentrer en relation, de capter l'attention. Cela exige une grande disponibilité du soignant pour l'enfant. Petit à petit, une sorte de bulle relationnelle se crée autour de l'enfant et du soignant. Précisons d'emblée que cette attention particulière n'est pas l'apanage de l'hypno-analgésie. De nombreux soignants ont ce talent relationnel et déploient au quotidien des capacités « hypnotiques » sans le savoir... Néanmoins une formation en hypno-analgésie permet au soignant d'utiliser des techniques plus précises.

Il est complexe de décrire l'hypno-analgésie de façon chronologique ou hiérarchisée tant le mode opératoire varie en fonction de l'enfant, de ses préférences, du contexte. Les débats sont d'ailleurs légions en ce qui concerne les pratiques frontières avec l'hypno-analgésie telles que la distraction ou la focalisation de l'attention par la musique ou le jeu. Il semble que le résultat clinique observable chez l'enfant (la détente, l'absorption de l'attention et la dissociation...) soit le véritable critère qu'il faille retenir en pratique.

Concrètement, l'entrée en relation se fait le plus souvent sur un mode conversationnel. Tranquillement, avec un ton de voix un peu plus bas, on cherche à faire connaissance, à découvrir les goûts de l'enfant, son sport, ses passions, son animal familier... Ces informations sont précieuses pour étayer les suggestions du soignant durant l'hypno-analgésie.

L'utilisation de cette méthode est présentée à l'enfant au fil de la conversation. On lui explique qu'il lui arrive peut-être d'avoir la tête ailleurs. Comme par exemple lorsqu'il est bien assis sur sa chaise, dans la classe, à l'école, le professeur parle et pourtant il pense à autre chose. C'est donc possible d'être ici et ailleurs en même temps...

Cette capacité que nous avons tous à nous évader par la pensée peut être très utile lorsqu'on vit un moment pénible. Des techniques existent pour aider les personnes à utiliser cette capacité naturelle de rêverie, c'est comme apprendre à s'évader sur commande, à envoyer, chaque fois que c'est utile, sa tête en vacances. Ce phénomène, appelé « dissociation », est particulièrement recherché en hypno-analgésie. Par ailleurs, la perception de la douleur elle-même peut être modifiée. Une fois que l'enfant est installé dans un état de transe (état hypnotique), on lui suggère d'endormir la partie de son corps concernée par le soin. On propose par exemple d'étaler une crème anesthésiante en imaginaire, ou encore de couper l'interrupteur de la douleur ou d'éloigner pour un moment la partie du corps qui est gênante.

L'accompagnement en hypno-analgésie varie selon qu'il s'agit d'une douleur ponctuelle aiguë ou d'une phobie des soins. Dans ce dernier cas, les soins sont anticipés, des séances d'hypno-analgésie sont proposées à distance du soin afin que l'enfant s'approprie ses propres « astuces hypnotiques » qu'il utilisera ensuite pendant le soin.

Dans les situations de douleur ponctuelle, chaque étape du soin est intégrée à la séance par le biais de suggestions. La fraîcheur de la compresse que l'on passe sur la plaie devient la langue du petit chien qui vient jouer avec l'enfant, la pose d'un pansement se transforme en une séance d'essayage... Par moments, l'état hypnotique oscille et il est fréquent que l'enfant reprenne contact avec la réalité du lieu et de la situation ; on peut alors lui proposer de laisser les soignants faire ce qu'ils ont à faire et reprendre le cours de la promenade imaginaire...

Un des aspects primordiaux de l'hypno-analgésie est de se centrer sur l'enfant, de partir de là où il se trouve, c'est-à-dire d'accompagner ce qu'il ressent, de « broder » les suggestions à partir de ce qu'il nous dit, de ses réactions.

Cela implique de respecter le rythme de l'enfant, de faire des pauses et surtout de se coordonner avec celui qui fait le soin. Si l'un des soignants qui participent au soin n'adhère pas à cette méthode et interrompt les suggestions ou même les annule, cela diminue voire invalide les effets recherchés. Il est alors difficile d'obtenir des résultats avec l'hypno-analgésie car cette prise en charge nécessite un engagement d'équipe, ce qui représente une des limites à son utilisation. Il existe également des limites individuelles à l'hypno-analgésie, certains enfants restant réfractaires à cette méthode. Pour ceux-là, d'autres techniques doivent être proposées.

La question de la reproductibilité de cette méthode doit aussi être posée. Cette problématique implique plusieurs aspects :

- d'une part, l'accès des soignants et notamment des infirmières à la formation d'hypno-analgésie qui doit se généraliser pour que cette méthode puisse être utilisée quotidiennement sans attendre l'intervention d'une personne extérieure ;
- d'autre part, l'apprentissage de techniques d'auto-hypnose par les enfants eux-mêmes qui doit toujours être privilégié pour développer leur autonomie.

Par ailleurs, il est indispensable de communiquer sur la pratique de ces méthodes afin de les démystifier et de démocratiser leur utilisation.

Des exemples vidéo en illustrent l'utilisation lors des soins avec la présentation de circonstances rencontrées quotidiennement en pédiatrie :

- l'accompagnement d'un soin avec uniquement une méthode hypnotique, qui illustre aussi l'intérêt de l'hypnose conversationnelle ;
- la potentialisation des effets du MEOPA et de l'hypno-analgésie ;
- la préparation à un soin anxiogène ou la désensibilisation progressive d'un enfant phobique ;
- l'utilisation de l'hypno-analgésie avec une anesthésie locale.

## **Pour conclure**

L'hypno-analgésie est un élément complémentaire de la prise en charge et de la prévention de la douleur provoquée par les soins. L'efficacité de cette méthode est aujourd'hui mise en évidence dans de nombreuses études. L'intérêt de ce mode d'accompagnement est observé au quotidien. Il permet de recentrer notre attention sur l'enfant lui-même et donne du sens à notre pratique professionnelle.

## Bibliographie

- Berghmans C, Tarquinio C. Les nouvelles psychothérapies. Paris : Interéditions ; 2009.
- Bonvin E, Salem G. *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson ; 2004.
- Butler LD, Symons BK, Henderson S, et al. Hosis Reduces Distress and Duration of vasive Medical Procedure for Children. *Pediatrics* 2005 ; 115 : 77-85.
- Celestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquette P. *Guide des pratiques psychocorporelles*. Paris : Masson ; 2006.
- Cohen LL, Blount RL, Panopoulos G. Nurse coaching and cartoon distraction : an effective and practical intervention to reduce child, parent, and nurse distress during immunizations. *J Pediatr Psychol* 1997 ; 22 : 355-70.
- Gold JI, Kim SH, Kant AJ et al. Effectiveness of Virtual Reality for Pediatric Pain Distraction during IV Placement. *Cyberpsychol Behav* 2006 ; 9 : 207-12.
- Kazak AE, Penati B, Brophy P, Himelstein B. Pharmacologic and psychologic interventions for procedural pain. *Pediatrics* 1998 ; 102 : 59-66.
- Lambert SA. Distraction, imagery, and hypnosis. Techniques for management of children's pain. *J Child Fam Nurs* 1992 ; 1 : 5-15 ; quiz 16.
- Lerich MA, Mariotti M. Hypnose en pédiatrie hospitalière, la sensibilité comme remède. *Hypnose et thérapies brèves* 2006 ; 2 : 32-3.
- Lioffi C, Hatira P. Clinical hypnosis in the alleviation of procedure-related pain in pediatric oncology patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2003 ; 19 (3) : 195-7.
- Michaux D, Halfon Y, Wood C. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine ; 2007.
- Roustang F. *Qu'est ce que l'hypnose ?* Paris : Éd. de Minuit ; 2004.
- Uman LS, Chambers CT, Mcgrath PJ, Kisely S. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; 18 (4) : CD005179.