

L'hypnose et la douleur

Chantal Wood, Nathalie Duparc,
Véronique Leblanc, Cécile Cunin-Roy

Chantal Wood, Nathalie Duparc,
Véronique Leblanc, Cécile Cunin-Roy :
Unité de Traitement de la Douleur
Hôpital Robert Debré
48 Bd Serurier
75019 Paris

Correspondance :
Chantal Wood

E-mail : chantal.wood@rdb.ap-hop-paris.fr

Mots-clés :
hypnose, douleur, enfants

L'hypnose est de plus en plus utilisée pour traiter la douleur, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant. En effet, comme le souligne D. Bouhassira [1], « le traitement de la douleur représente une des principales applications cliniques de l'hypnose. L'analgésie, c'est-à-dire la réduction de la sensibilité à la douleur, est un des phénomènes hypnotiques les mieux connus ». Afin de mieux faire comprendre comment l'hypnose peut agir sur la douleur, nous aborderons successivement ce qu'est l'hypnose, comment l'hypnose peut agir sur la modulation de la douleur et les applications de l'hypnose sur la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Qu'est-ce que l'hypnose ?

L'hypnose est selon Roustang [2] « la veille paradoxale ». En effet, il suffit, selon lui d'observer ce qui se passe lors d'une séance pour répondre à cette question. « On constate en effet, d'une part une immobilité du corps qui reste indifférent à tous les stimuli extérieurs hormis la voix du thérapeute, d'autre part une vivacité de l'attention du sujet à tout ce qui se passe en lui et pour lui, liée à la possibilité d'une prolifération imaginaire. Il est donc visible qu'une atonie musculaire et posturale s'allie à cet état avec une activité cérébrale intense. L'hypnose ne serait plus à désigner de ce mot qui signifie sommeil bien paradoxal, puisque le sujet n'est pas endormi, même s'il en a l'apparence, et que certains modes propres à la veille y acquièrent une intensité particulière ».

L'état hypnotique commence par une condition de relaxation physique et mentale, associée à une absorption et une focalisation sur un ou plusieurs objets. Les suggestions initiales de l'induction hypnotique sont dirigées vers ces deux buts. Cet état peut aussi très simplement se rencontrer lorsque quelqu'un est fasciné par quelque chose, lorsque l'on regarde un film passionnant ou simplement lorsque l'on est absorbé par les rides d'un ruisseau ou par les détails d'un paysage... Nous passons alors d'une forme active de concentration à une forme plus déten-

due, passive dans laquelle apparaît une absence de jugement ou de censure, une suspension d'orientation de lieu ou du temps, une expérience de réponses quasi automatiques. Cet état facilite l'incorporation de suggestions hypnotiques dont celles de l'analgésie [3].

Nous comprenons donc que l'hypnose est un état naturel que nous rencontrons ou expérimentons tous à différents moments de la journée. Pour les enfants, cet état est encore plus habituel car il n'y a que peu de barrières entre le réel et leur imaginaire.

Comment l'hypnose agit sur le cerveau

Les discussions sur les mécanismes de l'analgésie hypnotique reposent sur deux grandes catégories selon qu'elles mettent en avant les processus psychologiques ou les processus physiologiques [1].

Pour certains, les phénomènes hypnotiques résulteraient de modifications spécifiques du fonctionnement cérébral caractérisé par une augmentation de la suggestibilité des sujets.

Ernest Hilgard, psychologue américain, avait montré que l'augmentation de la tolérance à la douleur expérimentale était directement corrélée à la suggestibilité des sujets. Ceux-ci avaient une réduction de la sensation douloureuse sans modification des réactions physiologiques induites par la douleur. Il y aurait donc, pour certains, une sorte de « barrière » entre les niveaux inférieurs et les niveaux supérieurs impliqués dans la perception consciente [1].

Les physiologistes ont cherché à mettre en évidence les modifications de l'activité cérébrale induite par les suggestions hypnotiques. Une série de travaux récents s'appuyant sur les techniques modernes de l'électrophysiologie ou de l'imagerie fonctionnelle cérébrale, ont permis d'analyser directement les effets des suggestions hypnotiques sur les systèmes neurophysiologiques impliqués dans la perception et la modulation de la douleur.

Cependant, les travaux reposant sur l'électrophysiologie ont été décevants, car l'existence

Tableau 1. Techniques d'induction adaptée à l'âge de l'enfant (d'après Olness et Kohen [9]).

Âge préverbal de 0 à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - une stimulation tactile, des caresses, des câlins - une stimulation kinesthésique : bercer, faire bouger un bras en faisant des aller/retour - une stimulation auditive : la musique ou un bruit continu, tel qu'un sèche cheveux, un rasoir électrique ou un aspirateur, qui sont placés loin de l'enfant - une stimulation visuelle : des mobiles ou d'autres objets qui peuvent changer de taille, de position, de couleur - tenir une poupée ou un petit animal en peluche
Âge verbal de 2 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> - souffler des bulles - raconter une histoire - livres avec des personnages animés - visionneuse stéréoscopique - l'activité favorite, - parler à l'enfant à travers une poupée ou un petit animal en peluche - se regarder sur une vidéo, - utiliser une poupée toute molle (Floppy Raggedy Ann)
Âge pré-scolaire ou âge scolaire débutant (4 à 6 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - souffler l'air - un endroit favori - des animaux multiples - un jardin avec des fleurs - raconter une histoire (seul ou dans un groupe) - le grand chêne - fixer une pièce de monnaie - regarder une lettre de l'alphabet - des livres avec des personnages animés - une histoire télévisée fantasmagorique - la vision stéréoscopique - la vidéo - des boules qui se balancent - biofeedback thermique ou autre - les doigts qui s'abaissent - une activité dans une salle de jeu
De 7 à 11 ans	<ul style="list-style-type: none"> - l'activité favorite - l'endroit favori - regarder les nuages - la couverture volante - des jeux vidéo vrais ou imaginaires - monter sur une bicyclette - souffler l'air à l'extérieur - écouter de la musique - s'écouter sur une cassette - regarder les nuages - fixer une pièce de monnaie - rapprochement des mains - la rigidité du bras
Adolescence : 12 à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> - l'endroit favori ou activité favorite - activité sportive - catalepsie du bras - la respiration - les jeux vidéo vrais ou imaginaires - des jeux informatiques vécus ou imaginés - la fixation des yeux sur une main - conduire une voiture - écouter ou entendre de la musique - lévitation de la main - le rapprochement des mains - des jeux fantasmagoriques

de modifications spécifiques de l'activité électrique cérébrale au cours de l'hypnose n'a pas été démontrée

Par contre, la tomographie par émissions de positons (PET scan) et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) ont été utilisées pour « visualiser » les modifications de l'activité cérébrale. L'équipe de Pierre Rainville et de Catherine Bushnell [4], à Montréal, ont pu analyser les modifications de l'activité cérébrale au cours de l'induction hypnotique et lors de suggestions d'analgésie. Ils ont démontré que les effets produits par les suggestions d'analgésie ont entraîné des modifications très sélectives de l'activité de régions cérébrales normalement mise en jeu par les stimulations douloureuses expérimentales. On distingue classiquement une composante « sensori-discriminative » (qui permet de localiser la douleur, d'en apprécier son intensité et ses qualités sensorielles) qui impliquerait les cortex somesthésiques primaire et secondaire localisés dans la région pariétale du cerveau. Les régions insulaire et cingulaire, appartenant au système limbique, seraient impliquées dans la composante « affectivo-émotionnelle » de la douleur lui conférant sa note désagréable. Les suggestions visant à réduire le caractère désagréable de la douleur, s'accompagneraient d'une réduction de l'activité des régions insulaire et cingulaire, alors que l'activité du cortex somesthésique, ne serait pas modifiée de manière significative.

D'autres études ont cherché à préciser le rôle des systèmes de modulation de la transmission des informations nociceptives. Ainsi, dans l'analgésie hypnotique, il ne semble pas qu'il existe une libération d'opioïdes endogènes, car l'effet de celle-ci n'est pas contrecarré par l'administration de naloxone, antagoniste spécifique de la morphine. Par contre, il y a une mise en jeu des systèmes de contrôle descendant de la douleur, comme en témoigne l'abolition du réflexe R III [5, 6], lors de suggestions hypnotiques d'analgésie.

Toutes ces données permettent de comprendre le regain d'intérêt qu'il y a pour l'hypnose dans la prise en charge de la douleur.

En effet, comme le souligne Bernard Laurent [7] : « *La douleur est comme toute stimulation sensorielle soumise aux*

influences de l'attention, de l'anticipation, de l'imagerie mentale, de conditionnements antérieurs... De plus, on découvre que les zones frontocingulaires activées par les médicaments antalgiques comme la morphine par exemple ou par des stimulations antalgiques du cortex comme la stimulation corticale sont les mêmes que celles sollicitées par des interventions non médicamenteuses comme l'hypnose. Ainsi se trouve encore réduite la dichotomie entre les approches anatomo-biologique et psychologique de la douleur «.

L'hypnose avec les enfants

Pour faire de l'hypnose avec un enfant, il est nécessaire qu'une relation thérapeutique de qualité s'installe, permettant à l'enfant de faire confiance au thérapeute et que celui-ci apprenne à entrer dans le monde de l'enfant, de manière émotionnelle et imaginaire.

On a d'ailleurs dit que les limites de cette technique étaient principalement liées aux propres limites du thérapeute quand celui-ci n'était pas assez créatif [8].

Le thérapeute doit aussi s'adapter au fonctionnement cognitif de l'enfant en utilisant ses mots pour parler de sa douleur et de ses sensations et en utilisant des techniques adaptées à l'âge de l'enfant.

Différentes techniques ont été décrites pour une induction chez l'enfant [9] (tableau).

L'hypnose avec l'enfant d'âge préscolaire

L'hypnose à cet âge, est différente de l'hypnose utilisée avec les enfants plus âgés. En effet, les enfants de moins de 6 ans ne font pas une claire distinction entre la réalité et leur monde fantastique. C'est l'âge des copains imaginaires, des jeux permettant d'extirper leurs peurs [7]... C'est l'âge où le thérapeute doit s'adapter encore plus au monde de l'enfant. Il faut qu'il soit créatif, en utilisant des thèmes qui peuvent intéresser l'enfant et avoir un ton de la voix différent de celui employé avec l'enfant plus âgé. L'hypnose, à cet âge fait plus appel à l'imagerie visuelle ou à la réalité virtuelle.

L'utilisation de bulles de savon, de pou-

pées ou de peluches ou d'une histoire favorite peuvent aider l'enfant. Celui-ci refuse souvent de fermer les yeux, voir même de rester tranquille et de se relaxer. Il faudra donc être plus inventif, avec des histoires mettant en jeu des personnages fantastiques, forts, des héros n'ayant pas peur des situations potentiellement anxiogènes que l'enfant va vivre.

L'hypnose avec l'enfant en âge scolaire et l'adolescent

Les enfants de cet âge ont des capacités très fortes à utiliser l'hypnose. Le pic de l'âge où les capacités hypnotiques sont maximales est de 8 à 12 ans [11]. Les enfants peuvent se concentrer, être absorbés et entrer en transe hypnotique beaucoup plus facilement que l'adulte. Ils peuvent alors accepter de fermer les yeux, de rester tranquilles et d'utiliser leurs propres histoires et leur créativité;...par exemple, utiliser le fait d'aimer les pizzas lors de l'introduction d'une sonde naso-gastrique.....

Le rôle des parents

Ils peuvent être d'une grande aide, car ils connaissent mieux que nous leur enfant, ses goûts, ses intérêts, voire même sa manière de faire face à la douleur. Il est important de leur expliquer ce qu'est l'hypnose, comment elle peut être utile lors de phénomènes douloureux. Il faut aussi leur demander d'assister à la séance. De cette manière, les parents peuvent devenir des alliés et aider leur enfant à utiliser l'hypnose. Ceci est d'autant plus vrai lors de douleurs récurrentes (douleurs abdominales) ou de gestes invasifs répétés.

Les applications de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur de l'enfant

L'hypnose peut être utilisée de 4 manières différentes chez l'enfant :

- l'hypnose conversationnelle,
- l'hypnose avec le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA),
- l'hypnose en prémédication,
- l'hypnose sans sédation médicamenteuse.

L'hypnose conversationnelle

Une des choses fondamentales qu'apprend l'hypnose au thérapeute débutant, concerne sa manière d'améliorer ses techniques de communication. En effet, c'est à partir de la deuxième moitié du XXème siècle, avec les travaux de Milton Erickson, que se met en place une véritable réflexion sur la forme de communication hypnotique. La programmation neuro-linguistique (PNL) doit beaucoup à l'hypnose ericksonienne, tant au niveau des techniques hypnotiques et non hypnotiques qu'au niveau de l'utilisation fine du langage à des fins thérapeutiques. Nous ne développerons pas plus amplement ce chapitre, le lecteur pouvant se référer à l'ouvrage de Didier Michaux [10] pour en savoir davantage. Nous ne ferons que citer quelques exemples pratiques.

Le cerveau n'entend pas la négation. Si vous demandez à quelqu'un : « *ne pensez pas à un éléphant rose !!!* »... Votre sujet va immédiatement « voir » cet éléphant rose. On comprend, alors, lors de nos soins, l'importance d'éviter des phrases comme :

- « *N'aie pas peur....* » soulignant justement le mot « peur » ;
- « *Tu n'auras pas mal* » ;
- « *Ne t'inquiètes pas* » ;
- ou simplement « *ne tombes pas....* »

• Une autre application de l'hypnose conversationnelle, est de projeter le patient dans le futur.....

- « *comme tu seras content, quand j'aurai fini de t'examiner et que tu pourras regarder la télé...* »

- ou pour une femme enceinte : « *je comprends que vous ayez peur d'aller au bloc opératoire mais dans quelques minutes, vous allez avoir votre petit bébé contre vous... vous allez pouvoir le toucher... l'embrasser...* » La mère est déjà dans le futur de l'acte et non dans l'anxiété de l'attente de ce qui va se produire.

• La régression en âge est également utile, surtout lors d'un handicap transitoire. Par exemple, lors de la prise en charge d'un enfant présentant une algodystrophie, le thérapeute, constatant la sous utilisation du membre supérieur atteint, peut parler à l'enfant du temps qu'il a pris pour

l'acquisition de la marche : « *tu te rappelles quand tu as commencé à marcher ?..... tu mettais un pied.... Et puis tu tombais...puis un jour tu as pu mettre un pied... puis un second...Puis un jour tu as pu lâcher ta main...tu tombais...Et puis tu as pu lâcher les deux mains... et actuellement, quand tu marches, tu ne penses même pas à comment mettre tes pieds par terre...Alors... tu vois, ce poignet et cette main ont oublié de faire leur travail... et petit à petit, ils vont réapprendre...Et plus tu vas les faire travailler, plus ils vont apprendre à redevenir comme avant.... En prenant du temps ... ».*

L'hypnose avec le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA)

L'utilisation de techniques hypnotiques associées au MEOPA s'élargit. Un film fait par Sophie Leruth et Bénédicte Minguet [11], disponible à l'Association Sparadrapp montre comment associer les techniques hypnotiques à ce produit. L'équipe de l'Unité de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Robert Debré a largement utilisé ces techniques [12]. En octobre 2003, elle avait fait plus de mille accompagnements, avec le MEOPA. La technique utilisée est celle de l'imagerie visuelle.

Les indications sont larges : ponctions lombaires, ponctions de moelle, ponctions biopsie rénale, pansements divers, retraites de drains et de redons, soins chez des enfants anxieux ou phobiques.

La méthode doit être expliquée à l'enfant, et il est essentiel qu'il adhère et accepte celle-ci. On demande à l'enfant ce qu'il veut « vivre » pendant le geste douloureux (match de foot, voyage, aller dans un endroit favori, décorer l'arbre de Noël, visiter une ferme.....). Le thérapeute garde un contact verbal avec l'enfant, l'accompagnant selon son imaginaire et ses idées.

Il nous semble que cette technique est supérieure à l'administration de MEOPA seul. En effet, l'hypnose, en association avec le MEOPA, permet à l'enfant de focaliser plus facilement son attention ailleurs, d'obtenir plus vite une dissociation. Les enfants ne se rappellent plus précisément ni du geste, ni de la douleur, mais se souviennent d'avoir fait un rêve agréable ou d'avoir vécu une belle histoire. Ils ont envie

de recommencer cette technique sans appréhension pour le geste futur.

L'hypnose en prémédication

L'équipe de Claude Ecoffey, à Rennes, a comparé l'hypnose à l'administration de midazolam (Hypnovel®) pour la prémédication de 50 enfants âgés de 2 à 11 ans [13]. L'évaluation du comportement des enfants a été faite par :

- Le Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS), un test d'anxiété pré-opératoire, comportant 22 items divisés en 5 catégories (l'activité, le comportement verbal, l'expression, le réveil, l'attitude envers les parents).

- Le Post Hospitalisation Behaviour Questionnaire (PHBQ), évaluant le comportement post-opératoire, comportant 26 items, divisés en 6 catégories (l'anxiété générale, la peur de la séparation, la peur de dormir, les désordres alimentaires, l'agressivité envers l'autorité et l'apathie).

Les enfants ont été hospitalisés le jour de la chirurgie. En arrivant, le score d'anxiété (mYPAS) a été rempli par l'infirmière. Les parents ont rempli un questionnaire sur le comportement habituel de leur enfant pendant l'hospitalisation.

Ils ont été séparés en deux groupes : le groupe H ou Hypnose, et le groupe M ou Midazolam.

- Le Groupe H a ingéré un placebo, 30 minutes avant l'acte opératoire, puis l'anesthésiste a fait une induction hypnotique maintenue jusqu'à l'induction de l'anesthésie.

- Pour le Groupe M, O, 5 mg/kg de midazolam a été donné par voie buccale 30 minutes avant l'acte.

Un deuxième score d'anxiété a été pratiqué à l'entrée de la salle d'opération, puis un troisième, lors de la mise en place du masque d'anesthésie.

En post-opératoire, la douleur a été évaluée par l'Objective Pain Score (OPS). Les enfants sont rentrés chez eux, s'ils répondaient aux critères de sortie. Les parents ont été contactés par téléphone, à J1, J7, J14.

Les résultats montrent qu'il y avait une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'anxiété pré-opératoire, lors de l'induction anesthésique (39 % contre 68 %). En post-opé-

ratoire, on retrouvait une différence significative des désordres comportementaux dans le groupe M comparé au Groupe H et ceci à J1 et J7 (62 % versus 30 % à J1 ; 59 % versus 36 % à J7). L'agressivité des enfants envers leurs parents est restée élevée dans le groupe M à J1 et J14.

L'hypnose sans association médicamenteuse

L'hypnose a été largement utilisée pour aider les enfants lors de douleurs aiguës [14, 15], dans le service d'urgence, lors de soins douloureux comme les ponctions lombaires ou les ponctions médullaires, lors de douleurs prolongées ou récurrentes [16-19], les crises vaso-occlusives, les céphalées et migraines [20], les douleurs abdominales.....

Ces techniques sont plus efficaces en situation d'urgence. En effet, le patient effrayé, traumatisé est dans une certaine forme de transe hypnotique (ou de focalisation sur sa douleur) et peut alors, en fonction de la persuasion et de la créativité du thérapeute, être absorbé par autre chose.

En situation de douleur chronique ou répétée, il faut passer par une induction hypnotique, permettant à l'enfant de focaliser son attention et de s'absorber davantage. Les techniques dépendent de l'âge de l'enfant et passent de la caresse d'une peluche, à la fixation visuelle ou à des techniques idéomotrices [9].

Une fois l'induction en place, le thérapeute peut utiliser différentes techniques pour modifier le vécu douloureux [21] :

- la suggestion directe,
- l'amnésie partielle ou totale de la douleur,
- l'analgésie, en modifiant la sensation douloureuse pour la rendre moins désagréable (ex : un engourdissement),
- l'anesthésie, plus difficile à obtenir,
- la substitution de la douleur par une sensation moins désagréable : par exemple la sensation de brûlure par une sensation de chaleur douce ou de tiédeur,
- le déplacement de la douleur en un point du corps,
- la dissociation, qui permet au corps de se détacher de la zone douloureuse : « laissez votre jambe cassée là... Et partons vers ce chemin de montagne que vous aimez bien »,

- la ré-interprétation, en la rattachant à une expérience plus agréable,
- la fractionnement, permettant de diminuer l'intensité de la douleur...
- la distorsion dans le temps.

Chez l'enfant, on peut utiliser toutes ces techniques en les adaptant à la personnalité, à l'âge, etc. de chacun. Un film, produit par le Dr Leora Kuttner, « No Fear No Tears » [22], disponible en français, montrent bien l'utilisation de différentes techniques comme la distraction, les suggestions directes d'analgésie, comme le « gant magique » ou l'interrupteur de la douleur.

Au cours de la prise en charge du patient, il est indispensable que celui-ci apprenne l'auto-hypnose afin de se familiariser à l'outil et de pouvoir à tout moment l'utiliser lors d'une crise douloureuse ou dès qu'il en aura besoin. Le patient doit se former dans un premier temps avec un thérapeute, puis seul afin qu'il ne devienne pas dépendant de la voix de celui-ci ou de l'écoute d'une cassette audio. Il est donc nécessaire de l'informer que l'hypnose nécessite un apprentissage et que plus il utilisera cette technique, plus elle deviendra rapidement efficace.

Dans certains cas, l'enregistrement d'une cassette audio peut aider l'enfant dans son apprentissage. Nous le faisons rarement afin qu'il puisse utiliser son propre imaginaire lors de ses crises douloureuses et devenir indépendant du thérapeute. Cependant, nous l'utilisons parfois chez l'enfant présentant une maladie sévère (enfant en réanimation ou en fin de vie). En effet, celui-ci n'a souvent pas la force ou le courage de faire appel à ses ressources. Écouter une cassette audio peut alors l'aider à retrouver une certaine énergie, à éloigner la douleur ou tout simplement à se détendre en allant dans un endroit favori.

En fait, l'hypnose peut être utilisée dans de nombreuses situations. C'est une forme de communication qui peut s'employer à tout moment avec le patient. C'est une technique qui peut être proposée lors de gestes douloureux, afin de permettre au patient de se focaliser sur autre chose et ainsi de s'éloigner de sa douleur. Cette technique ne semble pas simplement aider les enfants lors de maladies et de gestes douloureux. L'impact sur leur vie future est évidente, avec une manière très

positive d'aborder l'existence, comme le montre le deuxième film du Dr Kuttner [23].

Conclusion

L'hypnose grâce aux recherches actuelles réapparaît dans le champ médical comme un outil digne d'intérêt pour le traitement de la douleur et la prise en charge des gestes douloureux. L'enfant est un sujet particulièrement habile à l'apprentissage de ces techniques, lui permettant d'acquérir des compétences pour faire face à son vécu douloureux. L'hypnose est un outil utile qu'il faut savoir proposer à tout patient présentant une douleur aiguë ou une douleur chronique, à condition qu'il veuille adhérer à cette technique et se l'approprier. Il faut, par ailleurs, que cet outil soit entre de bonnes mains, c'est-à-dire, dans celles d'un thérapeute formé à cette approche et ayant une **solide expérience** de ce qui se passe dans la relation médecin - malade au niveau psychologique. ■

Références

1. Bouhassira D, In : Douleur et Hypnose. Ed Imago, Paris, 2004 ; p.15. (ISBN 2-911416-93-7)
2. Roustang F, In : L'Hypnose Médicale. Ed Medline, Paris 2003 ; p.14. (ISBN 2-84678-032-3)
3. Large RG et al, In : Proceedings of the 10th World Congress on Pain Progress in Pain Research and Management. Vol 24, Ed IASP Press, Seattle, 2003, p.839.
4. Rainville P et al, Science 1997 ; 277:968.
5. Danziger N et al, Pain 1998 ; 75:85.
6. Kiernan BD et al, Pain 1995 ; 60:39.
7. Laurent B & Peyron S, Intégration corticale de la douleur : apports de l'imagerie. Lettre de l'Institut UPSA de la Douleur N° 17, Juin 2002
8. Kuttner L & Solomon R, In : Pain in Infants, Children and Adolescents. Ed Schechter N, Berde C, Yaster M. Williams & Wilkins, Baltimore, 2003, p.317. (ISBN : 0-7817-2644-1)
9. Olness K & Kohen DP, Hypnosis and hypnotherapy with children. Guilford Press, New York, 1996. (ISBN 1-57230-054-X)
10. Michaux D, Hypnose, Langage et Communication. Ed Imago, Paris, 1998. (ISBN 2-911416-12-0)
11. Film « Le MEOPA et la douleur en pédiatrie... Et si on en parlait autrement ? » Disponible à l'Association Sparadrap : www.sparadrap.fr
12. Wood C & Tyzio S, In : Douleur et Hypnose. Ed Imago, Paris, 2004, p.208. (ISBN 2-911416-93-7)
13. Calipel S et al, Premédication in children : hypnosis versus midazolam. (Soumis à Anesthesiology)
14. Kohen DP, Int J Clin Exp Hyp 1986 ; 34:283.
15. Kuttner L, Pediatr Ann 1991 ; 20:120.
16. Zeltzer L & LeBaron S, Behav Pediatr 1982 ; 101:1032.
17. Liossi C & Hatira P, Int J Clin Exp Hypn 1999 ; 47:104.
18. Ellis JA & Spanos NP, J Pain Symptom Manage 1994 ; 9:96.
19. Zeltzer L et al, Pediatrics 1979 ; 64:533.
20. Annequin D et al, Efficacité de la relaxation et l'hyp-

nose en traitement de fond chez l'enfant maigrineux. Congrès ; «La douleur de l'enfant : Quelles réponses» 11^{ème} journée, Paris, UNESCO Février 2004

21. Erickson MH. L'hypnose thérapeutique : les quatre conférences. Editions ESF, Paris, 1986 ; 1999

22. Kuttner L. No fears, No Tears. Fanlight Productions, 1986. Traduction française Wood C. Montage, Batista F. Studio Robert Debré 2001. Disponible à l'Hôpital Robert Debré, Paris.

23. Kuttner L. No Fears, No Tears- 13 years later. Fanlight Productions, 1998. Traduction française Wood C, Montage Batista F. Studio Robert Debré 2001. Disponible à l'Hôpital Robert Debré, Paris.

Il existe plusieurs centres de formation à l'hypnose ericksonienne sur Paris et la Province

1. L'Institut Français d'hypnose

L'IFH fait une formation d'hypno-analgésie et d'hypno-thérapie

82 Rue Marcadet 75018 PARIS.

Tél. : 01.42.51.63.91 (rep) / 01 42 51 68 84

On peut également avoir la documentation par le biais du Docteur Didier Michaux.

97, Rue Hoche 78800 Houilles

Tél. : 01.39.57.59.73.

E. mail : dimic99@aol.com

site : www.hypnose.fr

2. L'Association Française d'Hypno-Thérapie

Siège Social, 34 Rue des Guipons, 94800 Villejuif

Cette formation est dirigée par Jean Becchio et Charles Jousselein et débouche également sur une diplôme d'hypno-praticien. Site internet : www.afhyp.com

Pour les formations contacter Jean Becchio :

06 80 73 67 05

3. L'institut Erickson de Paris

27 Rue Fourcroy, 75017 Paris - Tel : 01 39 16 17 72/ 01 42 27 57 67 - Fax : 01 39 16 70 12

Il y a un enseignement pour le personnel infirmier

email : erickson@club-internet.fr site : www.merickson-paris.asso.fr

4. Un DU d'Hypnose Médicale à la Pitié Salpêtrière

dirigée par le Docteur Jean-Marc Benhaïem le Professeur Coriat, ouverte aux médecins uniquement : 01 42 16 22 51

5. Une Formation et Perfectionnement à l'Hypnose

à l'Hôpital Ambroise Paré ouverte aux médecins, dentistes, psychologues.

Tel : 01 42 56 65 65 email : jmbenhaiem@wanadoo.fr

6. Séminaires par le Dr Victor Simon

à l'Institut de Médecine Psychosomatique d'Hypnose • Clinique et de Thérapie Brève, 26 Parvis St Michel, 59000 Lille

Tel : + 33 03 20 57 40 07

Fax : +33 03 20 57 99 00

Site : www.hypnose.org

Mail : victor.simon@hypnose.org

• Centre Pluralis, 29 Rue François 1^{er}, 75008 Paris

Tel : +33 01 47 20 60 99

7. Une formation à l'hypnose ERICKSONIENNE

et aux thérapies brèves à l'Institut Milton Erickson de Vaison-La-Romaine - B.P. 82 - 84110 Vaison-La-Romaine

Tél. 04.90.36.19.31

Fax : 04.90.28.70.17.

E. mail : belletpat@aol.com

Site internet : www.multimania.com/hypnoseclinique