

Hypnose et anesthésie en pédiatrie

**Dr Don-Pierre Giudicelli¹, Karima Rivera², Sylvie Girardot²,
Dr Isabelle James³**

¹ Anesthésiste, service d'anesthésie

² Infirmières anesthésistes, service d'anesthésie,

³ Chirurgien pédiatre, service de chirurgie pédiatrique

Clinique du Val d'Ouest, Écully

À la fin du XVIII^e siècle, Mesmer soigne des enfants par l'hypnose. La commission présidée par B. Franklin étudie les effets de l'hypnose sur des enfants et conclut au rôle prépondérant de l'imagination. Si Charcot voit en l'hypnose un état pathologique des adultes, J. Braid, un chirurgien anglais, constate que les enfants sont particulièrement sensibles et que l'hypnose peut compléter ou remplacer l'anesthésie. M. Erickson va relancer l'intérêt de l'hypnose médicale au milieu du XX^e siècle avec sa méthode permissive. La communication entre le thérapeute et le patient et l'importance relative de la transe apparaissent depuis comme l'essentiel.

En chirurgie pédiatrique, les soignants sont, encore plus que chez l'adulte, amenés à gérer les émotions des enfants (ainsi que celle des parents). Dans des études récentes, l'hypnose dans les périodes pré, per et postopératoires a montré un intérêt certain.

Actuellement de nombreuses équipes utilisent des techniques non pharmacologiques pour améliorer les soins des enfants. Les buts sont multiples : réduction du stress et de l'agitation, amélioration ou suppression des phénomènes douloureux, implication de l'enfant (et des parents) dans le soin.

Les particularités de l'enfant patient

Par sa capacité d'évasion et la confusion entre l'imaginaire et le réel, l'enfant va naturellement entrer en hypnose. Le choix des techniques d'induction de la transe doit être adapté à l'âge. Le système VAKOG¹ est souvent au premier plan (gustatif dans les premiers âges, visuel et kinesthésique ensuite). Comme le précise K. Ollness dans son livre, les suggestions comportant un aspect de défi sont plutôt à éviter (« Tu ne pourras pas ouvrir tes yeux ! ») [1].

L'entretien avant l'induction permet avec la coopération des parents de repérer les points d'intérêts de l'enfant. En dehors de l'urgence, cela peut se faire en consultation préopératoire.

Dans ce contexte, l'enfant et quelquefois ses parents sont amenés à devenir des acteurs du soin. Le rapport avec le monde médical peut donc être transformé positivement.

¹ Visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et gustatif.

Utilisation de l'hypnose en anesthésie pédiatrique

Préparation

L'équipe de Calipel (CHU de Rennes) a montré la supériorité de la préparation par hypnose à la prémédication médicamenteuse sur l'anxiété et les troubles du comportement postopératoire [2].

Pour des actes d'extraction dentaire sous anesthésie générale, l'équipe suédoise d'Enqvist a montré une diminution de la consommation d'analgésiques [3]. Les mêmes résultats ont été retrouvés par Mackey avec en plus une diminution des doses de propofol [4].

En 2009, une méta-analyse sur 17 études randomisées [5] concluait à l'aspect prometteur de plusieurs techniques non pharmacologiques. La présence des parents à l'induction ne diminuait pas toujours le stress de l'enfant.

Enfin de nombreux éditoriaux et articles comme ceux de F. Bernard [6] ou de L. Pain [7] et P. Richard [8] insistent sur le rôle positif ou négatif des mots et des phrases utilisés en préopératoire.

Ceci reflète bien la nécessité d'une formation de l'ensemble des équipes soignantes.

Hypnoanesthésie

En chirurgie pédiatrique on retrouve plusieurs études évoquant la possibilité d'utiliser l'hypnose en lieu et place de l'anesthésie générale. Dans son livre, K. Olness rapporte des études concernant la chirurgie plastique, ou les soins des enfants brûlés. L'équipe de Rennes a réalisé une comparaison entre hypnoanesthésie et anesthésie générale. Dans tous ces travaux, l'hypnose permet l'acte chirurgical et s'accompagne de meilleurs résultats en termes d'analgésie et de confort postopératoire.

Dans ces études, l'hypnose est utilisée seule ou en complément d'anesthésie locale. Elle est associée aussi à des perfusions peropératoires de morphinique. Il peut également y avoir pour certaines équipes une prémédication.

Suites opératoires

Découlant des études précédentes, on retrouve de nombreuses conclusions sur les effets postopératoires de l'hypnose. K. Olness suggère que les suggestions post-hypnotiques devraient être systématiquement renforcées en salle de réveil. Dans certaines études, la préparation hypnotique a été centrée sur la période de réveil, là encore avec des effets remarquables.

Notre expérience

Notre expérience d'hypnoanesthésie pédiatrique est récente à la Clinique du Val d'Ouest. Elle concerne essentiellement des actes de chirurgie dermo-cutanée. (Dr I. James).

Chez les enfants, la chirurgie cutanée nécessite souvent une anesthésie générale devant la difficulté d'acceptation de l'anesthésie locale. D'autre part, le siège des lésions est souvent un problème (visage ou zones génitales).

Dans ce cadre, la chirurgie sous hypnose nous paraît d'un intérêt certain. Nous avons progressivement mis au point un protocole permettant de réaliser ces gestes avec un excellent confort pour le patient et le chirurgien. Cette attitude correspond au développement actuel de l'hypnose et aux recommandations récentes de la Société française d'anesthésie sur les anesthésies

générales.

Nous avons débuté notre activité en juin 2007. Elle concernait 39 enfants fin 2010. Il s'agit d'ablations de tumeurs cutanées ou de reprises de cicatrices.

Nous avons établi un protocole décrivant la chaîne des soins. La prise en charge en équipe nous paraît primordiale.

Consultation préopératoire

Le chirurgien (Dr. I. James) voit l'enfant en consultation et propose l'alternative entre anesthésie générale et hypnoanesthésie.

L'enfant et ses parents sont alors vus en consultation anesthésique préopératoire par un médecin anesthésiste réanimateur formé à l'hypnose.

La consultation pré-anesthésique repose sur les critères habituels en recensant les antécédents familiaux et personnels. Comme souvent en pédiatrie mais avec encore plus d'attention, l'entretien avec l'enfant est centré sur ses loisirs préférés. Le médecin note soigneusement les aspects de son monde imaginaire.

Dans le discours, on amène des suggestions verbales du type « Tu vas te rendre compte que ton cerveau sait faire des choses même si tu ne sais pas qu'il le sait ». Un test d'hypnosabilité de type « bras de fer » réalisé devant les parents objective cette capacité cérébrale. L'accent est également mis sur les expériences positives d'apprentissage. L'enfant est en effet confronté à une situation future qu'il estime difficile voire impossible. Le médecin évoque avec lui les souvenirs d'apprentissage, par exemple le vélo, qui ont été transformés en plaisir. L'anamnèse doit permettre d'éviter l'évocation d'expérience vécue négativement (scolaire par ex.).

Les générations actuelles vivent dans un monde audiovisuel. Nous montrons systématiquement aux enfants et aux parents les vidéos que nous avons filmées au bloc sur un téléphone portable. Ceci a le rôle d'une suggestion positive : « Si Manon qui est plus petite que toi y est arrivée... ».

Les parents sont informés sur l'hypnose ericksonienne. À la fin, l'enfant est invité à participer activement au projet. C'est lui qui choisit la tâche qu'il devra avoir terminée avant le jour de l'opération. Le plus souvent l'enfant décrit le monde imaginaire dans lequel il sera. Il peut s'agir d'un jeu vidéo, de raconter le livre qu'il lit, du souvenir d'une compétition sportive ou d'un gala de danse.

Accueil dans le service

L'équipe soignante est informée de la technique d'anesthésie. Le personnel soignant du service a reçu une formation dans laquelle l'accent a été mis sur la communication verbale et non verbale.

La seule prémédication est l'application de pommade anesthésiante sur le site opératoire.

Accueil au bloc

Le jeune patient est pris en charge par une auxiliaire puéricultrice formée. Ce temps d'attente est mis à profit pour préparer l'enfant. La communication est centrée sur sa tâche. On en profite pour intégrer l'enfant dans le monde du bloc opératoire (couleurs des murs, des vêtements, bruits des appareils de monitoring, présentation de la salle de réveil « où tu seras tout à l'heure »).

Sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste présent au bloc opératoire, l'infirmière anesthésiste (IADE) vient voir le patient dès qu'elle est disponible. Elle a lu le dossier et un court entretien permet de personnaliser le discours (« Alors, tu fais de la danse... »). Elle demande à

l'enfant ce qu'il a choisi de faire pendant qu'on va l'opérer.

Phase opératoire

L'induction hypnotique va donc être rapide. Elle se fait pendant l'installation du patient sur la table opératoire. Les techniques d'induction flash sont donc très utilisées. Le but est de ne pas être plus long qu'une induction d'anesthésie générale.

Le chirurgien et l'IADE communiquent entre eux par gestes. Les panseurs sont eux aussi formés. Toute l'équipe sait que l'IADE doit être l'unique interlocuteur du patient.

La transe chez les enfants est particulière. Ils bougent et parlent beaucoup. L'IADE doit adapter ses inductions aux particularités de l'acte en suggérant au patient l'immobilité du bras par exemple. Très souvent, la transe est entretenue par une conversation permanente.

Les suggestions post-hypnotiques sont fondamentales. On évoque ce qui va se passer en salle de réveil, mais aussi au retour dans la chambre et au domicile.

L'approfondissement de la transe, si besoin, se fait à la demande du patient avec qui on a mis en place un signaling.

Réveil et retour en chambre

Dès la fin de l'intervention, l'enfant est invité à « se réveiller ». Cette suggestion permissive s'accompagne d'un discours félicitant l'enfant.

Nous attachons une grande importance à la visite postopératoire en chambre et en présence des parents. Les enfants peuvent présenter une amnésie et une distorsion du temps. L'entretien avec les parents permet de ratifier la transe, de leur confirmer que leur enfant n'a pas eu d'injection médicamenteuse.

Résultats et discussion

Trente-huit enfants sur 39 ont exprimé leur accord pour utiliser l'hypnose s'il y avait une autre intervention. En dehors des 4 premiers cas, aucun n'a eu de complément intraveineux en peropératoire. La moitié environ des enfants évoquent de manière naturelle et positive cette expérience en famille ou à l'école. Un enfant sur cinq a un souvenir douloureux mais toujours supportable sans analgésique. Aucun enfant n'a eu besoin de traitement antalgique ou sédatif au réveil.

Le chirurgien a réalisé l'acte prévu dans des conditions identiques à l'anesthésie générale.

Les parents sont très satisfaits même si certains sont surpris que « ça ait marché ».

Depuis les travaux de Me Faymonville, l'hypnose au bloc opératoire en alternative à l'anesthésie générale connaît un regain d'intérêt. De nombreuses expériences sont rapportées en pédiatrie depuis les années 1950. On retrouve des actes sous hypnose en chirurgie des brûlés, en chirurgie plastique ou en traumatologie. L'hypnose est utilisée en urgence par des équipes comme celle de C. Wood.

Les études en neuro-imagerie fonctionnelle ont confirmé la réalité de l'hypnose et ses différences entre relaxation, distraction et rêve dirigé. En pratique clinique, la différence est difficile à établir, mais les résultats sont eux bien objectifs.

La présentation de l'hypnoanesthésie au patient doit bien insister sur le fait que l'enfant n'est pas inconscient pendant la transe. Certaines personnes attendent une catalepsie profonde et sont alors

décues.

Les soignants doivent être formés et avoir un minimum de connaissances sur la communication en hypnose. Nous avons proposé une formation interne qui va être complétée par celle de l'Institut français d'hypnose et grâce à l'aide de la fondation APICIL.

Il nous paraît important que l'hypnose au bloc opératoire reste sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste. Bien que cela arrive rarement, la possibilité de compléter la transe par une sédation médicamenteuse ou de faire une anesthésie générale est d'un grand confort. L'enfant doit être équipé comme pour toute anesthésie avec une voie veineuse périphérique et un monitoring classique.

La personne la plus adéquate pour induire et contrôler l'hypnose est sans doute l'IADE. En effet, surtout chez les enfants, il est difficile de laisser le patient sans accompagnement ou à une autre personne. L'IADE est parfaitement dans son rôle auprès du patient dont elle s'occupe exclusivement, toujours sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste.

La visite postopératoire est faite systématiquement chez nous par l'IADE.

Il nous semble qu'outre le bénéfice d'éviter une anesthésie générale, l'aspect positif et éducatif pour l'enfant est primordial. Sa réaction future par rapport au monde médical et à ses soins potentiellement douloureux sera améliorée d'autant plus que la séance d'hypnoanesthésie a été une réussite pour lui comme son entourage.

Conclusion

Il y a probablement de nombreux avantages à développer l'hypnose en alternative à l'anesthésie générale. Tous les soignants doivent être formés et ceci change considérablement le vécu des patients.

L'hypnose conversationnelle est un complément très efficace à l'anesthésie locorégionale. On pourrait réaliser plus souvent ces techniques chez les enfants sans avoir recours à l'anesthésie classique.

L'hypnose permet de poser une voie veineuse périphérique sans difficulté chez les enfants. Il pourrait y avoir plus d'anesthésie avec induction intraveineuse en pédiatrie.

Le point fondamental est la formation de l'équipe soignante avec l'infirmière anesthésiste comme acteur principal de l'hypnoanesthésie au bloc opératoire.

Références

- [1] Olness K, Kohen DP. *Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant*. Satas, Bruxelles, 2006.
- [2] Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. Premédication in children : hypnosis versus midazolam. *Paediatr Anaesth* 2005 15 (4) : 275-81.
- [3] Enqvist B, Fischer K. Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars : a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn* 1997 ; 45 (2) : 102-8.
- [4] Mackey EF. Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction : a randomized, blind, controlled study. *Int J Clin Exp Hypn* 2010 ; 58 (1) : 21-38.
- [5] Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; 8 (3) : CD006447.
- [6] Bernard F. L'hypnose conversationnelle, une autre manière de communiquer avec le patient. *Oxymag* 2009 ; 22 (109) : 4-7.

- [7] Pain L. Le vécu de l'anesthésie chez l'enfant : Développement des processus de mémorisation. 39^e *JEPU*, Paris, 2007.
- [8] Richard P. Le vécu de l'anesthésie chez l'enfant : intérêts de l'hypnose en anesthésie pédiatrique. 39^e *JEPU*, Paris, 2007.
- [9] Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J. Hypnosedation : a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chir Belg* 1999 ; 99 (4) : 141-6.
- [10] Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study. *Pain* 1997 ; 73 (3) : 361-7.
- [11] Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn* 2003 ; 51 (2) : 105-29.