



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Transe pour pallier aux souffrances



Formateur référent mémoire
Madame FORTIN Virginie

FRANÇAIS Marianne
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

Date : 02 mai 2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :
Transe pour pallier aux souffrances

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : Français Marianne

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais exprimer ma gratitude envers ma référente de mémoire pour ses conseils, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier chaleureusement ma référente pédagogique pour sa présence, son écoute attentive et ses précieux conseils au cours de ces trois années de formation.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers tous les formateurs de l'IFSI du CHU de Rennes Pontchaillou qui m'ont transmis des connaissances précieuses tout au long de ma formation. Leur enseignement de qualité a été une source d'inspiration et de motivation pour moi.

Je suis reconnaissante envers tous les professionnels de la santé que j'ai rencontrés lors des stages et qui m'ont fait évoluer dans mon parcours. Je tiens à remercier les deux infirmières qui ont accepté de répondre à mes questions ainsi que les professionnels qui ont effectué une relecture de mon mémoire.

Je souhaite exprimer ma gratitude envers ma famille, mon mari Anthony et mes enfants Ewen, Alwena, Youna et mes amis pour leur patience, leur soutien moral constant et leur motivation sans faille.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Situation d'appel pour aller vers la question de départ	1
2.1. Présentation de la situation de départ	1
2.2. Émergence d'une question de départ	3
3. Cadre théorique	4
3.1. La douleur	4
3.1.1. Définition de la douleur	4
3.1.2. La douleur induite lors d'un soin invasif et phénomène de mémorisation	4
3.1.3. Anticipation, prévention et évaluation de la douleur	6
3.1.4. Douleur et droits	7
3.2. Les émotions	8
3.2.1. Définition de l'émotion	8
3.2.2. Les états émotionnels au cours du soin invasif et douloureux	8
3.2.3. Les risques et les avantages des émotions dans le soin	9
3.3. La relation soignant-soigné	11
3.3.1. Définition de la relation soignant-soigné	11
3.3.2. La posture professionnelle positive lors d'un soin invasif et douloureux	12
3.3.3. D'une communication adaptée à une relation soignant-soigné	13
3.4. L'hypnose	14
3.4.1. Définition de l'hypnose	14
3.4.2. Les différentes formes de l'hypnose thérapeutique	15
3.4.3. L'impact de l'hypnoalgésie lors d'un soin invasif et douloureux	17
4. Méthodologie du recueil de données	18
4.1. Méthode de l'entretien	18
4.2. Professionnels interrogés	18
4.3. Organisation de l'entretien	18
4.4. Objectifs de l'entretien	18
4.5. Bilan du dispositif : points forts et limites	19
5- Analyse descriptive des entretiens	19
5.1. La douleur lors d'un soin invasif et douloureux	19
5.2. Les émotions au cours d'un soin invasif et douloureux	21
5.3. La relation soignant-soigné au cours d'un soin invasif et douloureux	23
5.4. L'hypnose et les autres méthodes thérapeutiques	24
6- Discussion	25
6.1. Le soin invasif et douloureux	26
6.2. Le vécu du soin par l'enfant	27
6.3. L'hypnoalgésie	28
6.4. Ré-ajustement de la question	29
7- Conclusion	30
Bibliographie	31
Annexes	

“La vie apporte son lot de douleurs, votre responsabilité est de créer de la joie.”

Milton Erickson

“On ne peut pas guérir la partie soignée sans soigner le tout. On ne doit pas soigner le corps séparé de l'âme et pour que l'esprit et le corps retrouvent la santé, il faut commencer par soigner l'âme. Car c'est une erreur fondamentale des médecins d'aujourd'hui de séparer l'âme et le corps.”

Platon

1. Introduction

Bien que le rôle d'un infirmier soit d'anticiper, prévenir et de soulager la douleur des patients, il est important de reconnaître que certains actes de soins peuvent entraîner des douleurs et engendrer des émotions. J'ai été longtemps, au cours de mes expériences professionnelles, extra-professionnelles et au cours de plusieurs de mes stages, confrontée aux émotions et à la douleur induite par les soins. Dans de pareilles situations, il était primordial pour moi, d'avoir une communication adaptée dès le début de la prise en soin du patient afin de favoriser une relation soignant-soigné avant, pendant et après le soin et ainsi créer une relation de confiance. De la même manière que j'ai essayé d'aider mes enfants à surmonter leurs peurs et leurs douleurs, j'ai cherché à leur offrir un soutien similaire. Dans le service des Urgences Pédiatriques, j'ai été confrontée à des douleurs plus conséquentes engendrées par des fractures. J'ai ainsi pris conscience des limites que je pouvais avoir en me sentant impuissante et démunie face à des soins invasifs et douloureux.

Un dilemme se pose quant à la prise en soin des patients. En effet, les soignants sont censés apporter bien être et confort au cours des soins, alors que ces derniers peuvent apporter souffrances physiques et psychologiques.

J'avais connaissance de l'outil "hypnose" complémentaire aux thérapeutiques, mais je n'avais jamais eu l'occasion de le voir mis en pratique au cours de soins. Pour y avoir eu personnellement recours, afin de traiter le stress avant des examens, je suis intimement convaincue par cette méthode naturelle relevant du rôle propre de l'infirmier et qui ne nécessite aucune prescription médicale.

Au cours de mon stage du semestre quatre, en service de médecine de l'enfant et de l'adolescent, j'ai eu pour la première fois l'occasion de voir l'approche et la mise en pratique de l'hypnose lors d'une réduction de fracture. Cette situation m'a confortée sur l'intérêt de cette thérapie brève pendant les soins.

Toutes mes recherches au cours de ce mémoire me permettront d'enrichir mes connaissances sur l'hypnoalgésie et sur la relation soignant-soigné qui me permettront ainsi d'accompagner les patients à un vécu moins douloureux.

2. Situation d'appel pour aller vers la question de départ

2.1. Présentation de la situation de départ

La situation, que je vous relate, est mon premier témoignage sur la relation thérapeutique et les bienfaits de l'hypnose sur la douleur et les émotions.

Au cours de ma deuxième semaine de stage dans un service de médecine de l'enfant et de l'adolescent, communément appelé urgences pédiatriques, l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) accueille

un enfant de 6 ans accompagné de son papa et d'une équipe de sapeurs-pompiers. L'enfant portait à son bras droit une attelle aluforme installée par les pompiers. Pour son installation, un Mélange Équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) lui avait été administré par l'infirmière Sapeur-Pompier dans le but d'atténuer la douleur. Après que l'IAO ait pris tous les renseignements nécessaires et décrit l'anamnèse des faits, elle a fait évaluer la douleur ressentie par la petite fille à l'aide d'une Échelle Visuelle Analogique. La douleur était importante. Devant cette information, l'infirmière lui a administré un antalgique de palier 1 et un anti-inflammatoire non stéroïdien comme stipulé dans le protocole du service. J'ai pris soin d'installer l'enfant et son papa dans la salle de plâtre de l'Unité de Soins Très Courte Durée côté chirurgie. La petite fille pleurait, car elle était douloureuse, mais aussi parce qu'elle évoluait dans un environnement totalement inconnu. Elle était dans l'inquiétude de ce qui pouvait lui être fait. Installée dans un fauteuil roulant du service, je me suis donc mise à sa hauteur pour pouvoir échanger. Mon objectif était de créer une relation de confiance. J'ai alors pris le temps de lui expliquer le déroulement de sa prise en soin, étape par étape. Elle s'est alors essuyée le visage et a écouté mes conseils puis a fini par accepter mon aide pour ses transferts. Je la sentais un peu plus détendue, ce qui m'a permis de prendre ses constantes et de renseigner les éléments manquants du bilan. Pendant ce temps, l'IAO a rendu compte au médecin qui a pris la décision de lui administrer un antalgique de palier 3 avant de se rendre dans le service de radiologie. Après avoir fait la radiographie, elle a été réinstallée sur le brancard de la salle de plâtre. Le diagnostic d'une fracture déplacée a été annoncé rapidement. Après avoir pris contact avec le chirurgien orthopédique, le médecin du service s'est rendu auprès de la petite fille pour lui expliquer ce qui avait été constaté sur la radiographie et ce qui allait être fait dans un vocabulaire adapté à son âge. Un chirurgien orthopédique est arrivé dans le service afin de pratiquer une réduction. Avec une des infirmières, nous avons préparé l'ensemble du matériel nécessaire pour l'utilisation du MEOPA et avons rejoint le chirurgien. Après que la petite fille ait choisi le parfum qu'elle désirait sentir dans son masque, j'ai appliqué dessus du feutre au parfum barbe à papa. Elle devient alors actrice de son soin. Cette attention a été appréciée. Pendant environ trois minutes, elle a inhalé dans son masque le mélange gazeux. Le chirurgien a estimé que cela n'était pas suffisant. Je me trouvais à hauteur de la tête de l'enfant, ce qui me permettait de constater qu'à chaque fois que le chirurgien touchait délicatement le bras, les traits de son visage se tendaient, son corps se crispait et une raideur se faisait ressentir. Je me sentais démunie face à cette situation. En effet, il manquait un élément pour que cette prise en soin se déroule dans des conditions optimales. C'est à ce moment-là que l'infirmière a commencé à prendre la parole. La relation était plutôt intimiste et laissait à penser qu'il n'y avait qu'elles deux. L'infirmière lui parlait sous forme de monologue avec une voix calme. La petite fille a alors fermé les yeux et s'est concentrée sur la fabuleuse histoire de Tapalabosse, une tortue née sans carapace et qui se trouvait démunie de protection contre les rayons du soleil et des coups de bec des goélands. Cette histoire, avec des métaphores en lien avec le plâtre et son retrait, a été créée par des soignants du service des urgences pédiatriques. Plus l'histoire avançait, plus la petite fille se détendait.

De ma place, je pouvais voir ses traits du visage se détendre, son corps se relâcher et sa ventilation qui devenait ample et régulière. Cette situation m'a permis également de retrouver un état plus serein. Ainsi, le chirurgien a pu procéder à la réduction et à la confection du plâtre. La petite fille est sortie d'un "état de conscience modifié" en douceur et à son rythme, comme si elle sortait d'une sieste, lorsque le masque du MEOPA a été retiré de son visage. Nous lui avons demandé si elle avait eu mal pendant la manipulation, elle nous a dit qu'elle n'avait pratiquement rien senti. Je garderai en mémoire le corps crispé qu'avait cette petite fille avant que l'hypnose soit intégrée au soin et son visage apaisé et souriant après être sortie d'un état de torpeur.

2.2. Émergence d'une question de départ

Cette histoire magique, pleine de mystère, qui détourne l'attention m'amène à me poser un certain nombre de questions.

- Quelles sont les conditions propices à l'hypnose ?
- L'hypnose doit-elle être adaptée en fonction de l'âge du patient ?
- Quel est l'intérêt de pratiquer l'hypnose avant et pendant le soin ?
- Quels sont les avantages d'introduire l'hypnose dans les soins ?
- Que provoque l'hypnose au cours d'un soin douloureux ?
- De quelle manière l'hypnose peut-elle aider à détourner l'attention du patient de la douleur alors que celle-ci est bien présente ?
- Comment une relation thérapeutique peut-elle se faire malgré la douleur et l'évolution dans un environnement inconnu ?
- L'hypnose peut-elle faire diminuer la douleur ?
- L'hypnoalgésie peut-elle soulager toutes les douleurs induites par les soins ?
- L'hypnoalgésie peut-elle réduire la consommation d'antalgiques ?
- L'hypnose influence-t-elle le vécu émotionnel du patient au cours d'un soin douloureux ?
- Les effets de l'hypnose sont-ils similaires d'une personne à une autre ?
- La pratique de l'hypnose est-elle régie par un cadre légal en France ?
- Existe-t-il des études scientifiques qui évoquent l'efficacité de l'hypnoalgésie?

Ce questionnement m'a permis de mettre en évidence une question de départ : En quoi l'hypnoalgésie pratiquée par l'infirmier, lors d'un soin invasif et douloureux, va-t-elle influencer le vécu du soin par l'enfant ?

3. Cadre théorique

3.1. La douleur

3.1.1. Définition de la douleur

L'exposition à la douleur et à l'inconfort des enfants, lors de soins invasifs, fait partie du quotidien des infirmiers. C'est pourquoi, il est important dans un premier temps de définir la douleur et ainsi de comprendre le vécu de l'enfant. Le Conseil de l'International Association for the Study of Pain (IASP) a révisé la définition de la douleur en 2020 qui avait été définie en 1979. La Haute Autorité de Santé a utilisé en 2023 la définition de la douleur révisée par le Conseil de l'IASP, qui la décrit comme étant "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle" (Raja et al., 2020, cités par Haute Autorité de la Santé [HAS], 2023, p. 6). Il est également important de comprendre comment est structurée la douleur. La douleur peut être divisée en 4 composantes distinctes, mais qui ne peuvent pas être dissociée. En effet, la douleur est constituée par plusieurs composantes : la composante sensorielle qui permet de décoder la douleur et de renseigner le Type de douleur, l'Intensité, la Localisation, et la Temporalité (TILT), la composante émotionnelle correspondant à la façon dont le patient exprime la douleur, la composante cognitive permettant au patient d'appréhender la douleur en fonction de ses connaissances et de son vécu, et enfin par la composante comportementale, qui permet aux patients d'extérioriser la douleur par une communication verbale ou non verbale (Pédiadol La douleur de l'enfant, 2019). L'enfant peut ressentir plusieurs types de douleurs, la douleur nociceptive, neuropathique et, nociceptive. L'aspect psychologique qui n'est pas une douleur, mais une souffrance psychique ne sera pas abordé. Sous l'entête de la douleur nociceptive se trouve la douleur aiguë, la douleur iatrogène et la **douleur induite par les soins**.

3.1.2. La douleur induite lors d'un soin invasif et phénomène de mémorisation

Dans le cadre de leurs fonctions, les infirmiers sont amenés à effectuer des soins invasifs induisant des douleurs à l'enfant. Dans ce sujet, seules les douleurs nociceptives et plus précisément celles induites par les soins sont abordées. Selon le Docteur Ricard-Hibon (2005), Cheffe du SAMU du Val-d'Oise et des Urgences-SMUR, "la douleur induite par les soins est une douleur de courte durée, causée par les soignants ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées" (p. 2). La douleur induite proviendrait donc de soins couramment faits par les soignants et qui de ce fait, serait prévisible et qui devrait être prévenue.

Les Docteurs Coutaux et Collin affirment que :

En dépit d'une prise de conscience récente, les douleurs liées aux soins sont très fréquentes et sous-évaluées, en particulier dans les populations fragiles (âges extrêmes...) La mémoire d'un geste est corrélée au pic d'intensité douloureuse ressentie au cours du geste. La mise en place de protocoles antalgiques et leur évaluation restent insuffisantes, y compris chez l'enfant (Coutaux & Collin, s.d. cité par Paillard, 2021a, p. 187).

Pour elles, la douleur n'est pas suffisamment évaluée et par conséquent non indiquée sur le dossier du patient, les prescriptions et protocoles antalgiques ne sont pas mis en place de façon systématique. Elles ont remarqué que la douleur ne serait pas exclusivement en lien avec le soin en cours, mais pourrait être liée à une association entre la mémoire d'un geste invasif, la douleur antérieure et l'intensité de la douleur ressentie (Coutaux & Collin, s.d. cité par Paillard, 2021b, p. 187).

La mémoire a son lot de surprises. Elle a le pouvoir de nous faire nous rappeler des souvenirs agréables et parfois douloureux dit désagréables.

Le Psychologue clinicien et hypnothérapeute Bioy et al. (2016) expliquent que :

Actuellement, nous savons qu'il existe deux types de mémoire : la mémoire implicite (non accessible à la conscience et donc non racontable, mais qui existe dans notre vécu et notre corps), ainsi que la mémoire explicite, dite déclarative, fonctionnelle à partir de l'âge de 4 ans. Nous nous rappelons les événements prioritairement en fonction du contexte émotionnel dans lequel ils se sont déroulés, et par ailleurs, l'accès à la mémoire se fait davantage sur les facteurs émotionnels (pp. 195-196).

La charge émotionnelle engendrée lors d'un soin va donc être stockée sous forme d'information dans la mémoire implicite. Ces informations sont enregistrées sur une longue durée et parfois même à vie et peuvent ressurgir à tout moment de la prise en soin. D'après Madame Wanquet (1994), Cadre supérieur de santé "Si le patient a déjà vécu des soins douloureux, il peut réagir de plusieurs façons" (Wanquet, 1994a citée par P. Sichère p.307). Pour elle, il existe plusieurs possibilités, soit le patient fait preuve de résilience (coping positif), soit il a fait murir en lui une peur provoquant parfois une phobie des soins (coping négatif). L'objectif de l'infirmier sera donc d'accompagner le jeune patient afin de le guider vers le versant du coping neutre voir positif. Selon les situations, la réaction de l'enfant peut être changeante selon certains éléments (contraintes physiologiques ou psychologiques, le soin, les soignants...) (Wanquet, 1994b citée par P. Sichère p.307). Elle précise également que, "L'idéal est bien entendu qu'il n'y ait pas de mémorisation de la douleur et que chaque patient puisse bénéficier de soins non ou peu douloureux" (Wanquet, 1994c citée par P. Sichère p.307). Que la mémorisation soit implicite ou explicite, celle-ci doit dans tous les cas conditionner l'infirmier à **anticiper, prévenir le soin invasif et évaluer la douleur**. L'intensité de la douleur vécue par l'enfant sera forcément influencée par les différentes expériences qu'il aura mémorisées depuis sa naissance.

3.1.3. Anticipation, prévention et évaluation de la douleur

Il est important dans un premier temps de faire le distinguo entre l'anticipation et la prévention. En effet, ces deux termes sont employés couramment et parfois de façon erronée. L'anticipation et la prévention dans les soins permettent la mise en place d'actions complémentaires. L'anticipation est plutôt une démarche réflexive des professionnels permettant de penser le soin, avant de le débiter. Selon l'Infirmière Coudray (2013) :

Chacun s'engage dans cette relation particulière qu'est le soin, une « proximité à durée limitée », avec une finalité qui semble claire même si parfois elle mériterait plus de clarification... Chacun donc, s'engage à faire au mieux ce qu'il fait avec les moyens dont il dispose : connaissances, techniques, comportements... Dans cette approche clinique, il y a la part des savoirs déjà répertoriés : connaissances médicales, gestes techniques, psychologie, savoirs sociaux...et surtout la mise en musique, combinaison de tout cela dans la situation spécifique vécue par les deux personnes en cause : le soignant et le soigné... Chacun d'eux d'ailleurs étant lui-même envahi de son propre cadre de référence, de ce qu'il sait ou ne sait pas, de ce qu'il a déjà vécu, des paroles de ses proches...

Il est essentiel pour le soignant d'anticiper le soin à venir. Cette étape lui permettra de recueillir des informations auprès de l'enfant et du parent sur les expériences passées, les antécédents, leurs habitudes, leurs connaissances et leurs ressources face à la douleur. Le soignant pourra alors penser le soin et utiliser ses connaissances des protocoles et des techniques, en les adaptant aux besoins de l'enfant, pour garantir une expérience de soin la plus agréable possible. La prévention, quant à elle, permet de mettre en place des mesures en amont du soin pour limiter ou empêcher l'apparition de la douleur. Ces mesures sont d'ailleurs cadrées par des protocoles de soins.

Le Docteur Ricard et al. (2005) déclarent que :

La prévention et le soulagement des douleurs induites par les soins sont devenus une exigence éthique, légale et surtout un indicateur de la qualité du système de santé. Si les moyens antalgiques existent, l'effort doit porter sur leur application par des personnels formés et en nombre suffisant pour garder toute sa valeur à la relation soignant-soigné (p. 145).

La prévention de la douleur induite par les soins est une action primordiale à laquelle le soignant ne doit surtout pas déroger, car, cela pourrait engendrer des conséquences sur la prise en soin de l'enfant.

Sur le site Vidal (2020), il est stipulé que :

Dans la plupart des cas, il est impossible d'empêcher l'apparition de la douleur, mais on peut parfois en prévenir les causes. [...] Les douleurs liées aux examens médicaux (par exemple les prises de sang) peuvent être prévenues par l'application d'un gel anesthésique local appliqué par l'infirmière quelques minutes auparavant. Les professionnels de santé veillent également à rassurer l'enfant, car l'anxiété peut amplifier le ressenti de la douleur.

Finalement, après plusieurs lectures, un constat peut être fait. En effet, la douleur induite par les soins du fait de sa prévisibilité peut être anticipée et prévenue. Des moyens thérapeutiques et non

thérapeutiques peuvent être mis en place par l'infirmier en amont du soin. Mais, il faudra tout de même que le soignant évalue la douleur exprimée par l'enfant.

Une diversité d'outils permet à l'infirmier d'évaluer la douleur chez l'enfant dès sa naissance. L'infirmier aura pour rôle d'identifier l'échelle d'évaluation de la douleur la plus appropriée à l'enfant. En effet, d'après les Pédiatres Fournier-Charrière et Tourniaire (2015a), l'infirmier devra "Utiliser une échelle validée, adaptée à l'âge de l'enfant et à sa situation" (p. 4). Il sera opportun, pour le soignant, de toujours utiliser la même échelle, adaptée à l'enfant, afin d'avoir un suivi cohérent. Selon elles, de 0 à 4 ans, l'observation du soignant devra cibler le comportement de l'enfant, permettant ainsi une hétéro-évaluation. De 4 à 6 ans, l'utilisation de l'échelle des visages est possible et validée par une hétéro-évaluation. Les enfants de plus de 6 ans peuvent effectuer une auto-évaluation avec l'échelle numérique par exemple (Fournier-Charrière & Tourniaire 2015b, p.4). L'infirmier a un rôle indéniable dans la prise en charge de la douleur. De par ses connaissances et ses expériences, il devra anticiper et prévenir la douleur induite par les soins. Grâce à son sens de l'observation et à l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur adaptés, l'infirmier peut ainsi identifier, quantifier, qualifier et décrire la douleur vécue par l'enfant en amont, pendant et après le soin. Il en est de même avant et après la prise d'antalgique. La traçabilité de l'évaluation de la douleur permet ainsi une prise en charge optimale avec des prescriptions adaptées et une continuité des soins adéquate. **La lutte contre la douleur en France est un enjeu de société.**

3.1.4. Douleur et droits

Il y a 25 ans, les pouvoirs publics mettaient en place le premier plan douleur. Deux autres ont succédé dans le but d'améliorer la prise en charge de la douleur. Un contrat d'engagement a été élaboré puis, "mis en place par le programme national (2002-2005) de lutte contre la douleur ... document remis à tout patient hospitalisé Ce document constitue un acte d'engagement dans une politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur... ." (Droits des usagers de la santé, 2014, p. 81). La lutte contre la douleur étant une priorité de santé publique, plusieurs textes législatifs cadrent l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Ces différents textes de loi incitent les établissements de santé, les Comités de LUTte contre la Douleur (CLUD), les professionnels de santé à participer ensemble à cet enjeu de santé publique. Tous les textes législatifs ne pourront être étudiés, mais un le sera plus particulièrement, car il décrit le devoir de l'infirmier auprès des enfants douloureux. Selon l'art. R4312-19 du Code de la Santé Publique du 28 novembre 2016 "L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur."

L'article 4 de la Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé, du 13 mai 1986, dont la circulaire du Secrétariat de l'État à la Santé de 1999 préconise son application déclare que :

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur (p. 1). Au-delà de l'expérience sensorielle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, la douleur est aussi associée à une **expérience émotionnelle**. Lorsqu'un infirmier constate la douleur de l'enfant et la traite, prend-il vraiment en compte la composante émotionnelle ? C'est pourquoi il est important pour tout soignant d'avoir également connaissance des différentes émotions que peut procurer un soin invasif et douloureux.

3.2. Les émotions

3.2.1. Définition de l'émotion

Il existe de nombreuses définitions qui développent le concept de l'émotion. La Professeure de psychologie Fernandez (2012) définit l'émotion comme une "réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques"... (p. 165). Selon le Journaliste Trémintin (2002), l'émotion serait "une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementale (nos actions)".

Ces deux définitions permettent de comprendre que les émotions sont une réaction naturelle, involontaire et de protection, en fonction du caractère, de la culture, des expériences vécues par l'enfant. Selon les situations, les émotions peuvent être éprouvées de façon agréable et parfois désagréable. En effet, l'enfant ne peut empêcher l'émergence des **émotions lors de soins invasifs et douloureux**, mais il peut apprendre à les réguler en étant accompagné dans ses expériences.

3.2.2. Les états émotionnels au cours du soin invasif et douloureux

Depuis leur naissance et au quotidien, les enfants sont submergés de façon inconsciente par les émotions. En effet, au cours de notre vie, six émotions dites primaires évoluent au détour des situations rencontrées. D'autres émotions appelées émotions secondaires peuvent s'y ajouter. Seules les émotions primaires seront développées. Elles peuvent être vécues de manière désagréable ou plutôt agréable. Elles ont un lien avec la situation vécue, et également avec d'autres facteurs comme l'environnement. La Psychologue Beaulieu-Pelletier (2022) explique que :

Les émotions sont des réactions spontanées aux différentes situations que l'on vit. Elles n'apparaissent pas toutes en même temps. Les premières émotions que votre enfant ressent sont appelées les émotions primaires. Elles apparaissent durant sa première année de vie. Il s'agit de **la joie, de la tristesse, de la colère, de la peur, du dégoût et de la surprise**.

Ceci laisse penser que les émotions apparaissent instinctivement et s'adaptent en fonction de la situation en cours. Au sujet de l'environnement et des autres facteurs pouvant provoquer des émotions, la Docteure en psychologie Minguet et Madame Galland cofondatrice de l'association Sparadrapp (2022), précisent que :

La plupart des enfants sont inquiets lorsqu'ils sont en contact avec le monde médical et hospitalier que ce soit pour une visite, un soin, un examen médical, une intervention chirurgicale. Ils ont peur de l'inconnu, peur d'avoir mal, peur d'être séparés de leurs parents, peur des séquelles... et ce d'autant plus qu'ils ont le souvenir d'expériences difficiles.

La peur semble omniprésente au cours des soins. Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen sont légitimes et doivent vraiment être prises en compte par le soignant. À ce sujet, l'article 8 de la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé du 13 mai 1986 stipule que "l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille".

La priorité de l'infirmier sera de placer l'enfant dans les meilleures dispositions possibles afin qu'il ne soit pas submergé par des émotions qui pourraient être contreproductives durant le soin. Il semble primordial également de prendre en considération les besoins de la famille. L'idéal serait d'établir une relation de confiance avec l'enfant et ses parents dans un environnement paisible, ceci afin de les aider à gérer ensemble leurs émotions. L'objectif est d'éviter que les émotions ne dominent la situation, car cela pourrait entraîner des **risques** tels que la mémorisation du geste associée à la douleur. Mais, est-il possible que les émotions amènent des **avantages dans le soin** ?

3.2.3. Les risques et les avantages des émotions dans le soin

Durant les soins, les émotions sont bel et bien présentes tant du côté de l'enfant que de celui des parents et parfois même des soignants. Les Psychologues Mayer et Salovey définissent l'émotion intellectuelle comme étant "l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres" (Mayer & Salovey, 1997 cités par Syndicat National des Professionnels Infirmiers, 2016a). Cela signifierait qu'un soignant qui est capable de reconnaître et de comprendre ses propres émotions ainsi que celles de l'enfant et de son entourage sera mieux équipé pour les aider à les réguler et à les maîtriser. "Les émotions des patients sont une notion importante, mais avoir conscience de son propre état émotionnel est également indispensable. Savoir gérer ses émotions permet d'éviter qu'elles ne deviennent perturbatrices et impactent la communication avec le patient" (Syndicat National des Professionnels Infirmiers, 2016b). De ce fait, si l'infirmier a des difficultés à gérer ses émotions, il y aura forcément des répercussions auprès du patient et de ses proches. Cela pourrait ternir les prémices d'une relation soignant-soigné, mais aussi faire encourir des risques durant la prise en soin tant du côté de l'enfant et de son accompagnant que du côté du soignant.

L'Anthropologue Kane (2007a) indique que "La contingence du pleur, en particulier, suscite des préoccupations chez des adultes soignants et parents soucieux du malaise généré par des pleurs

persistants au cours de la consultation” (p. 67). En effet, des pleurs persistants peuvent laisser des séquelles psychologiques chez les enfants. C’est pourquoi les soignants sont d’autant plus attentifs, car celles-ci pourraient lui rendre les futurs soins difficiles ainsi qu’à son entourage. Pour les enfants, il n’est pas toujours évident d’identifier leurs émotions. Leurs attitudes et comportements sont des pistes à explorer par les soignants, d’où l’importance d’un sens de l’observation aiguisé.

Selon la Docteure en Sciences de l’éducation Pelini (2017) évoque que “L’incapacité des enfants à identifier et exprimer leurs émotions se reflète souvent dans leur comportement. Selon la recherche disponible, les crises de colère et les comportements agressifs sont souvent liés à des émotions mal gérées ou réprimées”. Si l’enfant ne parvient pas à identifier ou à exprimer une émotion, cela peut provoquer un accès de colère, voire un comportement violent.

La Psychothérapeute Aimelet-Perissol (2017) indique que :

Il est essentiel que les professionnels de santé, mais aussi tout un chacun, comprennent que l’émotion ne doit pas être vécue comme un problème, mais comme une ressource. Mais aussi qu’ils réalisent que la dignité du patient doit être prise en considération à sa juste valeur.

Par conséquent, les professionnels de la santé doivent faire face aux émotions ressenties par l’enfant sans porter de jugement.

D’après la Psychologue Rasse (2017) “Les émotions jouent donc un rôle très important en termes de communication puisqu’elles disent des choses de nos besoins”.

Les émotions peuvent avoir aussi un impact positif dans le soin, surtout, lorsque le soignant est en capacité de prendre ce concept à bras le corps.

Les formatrices Quancard-Stoïber et Bouillercce, expliquent que :

Reconnaître les émotions, ... nous permet d’améliorer notre communication, nos échanges, nos relations, en développant notre empathie et ainsi de générer moins de stress Si ... vous êtes à l’écoute de ses émotions, vous faciliterez la relation et l’aidez à mieux supporter sa situation, voire à se sentir mieux (Quancard-Stoïber & Bouillercce, 2018 citées par M. Remillieux, 8 février 2018).

Si le soignant est capable de décrypter les émotions de l’enfant, il pourra proposer différentes techniques pour le soulager et ainsi rétablir une atmosphère sereine et calme. Cette approche permettra également à l’accompagnant de relâcher la pression accumulée durant cette période. Cette interaction efficace avec l’enfant et l’accompagnant permettra ainsi de créer le premier maillon de **la relation soignant-soigné**.

3.3. La relation soignant-soigné

3.3.1. Définition de la relation soignant-soigné

La douleur, les émotions et les prises en soin amènent le soignant ainsi que le patient à créer une relation. Dans la plupart des cas, les enfants sont accompagnés par un adulte durant les soins. Cette présence est source de réassurance pour l'enfant. Pour l'Anthropologue Kane (2007b), " En pédiatrie, cette rencontre composée entre enfant, parent(s) et soignant(s) implique divers enjeux s'inscrivant plus largement dans l'entretien de rapports à l'enfant" (p. 66). Cette relation triangulaire, centrée sur l'enfant, permet aux soignants de s'adapter à l'enfant, de savoir comment l'aborder, de connaître ses habitudes et de l'accompagner en mettant en place des stratégies pour que le soin se déroule dans des conditions propices.

Le Psychologue clinicien et hypnothérapeute Bioy et al. (2020) définissent " La relation : il s'agit de la qualité de lien, que l'on va nommer alliance thérapeutique lorsque ce lien s'organisera autour d'un temps de coopération pour atteindre un objectif fixé (le soulagement) selon des moyens précis (l'hypnose)" (pp. 14-31). La relation entre le patient et le soignant est une cohésion harmonisée grâce à un objectif commun. Ainsi, émane un projet de soin individualisé et personnalisé en collaboration avec l'enfant et ses parents qui sont de réels partenaires de soin. Il sera donc important pour le soignant de créer une alliance thérapeutique à la fois avec l'enfant et les parents pour une prise en soin optimale.

Le Docteur Ricard (2005) indique que :

Deux notions sont essentielles : l'alliance thérapeutique dans une relation de confiance avec l'enfant et le partenariat avec les parents car la connaissance qu'ils ont de leur enfant est irremplaçable. Par ailleurs, lors d'un geste, l'enfant perçoit fortement l'assurance de l'opérateur. Cette assurance fait partie de la relation de confiance (p. 137).

En effet, il sera important pour le soignant que les parents de l'enfant soient présents s'ils le souhaitent pendant le soin. Leur implication permettra au soignant de répondre plus facilement aux besoins de l'enfant. Les parents sont des personnes-ressources qui sauront indiquer toutes les informations nécessaires au sujet de leur enfant. L'investissement de ses parents peut permettre à l'enfant de se conformer aux soins. Cette collaboration triangulaire crée une alliance thérapeutique grâce à un objectif fixé ensemble. **Une posture professionnelle** inadaptée de la part du soignant pourrait malheureusement entraver cette relation soignant-soigné.

3.3.2. La posture professionnelle positive lors d'un soin invasif et douloureux

Une posture professionnelle positive n'est pas innée. Elle ne s'improvise donc pas et demande aux soignants un ensemble de qualités personnelles à adapter au milieu professionnel et également des connaissances et expériences dans plusieurs domaines.

La Haute Autorité de Santé définit la posture professionnelle comme étant "... une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus". (HAS, 2012a, p. 2)

Il est également précisé que :

Le professionnel favorise la bientraitance par la mobilisation de ses savoirs (ses connaissances), son savoir-être (sa posture professionnelle et son humanisme) et son savoir-faire. Le savoir-être contribue au climat de confiance, au respect, et à l'écoute du patient. Le savoir-faire se décline tout au long de la prise en charge du patient : de l'admission à la sortie. (HAS, 2012b, p. 3)

Il est donc important pour le soignant d'être attentif à l'enfant ainsi qu'à ses parents et d'avoir une écoute active. Le soignant se doit bien entendu de respecter les décisions prises par le représentant légal de l'enfant sans porter de jugement. Ses savoirs, son savoir-être et son savoir-faire seraient gage de bientraitance et garants d'une démarche de soin globale.

L'infirmière Phaneuf (2011a) affirme que :

Ainsi, à partir de l'expression faciale, de la gestuelle du client et de ses paroles, elle doit saisir les émotions, les hésitations, les peurs, la souffrance et en estimer la gravité. Sa volonté de comprendre agit alors à la manière d'une sonde qui puise l'information ou d'un baromètre qui en évalue l'intensité, puis la conduit à prendre conscience de manière réaliste de ce qu'il vit. Cette compréhension profonde du vécu de l'autre fait appel à une émotion que l'on nomme « empathie » (p. 2).

Par son sens de l'observation, ses connaissances, ses expériences, le soignant développe une empathie, qui lui permet d'initier une juste distance et professionnalise le geste, la parole soignante pour un moment donné.

Toutefois, l'authenticité du soignant est primordiale pour faciliter la relation soignant-soigné.

Dans la revue L'Infirmière Magazine (2016) il est stipulé que :

La posture infirmière peut se définir comme la volonté du professionnel à communiquer, par son attitude ou son comportement, ce qu'il veut transmettre au patient, comme de la réassurance, le calme, l'attention qu'il attend. Si notre attitude corporelle transmet nos intentions, rappelons que notre comportement, nos mimiques portent l'empreinte de nos pensées et de nos émotions. Ce langage non verbal est transmis bien avant même les mots

prononcés. Quand une infirmière a comme intention de « rassurer le patient », il faut alors qu'elle soit certaine de disposer des moyens de le faire, non seulement d'un point de vue technique, mais aussi selon ses propres compétences. Dire son intentionnalité que « tout va bien se passer » pour un soin qui est douloureux ou invasif implique en premier lieu que le soignant en soit convaincu et qu'il y mette tous les moyens nécessaires, tels que l'installation du patient, le matériel utilisé, la dextérité et la maîtrise du geste, le langage – le tout associé à une antalgie adaptée –, pour y parvenir (p. 55).

Une posture professionnelle positive dans les soins est essentielle pour offrir des soins de qualité et pour établir une relation de confiance avec les patients. Cependant, une **relation soignant-soigné ne peut être envisagée sans une communication adaptée.**

3.3.3. D'une communication adaptée à une relation soignant-soigné

La communication est tout aussi importante que la posture professionnelle positive. Grâce à sa formation, ses savoirs, ses expériences et ses compétences, l'infirmier se doit avoir une communication adaptée dès le début de la rencontre et tout au long de la prise en soin de l'enfant.

“Partout où la tension, la souffrance ou la détresse sévissent, par sa connaissance de la relation d'aide, l'infirmière sait trouver les mots qui consolent et les gestes qui rassurent” (Phaneuf, 2011b, p. 1).

De manière générale, un lien est systématiquement fait entre la communication et sa dimension verbale. Or, la communication inclut en effet le verbal, mais également le paraverbal et le non verbal.

Un autre moyen de communication entrant dans le non verbal est le toucher.

Le Cadre supérieur de santé Hentz F et al. (2009) déclarent que :

Le Toucher dans les soins est un acte de soins de nature communicative, un contrat bienveillant, un enchaînement de gestes pratiqués durant le soin. Son but est de communiquer, soulager, rassurer, détendre, apaiser, apporter confort et confiance et préserver les ressources individuelles de la personne soignée (p. 92).

Le toucher relationnel faisant partie intégrante de la communication non verbale vient ainsi renforcer la communication verbale afin de consolider la relation entre le soignant et le patient. Il existe une communication spécifique qui inclut les trois dimensions et bien plus encore. Pour cela, l'infirmier devra suivre des formations complémentaires dans le but d'être formé à la communication thérapeutique. Une technique de communication qui demande une harmonisation de plusieurs aspects. “La communication thérapeutique fait appel à l'analyse et l'utilisation de plusieurs types de langages : verbal, non verbal et paraverbal, à l'empathie, à la reformulation et à la capacité de remplacer des mots négatifs par des mots et/ou expressions positives” (Claude Virot et al., 2023). Cette communication multimodale offre plusieurs avantages. En effet, elle est propice à une relation entre le soignant et l'enfant et ses parents.

Le Docteur Gouchet (s. d. a) explique que la communication thérapeutique a des vertus anxiolytiques et antalgiques. La communication thérapeutique apporte des bénéfices sur plusieurs plans. Dans certaines situations, elle peut permettre de réduire la quantité de traitement nécessaire.

Il précise également que :

La Communication Thérapeutique et l'hypnose ne doivent effectivement pas être confondues ni assimilées l'une à l'autre. Si elles se complètent (l'hypnose prolongeant la Communication Thérapeutique), elles supposent des compétences – et des formations – distinctes et spécifiques. Leurs indications et leurs champs d'applications respectifs sont différents (2018b).

La communication thérapeutique est un processus de communication utilisé par les soignants formés. Cette communication thérapeutique par ses effets sur la douleur et les émotions permet d'accompagner et de venir en aide à l'enfant qui en a besoin. La communication thérapeutique et **l'hypnose thérapeutique** sont deux approches différentes, mais complémentaires dans le soin.

3.4. L'hypnose

3.4.1. Définition de l'hypnose

C'est au XVIII^e siècle, qu'un médecin a essayé d'expliquer le phénomène hypnotique. Ce phénomène découvert il y a plus de 250 ans évolue aujourd'hui dans certains services de soins. Il doit encore faire ses preuves pour les plus sceptiques. Cependant, l'hypnose est de plus en plus reconnue pour son efficacité à apaiser divers maux que pourrait rencontrer l'enfant au cours d'un soin invasif et douloureux. Mais qu'est-ce que l'hypnose ? Les définitions sont nombreuses et très variées, car elles sont dépendantes de chaque auteur. En effet, certaines définitions sont orientées en fonction des concepts qui leur semblent importants, mais qui sont différents comme la suggestion, la transe, l'imaginaire, les sensations corporelles...

L'American Psychological Association (2016) définit l'hypnose comme :

un état de conscience (consciousness) qui induit une absorption de l'attention et une diminution de la conscience (awareness) caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions ». Mais il faut noter que cette définition situe l'hypnose de façon unilatérale comme un état de conscience (nous parlons pour notre part d'état de fonctionnement psychologique, pour contourner le piège de la définition de la conscience) qui ne dit plus la dimension relationnelle pour ne faire que l'évoquer (il faut bien que les suggestions soient prononcées par un autre que soi...).

L'hypnose ne plonge pas le patient dans un état de sommeil, mais elle modifie son état de conscience et l'accompagne vers un état de transe. L'hypnose peut être également pratiquée chez l'enfant pour atténuer la douleur lors d'un soin invasif et douloureux et peut-être bénéfique également pour les personnes impliquées dans le soin.

La Cadre supérieure de santé Thibault (2013), dans la revue de L’Infirmière Magazine, précise que “l’hypnose (ou l’état hypnotique) est un état naturel par lequel chaque individu passe plusieurs fois par jour. Les enfants y sont particulièrement réceptifs en raison de leur capacité à se retrouver dans un monde imaginaire” (p. 44). En effet, il est très simple de capter l’attention d’un enfant en lui racontant une histoire magique qui le transporte dans un monde imaginaire, ce qui permet de détourner son attention du soin.

Le Docteur Tosti (2015) indique que :

L'objectif de l'hypnose médicale est d'accompagner le patient ou la patiente pour lui permettre de changer lui-même ou elle-même sa perception. On ne fait pas faire au patient quelque chose que lui ne veut pas faire. Et c'est certainement l'image de l'hypnose de music-hall, de spectacle qui donne cette idée de l'hypnose. Cela cause du tort parce que les patients qui viennent pour l'hypnose médicale ont une appréhension. Il faut d'abord discuter, échanger et expliquer ce que va être l'hypnose médicale. L'hypnose médicale n'a rien à voir avec l'hypnose de spectacle.

Il est nécessaire de faire la part des choses afin d’éviter toute ambiguïté. Dans ce travail, de recherche, seule l’hypnose thérapeutique, et plus particulièrement l’hypnoalgésie, sera développée. Il est important de connaître **les différentes formes de l'hypnose thérapeutique**.

3.4.2. Les différentes formes de l’hypnose thérapeutique

L'hypnoalgésie est une technique utilisée en complément ou en alternative aux traitements médicamenteux pour la gestion de la douleur lors d’un soin invasif et douloureux en pédiatrie. Elle implique l'utilisation de l'hypnose pour aider l’enfant à se concentrer sur des pensées positives ou des images apaisantes afin de réduire sa perception de la douleur et pour induire ainsi un état de transe. Il existe en effet différentes modalités de pratique de l'hypnose thérapeutique. L'hypnose conversationnelle en est une forme. Elle est utilisée dans les interactions quotidiennes.

Le Docteur Brezac (2019a) précise que :

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 (p. 26).

Il est important de tenir compte de l’âge de l’enfant lors de l'utilisation de l'hypnose conversationnelle, et d'adapter en conséquence le langage verbal afin de maximiser l'efficacité de cette technique. Ce constat est partagé par d'autres professionnels. En effet, selon l’Infirmier Moreau (2020), en pédiatrie, pour accompagner les enfants lors de gestes iatrogènes, les techniques les plus couramment utilisées sont la distraction et l'hypnose conversationnelle. Les outils sont adaptés en fonction de l'âge de l'enfant, en utilisant un langage compréhensible pour lui et en se basant sur ses centres d'intérêt, tels que les jeux, les histoires ou les chansons. La prise en charge de la douleur liée à ces gestes implique l'administration d'un antalgique avant le geste et l'accompagnement de l'enfant tout au long du soin.

L'infirmier veillera à utiliser des techniques de distraction et/ou d'hypnose conversationnelle, en s'appuyant sur les centres d'intérêt de l'enfant. L'un des objectifs principaux est de laisser un souvenir positif (pp.297-300).

En effet, dans les services de pédiatrie, deux techniques sont couramment utilisées pour la prise en charge de la douleur. Bien qu'elles visent le même objectif de laisser un souvenir agréable à l'enfant, il est important de distinguer ces techniques. Selon le Psychologue clinicien et hypnothérapeute Bioy (2014), "la distraction n'est « que » jeu attentionnel alors que l'hypnose induit une plongée dans l'imaginaire et une suggestibilité accrue par l'état de conscience modifiée" (pp. 76-81). En d'autres termes, les soignants qui ne sont pas formés à l'hypnose peuvent utiliser des stratégies de distraction avec l'aide éventuelle d'un objet transitionnel pour permettre à l'enfant de vivre le soin de manière ludique. L'hypnose formelle ou conventionnelle, quant à elle, implique l'utilisation de suggestions directes pour induire un état d'hypnose chez l'enfant, qui est ensuite guidé à travers une série de suggestions pour atteindre ses objectifs. Selon la Docteure Berciaud (2022), "L'enfant peut être accessible à l'hypnose formelle dès l'âge de 6 ans. Il existe cependant certains prérequis pour utiliser l'hypnose chez l'enfant, dont une bonne relation thérapeutique et l'adaptation des techniques à son âge". Selon le Docteur Brezac (2019b) "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" (p. 25). L'utilisation de cette forme d'hypnose est plus courante pour les douleurs chroniques avec un suivi sur plusieurs séances avec un hypnothérapeute.

L'autohypnose fait quant à elle, appel aux techniques d'hypnose que l'enfant pratique lui-même afin d'atteindre un état de transe et ainsi de travailler sur ses problèmes.

Le Docteur Brezac (2019c) indique également que :

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 (p. 26).

Pour la Psychologue Mubiri et al., les services hospitaliers ont de plus en plus recours à l'autohypnose pour aider les enfants et leurs parents à mieux gérer la douleur, l'anxiété associée à celle-ci, ainsi que l'anticipation anxieuse causée par des soins répétés (Mubiri et al., 2015, p. 6).

Les différentes techniques employées par les soignants visent toutes à agir sur la douleur de l'enfant et peuvent avoir d'autres **impacts lors de soins invasifs et douloureux**, quelle que soit leur forme.

3.4.3. L'impact de l'hypnoalgésie lors d'un soin invasif et douloureux

L'hypnose, à travers le temps, a évolué par différents courants et différentes techniques qui, ouvre un arsenal assez conséquent pour soulager divers troubles et pathologies. L'hypnoalgésie qui

repose sur l'hypnose conversationnelle est utilisée régulièrement dans les services de pédiatrie au cours des soins invasifs et douloureux.

La psychologue Célestin-Lhopiteau (2014) affirme que :

L'hypnose est avant tout une relation à soi et à l'autre qui va permettre au patient d'être au centre du soin et en intervenant sur les différentes composantes de la douleur (sensori-discriminative, émotionnelle ou affective, cognitive et comportementale) lui permettre de modifier sa perception et de mémoriser un moment qui peut être agréable voir même ludique (pp. 230-237).

Pour la Cadre de santé sfl73_pass_Sa03Na08 (2020), l'hypnoalgésie facilite la relation soignant-soigné tout en agissant sur la douleur et les émotions ressenties lors des soins. Il sera bien entendu important que le soignant s'adapte à l'enfant en utilisant un langage et une posture adaptés. C'est une aide précieuse tant pour les soignants que pour l'enfant et ses parents, car elle améliore la relation soignant-soigné ainsi que la qualité de prise en soin de la douleur induite par les soins.

Madame Maître-Arnaud (2016) explique que :

Dans ce domaine, on parle d'hypnoalgésie. Le thérapeute guide le patient afin qu'il trouve en lui-même des ressources pour modifier son rapport à la douleur. En effet, l'expérience désagréable de la douleur est complexe et largement influencée par les représentations du patient. Schématiquement, la douleur a un passé (le souvenir désagréable), un présent (le ressenti) et un futur (l'anxiété). L'hypnose peut agir sur ces trois aspects. Elle permet notamment de modifier l'impact d'un souvenir. De même, la déconstruction par l'hypnose de la peur d'avoir mal conduit à désamorcer les craintes du patient. Son effet sur la sensation douloureuse est plus complexe, puisque celle-ci peut être modifiée de deux façons. Dans le premier cas, la douleur existe mais elle n'est plus perçue comme désagréable par le patient. Dans le second cas, qui nécessite une transe hypnotique profonde, on active certaines voies neurologiques qui empêchent la douleur d'être transmise au cerveau.

L'hypnoalgésie est souvent utilisée comme méthode complémentaire pour soulager la douleur en association avec un traitement médicamenteux. Mais, il est possible d'utiliser **d'autres méthodes alternatives complémentaires** à l'hypnose.

4. Méthodologie du recueil de données

4.1. Méthode de l'entretien

Avant de rencontrer les deux professionnelles, il m'a semblé judicieux de préparer un guide d'entretien limité en nombre de questions ouvertes et générales. Cependant, ce guide m'a donné la possibilité de reformuler des questions au besoin ainsi que de faire des relances au cours de l'entretien semi-directif. Ces questions ouvertes ont favorisé la discussion en permettant aux soignants de s'exprimer librement en fonction de leur compréhension sur leurs expériences et connaissances.

4.2. Professionnels interrogés

Ayant un sujet bien spécifique qui implique la profession d'infirmière, une spécialisation en pédiatrie et une formation en hypnose contribuant à leur rôle propre, cela m'a particulièrement orientée vers deux infirmières puéricultrices. Mon objectif étant de recueillir suffisamment de données pour pouvoir les confronter.

4.3. Organisation de l'entretien

J'ai commencé tôt mes recherches pour trouver des professionnels. En effet, j'avais sollicité une infirmière membre du Comité de LUTte contre la Douleur et formée à l'hypnose qui était intervenue lors d'un cours magistral sur la douleur. Malheureusement, elle n'a pas pu répondre favorablement à ma demande, car elle travaille uniquement avec les adultes. En faisant des recherches auprès des étudiants de ma promotion, j'ai obtenu le contact d'une infirmière. Mais, elle ne travaille qu'avec les adultes. J'ai poursuivi mes recherches sur Internet, et plus précisément sur le site Emergences où j'ai consulté leur annuaire des professionnels infirmiers. Et c'est ainsi que j'ai trouvé deux infirmiers de puériculture formés à l'hypnose. Les échanges préalables à l'entretien se sont faits par mail. Nous avons ainsi pu convenir facilement d'un rendez-vous. L'un des entretiens s'est déroulé en visioconférence à la demande du professionnel, tandis que l'autre s'est déroulé en présentiel. Avant d'entamer les entretiens, je leur ai assuré la préservation de leur anonymat et leur ai demandé leur consentement pour enregistrer l'entretien à la fois sur mon téléphone ainsi que sur mon ordinateur.

4.4. Objectifs de l'entretien

Les questions ont été élaborées en fonction de mon cadre théorique. Il était essentiel pour moi de définir plusieurs objectifs.

Le premier objectif consistait à définir la douleur et plus précisément la douleur induite par les soins, d'en comprendre son origine et de connaître les dispositifs mis en place en pédiatrie pour aider les professionnels à la prendre en compte et à la soulager.

Le second objectif était de définir les émotions, en particulier celles qui sont le plus exprimées au cours d'un soin invasif et douloureux, et de comprendre comment les professionnels y font face.

Le troisième objectif était de définir la relation soignant-soigné qui est spécifique en pédiatrie et de mettre en évidence les attitudes professionnelles les plus adaptées.

Et le quatrième objectif consistait à définir l'hypnose thérapeutique et à montrer l'intérêt tant dans le domaine de la douleur que des émotions et de la relation soignant-soigné.

Enfin, une dernière question permettait de faire une ouverture sur les autres méthodes thérapeutiques utilisées dans les soins.

4.5. Bilan du dispositif : points forts et limites

Pour le premier entretien, celui-ci s'est déroulé en visioconférence et ce jour-là, j'étais malade. Malheureusement, un problème technique est survenu également et a interrompu la communication, ce qui a entraîné une omission de certaines questions de relance. J'ai essayé à plusieurs reprises de relancer l'infirmière après la retranscription de l'entretien, mais elle n'a pas donné suite à mes sollicitations.

Heureusement, le deuxième entretien s'est déroulé en présentiel et sans encombre.

Lors de la retranscription, j'ai constaté que les réponses apportées par les infirmières étaient tellement inspirantes qu'elles m'ont amenée à poser des questions supplémentaires et dont les concepts n'étaient pas abordés dans mon cadre théorique.

5- Analyse descriptive des entretiens

5.1. La douleur lors d'un soin invasif et douloureux

Lors de ces deux entretiens, un des objectifs était d'aborder la douleur au cours d'un soin invasif et douloureux. À ce sujet, les deux infirmières définissent, la douleur comme étant bifactorielle, de façon similaire, mais avec des termes différents. En effet, l'IDE 1 parle d'une *“expérience sensorielle et émotionnelle”* et l'IDE 2 parle d'une *“dimension kinesthésique et il y a une dimension aussi émotionnelle”* et également d'un *“versant physiologique, mais il y a aussi le versant émotionnel”*. Ainsi, elles démontrent que ces deux aspects sont indissociables. L'IDE 1 qualifie la douleur comme étant *“désagréable”* et *“prévisible”* en insistant bien sur le fait qu'elle *“doit être prévenue”* permettant ainsi d'être plus précise sur la définition et de sous-entendre qu'une anticipation doit être faite par le soignant. Les infirmières sont en accord sur le fait que la douleur provienne de la mémoire. Une d'elles (l'IDE 2) donne un pourcentage *“ça provient à 90% de la mémoire”* et évoque une situation concrète *“il faut savoir que beaucoup beaucoup de médecins ne prescrivent pas de patchs EMLA et donc piquent les enfants sans anesthésie avec finalement toute cette mémoire aussi de la douleur qui est véhiculée”*. Cette mémorisation est en lien direct avec un geste ou un soin douloureux. Avec similitude, l'IDE 1 explique que *“si on a eu un geste douloureux, on va avoir eu un encodage au niveau de la mémoire”*, et l'IDE 2 indique que *“c'est tous les soins qui sont faits à l'enfant pouvant provoquer de la douleur”* et accentue ses dires en évoquant que *“l'acte provoque de la douleur, mais une grosse partie vient de la mémoire, de la mémorisation de cette douleur-là antérieure”*. Les avis des infirmières divergent par la suite, mais sont toutefois justifiés. L'IDE 1 évoque le fait que *“la mémoire est liée aux émotions”* et appuie ses dires en précisant *“qu'on va particulièrement encoder dans notre mémoire toutes les sensations douloureuses qui auront été en lien avec des émotions.”* L'IDE 2, au cours de sa réponse, évoque *“la valeur de la parole qui est donnée à l'enfant”* ainsi émane un autre concept qui est en lien avec la culture. Elle montre le poids des mots employés par

l'entourage qui a un impact et qui participe à la provenance de la douleur ***“tout ce que le parent ou tout ce que toute personne qui gravite autour de l'enfant ont pu dire”***.

Dans l'anticipation et la prévention de la douleur, les deux infirmières sont en accord en démontrant la prédominance et l'importance de leur rôle propre en amont du soin. Elles évoquent également l'importance d'***“inclure les parents dans le soin”***, et de ***“faire le soin dans les bras des parents enfin utiliser les parents comme lieu de sécurité, c'est vraiment important quand eux, ils s'en sentent aussi capables”***. L'IDE 1 fait allusion à un rôle d'enquêteur et de sachant. Ce qui sous-entend que le soignant doit aller à la recherche d'éléments auprès de l'enfant et de ses parents. Mais, il doit également détenir un certain nombre de connaissances dans le domaine du soin en pédiatrie et des protocoles du service. Le but étant, d'obtenir des ***“connaissances de l'enfant, connaissances des parents et connaissances des soins”*** et, ***“d'avoir une connaissance solide des algorithmes en fonction du type de soin qu'on va faire”***. Les éléments qui lui semblent être importants sont, ***“les antécédents personnels”***, mais également ***“si l'enfant a lui-même eu un vécu que ce soit à l'hôpital, par des soins douloureux, mais ça peut être aussi un vécu par des expériences de douleur dans la vie de l'enfant (des chutes, les blessures)”*** et ***“comment est-ce qu'il réagit quand il a un bobo”*** afin de connaître quelques-unes de ses habitudes et ainsi ***“pouvoir anticiper ce qui va pouvoir l'aider, quelles sont ses stratégies d'adaptation habituelles”***. Tout ceci dans l'objectif de personnaliser l'accompagnement et le soin et, de s'adapter à l'enfant. Elle signale qu'il est possible pour les soignants de consulter les transmissions écrites car ***“tout ça normalement, c'est tracé...”*** si bien entendu l'enfant a déjà été pris en soin dans l'établissement. Il semble cependant indispensable que le soignant soit doté d'outils non médicamenteux dont il pourra faire bénéficier l'enfant. Il peut s'agir de la distraction, l'hypnoanalgésie ou l'autohypnose... Une attention est portée sur la traçabilité des soins permettant un suivi optimal sur sa prise en charge, mais également pour les prochaines si l'enfant vient qu'à devoir revenir. Quant à l'IDE 2, elle décrit davantage un rôle d'accompagnateur participant à l'éducation, au bien-être et au confort de l'enfant. La prise en charge débiterait dès l'installation dans la salle d'attente, où finalement, il serait proposé à l'enfant des objets transitionnels et dont les soignants pourraient se servir pour accompagner l'enfant. Elle donne comme exemple, ***“ça peut être un bâton de pluie, ça peut être une petite boîte à musique ça peut être le livre finalement avec lequel il arrive et dont on se servira pour accompagner l'enfant”***. Cet accompagnement fait recours à une communication verbale adaptée ***“c'est-à-dire expliquer à l'enfant avec des mots simples, avec des mots rassurants”***.

Au sujet de leur rôle prescrit, les deux infirmières sont en accord sur le fait qu'il y a possibilité d'administrer des traitements médicamenteux. L'IDE 1 précise tout de même que, ***“c'est important d'intégrer les techniques non médicamenteuses dès le premier soin avec les médicaments si c'est des soins qui nécessitent des médicaments”***. Ce qui laisse à penser que, finalement, certains soins ne nécessitent pas l'usage de thérapeutique, mais qu'il est possible d'en utiliser en faisant donc appel au

rôle prescrit du soignant. Mais, la première intention de l’infirmière serait avant tout d’exploiter ses ressources personnelles, dont d’éventuels outils non médicamenteux, qui pourraient être suffisants.

Toutes les deux viennent à citer un *“arsenal médicamenteux”* basé sur des antalgiques des trois paliers, des anesthésiques locaux ou par inhalation. L’IDE 1 précise *“on peut ajouter de l’Atarax et si après ce n’est pas suffisant, on peut rajouter de la Kétamine”*. Il est important d’anticiper et de soulager, avec des thérapeutiques, la douleur, mais il faut également prendre en compte l’aspect émotionnel et ainsi soulager les symptômes anxieux.

Au sujet du CLUD, l’IDE 2 explique qu’il est constitué de *“soignants qui se réunissent quatre fois par an”* et que, *“très souvent c’est des référents douleur”* *“...qui voulaient s’investir dans la prise en charge de l’enfant et de la douleur”*. L’IDE 1 précise que ces réunions servent à *“définir les priorités et les axes de travail avec notamment les référents douleur”* ainsi que de *“recenser les besoins dans les services”* sous forme d’enquête. Cela peut concerner *“les besoins en termes de matériels et puis en terme de formations”*. C’est ainsi qu’émanent diverses actions. Elle évoque une de ses expériences *“on a mis des ateliers dans le service pour familiariser les soignants à la distraction lors des soins”*. Elles sont toutes les deux en accord sur le fait que des protocoles et procédures y sont élaborés. L’IDE 2 précise le fait qu’ils soient remis à jour régulièrement. Elles donnent pour chacune d’elles leurs expériences. L’IDE 1 explique *“on a mis en place un protocole sur l’utilisation de l’hypnose pour que les gens formés puissent l’utiliser dans leur cadre de compétences, dans leurs champs de compétences qui est dans chaque décret professionnel”*. L’IDE 2 en expose deux autres et indique que les soignants intégrant le CLUD *“se font les portes paroles dans les unités de soins”* et que *“l’idée étant de pouvoir donner toutes ces informations-là aux équipes soignantes...”*. Elles parlent d’ailleurs de projets plutôt variés qui permettent d’améliorer et d’être plus précises dans leurs prises en soin comme par exemple la création d’une réglette des émotions et de la traçabilité inter-hôpitaux.

5.2. Les émotions au cours d’un soin invasif et douloureux

La douleur et d’autres facteurs provoquent diverses émotions. Il semble intéressant dans un second objectif, d’aborder les émotions dans les soins. Dans la définition d’émotion, les deux infirmières disent communément que c’est un ressenti. L’IDE 1 détaille sa définition en indiquant que *“ça sert à communiquer à l’autre ce qu’il se passe à l’intérieur de nous”*. Elle souligne que l’émotion sert *“à donner aussi un signal d’alerte pour réagir face à des situations externes”*. Elle parle d’émotions de base en énonçant la *“colère, peur, tristesse, joie”* et *“puis après, de ces émotions-là, il y a d’autres émotions qui découlent”* et signale qu’*“il y a des émotions qui sont mêlées”*. Ces émotions sont d’ordre agréable ou désagréable. Selon les échanges avec les deux infirmières, leur rôle propre est vraiment une fois de plus prédominant face aux émotions des patients lors d’un soin invasif et douloureux. En effet, pour l’IDE 1, l’infirmière devra savoir s’adapter en acceptant et validant *“auprès de l’enfant cette colère-là plutôt que de la nier”* en faisant *“avec cette colère”* tout en se questionnant sur *“comment est-ce qu’on va pouvoir utiliser cette énergie de la*

colère pour la mettre à profit pour une autre énergie". Cette posture professionnelle est également abordée par l'IDE 2 qui, à partir de l'exemple d'un enfant douloureux, qui a peur et qui est triste, fait submerger une réflexion *"comment on arrive en fait à désamorcer des situations où l'enfant est vraiment apeuré pour arriver à le tranquilliser et justement réduire aussi ce niveau de douleur"*. L'accompagnement semble important pour l'IDE 1, *"c'est d'accompagner les enfants dans cette expérience à la fois sensorielle et émotionnelle, les aider à faire face à la fois aux sensations et aux émotions"*. Pour que cet accompagnement soit le plus efficace, l'IDE 1 explique qu'il faut se renseigner sur les habitudes de l'enfant lorsqu'il est douloureux et que les émotions parviennent. Ceci demande une attention particulière de la part du soignant qui devra identifier les stratégies déjà utilisées et qui lui permettront ainsi de s'adapter et éventuellement d'en cibler d'autres si nécessaire et de pouvoir les proposer. Elle fait un rapprochement avec l'éducation en expliquant *"on a un rôle éducatif pour leur apprendre d'autres façons de faire face"* dans un but que les enfants créent leur boîte à outil et qu'ils puissent l'utiliser lorsqu'ils en ressentent le besoin dans toutes les épreuves de la vie.

Les deux infirmières sont en accord pour dire que l'émotion la plus souvent exprimée au cours d'un soin est la peur. L'IDE 2 le justifie en indiquant qu'*"un enfant qui arrive dans le milieu hospitalier, c'est quand même un milieu qui n'est pas avenant"* et que, *"c'est un milieu qu'ils ne connaissent pas"*. L'IDE 1 complète en indiquant qu'*"il peut y avoir la colère aussi"* en justifiant que *"des fois, ils peuvent vraiment être en colère surtout quand ça semble injuste ce qui leur arrive"*. Il en résulte que les principales émotions sont la peur et la colère. Cependant, l'IDE 1 explique que lorsque les enfants accumulent des expériences, ils peuvent être tristes, mais pour elle, *"ce n'est pas dans les émotions prioritaires"*.

L'IDE 2 estime que les émotions au cours du soin apportent des avantages aux soignants. Et permettent à ceux-ci de mettre des limites à leurs soins, de se réajuster et de s'adapter au rythme de l'enfant. Le seul inconvénient qu'elle ait pu trouver *"c'est l'enfant qui est complètement submergé par ses émotions"*.

L'IDE 1 n'évoque pas d'inconvénient ni d'avantage, mais fait plutôt un constat qui semble être positif. En effet, elle signale que *"l'émotion vient dire ce qu'il se passe"* et insiste vraiment sur cet aspect qui paraît être un processus naturel et normal qui aiderait le soignant qui souhaite les accueillir et les exploiter au cours d'un soin.

5.3. La relation soignant-soigné au cours d'un soin invasif et douloureux

Les douleurs et les émotions amènent le patient et le soignant à une relation. Il est important d'aborder le sujet de la relation soignant-soigné afin de mettre en évidence son importance au cours des soins. Une fois de plus, les deux infirmières sont complémentaires lorsqu'elles font part de leur définition au sujet de la relation soignant soigné. L'IDE 1 dit que *"c'est un lien entre deux personnes..."* et l'IDE 2 est un peu plus précise *"c'est une relation que vous tissez avec le patient"*

dans le cadre du soin...”. L’IDE 1 et l’IDE 2 évoquent également la présence des parents. L’IDE 1 indique que *“quand on travaille avec les enfants, on travaille avec les parents”* et l’IDE 2 le justifie ainsi : *“En pédiatrie, moi, je dis toujours que cette relation-là se fait en triptyque enfant-parents-soignants”*. Ce qui montre finalement bien l’importance de la présence des parents au cours des soins. L’IDE 1 dit que *“c’est un lien entre deux personnes qui va se construire à la fois avec un langage verbal et langage corporel avec un objectif de soin qui va être un objectif partagé donc coconstruit avec l’enfant et du coup ses parents”* les mettant également acteurs du soin qui, aura été décidé dans un commun accord.

L’IDE 1 dit que *“si on ne s’occupe pas des parents, on passe vraiment à côté de solutions importantes pour l’enfant et alors chez le tout petit, c’est la base de sécurité”*. Dans ce même sens, l’IDE 2 dit *“on ne peut pas travailler sans l’aide des parents puisque de toute façon, c’est la référence de l’enfant”*. Ces deux verbatims signifient bien l’importance de la relation soignant-soigné entre le soignant, l’enfant et ses parents.

L’IDE 1 dit que la relation soignant-soigné *“c’est au cœur du soin, c’est central”* et porte une attention particulière aux parents en évoquant ses expériences *“combien de fois les parents disent : “j’ai mal pour lui...” donc si on ne prend pas en compte dans notre relation, on passe complètement à côté du cœur de la relation effectivement entre l’enfant et ses parents”*.

Dans cette relation soignant-soigné, les deux infirmières mettent en évidence que l’accompagnement et l’adaptation sont primordiaux lors des soins. L’IDE 1 montre à quel point *“c’est important de vraiment être avec l’enfant, être avec les parents sans jugement de ce qu’il se passe pour lui”* et indique que *“la relation, c’est toujours une relation où on va toujours s’ajuster, s’adapter”*. En complément, elle ajoute également un autre concept qui est le non-jugement. L’IDE 2, à ce sujet, donne plusieurs possibilités *“Soit, vous êtes auprès de l’enfant, vous accompagnez l’enfant. Soit, vous êtes auprès du médecin et vous accompagnez la prise en charge. Soit, vous êtes auprès des parents et vous avez un positionnement de réassurance, d’explications, de prise en charge un peu plus globale...”* et ainsi émanent vraiment ces deux concepts. Elle aborde également le concept de la juste distance *“il y a toute cette notion de distance qui est très très importante parce qu’on n’entre pas dans l’univers intime d’un patient”*.

5.4. L’hypnose et les autres méthodes thérapeutiques

Les douleurs et les émotions amènent le soignant et le patient à créer une relation. Dans cette relation, le patient est en attente d’outils qui pourraient l’aider et le soulager. Un de ces outils est l’hypnose. D’après l’IDE 1, il semblerait que la définition de l’hypnose soit compliquée, car elle insiste à plusieurs reprises sur le fait qu’elle n’est pas consensuelle. Pour elle, *“l’hypnose est à la fois un état de conscience modifié, un état de focalisation intense qui est naturel qu’on vit tous, plusieurs fois par jour”*. L’IDE 2, quant à elle, emploie un terme bien spécifique évoquant un état de conscience modifié *“c’est quand même beaucoup plus facile de dissocier un enfant qui est soulagé”*,

“je lui parlais comme j’ai l’habitude de parler et très très vite la patiente s’est dissociée”. Laissant penser que la dissociation pourrait être un état de conscience modifié. Donc, à plusieurs reprises, l’IDE 1 emploie état, processus ainsi que relation, et ajoute que *“Pour l’hypnose, il y a toujours cet objectif de soin partagé, c’est important”*. Un objectif de soin semble important, car elle l’évoque deux fois.

L’IDE 1 fait une précision sur ses formations en indiquant qu’elle est formée à l’hypnose Ericksonienne. À ce sujet, l’IDE 2 dit que *“l’hypnose a différents courants”*, elle en cite un en particulier *“il y a l’hypnose Ericksonienne”* et précise qu’il y a plein d’autres mouvements, ceci afin d’appuyer ses dires.

L’IDE 1 a à cœur de dire que l’hypnose doit être utilisée dans nos champs de compétence et vient à le répéter quatre fois dans sa réponse. Elle en fait un lien avec la profession d’infirmier et cite que *“si par exemple, on est infirmier, on va utiliser bien sûr l’hypnoalgésie, l’hypnose conversationnelle”* et insiste et ajoute une autre forme d’hypnose *“dans notre champ de compétences, on utilise l’hypnose conversationnelle, hypnose formelle, autohypnose. On utilise les trois.”* Il lui arrive d’utiliser l’hypnose dans les entretiens infirmiers, pour expliquer les soins, pour diminuer la douleur, pour avoir moins peur, pour avoir moins mal, pour augmenter l’adhésion à un traitement... L’IDE 2 indique qu’elle utilisait le plus souvent l’hypnose conversationnelle, mais précise qu’il en existe d’autres. Elle donne une autre méthode thérapeutique qui combine à la fois l’hypnose et la gestion de la douleur, *“il y a l’hypnoalgésie dans le cadre de l’anesthésie qui est fait avec des trances qui sont beaucoup plus profondes”*. Elle précise que l’hypnose agit aussi bien sur la douleur que sur les émotions.

Les deux infirmières évoquent un impact tant du côté du soignant que du côté du soigné. L’IDE 1 parle d’un changement dans son savoir-faire *“pour moi, ça a complètement changé ma pratique”*, *“je pense que ça donne du sens à la pratique...”*. L’IDE 2 parle de plusieurs changements orientés dans un premier temps sur son savoir-être *“quand on est formé à l’hypnose, moi je dis souvent je pense que cela change fondamentalement la manière d’être des personnes”* et persiste en le formulant d’une autre façon. Puis, dans un second temps, elle partage un constat sur un changement orienté sur son savoir-faire *“ça vous permet aussi de réfléchir finalement sur la manière que vous avez de vous adresser aux personnes”* et le formule d’une autre manière. À ce sujet, elle conclut en disant *“et je pense que rien que ça en fait ça change complètement la dimension du prendre soin”*. Les effets sur le patient sont observables tant au niveau physique, physiologique que psychologique. L’IDE 1 *“il y a de nombreuses études maintenant qui montrent l’intérêt d’utiliser l’hypnoalgésie lors des soins que ce soit pour la partie sensorielle, émotionnelle, cognitive ou comportementale”*. Et pour elle, *“l’association hypnose, médicament, présence des parents, formation du soin... ça permet vraiment aux soignants une approche qui correspond à notre conception de soin aussi”*. L’IDE 2 a constaté au cours de ses différentes expériences que, l’hypnose dissocie les patients rapidement créant ainsi un soulagement. Cette méthode lui a prouvé également qu’il y avait un effet bénéfique sur les fonctions vitales et, entre autre, une modification au niveau de la fréquence cardiaque. Dans le cadre de

l'hypnose avec l'utilisation du MEOPA, elle a pu constater également un bénéfice au niveau psychique avec une diminution de l'anxiété.

Puis est venue la question que tout le monde se pose au sujet de la réceptivité de l'hypnose. Les infirmières sont en accord et confirment que tout le monde est réceptif à l'hypnose. Il est intéressant de relever une précision faite par l'IDE1 *“puisque'on va dans cet état hypnotique plusieurs fois par jour”*. Tandis que l'IDE 2 explique que les patients douloureux sont prêts à tout tester pour être soulagés. Ses propos font penser que les personnes sont capables d'atteindre un état hypnotique en autonomie. Un autre élément fait surface *“s'il n'y a pas cette relation forcément on va dire que c'est l'enfant qui n'est pas réceptif. Mais ce n'est pas l'enfant qui n'est pas réceptif. On est tous réceptifs, mais c'est que la relation n'est pas là”*. Donc pour l'IDE 1, un des obstacles serait une relation non établie quant à l'IDE 2, ce serait *“les personnes qui essaient surtout de garder toujours, de rester maître d'eux-mêmes”*.

L'IDE 1 estime que l'hypnose et les autres méthodes thérapeutiques dans les soins sont pour elle au cœur du soin et précise que *“c'est le cœur de notre démarche infirmière”*. Elle parle de stratégies complémentaires et en cite deux en particulier, l'hypnose et le massage. Elle insiste et indique que ces différentes méthodes s'intègrent complètement à une démarche biopsychosociale et que *“ça correspond vraiment à la démarche de soins infirmière.”*

L'IDE 2 partage le fait que ces pratiques sont complémentaires les unes des autres. Elle connaît quelques outils, méthodes et stratégies qui sont utilisés au cours des soins dans divers services tels que l'hypnose, des dalles de jeux lumineuses au plafond, des casques 3D de réalité virtuelle, le toucher, le toucher-massage, l'aromathérapie, la musicothérapie. Toutes ces stratégies permettent *“d'appréhender le soin différemment et ça permet surtout de ne pas ancrer le soin dans la mémoire de l'enfant”* et insiste sur un objectif en particulier : que l'enfant reparte avec un souvenir de quelque chose d'agréable et d'un confort ressenti pendant le soin.

6- Discussion

À partir de ma question de départ, j'ai pu faire ressortir trois notions clés, **“l'hypnoalgésie”**, **“un soin invasif et douloureux”**, et **“le vécu du soin par l'enfant”**, qui ont suscité mon intérêt et mon implication dans ce sujet de recherche. La rédaction de la discussion va me permettre dans un premier temps de comparer les résultats de l'analyse descriptive avec mes recherches. Puis, dans un second temps de donner mes opinions en fonction de mon vécu et de mes différentes expériences professionnelles. Ces étapes sont importantes pour donner du sens à ma réflexion ainsi qu'à ma pratique professionnelle.

6.1. Le soin invasif et douloureux

Tout au long de mes différentes expériences, j'ai été confrontée à la douleur des patients, des victimes, de mes proches et de mes enfants. Parfois ces douleurs me semblaient douteuses, parfois déroutantes et certaines incompréhensibles et à l'inverse, parfois l'empathie prenait le dessus en fonction des situations. Face à cette douleur, je me sentais régulièrement impuissante. Il aura fallu attendre trente-cinq ans pour que je puisse enfin avoir des apports théoriques sur la douleur et sur ses différentes composantes. Finalement, j'ai eu une vision totalement différente de ce que je pensais au sujet de la douleur. En réalité, je considérais la douleur comme étant simplement une expérience désagréable liée à la perception sensorielle, pouvant entraîner une réponse comportementale chez le patient. Je me suis posée plusieurs questions à ce sujet, d'où l'intérêt de définir la douleur induite par les soins invasifs. Les infirmières lors de l'entretien l'ont définie comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable qui est prévisible et qui doit être anticipée. Une autre dimension de la douleur est apparue évidente : la composante émotionnelle. Ainsi, j'ai entrepris des recherches qui m'ont conduit à la définition de la douleur élaborée par le Conseil de l'International Association for the Study of Pain comme étant ***“une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle”*** (Réseau interclud Occitanie, 2020). Cette définition est similaire à celle utilisée par les professionnels avec quelques nuances qu'elles y ont ajoutées. D'après ma compréhension, cette définition s'appliquait à toutes les douleurs nociceptives. Mais, je me suis aperçue au cours de mes stages que la douleur pouvait être provoquée par les soins effectués par les infirmiers. C'est pourquoi ma recherche s'est peaufinée et s'est orientée sur la douleur induite par les soins. Les infirmières expliquent que la douleur est alimentée par la mémoire et par des expériences antérieures, et qu'elle peut être déclenchée par plusieurs facteurs. Il y aurait la mémorisation d'un geste ou d'un soin douloureux, la mémorisation des sensations douloureuses qui ont été en lien avec des émotions et finalement tous les mots que l'enfant a pu entendre et qui l'ont conditionné. Ayant principalement travaillé auprès des adultes, il était courant de faire sortir les accompagnateurs le temps des soins. Et c'est au cours de mon stage aux urgences pédiatriques que je me suis rendue compte de l'importance de la présence des parents. À ce sujet, les infirmières le stipulent et vont même jusqu'à dire que ***“faire le soin dans les bras des parents enfin utiliser les parents comme lieu de sécurité, c'est vraiment important quand eux, ils s'en sentent aussi capables”***. J'ai pu constater lors de certains soins où les parents étaient présents que l'enfant cherchait leur présence et avait tendance à s'apaiser. J'ai également observé que lorsque les parents quittaient la salle de soin, l'enfant les réclamait aussitôt le soin terminé. Les infirmières sont complémentaires au sujet de leur rôle propre. En effet, une multitude de connaissances est nécessaire afin d'anticiper la douleur avant le soin ***“connaissances de l'enfant, connaissances des parents et connaissances des soins”*** et pouvoir ainsi mettre en place des stratégies adaptées pour accompagner l'enfant vers un coping neutre voir positif. Pour cela ils vont devoir anticiper, prévenir et évaluer la douleur. À ce sujet, le Docteur Ricard et al. (2005) déclarent que ***“la prévention et le soulagement des***

douleurs induites par les soins sont devenus une exigence éthique, légale et surtout un indicateur de la qualité du système de santé". Les deux infirmières formulent ainsi des réponses complémentaires concernant l'importance de leur rôle propre et de leur rôle prescrit en amont du soin. Ainsi, je me rends compte de la richesse de notre profession de par ces deux rôles (prescrit et propre) qui sont complémentaires et qui permettent d'assurer une prise en soin globale du patient.

Cette recherche et les entretiens avec les professionnels m'ont fait découvrir le Comité de LUTte contre la Douleur qui participe à cet enjeu de santé publique et qui a pour mission d'améliorer les pratiques, les protocoles, et coordonne les actions de lutte contre la douleur menée au sein d'un établissement. Mes recherches m'ont orientée vers l'article R4312-19 du Code de la Santé Publique du 25 novembre 2016 qui indique que *"L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur."* De ce côté, les infirmières indiquent les différents rôles du CLUD dont celui de mettre en place des outils en fonction des *"besoins en termes de matériels et puis en termes de formations"* afin que les soignants puissent répondre dans les meilleures conditions à l'article R4312-19 du Code de la Santé Publique.

6.2. Le vécu du soin par l'enfant

Le soin et d'autres facteurs conditionnent le vécu de l'enfant et provoquent en lui des émotions. Les infirmières expliquent que l'émotion *"ça sert à communiquer à l'autre ce qu'il se passe à l'intérieur de nous"* et qu'*"elle sert à donner un signal d'alerte pour réagir face à des situations"*. Puis, elles énumèrent quelques émotions de bases. J'ai constaté des similitudes dans la citation de la Psychologue Beaulieu-Pelletier (2022) *"Les émotions sont des réactions spontanées aux différentes situations que l'on vit. Elles n'apparaissent pas toutes en même temps. Les premières émotions que votre enfant ressent sont appelées les émotions primaires. Elles apparaissent durant sa première année de vie. Il s'agit de la joie, de la tristesse, de la colère, de la peur, du dégoût et de la surprise"*. Mes recherches m'ont amenée à la citation de la Psychothérapeute Aimelet-Perissol *"Il est essentiel que les professionnels de santé, mais aussi tout un chacun, comprennent que l'émotion ne doit pas être vécue comme un problème, mais comme une ressource. Mais aussi qu'ils réalisent que la dignité du patient doit être prise en considération à sa juste valeur"*. D'ailleurs, les infirmières le stipulent, le soignant devra savoir s'adapter en acceptant et validant *"auprès de l'enfant cette colère-là plutôt que de la nier"*. En raison de mon manque d'expérience dans le domaine des soins auprès des enfants, j'avais une image faussée au sujet des émotions. En effet, pour moi, il était inconcevable de faire un soin à un enfant en colère. Or pour les infirmières, cela permet de mettre des limites à leurs soins et de pouvoir se réajuster en s'adaptant au rythme de l'enfant. L'émotion me semblait plutôt être un frein aux soins. J'ai pu cependant constater qu'il n'y a pas la même temporalité entre la prise en soin d'un enfant que celle d'un adulte. L'article 8 de la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé (s. d.) le stipule *"l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels"*

des enfants et de leur famille”. Dans ma recherche, la citation de Madame Quancard-Stoiber et de Madame Bouillercé (s. d.), **“Reconnaître les émotions, ... nous permet d’améliorer notre communication, nos échanges, nos relations, en développant notre empathie et ainsi de générer moins de stress Si ... vous êtes à l’écoute de ses émotions, vous faciliterez la relation et l’aidez à mieux supporter sa situation, voire à se sentir mieux”**, m’a fait réfléchir sur mes prochaines prises en soin et a fait évoluer ma réflexion sur ma façon d’être et d’agir afin d’être le garant du bon vécu du soin. La relation soignant-soigné et la posture professionnelle va également participer au vécu du soin par l’enfant. Les infirmières confirment que cette relation en pédiatrie se fait en triptyque (enfant-parents- soignant). Un rapprochement peut se faire avec la citation de l’Anthropologue Kane (2007), **“En pédiatrie, cette rencontre composée entre enfant, parent(s) et soignant(s) implique divers enjeux s’inscrivant plus largement dans l’entretien de rapports à l’enfant.”** Il ne faut pas seulement se focaliser sur l’enfant, mais il faut aussi prendre en compte les parents qui sont de véritables personnes-ressources afin d’orienter le soin sur un idéal adapté à leur enfant. À ce sujet, le Docteur Ricard (2005) indique que : **“Deux notions sont essentielles : l’alliance thérapeutique dans une relation de confiance avec l’enfant et le partenariat avec les parents car la connaissance qu’ils ont de leur enfant est irremplaçable. Par ailleurs, lors d’un geste, l’enfant perçoit fortement l’assurance de l’opérateur. Cette assurance fait partie de la relation de confiance.** Pour les infirmières, il semblerait que la communication soit un élément important pour décider ensemble d’un objectif de soin **“c’est un lien entre deux personnes qui va se construire à la fois avec un langage verbal et langage corporel avec un objectif de soin qui va être un objectif partagé donc coconstruit avec l’enfant et du coup ses parents”**. La communication thérapeutique fait appel au langage verbal, non verbal, paraverbal, à l’empathie et à l’utilisation de mots positifs. Cet ensemble me paraît vraiment propice à une relation soignant-soigné, qui aiderait à un meilleur vécu du soin, et montre ainsi l’importance de la posture professionnelle. Les infirmières parlent d’un rôle d’accompagnement, de réassurance, d’ajustement, d’adaptabilité, de non-jugement et de juste distance. Tous ces éléments sont évocateurs de bienveillance et de bienveillance améliorant considérablement le vécu du soin par l’enfant.

6.3. L’hypnoalgésie

Je connaissais quelques-unes des vertus de l’hypnose à titre personnel, mais, je n’avais jamais vu de soignant la pratiquer au cours d’un soin jusqu’à ce que j’effectue mon stage aux urgences pédiatriques. J’avais lu beaucoup d’articles à ce sujet car cette thérapie brève dans le soin m’intriguait... C’est pourquoi il m’a paru judicieux de questionner les professionnels formés à ce sujet. Les infirmières s’accordent à dire que **“l’hypnose est à la fois un état de conscience modifié, un état de focalisation intense qui est naturel qu’on vit tous plusieurs fois par jour”**. Un autre terme est utilisé par les infirmières **“dissocier”**. L’American Psychological Association (APA) (2016) définit l’hypnose comme **“un état de conscience (consciousness) qui induit une absorption de l’attention et**

une diminution de la conscience (awareness) caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions”. Je peux également prendre pour exemple concret la situation de départ où *la petite fille a fermé les yeux et s’est concentrée sur une histoire métaphorique intitulée “la fabuleuse histoire de Tapalabosse*”. Au fil de mes lectures, je me suis rendue compte de la diversité des mots employés par les auteurs sous-entendant l’état de conscience modifié comme par exemple, suspension de la réalité, imaginaire, focalisation, dissociation, transe... D’où la provenance de mon titre de mémoire. Elles évoquent que *“dans notre champ de compétences, on utilise l’hypnose conversationnelle, l’hypnose formelle, l’autohypnose. On utilise les trois.”* Mes recherches m’ont orientée également vers ces mêmes formes ce qui m’a permis d’en faire une étude plus approfondie. Il ressort, selon S. Berciaud (2022) que *“Il existe cependant certains prérequis pour utiliser l’hypnose chez l’enfant, dont une bonne relation thérapeutique et l’adaptation des techniques à son âge”*. Les deux IDE confirment cette citation en évoquant que tout le monde est réceptif à l’hypnose, mais que si cela ne fonctionne pas, c’est que la relation entre l’enfant et le soignant n’est pas optimale.

J’ai pu constater que le concept de l’hypnose a été abordé par les infirmières tout le long de l’entretien sur les différents items. Ce qui me fait conclure que l’hypnose est bien plus qu’une simple thérapie, mais plutôt une démarche de soin globale lors d’un soin invasif et douloureux. En effet, en cherchant à connaître l’enfant en discutant avec lui et ses parents, l’infirmière va pouvoir établir une méthodologie pour entrer en contact avec le jeune patient et le préparer inconsciemment à entrer dans un état hypnotique. Et si la relation soignant-soigné se crée, la magie de l’hypnose peut opérer et influencer le vécu du soin par l’enfant.

6.4. Ré-ajustement de la question

Les recherches théoriques et les réponses apportées par les infirmières apportent une réponse à la question de départ qui était *En quoi l’hypnoalgésie pratiquée par l’infirmière lors d’un soin invasif et douloureux va-t-elle influencer le vécu du soin par l’enfant ?*

Désormais, je sais que l’utilisation de l’hypnose dans le cadre d’une relation soignant-soigné peut avoir un impact positif à la fois sur les émotions et sur la douleur, contribuant ainsi à une expérience de soin plus favorable. Mon observation m’a permis de remarquer que la relation entre le soignant et le soigné revêt une importance et une spécificité particulière en pédiatrie. En effet, si cette relation n’est pas établie, l’enfant ne sera pas réceptif à l’hypnose. De ce fait, ce travail m’amène à vouloir approfondir mes recherches et de proposer une question définitive qui est la suivante *En quoi la relation soignant-soigné influence-t-elle la qualité de l’hypnose dans la prise en soin de l’enfant ?*

7- Conclusion

L'élaboration de ce travail a été éprouvante par moments, cependant, il représente le fruit de trois années d'études ainsi que de plusieurs mois de recherches approfondies sur le sujet de la prise en charge de la douleur et des émotions chez les enfants par l'hypnose. Avant même de commencer mes études, ce sujet était une évidence pour moi. En effet, j'ai été confrontée à de nombreuses reprises à la douleur, sans savoir comment la soulager, même après l'administration de thérapeutiques. Grâce à la réalisation de ce travail, j'ai pu répondre à ma problématique en acquérant des connaissances solides. Cela a été possible grâce à l'appropriation de diverses conférences, de recherches ainsi qu'à la réalisation d'entretiens auprès de professionnels. Ce qui m'a convaincue sur l'efficacité de l'hypnose en amont du soin et lors des soins invasifs et douloureux en diminuant la sensation douloureuse ou bien en agissant sur les émotions tout en utilisant les ressources de l'enfant. L'hypnose est une pratique de plus en plus courante dans les soins infirmiers. Elle peut être utilisée par les professionnels de santé formés à l'hypnose. Elle permet aux patients d'être soulagés des douleurs induites grâce au soignant qui arrivera à détourner son attention. C'est une technique complémentaire aux thérapeutiques qui potentialise ces dernières. Pour que cet outil soit le plus efficace, je me suis aperçue qu'il fallait adopter une approche globale dans son utilisation. Pour cela, il faut prendre en compte l'expérience de l'enfant, ses antécédents, ses réactions face à la douleur et à des situations similaires et ne pas considérer la douleur à l'instant T. C'est ce qui fait la grande différence entre l'hypnose thérapeutique étudiée dans ce mémoire, et l'hypnose de spectacle qui véhicule une fausse image et des préjugés sur cette pratique. Avec le recul que j'ai grâce à la production de ce mémoire, je pense que cet outil devrait être enseigné au cours de la formation infirmière et devenir une méthode universelle. J'ai découvert qu'il y avait d'autres moyens non thérapeutiques qui pouvaient finalement être mis en place pour potentialiser également l'hypnoalgésie, ou le soin, et qui ne nécessitent pas forcément de formation. Elles peuvent donc venir en complément afin d'améliorer la qualité de la prise en soin.

Bibliographie

Ouvrages

- Aubru, F., Benhaiem, J.M., Donnadiou, S., Eledjam, J.J., Fletcher, D., Fouassier, P., Hirszowski, F., Jubin, I., Lvovschi, V.E., Malaquin-Pavan, E., Pionchon, P., Ricard, C., Riou, B., Sachet, A., Soyeux Kouby, E., Viel, E., Vulser, C. (2005). *Les douleurs induites. Institut UPSA de la Douleur* (p. 145).
- Bioy, A. (2014). 13. Communication hypnotique. In *Hypnothérapie et hypnose médicale* (p. 76-81). Dunod.
- Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I., & Wood, C. (2016). *Hypnose: En 50 notions* (p. 195-196). Dunod.
- Bioy, A., Wood, C., & Audrain-Servillat, B. (2020). Chapitre 1. Hypnose pédiatrique : bases de pratique. In *15 cas clinique en hypnose pédiatrique* (p. 14-31). Dunod.
- Célestin-Lhopiteau Isabelle. (2014). *Hypnoanalgésie et hypnosédation : En 43 notions* (pp. 230-237) (Paris: Dunod).
- Couteau, & Collin. (2021a). In Paillard C., *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (p. 187).
- Couteau, & Collin. (2021b). In Paillard C., *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (p. 187).
- Fernandez, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition). Association de Recherche en Soins Infirmiers (p. 165).
- Fournier-Charrière E., Tourniaire B., & Groupe Pédiadol. (2015a). Utiliser une échelle validée, adaptée à l'âge de l'enfant et à sa situation. In *Douleur de l'enfant l'essentiel* (p. 4).
- Fournier-Charrière E., Tourniaire B., & Groupe Pédiadol. (2015b). Utiliser une échelle validée, adaptée à l'âge de l'enfant et à sa situation. In *Douleur de l'enfant l'essentiel* (p. 4).
- Kane, H. (2007a). Le contrôle des comportements de l'enfant lors de soins potentiellement douloureux : l'éducatif au détour des gestes médicaux. In Cohen-Salmon Didier, *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur* (p. 67). Érès.

- Kane, H. (2007b). Le contrôle des comportements de l'enfant lors de soins potentiellement douloureux : l'éducatif au détour des gestes médicaux. In Cohen-Salmon Didier, *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur* (p. 66). Érès.
- Moreaux, T. (2020). Fiche 26. Prise en charge spécifique : pédiatrie. In Barbier Elisabeth, *Hypnose en soins infirmiers: En 30 notions* (p. 297-300). Dunod.
- Raja et al. (2020). In Haute Autorité de Santé, *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique (2023)* (p. 6).
- Wanquet Pascal, Sichère Patrick, & Professeur Alain Serrie. (2014a). À propos des douleurs provoquées par les techniques invasives et les soins : questions posées à Madame Pascale Wanquet. In *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* (Elsevier Masson France, p. 307).
- Wanquet Pascal, Sichère Patrick, & Professeur Alain Serrie. (2014b). À propos des douleurs provoquées par les techniques invasives et les soins : questions posées à Madame Pascale Wanquet. In E. Masson, *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* (Elsevier Masson France, p. 307).
- Wanquet Pascal, Sichère Patrick, & Professeur Alain Serrie. (2014c). À propos des douleurs provoquées par les techniques invasives et les soins : questions posées à Madame Pascale Wanquet. In E. Masson, *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* (Elsevier Masson France, p. 307).

Articles

- Brezac Gilles. (2019a). Lhypnose-chez-lenfant-Revue-Le-Pédiatre-n°292-1.pdf. 292, 26.
- Brezac Gilles. (2019b). Lhypnose-chez-lenfant-Revue-Le-Pédiatre-n°292-1.pdf. 292, 25.
- Brezac Gilles. (2019c). Lhypnose-chez-lenfant-Revue-Le-Pédiatre-n°292-1.pdf. 292, 26.
- Hentz, F, Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Noirfalise, C., Gorrand, J., & Gerbaud, L. (2009). Recherche en soins infirmier. 97, 92-97.
- L'Infirmière Magazine. (2016). Une panoplie d'outils à développer(374), 55.
- Mubiri, M.-A., Richard, M., & Bioy, A. (2015). Self-hypnosis in the treatment of pain. *Douleur*, 6.

Phaneuf, M. (2011a). La relation d'aide - cheminement soignant ou cul-de sac relationnel. 1.

Phaneuf, M. (2011b). La relation d'aide - cheminement soignant ou cul-de sac relationnel. 2.

Ricard-Hibon, A. (2005). La douleur induite par les soins. 2.

Thibault, P. (2013). L'hypnose chez l'enfant. L'infirmière magazine, 330, 44.

Wrobel, D. J. (2005). Les douleurs induites. p137 chapitre 11 Causes des douleurs induites, traitement, prévention : chez l'enfant.

Textes législatifs

Article R4312-19 - Code de la santé publique - Légifrance. (2016, novembre 28).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496778

Charte Européenne de l'enfant hospitalisé, 1 (testimony of Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999).

<https://had35.fr/wp-content/uploads/2021/09/DI153-charte-europeenne-de-l-enfant-hospitalise.pdf>

Charte Européenne de l'enfant hospitalisé, 1 (1986) (testimony of Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999).

<https://had35.fr/wp-content/uploads/2021/09/DI153-charte-europeenne-de-l-enfant-hospitalise.pdf>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé Défenseur des droits. (2014). Usagers de la santé vos droits votre santé.

https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2014/03/usagers-de-la-sante_vos-droits_ed-2014.pdf

Pages web

Aimelet- Perissol Catherine. (2017, mars 7). L'émotion des patients ne doit pas être vécue comme un problème, mais comme une ressource. Voix des patients.

<https://www.voixdespatients.fr/maladies-chroniques-lemotion-ne-etre-vecue-probleme-ressource.html>

American Psychological Association. (2016). Une nouvelle définition internationale de l'hypnose ?
Institut Français d'Hypnose.

<https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/recherche-hypnose-antoine-bioy/une-nouvelle-definition-internationale-de-l-hypnose/>

Beaulieu-Pelletier Geneviève. (2022, Août). Apprendre à l'enfant à gérer ses émotions. naître grandir.
(p. 8).

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/comportement/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-enfant-apprendre-maitriser-emotion

Berciaud, S. (2022, février 25). Hypnose, relaxation et pathologies fonctionnelles : quelles sont les bonnes indications ? - Réalités Pédiatriques.

<https://www.realites-pediatriques.com/hypnose-relaxation-et-pathologies-fonctionnelles-quelles-sont-les-bonnes-indications/>

Coudray, M.-A. (2013, septembre 16). A lire - Penser le soin pour mieux le dispenser. Infirmiers.com.

<https://www.infirmiers.com/etudiants/lire-penser-le-soin-pour-mieux-le-dispenser>

Gouchet Arnaud. (2018a, septembre 19). Regards croisés sur la Communication Thérapeutique.
Institut Français d'Hypnose.

<https://www.hypnose.fr/regards-croises-sur-la-communication-therapeutique/>

Gouchet Arnaud. (2018b, septembre 19). Regards croisés sur la Communication Thérapeutique.
Institut Français d'Hypnose.

<https://www.hypnose.fr/regards-croises-sur-la-communication-therapeutique/>

La Haute Autorité de Santé. (2012a). Regards croisés sur la bientraitance (p. 2).

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_support_de_presentat ion.pdf

La Haute Autorité de Santé. (2012b). Regards croisés sur la bientraitance (p. 3).

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_support_de_presentat ion.pdf

Maître-Arnaud, É. (2016, mai 9). L'hypnose contre la douleur » Hirslanden Blog. Hirslanden Blog.

<https://blog.hirslanden.ch/fr/2016/05/09/lhypnose-contre-la-douleur/>

Mayer & Salovey. (1997). Relation soignant/soigné : l'intelligence émotionnelle pour humaniser les soins 29 aout 2016. SNPI.

<http://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-l.html>

Minguet Bénédicte, & Galland Françoise. (2022, octobre). Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen.... Sparadrap.

<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>

Pédiadol la douleur de l'enfant. (2019). Définition, composantes de la douleur –.

<https://pediadol.org/la-douleur-definition/>

Ph. D, & Pelini Sanya. (2017, juillet 31). Pourquoi et Comment Parler des Émotions Aux Enfants. Lesapprentisparents.

<https://www.lesapprentisparents.fr/2017/07/31/pourquoi-et-comment-parler-des-emotions-aux-enfants/>

Quancard-Stoiber Christine, & Bouillercce Brigitte. (2018, 02). Les émotions, amies ou ennemies : aide-soignant, métier à haut risque. Elsevier Connect.

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/paramedicaux-pro/les-emotions.-amies-ou-ennemies-aide-soignant.-metier-a-haut-risque>

Rasse Miriam. (2017, juin 30). Comment accueillir les émotions du jeune enfant. lesprosdela petiteenfance.

<https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-pedagogie/comment-accueillir-les-emotions-du-jeune-enfant>

sfn73 pass Sa03Na08. (2020, janvier 2). L'hypnose dans les soins infirmiers – passionsoinsinfirmiers.

<https://passionsoinsinfirmiers.fr/2020/01/02/lhypnose-dans-les-soins-infirmiers/>

SNPI. (2016). Relation soignant/soigné : l'intelligence émotionnelle pour humaniser les soins. SNPI.

<http://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-l.html>

Tosti Grégory. (2015, janvier 28). Quelles différences entre hypnose de spectacle et hypnose thérapeutique ? AlloDocteurs.

<https://www.allodocteurs.fr/archives-quelles-differences-entre-hypnose-de-spectacle-et-hypnose-therapeutique-15444.html>

Trémintin Jacques. (2002, octobre 1). Critiques de livres, La force des émotions. Amour, colère, joie ? de François Lelord & Christophe André. LIEN SOCIAL Quinzomadaire indépendant d'actualité sociale.

<https://www.lien-social.com/La-force-des-emotions-Amour-colere-joie>

Vidal. (2020). La prévention de la douleur chez les enfants. Vidal.

<https://www.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/douleur-enfant/causes.html>

Virost Claude et al. (2023). C'est quoi la communication thérapeutique? Emergences.

<https://www.hypnoses.com/toute-notre-actualite/c-est-quoi-la-communication-therapeutique>

[Annexes](#)

Annexe I - Guide d'entretien

Annexe II - Retranscription de l'entretien n°1

Annexe III - Retranscription de l'entretien n°2

Annexe IV - Tableau d'analyse des entretiens

Annexe I- Guide d'entretien

Bonjour, je suis Marianne Français étudiante infirmière en 3ème année au CHU de Rennes Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire qui a pour sujet : l'influence de l'hypnoalgésie sur le vécu du soin par l'enfant lors d'un soin douloureux et invasif, quelques questions me sont apparues importantes à aborder. Cet entretien, si vous me l'accordez, sera enregistré et l'anonymat sera préservé.

Présentation et parcours professionnel
1) Pouvez-vous vous présenter ? REL : Quel est votre âge ?
2) Quel est votre parcours professionnel ? REL : Depuis quand êtes-vous diplômé ? REL : Dans quels services avez-vous travaillé ? REL : Avez-vous des diplômes particuliers ?

La douleur
3) Pouvez-vous définir ce qu'est une douleur induite par les soins invasifs chez les enfants ? Pouvez-vous expliquer ce qu'est une douleur induite par les soins ? REL : La douleur vient-elle seulement du geste ou peut-elle provenir de la mémoire ?
4) Comment anticipez-vous la survenue de la douleur induite ? Quels outils utilisez-vous pour anticiper la survenue de la douleur ? REL : Pouvez-vous illustrer par des exemples ?
5) Quel est le rôle du CLUD, auprès des soignants confrontés à l'exécution de soins invasifs et douloureux chez l'enfant ? Quelles sont les actions de l'équipe du CLUD auprès des soignants en pédiatrie ? REL : Pouvez-vous me décrire quelques-unes de vos expériences en lien avec le CLUD ?

Les émotions

6) Pouvez-vous définir ce qu'est une émotion ?

Pouvez-vous expliquer ce qu'est une émotion ?

REL : Pouvez-vous en faire des liens avec des actions infirmières ?

7) Quelles sont les émotions exprimées par les enfants lors d'un soin invasif et douloureux ?

Quelles sont les différentes émotions rencontrées en pédiatrie lors d'un soin invasif ?

REL : Pouvez-vous me donner des exemples ?

8) Quels sont les inconvénients et les avantages des émotions dans le soin ?

Quels sont les risques et les bénéfices des émotions dans le soin ?

REL : Pouvez-vous me relater quelques situations rencontrées au cours de votre expérience ?

La relation soignant-soigné

9) Pouvez-vous définir ce qu'est une relation soignant-soigné ?

Sur quelle base est fondée une relation soignant-soigné ?

REL : Quelle importance donnez-vous à la relation soignant-soigné dans le soin ?

10) Quelles sont les postures professionnelles à adopter qui permettent une relation soignant-soigné ?

Quel comportement doit avoir un soignant pour qu'une relation soignant-soigné se crée ?

REL : Pouvez-vous me donner quelques exemples ?

L'hypnose thérapeutique

11) Pouvez-vous définir ce qu'est l'hypnose dans les soins ?

Pouvez-vous expliquer ce qu'est l'hypnose dans les soins ?

REL : Quel type d'hypnose utilisez-vous le plus souvent ?

12) Avez-vous constaté un impact dans l'utilisation de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux ?

Quels sont les effets que vous avez pu constater pendant la pratique de l'hypnose ou lors de l'utilisation de méthodes thérapeutiques ?

REL: Pouvez-vous me décrire le type d'impact dans la relation soignant-soigné ?

13) La réceptivité de l'hypnose est-elle la même pour tout le monde ?

14) Quelle place donnez-vous à l'hypnose ou aux autres méthodes thérapeutiques dans les soins ?

REL : Pouvez-vous me décrire l'impact de l'hypnose et des autres méthodes thérapeutiques sur la douleur de l'enfant ?

Je vous remercie pour le temps consacré et les réponses apportées.

Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter ou préciser ?

Annexe II- Retranscription de l'entretien n°1

ESI : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 1 : Oui, alors moi, je suis [Prénom-Nom]. Du coup, je suis infirmière puéricultrice. J'ai d'abord eu un diplôme infirmier où, j'ai exercé pendant une dizaine d'années chez les adultes plutôt en hémato, cancéro. Et ensuite, j'ai un parcours d'une dizaine, enfin un peu plus de 10 ans maintenant en tant qu'infirmière puéricultrice avec, une dizaine d'années aussi en hémato pédiatrique. Et puis, je me suis spécialisée en douleur avec un DU douleur en 2005. Et après, je me suis intéressée dans la gestion de la douleur, plus particulièrement techniquement médicamenteuse, notamment à l'hypnoanalgésie. Donc, je suis formée en hypnoanalgésie, hypnose et douleur aiguë, hypnose et douleur chronique, autohypnose. Et après, j'ai complété ma formation par un DU en thérapie cognitive et comportementale dans la douleur chronique. Et là, j'exerce au centre de la douleur pédiatrique depuis 2014, donc, ça fait 8 ans.

ESI : D'accord. Sans indiscrétion quel âge avez-vous ?

IDE 1 : J'ai 45 ans.

ESI : Le DU hypnose, l'avez-vous fait ou pas du tout ?

IDE 1 : À l'époque, moi ça n'existait pas le DU hypnose donc c'était donc des formations longues en hypnose, mais y'avait pas de DU. Donc du coup je n'ai pas de DU hypnose, j'ai un DU TCC enfin j'ai un DU douleur, un DU TCC et douleur chronique, mais j'ai pas le DU hypnose. J'ai des formations longues en hypnose notamment avec l'institut Émergences, mais pas que... mais la plupart de mes formations, c'est avec l'institut Émergences de Rennes.

ESI : On va rentrer dans le vif du sujet... Dans un premier sur le thème de la douleur.

Pouvez-vous définir ce qu'est une douleur induite par les soins invasifs chez les enfants ?

IDE 1 : Alors, c'est une douleur prévisible et qu'on peut prévenir. En sachant que la douleur, c'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable... donc, c'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable qui est prévisible donc qui est susceptible d'être prévenue en fait... et qui doit être prévenue d'ailleurs.

ESI : La douleur vient-elle seulement du geste ou peut-elle provenir de la mémoire ?

IDE 1 : Alors ça, c'est, effectivement, dans l'expérience douloureuse, c'est une expérience sensorielle et émotionnelle. Et, on sait que la mémoire est liée aux émotions. Et, qu'on va particulièrement encoder dans notre mémoire toutes les sensations douloureuses qui auront été en lien avec des émotions. Et que donc, effectivement, si on a eu un geste douloureux, on va avoir eu un encodage au niveau de la mémoire. Et la mémoire, elle joue le rôle de filtre. Effectivement, les gestes suivants, lorsqu'ils vont induire de la nociception, ce message nociceptif va être filtré par la mémoire et dans le sens d'un filtrage augmenté et pas d'une inhibition. Donc du coup, c'est effectivement un des enjeux majeurs de la prévention de la douleur chez l'enfant. Que l'encodage du soin soit le plus agréable possible pour pouvoir prévenir les soins futurs.

ESI : Du coup, vous me parliez tout à l'heure qu'il y avait possibilité de prévenir au niveau de la douleur, comment anticipez-vous la survenue de la douleur induite ?

IDE 1 : Déjà, il y a plusieurs axes. Mais, un des axes c'est les antécédents personnels. Effectivement, si l'enfant a lui-même eu un vécu que ce soit à l'hôpital, par des soins douloureux, mais ça peut être aussi un vécu par des expériences de douleur dans la vie de l'enfant (des chutes, les blessures...), comment est-ce qu'il réagit habituellement lorsqu'il a un bobo... Ça, c'est des éléments importants à avoir pour pouvoir anticiper ce qui va pouvoir l'aider, quelles sont ses stratégies d'adaptation habituelles, comment est-ce qu'on peut se servir de ces stratégies-là pour pouvoir être plus efficace dans la prévention de la douleur. Donc, il y a la partie connaissance de l'enfant, connaissance de ses parents aussi, comment eux ils font face à la douleur de leur enfant, comment est-ce qu'ils ont l'habitude de réagir, est-ce qu'ils sont débordés dès qu'il y a une douleur, est-ce qu'ils ont plutôt l'habitude d'avoir des stratégies actives. Donc, ça, c'est important d'avoir une connaissance aussi des

parents. Et puis connaissances aussi, on va dire, techniques et scientifiques du niveau de douleur habituel pour ce type de soin là. Et en fonction des soins, on a des algorithmes décisionnels de prévention de la douleur avec des standards. Et puis, après, on sait que, en deuxième étape, on peut mettre ça, en troisième étape, on peut mettre ça... Donc c'est d'avoir une connaissance solide des algorithmes en fonction du type de soin qu'on va faire.

ESI : Quels outils utilisez-vous pour anticiper la survenue de la douleur ?

IDE 1 : ... euh alors, je ne vois pas trop bien le sens de la question. Enfin quels euh ben du coup il y a, je ne sais pas si c'était ça la question, mais c'est : connaissance de l'enfant, connaissance des parents et connaissance des soins. Je ne sais pas si c'est ça... Je ne comprends pas le mot outils mais...

Et alors après, tout ça normalement, c'est tracé... Et voilà, on peut aller questionner l'enfant, les parents eux-mêmes, mais on a quand même normalement une traçabilité si l'enfant est connu bien sûr de l'hôpital.

Après, on est en train justement de travailler sur une traçabilité aussi inter-hôpital parce qu'effectivement, le problème, c'est que si, il n'est pas connu de l'hôpital, mais qu'il est soigné habituellement ailleurs, il faut qu'il y ait une traçabilité inter-hôpital donc on est en train de travailler là-dessus. Et puis, dans les outils, c'est les connaissances des algorithmes, donc c'est les protocoles de soin de l'hôpital quoi. En pédiatre, on a une quarantaine de protocoles. Ils ne sont pas tous forcément sur la douleur liée aux soins. Il y a les protocoles aussi sur les actions des médicaments, etc. Enfin, il y a d'autres protocoles sur les douleurs neuropathiques par exemple qui ne sont pas des douleurs liées aux soins. Mais y'a dans la quarantaine, ce n'est pas que des douleurs liées aux soins.

ESI : Pouvez-vous illustrer par des exemples (par rapport à une situation que vous avez pu rencontrer par rapport à cette anticipation) ?

IDE 1 : Par exemple, on peut dire avant, je ne sais pas, avant un myélogramme, les standards, c'est EMLA, Nubain, MEOPA. Et, si ce n'est pas suffisant, on peut ajouter de l'Atarax et même MEOPA en terme médicamenteux si cela est pas suffisant, on peut ajouter l'Atarax et si après ce n'est pas suffisant, on peut rajouter de la Kétamine. Mais, avant de rajouter toute cette escalade médicamenteuse, la base, c'est d'intégrer dès le début la distraction lors des soins. Et puis, s'il y a des soignants formés après, ça peut être d'intégrer aussi l'hypnoalgésie et, de toujours avoir des stratégies multimodales d'emblée. De ne pas être que médicamenteux, mais d'emblée d'être à la fois médicamenteux et non médicamenteux. Et après, en fonction de la formation des professionnels de santé dans le non médicamenteux, soit, on va intégrer la distraction, soit l'hypnoalgésie si les gens sont formés, l'autohypnose si les gens sont formés. Voilà ! Après, en fonction des formations des professionnels de santé sur place, on va en tous les cas, c'est important d'intégrer les techniques non médicamenteuses dès le premier soin avec les médicaments si c'est des soins qui nécessitent des médicaments. Et puis, après, par exemple, je ne sais pas, pour une toilette, on peut mettre que de la distraction en place par exemple ou que l'hypnoalgésie. On peut intégrer après un médicament si on sent que ce n'est pas suffisant. Donc c'est ce que je disais tout à l'heure, en fonction du niveau de douleur de base qu'on connaît pour ce soin-là, on va être soit que non médicamenteux au départ et puis on ajoute un médicament s'il y a besoin. Et puis parfois, on sait qu'on va être d'emblée médicamenteux et non médicamenteux avec des degrés variables de niveau d'antalgique en fonction du soin.

ESI : J'ai pris connaissance qu'il y a le CLUD. Donc, je souhaiterais savoir quel est le rôle du CLUD, auprès des soignants confrontés à l'exécution de soins invasifs et douloureux chez l'enfant ?

IDE 1 : Alors le rôle du CLUD, c'est déjà de recenser les besoins dans les services. Et, ensuite, de définir les priorités et les axes de travail avec notamment les référents douleur. Il y a des référents douleur dans tous les services. L'idéal, c'est quand il y a au moins un trinôme auxiliaire, puer. et médecin dans chaque service. Et, donc, par exemple, sur la douleur liée aux soins, on a travaillé en faisant d'abord une enquête pour savoir quels étaient les besoins, enfin, ce qu'il y avait d'existant dans les services en termes de distraction lors des soins, quels étaient les besoins en termes de matériels et puis en termes de formations.

Et donc, les référents douleur ont souhaité, enfin, ce n'est pas qu'elles ont souhaité, mais elles

ont...comment... elles ont pu mettre en...comment en... ont pu **montrer qu'il manquait du matériel dans les services et qu'elles avaient besoin de formations**. Car en fait, il y avait moins de la moitié des soignants qui était à l'aise avec la distraction alors qu'il y avait trois quarts des soignants dans l'enquête qui étaient des soignants expérimentés depuis 5 ans en pédiatrie. Donc en fait, **on a acheté du matériel grâce à l'Institut de la mère et de l'enfant donc on a acheté du matériel de distraction**. Et puis, **on a mis en place des ateliers dans les services pour familiariser les soignants à la distraction lors des soins**. Et puis, que ça devienne une pratique courante. Et, que ça soit plus facile pour eux. Donc, ça, c'était par exemple pour la distraction. Et puis, pour l'hypnose, **on a mis en place un protocole sur l'utilisation de l'hypnose pour que les gens formés puissent l'utiliser dans leur cadre de compétences, dans leurs champs de compétences qui est dans chaque décret professionnel**. Et puis, le choix a été fait, dans mon établissement de **mettre en place des formations "communication thérapeutique"**. Enfin, il y a eu des formations "hypnose" un moment donné, mais comme ce sont des formations longues. Le choix stratégique, c'était plutôt de faire plutôt des formations courtes en communication thérapeutique pour qu'il y ait le maximum de soignants formés en communication thérapeutique. Et, les soignants qui se sentent intéressés pour aller plus loin peuvent ensuite demander une formation "hypnoalgésie" et qui donc se fait à l'extérieur. Et l'idée, c'est que cette formation-là, elle s'inscrit dans un projet de service, parce que c'est important lorsqu'on met en place ce type d'outil de pouvoir être à plusieurs pour en échanger et de pouvoir avancer ensemble parce que l'on sait qu'au début de la formation, on est très motivé et puis après notre énergie s'essouffle un petit peu si on n'est pas accompagné par des collègues. Donc c'est important que ce soit un projet de service et que les soignants soient soutenus dans leur démarche parce que, on sait que juste une formation, ça permet d'impulser, de démarrer, mais qu'après, si on veut que les soignants continuent à pratiquer, il faut pérenniser l'action, il faut vraiment être en groupe, faire ce qu'on appelle des supervisions et des intervisions, échanger sur les pratiques. Et ça, c'est vraiment vraiment important pour tenir dans la durée.

ESI : C'est sûr. Cette fois-ci nous allons passer sur le thème des émotions.

Pouvez-vous définir ce qu'est une émotion ?

IDE 1 : Alors, **une émotion é c'est extérieure motion, c'est mouvement**. Donc c'est **mouvement vers l'extérieur de ce que l'on ressent à l'intérieur**. Ça sert à **communiquer à l'autre ce qu'il se passe à l'intérieur de nous**. Et, à **nous donner aussi un signal d'alerte pour réagir face à des situations externes**. Voilà, c'est comme ça que je définirai une émotion.

ESI : Pouvez-vous en faire des liens avec des actions infirmières ?

IDE 1 : Alors oui, parce que la douleur, c'est une expérience sensorielle et émotionnelle. Donc **notre rôle infirmier, c'est d'accompagner les enfants dans cette expérience à la fois sensorielle et émotionnelle, les aider à faire face à la fois aux sensations et aux émotions**. Donc, **en identifiant quelles stratégies ils utilisent déjà habituellement quand ils ont des sensations qui arrivent, quand il y a des émotions**. Comment habituellement, ils font face à ce ressenti-là à la fois sensoriel et émotionnel. Et donc, **déjà d'identifier les stratégies qu'ils connaissent déjà**. Et puis, après, **on a un rôle éducatif pour leur apprendre d'autres façons de faire face**. Ça peut être vraiment hyper varié en fonction de l'âge, on a des stratégies qu'on peut leur proposer. Et, une fois qu'ils ont appris d'autres stratégies pour faire face. C'est intéressant quand, ils ont plusieurs outils et qu'ils disent "Et bien moi, quand il se passe ça, je sens que c'est plutôt ça qui m'aide". Petit à petit, ils vont se construire une boîte à outils qui leur sera utile à la fois pendant les soins douloureux. Et aussi à d'autres moments, ils pourront réinvestir ces outils-là à l'extérieur de l'hôpital aussi. Voilà, c'est ce retour-là qu'ils nous en font. Alors moi, je ne les classe pas par types. Il y a les émotions, il y a les émotions de base, alors en fonction des auteurs, **il y en a qui disent qu'il y a quatre émotions de base, d'autres six**, après peu importe qu'il y en ait quatre ou six de base, **colère, peur, tristesse, dégoût, joie, et il m'en manque un**, je sais plus lequel. Et **puis après, de ces émotions-là, il y a d'autres émotions qui découlent**, après avec les enfants en fonction de leur âge de toute façon déjà quand ils arrivent à identifier colère, peur, tristesse, joie, dégoût, c'est déjà pas mal. Et puis après petit à petit **on a des outils pour les aider à identifier un peu plus finement on va dire ce qui les met en colère, ce qui leur fait peur et après, il y a des émotions qui sont mêlées** donc voilà. Mais ça les émotions mêlées, déjà ça demande un peu plus de temps pour les aider à identifier et tout ça. Et puis c'est un travail qu'il faut faire avec les parents parce que des fois, les adultes, c'est compliqué aussi pour les adultes d'identifier leurs émotions. Donc en pédiatrie, il y a

toujours le travail avec les enfants et avec les parents. Toujours ce double travail.

ESI : Quelles sont les émotions exprimées par les enfants lors d'un soin invasif et douloureux ?

IDE 1 : Alors, il y a la peur. Ça, c'est clair que la peur, elle est souvent présente. Il peut y avoir la colère aussi. Des fois, ils peuvent vraiment être en colère surtout quand ça semble injuste ce qui leur arrive. La colère, elle est souvent en lien avec l'injustice. Et, pour certains quand ils accumulent les expériences, certains peuvent être tristes. Enfin ce n'est pas dans les émotions prioritaires. C'est surtout la peur et la colère qui sont en premier plan en tous les cas. Et, juste je repense à la question sur les émotions, le type d'émotions, moi je ne parle jamais d'émotions négatives ou positives, mais plutôt d'émotions agréables ou désagréables par exemple. En tous les cas une émotion, c'est jamais négatif en soit. Ça veut juste dire, envoyer un message intéressant qu'il faut écouter donc ce n'est jamais négatif en fait.

ESI : Oui, c'est vrai.

Quels sont les inconvénients et les avantages des émotions dans le soin ?

IDE 1 : Pour moi, il n'y a pas d'inconvénient parce que l'émotion, elle vient dire ce qu'il se passe. Je trouve que c'est toujours intéressant un enfant qui se met en colère. Ça vient dire qu'est-ce qu'il se passe à l'intérieur de lui. Pour moi, il n'y a pas d'inconvénient, il n'y a pas non plus d'avantage enfin je veux dire que c'est comme ça. Elle est là, elle arrive, c'est un moyen de communiquer ce qu'il se passe à l'intérieur de l'enfant. Donc pour moi, c'est ni un avantage ni un inconvénient. C'est juste au cœur de la relation et, ça vient nous envoyer des signaux hyper intéressants de ce qui se passe à l'intérieur de l'enfant. Et, du coup si on veut vraiment être avec lui à ce moment-là, et bien le soignant, il est là pour accueillir ces signaux-là et travailler avec eux en fait. Mais pour moi, je ne sais pas, c'est ni un avantage ni un inconvénient.

ESI : Pouvez-vous me relater quelques situations rencontrées au cours de votre expérience ?

IDE 1 : Il y en a plein. Par exemple, avec la colère, ça va être justement dans notre rôle de soignant de nous adapter et de valider auprès de l'enfant cette colère-là plutôt que de la nier. Et, de dire ça ne sert à rien de se mettre en colère, etc. On va plutôt justement faire avec cette colère comment est-ce qu'on va pouvoir utiliser cette énergie de la colère pour la mettre à profit pour une autre énergie par exemple. Donc, ça, c'est justement je trouve la richesse de l'utilisation de l'hypnose dans le soin où on va plutôt utiliser ça comme une ressource cette énergie-là de la colère pour la transformer en une énergie qui va nous aider pendant le soin et donc du coup je trouve que justement les émotions c'est intéressant parce que, on va pouvoir, c'est des ingrédients en tous les cas qui sont importants à prendre en compte pour on va dire pour s'adapter. Et, la relation, c'est toujours une relation où on va toujours s'ajuster, s'adapter et du coup les émotions c'est des indices hyper intéressants pour se synchroniser encore plus avec l'enfant et ses parents. Par exemple, un enfant qui a très peur et qui va agiter ses jambes dans tous les sens avec sa peur et bien justement on va s'amuser à utiliser les jambes qui bougent. On va faire du pédalo, on va faire du vélo, on va faire du skate. On va pouvoir partir dans une histoire géniale parce que ses jambes, elles vont bouger et pendant ce temps-là son bras va rester immobile et on pourra faire une prise de sang par exemple voilà un exemple intéressant avec la peur.

ESI : D'accord, l'autre item de ma question, c'était par rapport à la relation soignant-soigné.

Pouvez-vous définir ce qu'est une relation soignant-soigné ?

IDE 1 : Qu'est-ce qu'une relation soignant-soigné... Alors c'est un lien entre deux personnes qui va se construire à la fois avec un langage verbal et un langage corporel avec un objectif de soin qui va être un objectif partagé donc coconstruit avec l'enfant et du coup avec ses parents parce que quand on travaille avec les enfants, on travaille avec les parents voilà pour moi, c'est ça. C'est d'avancer ensemble vers cet objectif-là quoi.

ESI : Quelle importance donnez-vous à la relation soignant-soigné dans le soin ?

IDE 1 : Ben pour moi, c'est au cœur du soin, c'est central.

ESI : Donc, vous me parlez beaucoup de relation entre les soignants, les parents et les enfants...

IDE 1 : Oui alors après ça dépend de chaque situation. C'est compliqué de faire des généralités sur la relation. Mais globalement, c'est une relation triangulaire avec disons des émotions des enfants ne sont

pas les mêmes que les parents et que si on est soignant en pédiatrie, il va falloir tenir compte des émotions et de l'enfant et des émotions des parents. Dans la douleur, c'est pareil dans l'expérience sensorielle et émotionnelle **combien de fois les parents disent "j'ai mal pour lui" donc si on ne prend pas ça en compte dans notre relation, on passe complètement à côté du cœur de la relation effectivement entre l'enfant et ses parents. Donc il faut vraiment s'occuper des deux, je pense si on veut arriver à l'apaisement le plus possible. C'est vraiment important de tenir compte aussi des expériences douloureuses des parents, de comment ils vivent la situation aussi, comment ils sont touchés aussi par ce que l'enfant vit. Donc ça, pour moi, c'est l'essentiel. Si on ne s'occupe pas des parents, on passe vraiment à côté de solutions importantes pour l'enfant et alors chez le tout petit le parent, c'est la base de sécurité. À part pour des situations complexes. Voilà globalement faire le soin dans les bras des parents enfin utiliser les parents comme lieu de sécurité, c'est vraiment important quand eux, ils s'en sentent aussi capables.** Parce que s'ils ont une expérience de soins compliqués et, qu'ils ne peuvent pas rester il faut aussi les y autoriser. Il faut aussi les aider à être à l'aise avec ça, à ne pas se sentir coupable de ne pas rester, etc. Donc ça, c'est important d'accompagner les parents aussi dans le respect de ce qu'ils ressentent eux. Et si ce n'est pas possible de rester ils ont tout à fait le droit et qu'ils sachent que leur enfant, il y aura quelqu'un qui va l'accompagner qui va être là pour le sécuriser, le mettre dans des conditions les plus confortables possibles et que si pour eux c'est plus confortable de sortir, ils ont le droit de sortir aussi quoi. Donc en fait les deux sont possibles, je pense qu'il n'y a pas de règle, il faut vraiment s'adapter à chaque situation et toujours sans juger. Ça, c'est important, de ce qui se passe pour les parents. Des fois, ils peuvent rester, des fois, ils ne peuvent pas rester voilà, c'est comme ça. Les aider, leur donner des outils ça, c'est important aussi de les outiller, car des fois, ils disent "oui, mon enfant est outillé, mais pas moi". Donc c'est important de leur donner des outils. Et puis, après on sait que dans la littérature, on sait que c'est... quand les parents peuvent rester c'est l'idéal, mais après voilà il faut s'adapter à chaque situation

ESI : Quelles sont les postures professionnelles à adopter qui permettent une relation soignant-soigné ?

IDE 1 : Le non-jugement, c'est hyper important parce que comme **la douleur, c'est une expérience personnelle, ne pas juger de ce que vit l'autre.** Je veux dire que c'est une expérience personnelle donc, **c'est important de vraiment être avec l'enfant, être avec les parents sans jugement de ce qu'il se passe pour lui.** C'est comme ça pour lui à ce moment-là. Des fois, on a des éléments d'explication des fois, on n'en a pas. Ce n'est pas toujours facile d'analyser complètement la situation et, ce n'est pas non plus toujours nécessaire. Ce qui est important je pense, c'est d'**identifier les outils qui vont aider à ce moment-là** et de se dire je vais mémoriser ce qui m'a aidé à ce moment-là pour pouvoir m'en resservir la prochaine fois quand j'en aurai besoin et vraiment être dans un apprentissage de différentes façons de faire face à un événement douloureux. Et des fois, il y a des trucs qui marchent un jour et ça ne marchera pas un autre jour et on n'arrivera pas. Des fois on sait pourquoi et des fois, on ne sait pas et ce n'est pas grave de ne pas savoir. Ce qui est important, c'est en tous les cas d'**être ouvert à plein de stratégies différentes et de savoir s'adapter à chaque fois** enfin je pense que les stratégies d'adaptation, c'est vraiment au cœur du soin surtout pour les soins itératifs. Parce que, sinon c'est hyper culpabilisant, les enfants vont vous dire " ben oui, la dernière fois j'avais réussi et tout ça" mais on n'est pas dans une réussite, on n'est pas dans quelque chose qu'on doit à tout prix réussir. En fait, l'objectif, c'est vraiment **de faire au mieux pour que ça se passe au mieux.** Et puis, il y a des jours, c'est possible et d'autres jours, on n'est pas au top. Et l'objectif, ce n'est pas d'avoir un soin zéro douleur parce que est se mettre la barre trop haute. Et, la douleur ça fait partie de cette expérience de vie. Mais par contre de diminuer le plus possible jusqu'où on peut. Peut-être, on va arriver à zéro et là, c'est topissime et c'est tant mieux. Mais ce n'est pas parce qu'on n'est pas arrivé à zéro douleur qu'on a été mauvais. Ce qui est important, qu'est-ce que l'enfant va retenir à ce moment-là. Et si lui retient qu'il peut mettre des choses en place, avec des stratégies actives ça se passe mieux qu'avec des stratégies passives. Et ben déjà, on aura déjà gagné ça !

ESI : Donc, je relance un petit peu ma question, parce que vous me parlez beaucoup du non-jugement, de l'ouverture, de l'adaptation du soignant... **Mais, quels comportements en fait doit finalement avoir le soignant pour qu'une relation se crée ? Est-ce que vous en voyez d'autres ?**

IDE 1 : Le soignant doit avoir une posture d'accueil, on accueille ce qui est en train de se vivre. On est vraiment dans, on est avec quoi. C'est vraiment ce lien-là où, on va mettre un petit peu de côté le prochain antibiotique qu'on a à poser, le prochain truc. Enfin tous les soins qu'on a à faire et on va vraiment être avec l'enfant sans le juger, en validant ce qu'il se passe pour lui pour l'accompagner vers plus de confort et de sérénité si on peut aller jusque-là. Mais, je pense que, quand on est déjà dans le non-jugement, et qu'on accueille ce qui se passe, c'est énorme en fait pour l'enfant de le valider et de lui dire "OK la peur elle est là..., OK la colère elle est là enfin..., voilà, c'est bon j'ai vu ce qu'il se passe pour toi et comment est-ce qu'on pourrait faire pour que la colère soit de plus en plus petite, que la peur, soit le plus petit possible...". Peut-être qu'elle ne va pas complètement partir, mais peut-être que si déjà elle diminue, peut-être que déjà, ce sera plus cool pour toi. Et, montrer qu'on est avec lui et qu'on va être dans un rapport collaboratif, c'est-à-dire qu'on va faire équipe quoi pour avancer. Et, que ce ne soit pas quelque chose de passif où ils se disent "ah ben, c'est grâce à toi que ça s'est bien passé". Non, c'est d'abord grâce à l'enfant. C'est lui qui aura mis toute son énergie pour faire face à ça. Nous, on est là pour l'aider et, c'est bien lui qui est acteur et ça, c'est important parce que sinon il a l'impression que la solution vient toujours d'ailleurs des médicaments et tout ça. Alors que nous, les médicaments, ils vont aider. Mais, ce qui potentialise les médicaments ce que l'enfant va lui mettre en place et pas... Et nous, on est là, voilà pour servir de tremplin pour impulser les choses quoi.

ESI: Ce qu'il en ressort, c'est beaucoup de bienveillance finalement...

IDE 1: C'est plus que de la bienveillance. Je pense que c'est plus que de la bienveillance, dans le sens où on... C'est vraiment cette posture collaborative "on va bosser ensemble" quoi enfin voilà. La bienveillance, "ouais OK j'ai vu ce qui se passe pour toi voilà et maintenant on va faire ensemble enfin on va bosser ensemble". C'est vraiment une posture collaborative. Ouais ça je pense que c'est hyper important notre rôle éducatif parce que la prochaine fois on ne sera peut-être pas là, ce sera peut-être quelqu'un d'autre donc il faut que l'enfant ait identifié ce qu'il l'a aidé là et qu'il se rende bien compte que c'est lui qui est cabossé quoi.

ESI : Pouvez-vous me donner quelques exemples ?

IDE 1 : Ouais, par exemple ça peut être des enfants qui ont très très peur et à qui les parents vont dire par exemple "tiens, tu vas regarder un dessin animé par exemple pendant le soin et en fait on sait que les stratégies passives ce n'est pas efficace. Et du coup, peut-être on peut inviter l'enfant à ce moment-là et dire " ah ouais super tu as mis un dessin animé et tout ça, ça te fera plaisir quand le soin sera terminé de regarder ton dessin animé et donc du coup de le projeter dans l'après soin et d'avoir le dessin animé un peu comme en cadeau du soin qui est terminé. Et puis pendant le soin, "tiens, on va faire comme si on était à l'intérieur du dessin animé et "c'est qui le héros ?", "qu'est-ce qui lui arrive comme aventure ?", etc. Et puis du coup, on va mettre des aventures où il aura peur le héros comme ça, on va rejoindre l'enfant dans sa peur et, on va trouver des aides magiques qui vont venir l'aider, etc. Et, à la fin, on va boucler l'histoire avec une quête heureuse et des remerciements, des congratulations, etc. Et après, il pourra regarder son dessin animé. Mais au moins pendant le soin, il va être dans des stratégies actives et on sait que des stratégies actives en termes de stratégies antalgiques c'est beaucoup plus efficace et qu'il peut y avoir une mémorisation du coup du soin qui va être beaucoup plus confortable pour lui. Et ça, je pense que c'est le rôle des soignants justement de pouvoir attraper un peu les ressources de l'enfant si on sait que c'est le dessin animé par exemple. Sauf qu'on a aussi des connaissances scientifiques et qu'on sait que les stratégies passives, c'est moins efficaces donc du coup, on ne va pas dire aux parents, "non, n'importe quoi, c'est débile votre idée", mais on va utiliser nos connaissances, les ressources de l'enfant pour combiner tout ça et faire qu'il va repartir avec d'autres stratégies pour faire face. Des stratégies de coping, il va avoir d'autres stratégies pour faire face et on peut espérer que le prochain soin, il sache activer ses nouvelles stratégies là pour que, les soins se passent de mieux en mieux pour lui.

ESI : Donc, le dernier item, c'est l'hypnose thérapeutique.

Pouvez-vous définir ce qu'est l'hypnose dans les soins ?

IDE 1 : Alors, la définition de l'hypnose, elle est compliquée parce qu'elle n'est pas consensuelle donc c'est un peu compliqué. Mais en tous les cas, l'hypnose est à la fois un état, un état de conscience modifié, un état de focalisation intense qui est naturel qu'on vit tous, plusieurs fois par jour. C'est à la fois un état, c'est à la fois un processus aussi. Et puis, c'est aussi des outils au service de la relation

quoi. Donc, je ne sais plus, c'est Antoine Bioy qui a essayé de faire une définition. Il faudrait que je la retrouve... Une définition qui permet de parler de cet **état de conscience modifié, qu'on peut rejoindre par l'aide d'une relation utilisant des suggestions pour aider le patient à rejoindre cet état-là.** Enfin, je ne sais plus comment il a... **dans un objectif de soin toujours.** Pour l'hypnose, il y a toujours cet **objectif de soin partagé, c'est important.** Ouais, il a écrit un article pour proposer une nouvelle définition de l'hypnose. Je ne sais plus en quelle année c'était. C'était en 2016, ça fait un moment... dans la revue hypnose et thérapie brève de janvier 2016. Et donc, il proposait que **c'était un état de conscience qui induit une absorption de l'attention, donc quand je parlais de focalisation, c'est ça, une diminution de la conscience caractérisée par une plus grande capacité à répondre aux suggestions...** Et après, c'est vrai que, **c'est compliqué comme il n'y a pas de consensus sur la définition...** C'est ce qui a d'ailleurs enfin, c'est ça qui fait que c'est compliqué qu'il y a plein de gens qui ne sont pas professionnels de la santé qui utilisent l'hypnose et du coup, c'est ce qui fait qu'il y a une grosse confusion dans les médias et dans la société parce que, **tant qu'il n'y a pas de définition consensuelle et bien, ça amène de la confusion.** C'est un peu le problème. Et je trouve que **rappeler que c'est un état, un processus et une relation je trouve que ça définit assez bien en tous les cas l'hypnose qu'on utilise en tant que soignant** quoi.

ESI : Quel type d'hypnose utilisez-vous le plus souvent ?

IDE 1: Alors moi, **je suis formée à l'hypnose Ericksonienne.** Voilà, je ne sais pas si c'était ça la question...

Quand on utilise les outils hypnotiques, on ne peut pas catégoriser ça comme ça. En fait, **on utilise l'hypnose dans nos champs de compétences.** Si par exemple, on est infirmier, on va utiliser bien sûr l'hypnoalgésie, l'hypnose conversationnelle. Mais, ce n'est pas des types d'hypnose différents. C'est pour ça que je ne comprends pas trop la question... **C'est qu'on utilise des outils dans notre champ de compétences.** Par exemple, moi je ne vais pas aller faire une thérapie parce que je ne suis pas psychologue, je ne vais pas utiliser des outils qui sont en dehors du travail psychothérapeutique. Je ne suis pas non plus dentiste. **En fait, ce qu'il faut retenir c'est que, on utilise les outils dans notre champ de compétences.** Si on est infirmier ça va être dans notre champ de compétences infirmier, si on est psychologue, c'est dans le champ de compétences du psycho enfin, si on est médecin, c'est dans le champ de compétences médical voilà, c'est ça.

Dans mon champ de compétences, **je vais utiliser l'hypnose dans les entretiens infirmiers, ça peut être l'hypnose pour expliquer un soin, ça peut être pour diminuer la douleur. Ça peut être pour avoir moins peur, pour avoir moins mal enfin après ça dépend de... ça peut être aussi pour augmenter l'adhésion à un traitement enfin pour se remettre en mouvement, refaire du sport.** Enfin tout ce qui fait partie de notre champ de compétences infirmier donc c'est difficile de tout citer parce que c'est énorme...

En fait je pense que si y'avait enfin si on devait faire des types d'hypnose, je pense qu'on devrait mettre **hypnose conversationnelle, hypnose formelle et autohypnose.** Enfin, je ne comprends pas le sens de la question, mais enfin si il y avait des types à faire ce serait ça par exemple. Et oui, **dans notre champ de compétences, on utilise l'hypnose conversationnelle, hypnose formelle, autohypnose.** On utilise les trois quoi.

ESI : Avez-vous constaté un impact dans l'utilisation de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux ?

IDE 1 : Ben oui carrément... Après, il y a de nombreuses études maintenant qui montrent l'intérêt d'utiliser l'hypnoalgésie lors des soins que ce soit pour : la partie sensorielle, émotionnelle, cognitive ou comportementale. Voilà, on sait que c'est intéressant. Et, pour moi ça a complètement changé ma pratique. Je pense que ce qui est intéressant aussi, c'est que **ça permet vraiment une prise en charge multimodale de la douleur** et, comme on sait que la douleur, c'est un système complexe qui nécessite vraiment d'avoir une approche intégrative et pour ça l'hypnose, **c'est intéressant parce que ça correspond vraiment au fonctionnement physiologique de la douleur qui va demander une réponse vraiment globale et donc, l'association hypnose, médicament, présence des parents, formation du soin, machin, tout ça. Ça permet vraiment aux soignants d'avoir une approche globale qui, correspond à notre conception de soins aussi.** Donc, ça permet de mettre en œuvre des actes infirmiers qui répondent à une démarche de soin globale. Donc ça, c'est vraiment intéressant. Je pense que ça donne

du sens à la pratique et ça répond aussi à la physiologie de la douleur. Donc en soit, l'hypnose, c'est vraiment un outil pertinent à la fois pour l'enfant, pour les parents et aussi pour les soignants, je pense.

ESI : Est-ce que tous les enfants sont réceptifs à l'hypnose ?

IDE 1 : Oui tous, puisqu'on va dans un état d'hypnose plusieurs fois par jour. Donc oui, on sait tous faire. On sait tous faire. Après, comme l'hypnose, c'est à la fois un état, un processus et une relation, s'il n'y a pas cette relation forcément on va dire que c'est l'enfant qui n'est pas réceptif. Mais ce n'est pas l'enfant qui n'est pas réceptif, on est tous réceptifs, mais, c'est que la relation n'est pas là quoi.

ESI : Quelle place donnez-vous à l'hypnose ou aux autres méthodes thérapeutiques dans les soins ?

IDE 1 : Pour moi, c'est le cœur du soin, c'est-à-dire que c'est le cœur de notre démarche infirmière. C'est-à-dire, que dans notre conception de soin, on est dans une conception de soin global biopsychosocial et que si on est dans cette démarche-là, les actions qu'on doit proposer c'est des actions dans le champ du biopsychosocial. Donc l'hypnose, le massage enfin voilà toutes des stratégies complémentaires. Elles vont venir s'intégrer complètement dans cette démarche globale biopsychosociale donc, je pense que ça correspond vraiment à la démarche de soins infirmière. C'est en ça que c'est intéressant.

ESI : Et bien, je vous remercie pour le temps consacré et les réponses apportées.

Avez-vous envie d'ajouter quelque chose à tout ce qui a été dit ?

IDE 1 : Je pense que c'est bon. Je vous remercie en tous les cas pour ce travail

ESI : C'est très enrichissant tout ce dont vous avez apporté au niveau des réponses parce que j'avais méconnaissance de certaines parties et, ça permet d'approfondir mes recherches pour mon mémoire.

Annexe III- Retranscription de l'entretien n°2

ESI : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 2 : Alors, je m'appelle [Prénom-Nom]. Je suis puéricultrice depuis 2003. À la sortie de l'école, j'ai travaillé en réanimation pédiatrique et néonatale. Puis après, aux urgences pédiatriques jusqu'en juin 2019. Durant ces quinze années que j'ai passé aux urgences, j'ai décidé de me former en 2007 en hypnoalgésie pédiatrique pour différentes raisons. Tout d'abord, j'avais une expérience quand j'étais en réanimation de prise en charge d'enfants avec un médecin réanimateur qui utilisait un mode de communication assez particulier quand, il faisait des actes très invasifs. Par exemple des poses de drains thoraciques ou des choses comme ça et donc ce mode en fait d'accompagnement là et de communication m'avaient questionné quand j'étais puer. en réa. Et, quand je suis arrivée aux urgences pédiatriques, il y avait un projet d'hypnoalgésie pédiatrique. Voilà et, de par mon expérience antérieure, je me suis greffée en fait à ce projet-là parce que je trouvais que c'était un projet fort intéressant d'autant plus que, aux urgences on voyait tout type de pathologie et que, on avait quand même recours très régulièrement à des soins très invasifs. Voilà donc je me suis formée en 2007, un an de formation. Au terme de cette année de formation, bien sûr j'ai développé cette pratique-là au sein des Urgences et très très vite en fait j'ai été sollicitée pour être formateur interne en communication thérapeutique avec des médecins anesthésistes qui eux-mêmes avaient été formés chez Émergences en hypnoalgésie. Donc, j'ai fait ça pendant quelques années. Et puis, ensuite, j'ai travaillé aussi avec un pédiatre des urgences sur un projet qui me tenait un peu à cœur sur la pose et la dépose de plâtre. Parce que c'était un soin qui était extrêmement invasif et donc, on a monté un conte métaphorique avec ce médecin. J'ai eu ce projet-là avec cette personne qui était à l'époque pédiatre aux Urgences Pédiatriques et qui est parti en Corse. Voilà donc en fait, on avait travaillé là-dessus et on a ici on a travaillé à la fois sur ce conte métaphorique là. L'idée étant que l'enfant reparte avec le conte pour qu'il puisse décorer le conte et puis, qu'il puisse écouter l'audio en fait du conte aussi puis, qu'il revienne en fait en consultation pour la dépose où là, en fait on avait monté un poster qui permettait en fait de retrouver les différents personnages du conte pendant qu'on déplâtrait et, pendant qu'il continuait à écouter aussi le conte. Donc, toute l'idée était voilà sur cet accompagnement-là. Après voilà, j'ai travaillé aussi sur un autre projet qui était morphine enfin surtout sur des réductions de luxation ou des réductions de fracture des grosses réductions de fracture, on avait travaillé sur un autre projet qui visait à différencier la réduction de fracture morphine à de la réduction morphine - hypnose. Voilà il y a tout un projet comme ça qui a été mis en place par un professionnel bref. Au terme de ces quinze années, j'ai un peu laissé le bébé, je dirais en pédiatrie et j'ai voulu, évoluer moi professionnellement. Donc, je suis devenue faisant fonction. J'ai travaillé d'abord en rhumatologie où là, j'avais 80 % des patients qui arrivaient pour des problèmes douloureux. Et donc, là, j'ai monté un projet pour former en fait une grosse partie de l'équipe, mais pluriprofessionnelle. Mon idée était que tout le monde soit formé et que, tout le monde ait le même type de communication. Que ce soit de la secrétaire qui accueille le

patient à l'infirmière au médecin qui prenaient en charge le patient. Et donc, en fait, on a créé des formations flashs en communication thérapeutique pour toutes les équipes. Et, on a regroupé ça dans le projet du juste soin qui était qui a été mis en place en Rhumato. Voilà au terme de ces six mois, j'ai migré ici. J'ai pris un poste de faisant fonction en cardiologie avec des urgences cardio où là, c'est pareil mon idée était vraiment de développer ça aussi parce qu'on piquait aussi beaucoup beaucoup les patients entre autres sur des gaz du sang, soins très invasifs. Donc, l'idée, c'était un petit peu ça. Je suis partie à l'école voilà et, en filigrane est toujours resté ce projet-là et cette idée-là qu'est la communication quelque part bienveillante aussi bien envers le patient qu'envers les équipes pouvait apporter du mieux vivre et de la qualité de travail pour tout le monde. Et, donc mon projet ici aussi, c'est de développer ça aussi que ça soit avec les équipes qu'avec les patients.

Et d'ailleurs là aussi, on a le projet de former une infirmière en communication thérapeutique voir dans un second temps en hypnose.

ESI : Donc, vous m'avez beaucoup parlé de votre parcours qui est dense et très enrichi, sans indiscrétion vous avez quel âge ?

IDE 2 : J'ai 42 ans

ESI : J'ai fait beaucoup de recherches et j'ai vu qu'il existait le diplôme universitaire d'hypnose. Est-ce que vous avez suivi ce DU hypnose ?

Non, je vais vous expliquer mon parcours. Donc ça, ça rentre toujours dans mon parcours. Après m'être formée en 2007 en hypnoalgésie pédiatrique, j'ai souhaité en fait me former encore une autre fois parce que moi ce qui m'intéressait surtout, c'était vraiment l'acte invasif. Et donc, je me suis formée une seconde fois à l'Institut Français d'Hypnose (IFH) à Paris où j'ai suivi, c'était sur un an de formation sur cette spécificité-là. Et quelques années après, on m'a demandé de passer un DU en hypnose. Je me suis inscrite à Brest sauf qu'à Brest le Directeur qui était chargé de ce DU était la personne qui m'avait formée à Paris. Donc, forcément il ne trouvait pas d'intérêt à ce que forme au DU alors que j'avais déjà une formation plus que complète avec un diplôme d'Émergences plus un diplôme de l'IFH. Donc, je n'ai jamais fait le DU.

ESI: On va rentrer dans le vif du sujet, du coup sur le thème de la douleur. Pouvez-vous définir ce qu'est une douleur induite par des soins invasifs chez les enfants ?

IDE 2: Les douleurs induites, c'est tous les soins qui sont faits à l'enfant pouvant provoquer de la douleur. C'est-à-dire les prises de sang, les sutures, et après ça va crescendo les réimplantations d'ongles, les PL, la pose de plâtre enfin voilà. Dans la douleur en fait, il y a une dimension kinesthésique et il y a toute une dimension aussi émotionnelle. Et en fait, c'est vraiment les deux parties de la douleur et l'une ne va pas sans l'autre. On ne peut pas juste poser un patch EMLA et penser que derrière vous avez tout le côté émotionnel qui finalement peut créer autant de douleur que l'acte en lui-même.

ESI : La douleur vient-elle seulement du geste ou peut-elle provenir de la mémoire ?

IDE 2 : Alors, moi je pense que ça provient à 90% de la mémoire. Voilà ça, c'est certain. Je pense que l'acte en soit n'est pas lui qui provoque enfin, l'acte provoque de la douleur, mais une grosse partie vient de la mémoire, de la mémorisation de cette douleur-là antérieure. Ça, c'est sûr... Alors, de la mémorisation, je dirais et aussi de la valeur de la parole qui est donnée à l'enfant. C'est-à-dire que, il y a en effet la mémoire même de l'enfant sur des douleurs induites, mais il y a aussi au final tout ce que le parent ou tout ce que, toutes personnes qui gravitent autour de l'enfant, ont pu dire à l'enfant. Vous savez bien que, il y a quelques années de ça, tous les contes tournaient d'ailleurs autour de ça. Sur la crainte de l'enfant sur "et si tu n'es pas sage...", "et si tu ne fais pas ça..." voilà. Je dirai qu'il y a tout un vocabulaire de la "petite pique", du "petit pansement", de la "petite fracture".

ESI : Comment anticipez-vous la survenue de la douleur induite ?

IDE 2 : La survenue de la douleur induite. Alors ben, c'est ce que je vous disais en fait. Il y a différentes possibilités. Il y a d'abord tout l'arsenal pharmacologique, c'est-à-dire le patch EMLA, le Doliprane, enfin les paliers 1, les paliers 2, les paliers 3. Et ensuite, il y a toute la composante émotionnelle par le cadre de la communication. C'est-à-dire, expliquer à l'enfant avec des mots simples, avec des mots rassurants. Voilà plutôt basé sur le confort de l'enfant, enfin axé sur les objets transitionnels. Les objets transitionnels, c'est tout ce qui fait le lien finalement entre l'ailleurs et le ici. C'est-à-dire, le doudou de l'enfant, la tétine de l'enfant, le petit livre qu'il aime bien. Et par exemple inclure les parents dans le soin. Pour moi, la prise en charge de cette douleur invasive passe par différentes possibilités, l'entonox bref et beaucoup d'autres choses.

ESI : Pouvez-vous illustrer par des exemples ?

IDE 2 : Alors, il y a différentes choses. Vous avez l'enfant qui arrive avec une plaie du front sur laquelle vous posez en premier lieu de la xylocaïne gel pour un anesthésiant local. Et puis après, il y a en effet dans la salle d'attente toute la préparation où, en effet, on propose à l'enfant le petit cahier de coloriages pour commencer à colorier ou, on lui propose un objet finalement qui le suivra tout au long finalement de la prise en charge de l'enfant. Ça peut être un bâton de pluie, ça peut être une petite boîte à musique, ça peut être le livre finalement avec lequel il arrive et dont on se servira ensuite pour accompagner l'enfant. Et puis ensuite, il y a tout ce cheminement-là jusqu'au moment du soin et où là en effet, on se sert de tous ces objets-là et de tout ce qui a été fait auparavant pour continuer à accompagner l'enfant.

ESI : Quel est le rôle du CLUD, auprès des soignants confrontés à l'exécution de soins invasifs et douloureux chez l'enfant ?

IDE 2 : Alors le CLUD, c'est des soignants qui se réunissent 4 fois par an. Ils discutent en fait de problématiques particulières qui ont lieu dans leur unité de soins et qui établissent des protocoles de

prise en charge de la douleur et, qui remettent à jour ces protocoles-là extrêmement régulièrement. Et après, qui se font les porte-paroles dans les unités de soins. En fait l'idée étant de pouvoir donner toutes ces informations-là aux équipes soignantes qui eux ne font pas forcément partie du CLUD. Très souvent, c'est des référents douleur qui font partie de ces équipes-là. Moi, quand j'étais en pédiatrie, le CLUD était quand même ouvert à pas mal de personnes qui voulaient s'investir dans la prise en charge de l'enfant et de la douleur.

ESI : Pouvez-vous me décrire quelques-unes de vos expériences en lien avec le CLUD ?

IDE 2 : Expériences avec le CLUD, alors je me souviens des réunions où on partageait de ses différentes expériences. Alors, je me souviens d'un protocole qu'on avait fait sur des ponctions lombaires. Sur comment on prenait en charge la ponction lombaire avec justement avec toute la prise en charge en amont et puis durant le soin. Y'avait ça et une grosse procédure qui avait été faite sur les intrathécales sur comment est-ce qu'on fait pour que, le soin se passe au mieux avant après enfin voilà.

ESI : Pouvez-vous définir ce qu'est une émotion ?

IDE 2 : Alors une émotion, c'est un ressenti qui peut passer par différentes phases que ce soit la joie, la tristesse le dégoût la peur. Voilà je crois qu'il y en a 5 ou 6. Il doit m'en manquer une ou deux. Je ne sais lesquelles il me manque. En tout cas, oui voilà, c'est celles-là.

ESI : Pouvez-vous en faire des liens avec des actions infirmières ?

IDE 2 : Oui bien sûr. C'est ce que j'expliquais au départ. En fait, la douleur elle est multifactorielle et entre autres il y a tout ce versant physiologique, mais il y a aussi tout le versant émotionnel qui rentre surtout dans la peur, dans la tristesse alors surtout, il y a une grosse dimension de peur dans ce cadre-là. Et dans le soin, il y a finalement toute cette partie-là à prendre en considération aussi et comment on arrive en fait à désamorcer des situations où l'enfant est vraiment apeuré pour arriver à le tranquilliser et justement réduire aussi ce niveau de douleur. Vous me parliez du CLUD, je me souviens d'un truc, c'est qu'en fait, au CLUD, on avait beaucoup travaillé sur des réglottes et ça me fait penser à ça. Parce qu'il y a des réglottes EVA qui existent avec "pas mal du tout - très très mal" et nous, on avait proposé en fait de créer une réglotte "pas peur du tout - très très peur" en lien avec les émotions. Parce que chez l'enfant, c'est vraiment la partie qui est vraiment la plus importante dans la prise en charge et c'est d'ailleurs pour ça qu'on avait beaucoup travaillé sur ce versant-là dans l'histoire de la pose du plâtre et la dépose du plâtre parce que ce n'est pas quelque chose qui fait mal. C'est quelque chose qui a une grosse grosse dimension enfin qui entraîne beaucoup de peur pour l'enfant, beaucoup de questionnements voilà. Et en fait, quand on avait monté ce conte métaphorique, la base de ce conte métaphorique la base, c'était quand même ça. C'était toute la sensation que vous aviez, le visuel que vous aviez et tout ça en fait crée de la peur de l'angoisse pour des enfants. Je ne sais pas si la réglotte des émotions a vu le jour, mais lorsque j'étais aux urgences pédiatriques, j'avais

transformé ma réglette EVA en “pas du tout peur - très très peur”. C’est vrai que très souvent quand vous demandez à l’enfant, est-ce que tu pourrais me dire combien tu as mal “pas du tout mal - très très mal”, il a un peu du mal à dire. Quand vous lui montrez la réglette “pas peur du tout - très très peur” c’est beaucoup plus simple pour lui de dire comment il se situe.

ESI : Quelles sont les émotions exprimées par les enfants lors d’un soin invasif et douloureux ?

IDE 2: La peur.

ESI : Vous pouvez m’en dire un petit peu plus ?

IDE 2 : Un enfant qui arrive dans le milieu hospitalier, c’est quand même un milieu qui n’est pas très avenant. C’est un milieu qu’ils ne connaissent pas. Les seuls souvenirs qu’ils aient pour peu qu’ils ne soient jamais venus à l’hôpital, c’est le côté, c’est le médecin, c’est le médecin. Alors voilà, on ne voit pas le médecin quand on va bien. Les trois quarts du temps quand ça va bien, c’est pour des vaccins et des choses comme ça. Il faut quand même savoir que beaucoup beaucoup de médecins ne prescrivent pas de patchs EMLA et donc, piquent les enfants sans anesthésie avec finalement toute cette mémoire aussi de la douleur qui est véhiculée. Quand vous arrivez dans un endroit que vous ne connaissez pas parce que vous êtes tombé parce que vous avez une plaie, vous vous doutez bien que derrière ça ne va pas forcément être très drôle pour vous. D’où justement, tout cet accompagnement-là de l’enfant pour essayer de démystifier un petit peu tout ça et faire redescendre un petit peu ce niveau d’anxiété et de peur.

ESI : Pouvez-vous me donner des exemples ?

IDE 2 : Avec un enfant qui a très très peur. Oui, alors moi, je me souviens d’un enfant qui était venu aux urgences pour une plaie qui était déjà suivi auparavant en endocrino pour un autre problème et qui était inapprochable, inapprochable. Et en fait, on est venu une première fois avec le pédiatre pour suturer où en effet, on avait essayé de discuter un petit peu pour connaître un peu les centres d’intérêts de l’enfant. On n’était pas du tout arrivé à l’approcher, on était reparti et on était revenu un quart d’heure après. Et, au final, le médecin dans la conversation m’a appelée par mon prénom et là, la maman a dit “Oh, c’est rigolo, la dame a le même prénom que ta maman”. Et en fait, il y a un truc qui s’est passé et ce qui fait qu’en fait on avait décidé de parler de l’histoire des trois ours, de Boucle d’or et les trois ours. Et en fait, en lui proposant de raconter de nouveau l’histoire des trois ours et de Boucle d’or et bien on est arrivé très très facilement à relier, enfin à retisser des liens avec cet enfant-là et à suturer sans aucun problème. Mais ce qui était très très drôle et ça, c’est la force de l’hypnose je trouve, c’est qu’au final quand on propose un soin comme ça sous hypnose moi je dis souvent qu’on en fait bénéficier l’enfant, mais qu’on en fait aussi bénéficier aussi toutes les personnes qui gravitent autour de l’enfant. Et, c’était assez drôle parce que l’aide-soignante qui était avec nous et qui pourtant était quand même très avertie très aguerrie, c’était une aide-soignante qui avait beaucoup d’expériences, à quelques mois de la retraite, avait tellement écouté finalement ce que je racontais que

elle s'est mise à essuyer en fait une petite goutte de sang qu'il y avait sur le bras de l'enfant avec la blouse du médecin. Et voilà le médecin lui a dit "toi, tu as trop écouté". Et, c'est vrai que j'ai des situations comme ça où oui en effet je me suis bien rendue compte que très souvent, c'est un sas de décompression pour les équipes de venir et de pouvoir entendre aussi finalement ces contes métaphoriques qu'on pouvait raconter et ces accompagnements d'enfants.

ESI : Quels sont les inconvénients et les avantages des émotions dans le soin ?

IDE 2 : Moi, je pense que le gros avantage, c'est que ça nous permet aussi de mettre des limites finalement à nos soins. Ça nous permet aussi de repenser le soin un peu différemment dans la temporalité en nous adaptant aussi finalement au rythme de l'enfant et à l'émotion de l'enfant. Et je pense que c'est quelque chose qui est à prendre en considération. Et, je pense que pour les adultes on ne le prend pas suffisamment en considération. Je pense qu'on n'est pas pressé en fait. Une ponction lombaire, elle peut être faite tout de suite, elle peut être faite dans deux heures, il n'y a pas de problème de temps. Ça, c'est le gros avantage. Des aspects négatifs, je n'en trouve pas de trop. Hormis, la personne qui est totalement hermétique qui ne veut absolument pas écouter du tout. On en a eu aussi... Et le gros avantage, c'est que clairement ça dissocie très rapidement en fait, c'est un pouvoir extrêmement fort. Ça dissocie vraiment extrêmement vite les patients et ça permet vraiment d'accompagner le soin dans de bien meilleures conditions qu'on ne pouvait le faire auparavant. Nous, aux Urgences on avait beaucoup d'enfants. Ça nous arrivait d'avoir des adultes. Moi, je me souviens d'adultes enfin d'un adulte en autres qui était arrivé pour crise de colique néphrétique qu'on a soulagé en deux temps trois mouvements avec de l'hypnose. Je me souviens d'un patient qui est arrivé pour une très très grosse plaie à la scie circulaire, le temps en fait que le SAMU arrive pour le transporter à Pontchaillou il est resté quand même un certain temps chez nous. Le patient était en plus scopé et là vraiment on s'est rendu compte du moment où, on a commencé à lui parler avec finalement tout ce discours-là hypnotique à quel point son rythme cardiaque est redescendu extrêmement vite alors qu'on lui avait fait des bolus de morphine enfin on avait mis une PCA en route voilà et, à quel point aussi au final quand on s'arrête finalement les effets s'estompent quand même assez vite. C'est vrai, que j'avais souvent l'habitude de dire à ces patients-là adultes que ma voix pourra vous accompagner plus tard, voilà continuez sans moi. Vous êtes capable de le faire en tout cas.

ESI : Pouvez-vous me relater quelques situations rencontrées au cours de votre expérience ?

IDE 2 : C'est ce que je vous disais l'avantage de l'émotion dans le soin ça nous permet aussi finalement de savoir et de pouvoir mieux jauger la temporalité du soin. C'est ce que je vous disais. Des inconvénients, j'ai un peu du mal du coup à en trouver enfin si le gros inconvénient de l'émotion, c'est l'enfant qui est complètement submergé par ses émotions. Et, c'est vrai que, mais ça, ça rentre aussi dans la temporalité, c'est-à-dire que parfois nous soignants nous voulons aller trop vite et je crois

que l'idée ce n'est pas d'aller vite, l'idée, c'est d'aller bien, mais ce n'est pas d'aller vite. Et, je crois qu'il faut surtout qu'on remette les bons objectifs, la bonne finalité du soin. La finalité du soin ce n'est pas tant de faire l'acte, c'est de le faire bien dans de meilleures conditions.

ESI : Pouvez-vous définir ce qu'est une relation soignant-soigné ?

IDE 2 : Alors la relation entre soignant-soigné, c'est une relation que vous tissez avec le patient dans le cadre du soin qui inclut le soin en lui-même et qui inclut aussi tout l'aspect social, éthique, voilà. Je pense que c'est une relation qui est un peu globale dans la prise en soin du patient.

ESI : Quelle importance donnez-vous à la relation soignant-soigné dans le soin ?

IDE 2 : Je pense qu'on ne peut pas travailler sans relation, sans cette relation patient-soignant. Ce n'est pas possible. En fait, si vous n'avez pas tissé de lien avec le patient, quand vous n'avez pas en fait ce lien de confiance qui est ici avec le patient qui est à mon avis qui est certainement le fondement même de la relation patient-soignant. Quand cette relation de confiance n'est pas tissée, vous ne pouvez rien faire. D'ailleurs, il y a parfois certains patients qui demandent différents avis, dans différents centres hospitaliers parce que clairement cette relation-là ne s'est pas tissée correctement. Le patient n'est pas en sécurité et en fait, derrière il va demander d'autres avis à d'autres personnes. En pédiatrie, moi je dis toujours que cette relation-là se fait toujours en triptyque enfant-parents-soignant et de toute façon, on ne peut travailler sans l'aide des parents puisque de toute façon, c'est la référence de l'enfant. Donc il faut vraiment arriver à travailler dans ce triptyque-là et cette relation-là, elle se tisse comme ça.

ESI : Quelles sont les postures professionnelles à adopter qui permettent une relation soignant-soigné ?

IDE 2 : Il y a beaucoup de choses qui rentrent là-dedans. Il y a beaucoup, beaucoup de choses. Déjà, il y a toute cette notion de distance, qui est très très importante parce qu'on n'entre pas dans l'univers intime d'un patient sans y être invité, donc déjà il y a tout ça. Et puis après, il y a toute la partie je dirai de la personnalité même de la personne, enfin du soignant qui prend en charge le patient. Voilà, alors après, il y a beaucoup de choses qui rentrent dans cet item-là. Cela dépend des situations. Vous voyez, il y a la situation de prise en charge classique où là on cherche plutôt quelque chose d'assez professionnelle avec un état des lieux, une action, un résultat et voilà. Et après vous avez toutes ces situations d'urgence où il faut s'adapter finalement à la situation et, où votre positionnement ne sera pas le même en fonction aussi de l'action que vous avez dans la prise en charge. Moi, j'ai travaillé très longtemps en réanimation par exemple, la posture n'était pas la même en fonction des situations. Soit, vous êtes auprès de l'enfant, vous accompagnez l'enfant. Soit, vous êtes auprès du médecin et vous accompagnez le geste, vous accompagnez la prise en charge. Soit, vous êtes auprès des parents et, vous avez un positionnement de réassurance, d'explications, de prise en charge un petit peu plus

globale. En pédiatrie, je vous dis, il y a toujours ce triptyque-là. Alors après, tout dépend du positionnement que vous avez et tout dépend où vous êtes positionné dans le soin, oui voilà.

ESI : Quel comportement doit avoir un soignant pour qu'une relation soignant-soigné se crée ?

IDE 2 : Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui rentrent dans cet item-là. Il y a déjà toute la partie de se mettre à la portée de l'enfant pour arriver finalement à comprendre ce qu'il ressent et arriver à être au plus juste possible pour pouvoir adapter la prise en charge. Il y a tout cela et puis après, il y a toute cette posture de bienveillance où en effet, et de communication où, on essaie d'adapter sa communication aussi au niveau de compréhension de l'enfant. Et cette posture-là, c'est ce que je vous disais, je pense qu'elle s'adapte aussi en fonction des situations. C'est-à-dire qu'un petit enfant, vous n'allez pas le prendre en charge comme un ado de 15-16 ans où là oui en effet vous pourrez avoir une posture voilà plus dans l'explication, et c'est peut-être ce qu'il cherche aussi. En tout cas, je crois qu'il faut aussi se mettre à la portée de la personne que l'on a en face de soi et, savoir aussi ce dont cette personne a besoin en fonction de ses émotions aussi. Vous avez des ados qui arrivent qui sont très très détendus parce qu'ils sont déjà venus, parce qu'ils savent comment cela fonctionne, voilà. Après des fois, vous avez des petits enfants qui ne sont jamais venus qui ont en effet, une grosse dimension anxieuse et qui ont besoin de cet accompagnement-là, c'est un petit peu autre.

ESI : Pouvez-vous définir ce qu'est l'hypnose dans les soins ?

IDE 2 : Alors, moi, j'avais à cœur de dire que le soin, en fait, il y a deux dimensions. Il y a la dimension pharmacologique, et il y a la dimension hypnotique. À mon avis, l'un ne va pas sans l'autre. Après cela dépend des situations bien sûr, mais en tout cas, quand on arrive à utiliser les deux, ça potentialise aussi bien le côté pharmacologique que le côté hypnotique. Parce que le côté pharmacologique, vous avez quand même une partie où en fait, quand vous soulagez une partie de la douleur, vous arrivez quand même à rentrer plus facilement en contact avec l'enfant et c'est quand même beaucoup plus facile de dissocier un enfant qui est soulagé, qu'un enfant qui n'est pas du tout soulagé. Donc de ce fait-là, je pense qu'il faut en effet arriver à travailler avec les deux, et ne pas penser que l'un peu suffire au détriment de l'autre. Je pense voilà que c'est deux choses complémentaires. C'est pour ça que très souvent, dans le cadre de l'hypnose, on utilisait du MEOPA, pour pouvoir dissocier plus facilement l'enfant et surtout retirer un petit peu finalement toute cette partie anxieuse du soin. L'hypnose agit aussi bien sur la douleur que sur les émotions. D'ailleurs, il y a beaucoup d'enfants, moi je sais que j'ai été amené à travailler aussi beaucoup avec les enfants qui étaient amputés sur les membres fantômes. Alors là, clairement, ils n'ont pas de douleur. Mais, la douleur qu'ils ont, c'est du membre qui a été amputé clairement. C'est très intéressant de travailler avec ces enfants-là, parce qu'en effet, on se rend bien compte que ce qui est très problématique, c'est toute la dimension émotionnelle en fait qui est liée au manque, enfin à la perte d'un membre. Et là, on se rend compte à quel point en fait, c'est intéressant de travailler avec eux dans le cadre de l'hypnose.

Et comment est-ce qu'on peut avancer, comment est-ce qu'on peut arriver à réintégrer finalement ce corps-là tel qu'il est actuellement voilà, dans le schéma morphologique du patient.

ESI : Quel type d'hypnose utilisez-vous le plus souvent ?

IDE 2 : Le plus souvent, c'était de l'hypnose conversationnelle. Vraiment, c'est ce qui est le plus simple en fait. Et, cela fonctionne très très bien, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Quand j'étais en rhumatologie, ne connaissant pas trop les soins, il y avait quand même beaucoup de soins très invasifs, je sais que ça m'est arrivé au début d'accompagner les médecins et instinctivement, de parler aux patients. Parce que j'ai l'habitude de faire. Je n'arrive pas à faire un soin sans parler aux patients. Et donc en fait, je lui parlais, sauf que forcément je lui parlais comme j'ai l'habitude de parler et très très vite la patiente s'est dissociée ce qui fait que quand on est sorti du soin le médecin m'a dit, "ben maintenant le problème, c'est qu'on ne sait pas si c'est l'hypnose qui va soulager le patient ou si c'est vraiment le traitement qui va soulager le patient". Tout ça pour dire qu'il y a quand même tout de même toute cette dimension-là, émotionnelle aussi, finalement quand on arrive avec l'hypnose à désamorcer cette partie-là et ben très souvent ça soulage aussi les patients.

ESI : Et donc vous dites que vous le faites aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte... Tout le monde est réceptif à l'hypnose ?

IDE 2 : Moi, je pense que tout le monde est réceptif à l'hypnose.

ESI: Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

Ben, parce que, parce que vous n'êtes pas forcément obligé, enfin, après je vous dis que, quand on est formé à l'hypnose, moi je dis souvent je pense que cela change fondamentalement la manière d'être des personnes. Je pense que ces formations-là, ça vous change profondément. Ça vous permet aussi de réfléchir finalement sur la manière que vous avez de vous adresser aux personnes. Moi, je suis cadre de santé depuis quelques années, je pense que je n'ai pas du tout la même communication aujourd'hui que je ne l'aurais eu il y a quelques années. Et, je pense que, rien que ça en fait ça change complètement la dimension du prendre soin. Voilà, donc oui, en effet, on se rend vite compte que sur des soins très très invasifs le fait de parler aux patients d'une certaine manière désamorce pas mal de situation et, réduit l'angoisse du patient. Et je vous dis quand on dit que la douleur a deux grosses focales physiologiques et émotionnelles, forcément que quand vous arrivez rien qu'avec la communication et dans votre discours à rassurer le patient forcément que vous retirez déjà une très très grosse dimension. Voilà, et de toute façon quand vous êtes très très douloureux, quand vous êtes extrêmement douloureux, de toute façon, vous prenez tout ce qui passe par là. Bien sûr que quand vous n'êtes pas douloureux vous n'allez pas forcément chercher ces informations-là, ces outils-là, mais, je pense que les patients qui en ont vraiment besoin, c'est pour ça que je vous dis, je pense que tout le monde est plus ou moins réceptif. Après, vous avez des personnes qui essaient surtout de garder toujours, de rester maître d'eux-mêmes. Je crois que quand on n'arrive pas lâcher cette partie de soi,

c'est là en fait qu'on est surtout confronté à des problématiques, et au final quand on n'a pas ces barrières-là, ben, c'est très très simple. J'utilisais principalement l'hypnose conversationnelle. Mais, il en existe d'autres. Il y a l'hypnoanalgésie dans le cadre de l'anesthésie qui est fait avec des trances qui sont beaucoup plus profondes. Sur des actes qui sont très précis, après vous avez toutes les hypnoses qui rentrent dans les analgésies d'une partie d'un membre. Oui, il y a beaucoup, beaucoup de choses qui peuvent être faites. L'hypnose a différents courants. Il y a l'hypnose Ericksonienne. Un des psychiatres qui a développé l'hypnose, c'est Erickson. Et lui en fait, il s'était fondé justement sur toute cette hypnose, sur toute cette partie de l'hypnose qui était plutôt conversationnelle. Après, il y en a eu plein d'autres mouvements. À la base, c'était surtout pour traiter l'hystérie qu'ils utilisaient l'hypnose. Après, comme je dis, il y a différents mouvements. D'ailleurs chez Émergences, il forme plutôt à l'hypnose Ericksonienne.

ESI : Avez-vous constaté un impact dans l'utilisation de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux ?

IDE 2 : Impact, c'est-à-dire ?

ESI: Je vais vous reformuler ma question. Quels sont les effets que vous avez pu constater pendant la pratique de l'hypnose ou lors de l'utilisation de méthodes thérapeutiques ?

IDE 2: Ben, alors il y a déjà toute une partie en effet dans le cadre du soin invasif avec une diminution majeure de la douleur. Mais après, il y a aussi toute une prise en charge qui se fait aussi dans le cadre justement de tous ces syndromes un peu anxieux, dépressifs des enfants et, qui permettent vraiment de désamorcer certaines situations et de permettre aussi à l'enfant finalement de repartir beaucoup plus serein et un petit peu libéré finalement de ses problématiques un petit peu plus profondes qu'il avait pu rencontrer.

ESI : Pouvez-vous me décrire le type d'impact dans la relation soignant-soigné ?

IDE 2 : Je pense que ça tisse des liens assez particuliers avec la personne. D'ailleurs ça, c'est rigolo parce que je sais qu'aux urgences on avait un onglet sur le logiciel qu'on utilisait où on notait en effet la prise en charge de l'enfant dans le cadre de l'hypnose et qu'est-ce qu'on avait développé en fait avec l'enfant, sur quel sujet finalement on avait travaillé. Et ce qui était assez rigolo, c'est que des enfants revenaient après pour d'autre chose et quand ils arrivaient, très souvent, ils se souvenaient de la personne qui les avait pris en charge, de ce qui avait été raconté pendant et il y en avait même certains qui nous demandaient de raconter la suite. D'où l'intérêt d'écrire ce qui avait été fait, la traçabilité. En fait je pense qu'il y a tout cela qui se tisse avec la personne. Une de mes collègues pourra vous en parler plus facilement parce qu'elle s'occupe des douleurs chroniques et entres autre avec des enfants qui reviennent très très régulièrement, et en fait, il y a aussi ce suivi-là. Et en fait, il y a finalement tout ce lien-là qui est tissé avec les enfants. C'était moins le cas avec nous aux urgences, puisque nous, ce qu'on voyait surtout, c'était de la douleur très aiguë ou de la douleur invasive, mais rapide avec des

enfants qui ne revenaient pas tous systématiquement. Maintenant, je vous dis dans les maladies chroniques, que ce soit les Crohn, que ce soit les diabètes, que ce soit les asthmatiques, que ce soit les drépanocytaires. Et en effet, ces enfants-là, pour eux, c'était clair que la prise en charge ne se faisait pas sans hypnose. Ils étaient vraiment, ils étaient là-dedans. Les gymnastes aussi, les enfants qui faisaient beaucoup de gym et qui venaient avec des luxations, eux c'était pareil. Alors eux, très très souvent, on ne faisait que de l'hypnose, que de l'hypnose pour les réductions de luxation. Je me souviens entre autre d'une grande fille de 14 ans ou 15 ans qui était venue pour une luxation de l'épaule, qu'on a réduit en deux trois mouvements avec de l'hypnose.

On parle beaucoup d'hypnose, j'ai vu également l'autohypnose est ce que...

L'autohypnose, on n'en faisait pas du tout. Parce que l'autohypnose, c'est pour des actes répétitifs. Par exemple des enfants qui ont besoin de sonde naso-gastrique. D'ailleurs, il y a une infirmière qui a développé toute une séance d'hypnose en hémato, qui a créé toute une procédure, un protocole avec de l'hypnose et de l'autohypnose pour la pose des sondes naso-gastriques. D'ailleurs, son travail a été primé plusieurs fois, c'est assez intéressant.

ESI : Quelle place donnez-vous à l'hypnose ou aux autres méthodes thérapeutiques dans les soins ?

IDE 2 : C'est ce que je vous disais. [Moi, je pense que c'est des pratiques qui sont complémentaires les unes des autres.](#) Voilà, alors après, vous pouvez en effet faire de l'hypnose seule ou faire de la morphine ou du MEOPA seul, mais on sait très bien qu'au final que la morphine et le MEOPA sont des produits qui dissocient et bien sûr, quand vous êtes dissocié et, quand derrière, il n'y a pas d'accompagnement et bien, ça majore encore l'anxiété. Il y a plein d'enfants qui ne veulent pas de MEOPA quand ils arrivent aux urgences parce que, ils ont peur en fait de l'effet secondaire du MEOPA qui dissocie énormément C'est vrai que dans le cadre de l'hypnose, pour nous, c'est très intéressant. [Ça nous permet de gagner un petit peu de temps, je dirais sur de l'hypnose conversationnelle et dissocier plus rapidement les enfants et de rentrer complètement dans le vif du sujet.](#) Aux urgences pédiatriques, [on avait aussi mis en place un projet avec des dalles lumineuses au plafond et des jeux qu'il y avait au plafond](#) et ça permettait à l'enfant soit en effet quand ils étaient assez grands, de faire les jeux qui étaient au plafond. Et pour des plus petits en fait, d'inventer des histoires avec les dalles qui étaient au plafond. Donc voilà, il y a tout ce qui rentre dans le jeu. Oui, toujours dans cette manière de dissocier l'enfant du soin. [Après il y a les casques 3D de réalité virtuelle](#) qui marchent aussi très très bien, qui fonctionnent très bien. On utilise aussi beaucoup sur les adultes entre autres en hémato. Après, il y avait en cardio, ils utilisent beaucoup le [toucher, le toucher-massage](#) pour des patients qui ont derrière soit des poses de pacemakers ou des choses comme ça. Voilà qu'est-ce qui a d'autres qui est fait au CHU... Je réfléchis... de [l'aromathérapie](#) qui est beaucoup développée aussi par une aide-soignante d'hémato aussi, qui a un DU en aromathérapie et

qui forme des équipes. Il y a des personnes qui se forment aussi à la musicothérapie pour accompagner aussi des patients. Après, il y a différentes choses de mises en place.

ESI : Pouvez-vous me décrire l'impact de l'hypnose et des autres méthodes thérapeutiques sur la douleur de l'enfant ?

IDE 2 : C'est ce que je vous dis depuis le départ. Je crois que l'un ne va pas sans l'autre que tout est complémentaire et l'impact sur l'enfant ça permet d'appréhender le soin différemment et ça permet surtout de ne pas ancrer le soin dans la mémoire de l'enfant. Et de garder finalement ce souvenir de plutôt quelque chose d'agréable et non pas de garder la mémoire de la douleur. L'idée, c'est vraiment ça. C'est vraiment de faire partir l'enfant avec ce souvenir plutôt confortable de soin plutôt qu'une prise en charge extrêmement douloureuse avec en effet dans le cas où l'enfant devrait revenir qui majorerait encore l'angoisse et encore la problématique de prise en soin.

ESI : Je vous remercie pour ce temps consacré et les réponses apportées. Auriez-vous quelques choses à ajouter à ce que vous avez dit ?

IDE 2 : Non je pense que c'est assez complet.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

La douleur induite par les soins

Thèmes	Objectifs / Sous-thèmes	Verbatims IDE 1	Verbatims IDE 2	Concepts
<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Définir la douleur induite par les soins invasifs</p> <p>Déterminer les caractéristiques de la douleur induite</p> <p>Citer des exemples de soins invasifs</p> <p>Indiquer la provenance de la douleur</p>	<p>Douleur prévisible qu'on peut prévenir</p> <p>expérience sensorielle et émotionnelle désagréable...</p> <p>c'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable qui est prévisible donc qui est susceptible d'être prévenue en fait...</p> <p>Et qui doit être prévenue d'ailleurs.</p> <p>c'est une expérience sensorielle et émotionnelle. la douleur, c'est une expérience sensorielle et émotionnelle</p> <p>la douleur, c'est une expérience personnelle</p> <p>la mémoire est liée aux</p>	<p>Il y a une dimension kinesthésique et il y a toute une dimension aussi émotionnelle. Et en fait, c'est vraiment les deux parties de la douleur et l'une ne va pas sans l'autre.</p> <p>le côté émotionnel qui finalement peut créer autant de douleur que l'acte en lui-même.</p> <p>la douleur, elle est multifactorielle et entre autres, il y a tout ce versant physiologique, mais il y a aussi tout le versant émotionnel</p> <p>C'est tous les soins qui sont faits à l'enfant pouvant provoquer de la douleur</p> <p>les prises de sang, les sutures et après ça va</p>	<p>Acte de soins</p> <p>Analyse</p> <p>Culture</p> <p>Douleur</p> <p>Émotions</p> <p>Savoir infirmier</p>

<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Définir la douleur induite par les soins invasifs</p> <p>Déterminer les caractéristiques de la douleur induite</p> <p>Citer des exemples de soins invasifs</p> <p>Indiquer la provenance de la douleur</p>	<p>émotions. Et, qu'on va particulièrement encoder dans notre mémoire toutes les sensations douloureuses qui auront été en lien avec des émotions.</p> <p>si on a eu un geste douloureux, on va avoir eu un encodage au niveau de la mémoire</p> <p>les gestes suivants, lorsqu'ils vont induire de la nociception, ce message nociceptif va être filtré par la mémoire et dans le sens d'un filtrage augmenté et pas d'une inhibition</p>	<p>crescendo les réimplantations d'ongles, les PL, la pose de plâtre</p> <p>ça provient à 90% de la mémoire</p> <p>L'acte provoque de la douleur, mais une grosse partie vient de la mémoire, de la mémorisation de cette douleur-là antérieure</p> <p>et aussi de la valeur de la parole qui est donnée à l'enfant</p> <p>la mémoire même de l'enfant sur les douleurs induites, mais il y a aussi au final tout ce que le parent ou tout ce que toutes personnes qui gravitent autour de l'enfant ont pu dire à l'enfant</p> <p>Il faut savoir que beaucoup beaucoup de médecins ne prescrivent pas de patchs EMLA et donc piquent les enfants sans anesthésie avec finalement toute cette mémoire aussi de la douleur qui est véhiculée.</p>	
---	---	---	---	--

<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Identifier les intérêts de l'anticipation dans le soin.</p> <p>Mettre en évidence les éléments et les actions permettant à l'infirmier de prévenir et anticiper la douleur</p> <p>Mettre en évidence les résultats attendus après la mise en œuvre des actions infirmières</p>	<p>Que l'encodage du soin soit le plus agréable possible pour pouvoir prévenir les soins futurs.</p> <p>un des axes, c'est les antécédents personnels</p> <p>si l'enfant a lui-même eu un vécu que ce soit à l'hôpital, par des soins douloureux, mais ça peut être aussi un vécu par des expériences de douleur dans la vie de l'enfant (des chutes, les blessures)</p> <p>comment est-ce qu'il réagit quand il a un bobo pouvoir anticiper ce qui va pouvoir l'aider, quelles sont ses stratégies d'adaptation habituelles</p> <p>connaissance de l'enfant, connaissance de ses parents aussi</p> <p>c'est important d'avoir une connaissance aussi des parents.</p> <p>Et puis, connaissances aussi, on va dire, techniques et scientifiques du niveau de</p>	<p>il y a d'abord tout l'arsenal pharmacologique c'est-à-dire le patch EMLA, le Doliprane, enfin les paliers 1, les paliers 2, les paliers 3.</p> <p>il y a toute la composante émotionnelle par le cadre de la communication. C'est-à-dire, expliquer à l'enfant avec des mots simples, avec des mots rassurants</p> <p>plutôt basé sur le confort de l'enfant, enfin axé sur les objets transitionnels</p> <p>inclure les parents dans le soin</p> <p>l'entonox</p> <p>vous posez en premier lieu de la xylocaïne gel pour anesthésiant local.</p> <p>il y a en effet dans la salle d'attente toute la préparation en effet, on propose à l'enfant le petit cahier de coloriage pour commencer à colorier ou, on lui propose un objet</p>	<p>Accompagnement</p> <p>Auto-hypnose</p> <p>Bien-être et confort</p> <p>Communication verbale</p> <p>Démarche infirmière</p> <p>Évaluation de la douleur</p> <p>Hypnose</p> <p>Objet transitionnel</p> <p>Personne-ressource</p> <p>Prévention</p> <p>Protocoles de soin</p> <p>Recueil de données</p> <p>Rôle prescrit</p> <p>Rôle propre</p> <p>Savoir infirmier</p> <p>Savoir-faire</p> <p>Se sentir en sécurité</p>
---	--	--	---	---

<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Identifier les intérêts de l'anticipation dans le soin.</p> <p>Mettre en évidence les éléments et les actions permettant à l'infirmier de prévenir et anticiper la douleur</p> <p>Mettre en évidence les résultats attendus après la mise en œuvre des actions infirmières</p>	<p>douleur habituel pour ce type de soin-là</p> <p>Et en fonction des soins, on a des algorithmes décisionnels de prévention de la douleur avec des standards</p> <p>Donc c'est d'avoir connaissance solide des algorithmes en fonction du type de soin qu'on va faire.</p> <p>connaissances de l'enfant, connaissances des parents et connaissances des soins</p> <p>tout ça normalement, c'est tracé...</p> <p>on peut aller questionner l'enfant, les parents eux-mêmes, mais on a quand même normalement une traçabilité si l'enfant est connu bien sûr de l'hôpital.</p> <p>dans les outils, c'est les connaissances des algorithmes donc c'est les protocoles de soin de l'hôpital</p>	<p> finalement qui le suivra tout au long finalement de la prise en charge de l'enfant.</p> <p>ça peut être un bâton de pluie, ça peut être une petite boîte à musique, ça peut être le livre finalement avec lequel il arrive et dont on se servira ensuite pour accompagner l'enfant.</p> <p>on se sert de tous ces objets-là et de tout ce qui a été fait auparavant pour continuer à accompagner l'enfant.</p> <p>C'est vrai que très souvent quand vous demandez à l'enfant, est-ce que tu pourrais me dire combien tu as mal "pas du tout mal - très très mal", il a un peu du mal à dire.</p>	<p>Traçabilité</p> <p>Transmissions écrites</p>
---	--	--	--	---

<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Identifier les intérêts de l'anticipation dans le soin.</p> <p>Mettre en évidence les éléments, les actions permettant à l'infirmier de prévenir et anticiper la douleur</p> <p>Mettre en évidence les résultats attendus après la mise en œuvre des actions infirmières</p>	<p>on a une quarantaine de protocoles</p> <p>les standards c'est EMLA, Nubain, MEOPA. Et, si ce n'est pas suffisant, on peut ajouter l'Atarax et même MEOPA en terme médicamenteux si cela est pas suffisant, on peut ajouter de l'Atarax et si après ce n'est pas suffisant, on peut rajouter de la Kétamine.</p> <p>avant de rajouter toute cette escalade médicamenteuse, la base c'est d'intégrer dès le début la distraction lors des soins.</p> <p>intégrer aussi l'hypnoalgésie</p> <p>toujours avoir des stratégies multimodales d'emblée</p> <p>De ne pas être que médicamenteux, mais d'emblée d'être à la fois médicamenteux et non médicamenteux.</p> <p>on peut mettre que de la</p>		
---	--	--	--	--

<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Identifier les intérêts de l'anticipation dans le soin.</p> <p>Mettre en évidence les éléments et les actions permettant à l'infirmier de prévenir et anticiper la douleur</p> <p>Mettre en évidence les résultats attendus après la mise en œuvre des actions infirmières</p>	<p>distraction en place par exemple ou que l'hypnoalgésie.</p> <p>on va intégrer la distraction, soit l'hypnoalgésie</p> <p>l'autohypnose</p> <p>c'est important d'intégrer les techniques non médicamenteuses dès le premier soin avec les médicaments si c'est des soins qui nécessitent des médicaments.</p> <p>on va être soit que non médicamenteux au départ et puis on ajoute un médicament s'il y a besoin.</p> <p>Voilà, globalement faire le soin dans les bras des parents enfin utiliser les parents comme lieu de sécurité, c'est vraiment important quand eux, ils s'en sentent aussi capables.</p>		
	<p>Nommer la composition, le rôle et le fonctionnement du CLUD</p>	<p>Après, on est justement en train de travailler sur une traçabilité aussi</p>	<p>soignants qui se réunissent quatre fois par an</p>	<p>Évaluation</p> <p>Expériences</p>

<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Nommer la composition du CLUD le rôle du CLUD le fonctionnement du CLUD</p>	<p>inter-hôpital parce qu'effectivement, le problème, c'est que si, il n'est pas connu de l'hôpital, mais qu'il est soigné habituellement ailleurs, il faut qu'il y ait une traçabilité inter-hôpitaux</p> <p>recenser les besoins dans les services.</p> <p>définir les priorités et les axes de travail avec notamment les référents douleur.</p> <p>enquête pour savoir quels étaient les besoins, enfin, ce qu'il y avait d'existant dans les services en termes de distraction lors des soins, quels étaient les besoins en termes de matériels et puis en termes de formations.</p> <p>montrer qu'il manquait qu'il manquait du matériel dans les services et qu'elles avaient besoin de formations.</p> <p>on a acheté du matériel grâce à l'Institut de la mère et de l'enfant donc on a</p>	<p>discutent en fait de problématiques particulières qui ont lieu dans leur unité de soins et qui établissent en fait des protocoles de prise en charge de la douleur et qui remettent à jour ces protocoles-là extrêmement régulièrement</p> <p>se font les porte-paroles dans les unités de soins</p> <p>l'idée étant de pouvoir donner toutes ces informations-là aux équipes soignantes qui eux ne font pas forcément partie du CLUD.</p> <p>Très souvent c'est des référents douleur qui font partie de ces équipes-là.</p> <p>ouvert à pas mal de personnes voilà qui voulaient s'investir dans la prise en charge de l'enfant et de la douleur</p> <p>réunions où on partageait de ses expériences.</p>	<p>professionnelles</p> <p>Facteurs environnementaux</p> <p>Formation</p> <p>Hypnose</p> <p>Interaction</p> <p>Information</p> <p>Personne-ressource</p> <p>Protocole de soin</p> <p>Rôle propre</p> <p>Savoir faire</p> <p>Traçabilité</p> <p>Technique de soin</p>
---	---	---	--	--

<p>La douleur induite par les soins invasifs</p>	<p>Nommer la composition du CLUD le rôle du CLUD le fonctionnement du CLUD</p>	<p>acheté du matériel de distraction.</p> <p>on a mis en place des ateliers dans les services pour familiariser les soignants à la distraction lors des soins.</p> <p>on a mis en place un protocole sur l'utilisation de l'hypnose pour que les gens formés puissent l'utiliser dans leur cadre de compétences, dans leurs champs de compétences qui est dans chaque décret professionnel</p> <p>mettre en place des formations "communication thérapeutique"</p>	<p>protocole qu'on avait fait sur des ponctions lombaires. Sur comment on prenait en charge la ponction lombaire avec justement avec toute la prise en charge en amont et puis durant le soin.</p> <p>grosse procédure qui avait été faite sur les intrathécales sur comment est-ce qu'on fait pour que, le soin se passe au mieux avant-après</p> <p>on avait beaucoup travaillé sur des réglottes...</p> <p>il y a des réglottes EVA qui existent avec "pas mal du tout- très très mal" et nous, on avait proposé de créer une réglotte "pas peur - très très peur" en lien avec les émotions.</p>	
---	---	--	---	--

Les émotions dans les soins invasifs et douloureux

Thèmes	Objectifs / Sous-thèmes	Verbatims IDE 1	Verbatims IDE 2	Concepts
<p>Les émotions dans les soins invasifs et douloureux</p>	<p>Définir l'émotion</p> <p>Citer les émotions primaires</p> <p>Expliquer les raisons pour lesquelles les émotions apparaissent</p> <p>Indiquer le rôle des émotions</p> <p>Déterminer les caractéristiques des émotions</p> <p>Déterminer le rôle IDE</p>	<p>une émotion é c'est l'extérieur, motion c'est mouvement</p> <p>mouvement vers l'extérieur de ce que l'on ressent à l'intérieur.</p> <p>Ça sert à communiquer à l'autre ce qu'il se passe à l'intérieur de nous.</p> <p>à nous donner aussi un signal d'alerte pour réagir face à des situations externes.</p> <p>notre rôle infirmier c'est d'accompagner les enfants dans cette expérience à la fois sensorielle et émotionnelle</p> <p>les aider à faire face à la fois aux sensations et aux émotions</p> <p>en identifiant quelles stratégies ils utilisent</p>	<p>une émotion, c'est un ressenti qui peut passer par différentes phases que ce soit la joie, la tristesse, le dégoût, la peur</p> <p>je crois qu'il y en a 5 ou 6 il y a tout le versant émotionnel qui rentre surtout dans la peur, dans la tristesse alors surtout il y a une grosse dimension de peur</p>	<p>Accompagnement</p> <p>Adaptation</p> <p>Analyse</p> <p>Colère</p> <p>Communication</p> <p>Émotions</p> <p>Information</p> <p>Peur</p> <p>Relation d'aide</p>

<p style="text-align: center;">Les émotions dans les soins invasifs et douloureux</p>	<p style="text-align: center;">Définir les émotions</p> <p style="text-align: center;">Citer les émotions primaires</p> <p style="text-align: center;">Expliquer les raisons pour lesquelles les émotions apparaissent</p> <p style="text-align: center;">Indiquer le rôle des émotions</p> <p style="text-align: center;">Déterminer les caractéristiques des émotions</p> <p style="text-align: center;">Déterminer le rôle IDE</p>	<p>identifier les stratégies qu'ils connaissent déjà.</p> <p>On a un rôle éducatif pour leur apprendre d'autres façons de faire face</p> <p>il y a les émotions de base, alors en fonction des auteurs, il y en a qui disent qu'il y a quatre émotions de base, d'autres six colère, peur, tristesse, dégoût, joie et il m'en manque un</p> <p>puis après, de ces émotions-là, il y a d'autres émotions qui découlent</p> <p>on a des outils pour les aider à identifier un peu</p> <p>il y a des émotions qui sont mêlées</p> <p>je ne parle jamais d'émotions négatives ou positives mais plutôt d'émotions agréables ou désagréables. Ça veut juste dire, envoyer un message donc ce n'est jamais négatif.</p>		
--	---	---	--	--

<p align="center">Les émotions dans les soins invasifs et douloureux</p>		<p align="center">l'émotion, elle vient dire ce qu'il se passe</p>		
	<p align="center">Formuler les types d'émotion au cours d'un soin invasif et douloureux</p> <p align="center">Indiquer et expliquer l'émotion principale au cours d'un soin invasif</p> <p align="center">Décrire les causes des émotions</p>	<p align="center">il y a la peur</p> <p align="center">la peur est souvent présente</p> <p align="center">il peut y avoir la colère aussi</p> <p align="center">Des fois, ils peuvent vraiment être en colère surtout quand ça semble injuste ce qui leur arrive</p> <p align="center">La colère, elle est souvent en lien avec l'injustice</p> <p align="center">quand ils accumulent les expériences, certains peuvent être triste. Enfin ce n'est pas dans les émotions prioritaires</p> <p align="center">C'est surtout la peur et la colère qui sont en premier plan.</p>	<p align="center">La peur</p> <p align="center">Un enfant qui arrive dans le milieu hospitalier, c'est quand même un milieu qui n'est pas très avenant. C'est un milieu qu'ils ne connaissent pas.</p> <p align="center">Quand vous arrivez dans un endroit que vous ne connaissez pas parce que vous êtes tombé, parce que vous avez une plaie, vous vous doutez bien que derrière ça ne va pas forcément être très drôle pour vous</p>	<p align="center">Peur</p> <p align="center">Colère</p> <p align="center">Émotions</p> <p align="center">Peur</p> <p align="center">Facteurs environnementaux</p>
	<p align="center">Citer et expliquer les inconvénients et les</p>	<p align="center">Il n'y a pas d'inconvénient parce que l'émotion vient dire ce qu'il se passe</p> <p align="center">Je trouve que c'est toujours intéressant un enfant qui se met en colère. Ça vient dire qu'est-ce qu'il se passe à</p>	<p align="center">le gros avantage, c'est que ça nous permet aussi de mettre des limites finalement à nos soins. Ça nous permet aussi de repenser le soin un peu différemment dans la temporalité en nous adaptant aussi finalement au rythme</p>	<p align="center">Accueil des émotions</p> <p align="center">Adaptabilité</p> <p align="center">Adaptation</p> <p align="center">Communication non verbale</p>

	<p>avantages des émotions dans le soin</p> <p>Justifier les inconvénients et les avantages des émotions</p> <p>Déterminer le positionnement de l'IDE face aux émotions</p>	<p>l'intérieur de lui.</p> <p>Pour moi, il n'y a pas d'inconvénient, il n'y a pas non plus d'avantage enfin je veux dire que c'est comme ça.</p> <p>Elle est là, elle arrive, c'est un moyen de communiquer ce qu'il se passe à l'intérieur de l'enfant.</p> <p>c'est ni un avantage ni un inconvénient.</p> <p>C'est juste au cœur de la relation et, ça vient nous envoyer des signaux hyper intéressants de ce qui se passe à l'intérieur de l'enfant.</p> <p>si on veut vraiment être avec lui à ce moment-là et bien le soignant est là pour accueillir ces signaux-là et travailler avec eux en fait.</p>	<p>de l'enfant et à l'émotion de l'enfant.</p> <p>l'avantage de l'émotion dans le soin ça nous permet aussi finalement de savoir et de pouvoir mieux jauger la temporalité du soin.</p> <p>le gros inconvénient de l'émotion, c'est l'enfant qui est complètement submergé par ses émotions</p>	<p>Continuité des soins</p> <p>Émotions</p> <p>Relation soignant-soigné</p> <p>Savoir-être</p>
--	--	--	---	--

La Relation soignant soigné

Thèmes	Objectifs / Sous-thèmes	Verbatims IDE 1	Verbatims IDE 2	Concepts
<p style="text-align: center;">La relation soignant-soigné</p>	<p>Définir le concept relation soignant-soigné en pédiatrie</p> <p>Indiquer les personnes impliquées dans la relation soignant-soigné</p> <p>Indiquer les objectifs d'une relation soignant-soigné</p> <p>Faire ressortir l'importance et l'intérêt de la relation soignant-soigné pour les soignants</p>	<p>c'est un lien entre deux personnes qui va se construire à la fois avec un langage verbal et un langage corporel avec un objectif de soin qui va être un objectif partagé donc coconstruit avec l'enfant et du coup avec ses parents.</p> <p>quand on travaille avec les enfants, on travaille avec les parents</p> <p>C'est d'avancer ensemble vers cet objectif-là</p> <p>c'est au cœur du soin, c'est central</p> <p>combien de fois les parents disent "j'ai mal pour lui" donc si on ne prend pas en compte dans notre relation, on passe complètement à côté du cœur de la relation effectivement entre l'enfant</p>	<p>c'est une relation que vous tissez avec le patient dans le cadre du soin qui inclut le soin en lui-même qui inclut aussi tout l'aspect social, éthique, voilà.</p> <p>C'est une relation qui est un peu globale dans la prise en soin du patient.</p> <p>En pédiatrie, moi je dis toujours que cette relation-là se fait en triptyque enfant-parents -soignant</p> <p>on ne peut pas travailler sans relation, sans cette relation soignant-soigné.</p> <p>Quand cette relation de confiance n'est pas tissée, vous ne pouvez rien faire.</p> <p>on ne peut travailler sans l'aide des parents puisque de toute façon, c'est la</p>	<p style="text-align: center;">Acceptation</p> <p style="text-align: center;">Accompagnement</p> <p style="text-align: center;">Adaptation</p> <p style="text-align: center;">Coopération</p> <p style="text-align: center;">Communication</p> <p style="text-align: center;">Démarche collaborative</p> <p style="text-align: center;">Écoute active</p> <p style="text-align: center;">Personne-ressource</p> <p style="text-align: center;">Relation d'aide</p> <p style="text-align: center;">Relation de confiance</p> <p style="text-align: center;">Relation soignant-soigné</p> <p style="text-align: center;">Soulagement</p>

La relation soignant-soigné	<p>Définir le concept relation soignant-soigné en pédiatrie</p> <p>Indiquer les personnes impliquées dans la relation soignant-soigné</p> <p>Indiquer les objectifs d'une relation soignant-soigné</p> <p>Faire ressortir l'importance de la relation soignant-soigné pour les soignants</p>	<p>et ses parents. il faut vraiment s'occuper des deux, je pense si on veut arriver à l'apaisement le plus possible</p> <p>C'est vraiment important de tenir compte aussi des expériences douloureuses des parents, de comment ils vivent la situation aussi, comment ils sont touchés</p> <p>aussi par ce que l'enfant vit</p> <p>Si on ne s'occupe pas des parents, on passe vraiment à côté de solutions importantes pour l'enfant et alors chez le tout petit, le parent, c'est la base de sécurité.</p>	<p>référence de l'enfant.</p> <p>il faut vraiment arriver à travailler dans ce triptyque-là et cette relation-là, elle se tisse comme ça</p>	
	<p>Définir ce qu'est une posture professionnelle</p> <p>Distinguer les postures professionnelles positives permettant une relation soignant-soigné</p> <p>Citer les objectifs de la posture professionnelle</p> <p>Indiquer le rôle IDE</p>	<p>Le non-jugement</p> <p>ne pas juger de ce que vit l'autre.</p> <p>c'est important de vraiment être avec l'enfant, être avec les parents sans jugement de ce qu'il se passe pour lui.</p> <p>identifier les outils qui vont aider à ce moment-là</p>	<p>il y a toute cette notion de distance qui est très très importante parce qu'on n'entre pas dans l'univers intime d'un patient sans y être invité</p> <p>vous avez toutes ces situations d'urgence où il faut s'adapter finalement à la situation et où votre positionnement ne sera pas le</p>	<p>Acceptation</p> <p>Accompagnement</p> <p>Adaptation</p> <p>Adhésion</p> <p>Bien-être et confort</p> <p>Bienveillance</p>

<p>La relation soignant-soigné</p>	<p>Indiquer les éléments propices à la relation soignant-soigné</p> <p>Définir ce qu'est une posture professionnelle</p> <p>Distinguer les postures professionnelles positives permettant une relation soignant soigné</p> <p>Citer les objectifs d'une posture professionnelle</p> <p>Indiquer le rôle IDE</p> <p>Indiquer les éléments propices à la relation soignant-soigné</p>	<p>d'être ouvert à plein de stratégies différentes et de savoir s'adapter à chaque fois</p> <p>de faire au mieux pour que ça se passe au mieux.</p> <p>Et la relation, c'est toujours une relation où on va toujours s'ajuster, s'adapter</p> <p>Le soignant doit avoir une posture d'accueil, accueille ce qui est en train de se vivre.</p> <p>on va vraiment être avec l'enfant sans le juger, en validant ce qu'il se passe pour lui pour l'accompagner vers plus de confort et de sérénité</p> <p>je pense que, quand on est déjà dans le non-jugement, et qu'on accueille ce qui se passe, c'est énorme en fait pour l'enfant de le valider</p> <p>montrer qu'on est avec lui et qu'on va être dans un rapport collaboratif,</p>	<p>même en fonction aussi de l'action que vous avez dans la prise en charge. la posture n'était pas la même en fonction des situations.</p> <p>Soit, vous êtes auprès de l'enfant, vous accompagnez l'enfant, soit vous êtes auprès du médecin et vous accompagnez le geste, vous accompagnez la prise en charge, soit vous êtes auprès des parents et vous avez un positionnement de réassurance, d'explications, de prise en charge un peu plus globale.</p> <p>tout dépend du positionnement que vous avez et tout dépend où vous êtes positionné dans le soin</p> <p>il y a déjà toute la partie de se mettre à la portée de l'enfant pour arriver finalement à comprendre ce qu'il ressent et arriver à être au plus juste possible pour pouvoir adapter la prise en charge.</p>	<p>Communication</p> <p>Démarche collaborative</p> <p>Démarche infirmière</p> <p>Écoute active</p> <p>Juste distance</p> <p>Non-jugement</p> <p>Posture professionnelle</p> <p>Réajustement</p> <p>Relation d'aide</p> <p>Relation soignant-soigné</p> <p>Savoir-être</p> <p>Savoir-faire</p> <p>Soulagement</p>
---	---	---	---	---

<p>La relation soignant-soigné</p>	<p>Définir ce qu'est une posture professionnelle</p> <p>Distinguer les postures professionnelles positives permettant une relation soignant soigné</p> <p>Citer les objectifs d'une posture professionnelle</p> <p>Indiquer le rôle IDE</p> <p>Indiquer les éléments propices à la relation soignant-soigné</p>	<p>c'est-à-dire qu'on va faire équipe quoi pour avancer.</p> <p>Nous on est là pour l'aider</p> <p>on est là, voilà pour servir de tremplin pour impulser les choses</p> <p>C'est plus que de la bienveillance</p> <p>Je pense que c'est plus que de la bienveillance</p> <p>C'est vraiment cette posture collaborative où, on va bosser ensemble</p> <p>C'est vraiment une posture collaborative</p> <p>je pense que c'est hyper important notre rôle éducatif</p>	<p>et puis après il y a toute cette posture de bienveillance ou en effet et de communication où on essaie d'adapter sa communication aussi au niveau de compréhension de l'enfant.</p> <p>Et cette posture-là, c'est ce que je vous disais, je pense qu'elle s'adapte aussi en fonction des situations.</p> <p>vous pourrez avoir une posture voilà plus dans l'explication</p> <p>je crois qu'il faut aussi se mettre à la portée de la personne que l'on a en face de soi et, savoir aussi ce dont cette personne a besoin en fonction de ses émotions aussi.</p>	
---	--	--	--	--

L'hypnose thérapeutique

Thèmes	Objectifs / Sous-thèmes	Verbatims IDE 1	Verbatims IDE 2	Concepts
<p style="text-align: center;">L'hypnose thérapeutique</p>	<p style="text-align: center;">Définir l'hypnose dans les soins</p> <p style="text-align: center;">Expliquer l'objectif de l'hypnose au cours d'un soin invasif et douloureux</p> <p style="text-align: center;">Aborder les différentes formes d'hypnose</p> <p style="text-align: center;">Citer la forme la plus utilisée en pédiatrie</p> <p style="text-align: center;">Expliquer le principe des différentes formes d'hypnose</p> <p style="text-align: center;">Expliquer le fonctionnement de l'hypnose</p>	<p style="text-align: center;">la définition de l'hypnose, elle est compliquée parce qu'elle n'est pas consensuelle</p> <p style="text-align: center;">l'hypnose est à la fois un état, un état de conscience modifié, un état de focalisation intense qui est naturel qu'on vit tous, plusieurs fois par jour.</p> <p style="text-align: center;">C'est à la fois un état, c'est à la fois un processus aussi.</p> <p style="text-align: center;">c'est aussi des outils au service de la relation</p> <p style="text-align: center;">état de conscience modifié, qu'on peut rejoindre par l'aide d'une relation utilisant des suggestions pour aider le patient à rejoindre cet état-là.</p> <p style="text-align: center;">dans un objectif de soin toujours.</p>	<p style="text-align: center;">c'est quand même beaucoup plus facile de dissocier un enfant qui est soulagé</p> <p style="text-align: center;">L'hypnose agit aussi bien sur la douleur que sur les émotions.</p> <p style="text-align: center;">je lui parlais, sauf que forcément je lui parlais comme j'ai l'habitude de parler et très très vite la patiente s'est dissociée</p> <p style="text-align: center;">Le plus souvent, c'était de l'hypnose conversationnelle.</p> <p style="text-align: center;">c'est ce qui est le plus simple</p> <p style="text-align: center;">Et cela fonctionne très très bien aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. J'utilisais principalement l'hypnose</p>	<p style="text-align: center;">Autohypnose</p> <p style="text-align: center;">Hypnose</p> <p style="text-align: center;">Relation soignant-soigné</p> <p style="text-align: center;">Accompagnement</p> <p style="text-align: center;">Savoir-faire</p> <p style="text-align: center;">Communication</p> <p style="text-align: center;">Soulagement</p>

<p>L'hypnose thérapeutique</p>	<p>Définir l'hypnose dans les soins</p> <p>Expliquer l'objectif de l'hypnose au cours d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Aborder les différentes formes d'hypnose</p> <p>Citer la forme la plus utilisée en pédiatrie</p> <p>Expliquer le principe des différentes formes d'hypnose</p> <p>Déterminer la forme d'hypnose la plus utilisée au cours d'un soin invasif et douloureux</p>	<p>Pour l'hypnose, il y a toujours cet objectif de soin partagé, c'est important. C'était un état de conscience qui induit une absorption de l'attention, donc quand je parlais de focalisation c'est ça, une diminution de la conscience caractérisée par une plus grande capacité à répondre aux suggestions...</p> <p>c'est compliqué comme il n'y a pas de consensus sur la définition...</p> <p>tant qu'il n'y a pas de définition consensuelle et bien ça amène de la confusion</p> <p>Et je trouve que rappeler que c'est un état, un processus et une relation je trouve que ça définit assez bien en tous les cas l'hypnose qu'on utilise en tant que soignant</p> <p>Je suis formée à l'hypnose Ericksonienne. on utilise l'hypnose dans nos champs de</p>	<p>conversationnelle. Mais il en existe d'autres.</p> <p>Il y a l'hypnoanalgésie dans le cadre de l'anesthésie qui est fait avec des trances qui sont beaucoup plus profondes.</p> <p>Sur des actes qui sont très précis, après vous avez toutes les hypnoses qui rentrent dans les analgésies d'une partie d'un membre.</p> <p>L'hypnose a différents courants.</p> <p>Il y a l'hypnose Ericksonienne.</p> <p>Après, il y a eu plein d'autres mouvements.</p> <p>Après, comme je dis, il y a différents mouvements.</p>	
--------------------------------	--	--	--	--

<p>L'hypnose thérapeutique</p>	<p>Définir l'hypnose dans les soins</p> <p>Expliquer l'objectif de l'hypnose au cours d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Aborder les différentes formes d'hypnose</p> <p>Citer la forme la plus utilisée en pédiatrie</p> <p>Expliquer le principe des différentes formes d'hypnose</p> <p>Déterminer la forme d'hypnose la plus utilisée au cours d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Définir l'hypnose dans les</p>	<p>compétences.</p> <p>si par exemple, on est infirmier, on va utiliser bien sûr l'hypnoanalgésie, l'hypnose conversationnelle.</p> <p>C'est qu'on utilise des outils dans notre champ de compétences.</p> <p>En fait ce qu'il faut retenir c'est que, on utilise les outils dans notre champ de compétences.</p> <p>je vais utiliser l'hypnose dans les entretiens infirmiers, ça peut être l'hypnose pour expliquer un soin, ça peut être pour diminuer la douleur. Ça peut être pour avoir moins peur, pour avoir moins mal enfin après, ça dépend de...ça peut être aussi pour augmenter l'adhésion à un traitement enfin pour se remettre en mouvement, refaire du sport</p> <p>Quand on utilise les outils hypnotiques, on ne peut pas</p>		
--------------------------------	---	---	--	--

L'hypnose thérapeutique	<p>soins</p> <p>Expliquer l'objectif de l'hypnose au cours d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Aborder les différentes formes d'hypnose</p> <p>Citer la forme la plus utilisée en pédiatrie</p> <p>Expliquer le principe des différentes formes d'hypnose</p> <p>Déterminer la forme d'hypnose la plus utilisée au cours d'un soin invasif et douloureux</p>	<p>caractériser ça comme type.</p> <p>on utilise l'hypnose dans nos champs de compétences. je pense que si y'avait enfin si on devait faire des types d'hypnose, je pense qu'on devrait mettre hypnose conversationnelle, hypnose formelle et autohypnose.</p> <p>dans notre champ de compétences, on utilise l'hypnose conversationnelle, hypnose formelle, autohypnose. On utilise les trois.</p>		
	<p>Mettre en évidence l'impact de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Déterminer les intérêts pour le patient et le soignant</p> <p>Citez les éléments propices à l'hypnose</p>	<p>Donc ça, c'est justement je trouve la richesse de l'utilisation de l'hypnose dans le soin où on va plutôt utiliser ça comme une ressource cette énergie-là de la colère pour la transformer en une énergie qui va nous aider pendant le soin</p> <p>pour moi, ça a complètement changé ma pratique.</p>	<p>Et le gros avantage, c'est que clairement ça dissocie très rapidement en fait, c'est un pouvoir extrêmement fort. Ça dissocie extrêmement vite les patients et ça permet vraiment d'accompagner le soin dans de bien meilleures conditions qu'on ne pouvait le faire auparavant.</p> <p>je me souviens d'adultes, enfin d'un adulte en autre qui était arrivé pour une crise de</p>	<p>Accompagnement</p> <p>Accueil des émotions</p> <p>Communication</p> <p>Douleur</p> <p>Hypnose</p> <p>Qualité des soins</p> <p>Savoir-faire</p>

<p>L'hypnose thérapeutique</p>	<p>Mettre en évidence l'impact de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Déterminer les intérêts pour le patient et le soignant</p> <p>Citez les éléments propices à l'hypnose</p>	<p>Je pense que ça donne du sens à la pratique et ça répond aussi à la physiologie de la douleur.</p> <p>Donc en soit, l'hypnose, c'est vraiment un outil pertinent à la fois pour l'enfant, pour les parents et aussi pour les soignants</p> <p>il y a de nombreuses études maintenant qui montrent l'intérêt d'utiliser l'hypnoanalgésie lors des soins que ce soit pour la partie sensorielle, émotionnelle, cognitive ou comportementale.</p> <p>on sait que c'est très intéressant</p> <p>ça permet une prise en charge multimodale de la douleur</p> <p>l'hypnose, c'est intéressant parce que ça correspond vraiment au fonctionnement physiologique de la douleur qui va demander une réponse vraiment globale</p> <p>l'association hypnose, médicament, présence des</p>	<p>colique néphrétique qu'on a soulagé en deux trois mouvements avec l'hypnose.</p> <p>Je me souviens d'un patient qui est arrivé pour une très très grosse plaie à la scie circulaire... Le patient était scopé et là vraiment on s'est rendu compte du moment où on a commencé à lui parler avec finalement tout ce discours-là hypnotique à quel point son rythme cardiaque est redescendu extrêmement vite alors qu'on lui avait fait des bolus de morphine ..., à quel point aussi au final quand on s'arrête finalement les effets s'estompent quand même assez vite.</p> <p>C'est pour ça que très souvent, dans le cadre de l'hypnose, on utilisait du MEOPA, pour pouvoir dissocier plus facilement l'enfant et surtout retirer un petit peu finalement toute cette partie anxiogène du soin.</p> <p>Tout ça pour dire qu'il y a quand même tout de même</p>	
---------------------------------------	--	---	--	--

<p>L'hypnose thérapeutique</p>	<p>Mettre en évidence l'impact de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Déterminer les intérêts pour le patient et le soignant</p> <p>Citez les éléments propices à l'hypnose</p>	<p>parents, formation du soin... ça permet vraiment aux soignants d'avoir une approche globale qui correspond à notre conception de soin aussi. ça permet de mettre en œuvre des actes infirmiers qui répondent à une démarche de soin globale.</p>	<p>toute cette dimension-là, émotionnelle aussi, finalement quand on arrive avec l'hypnose à désamorcer cette partie-là et ben très souvent ça soulage aussi les patients.</p> <p>quand on est formé à l'hypnose, moi je dis souvent je pense que cela change fondamentalement la manière d'être des personnes.</p> <p>Je pense que ces formations-là ça vous change profondément.</p> <p>Ça vous permet aussi de réfléchir finalement sur la manière que vous avez de vous adresser aux personnes.</p> <p>je pense que je n'ai pas du tout la même communication aujourd'hui que je ne l'aurais eu il y a quelques années.</p> <p>Et je pense que rien que ça en fait ça change complètement la dimension</p>	
---------------------------------------	--	---	--	--

<p>L'hypnose thérapeutique</p>	<p>Mettre en évidence l'impact de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Déterminer les intérêts pour le patient et le soignant</p> <p>Citez les éléments propices à l'hypnose</p> <p>Mettre en évidence l'impact</p>		<p>du prendre soin. on se rend vite compte que sur des soins très très invasifs le fait de parler aux patients d'une certaine manière désamorce pas mal de situation et réduit l'angoisse du patient.</p> <p>il y a déjà toute une partie en effet dans le cadre du soin invasif avec une diminution majeure de la douleur</p> <p>il y a aussi toute une prise en charge qui se fait aussi dans le cadre justement de tous ces syndromes un peu anxieux, dépressifs des enfants et qui permettent de désamorcer certaines situations et de permettre aussi à l'enfant finalement de repartir beaucoup plus serein et un petit peu libéré finalement de ses problématiques un petit peu plus profondes qu'il avait pu rencontrer.</p> <p>ça tisse des liens assez particuliers avec la personne.</p>	
---------------------------------------	--	--	---	--

L'hypnose thérapeutique	<p>de l'hypnose lors d'un soin invasif et douloureux</p> <p>Déterminer les intérêts pour le patient et le soignant</p> <p>Citez les éléments propices à l'hypnose</p>		<p>des enfants revenaient après pour d'autre chose et quand ils arrivaient, très souvent, ils se souvenaient de la personne qui les avait pris en charge, de ce qui avait été raconté pendant et il y en avait même certains qui nous demandaient de raconter la suite.</p>	
	<p>Déterminer la réceptivité de l'hypnose</p> <p>Déterminer les obstacles et la place donnée à l'hypnose</p> <p>Déterminer la réceptivité de</p>	<p>oui, tous, puisqu'on va dans cet état d'hypnose plusieurs fois par jour.</p> <p>Donc oui, on sait tous faire. On sait tous faire. s'il n'y a pas cette relation forcément on va dire que c'est l'enfant qui n'est pas réceptif. Mais ce n'est pas l'enfant qui n'est pas réceptif, on est tous réceptifs, mais, c'est que la relation n'est pas là</p>	<p>Je pense que tout le monde est réceptif à l'hypnose.</p> <p>quand vous êtes très très douloureux, quand vous êtes extrêmement douloureux de toute façon, vous prenez tout ce qui passe par là.</p> <p>je pense que les patients qui en ont vraiment besoin, c'est pour ça que je vous dis, je pense que tout le monde est plus ou moins réceptif.</p> <p>Après vous avez des personnes qui essaient surtout de garder toujours, de rester maître d'eux-mêmes.</p> <p>Je crois que quand on n'arrive pas à lâcher cette partie de soi, c'est là en fait</p>	<p>Adhésion</p> <p>Douleur</p> <p>État hypnotique</p> <p>Relation de confiance</p> <p>Relation soignant-soigné</p>

<p>L'hypnose thérapeutique et les autres méthodes non médicamenteuses</p>	<p>l'hypnose</p> <p>Déterminer les obstacles et la place donnée à l'hypnose</p>		<p>qu'on est surtout confronté à des problématiques, et au final quand on n'a pas ces barrières-là, ben, c'est très très simple.</p>	
<p>L'hypnose thérapeutique et les autres méthodes non médicamenteuses</p>	<p>Déterminer la place des autres méthodes thérapeutiques proposées dans le cadre d'un soin</p> <p>Citer d'autres méthodes non médicamenteuses</p> <p>Donner les objectifs des autres méthodes non médicamenteuses</p> <p>L'impact des autres méthodes thérapeutiques lors des soins invasif et douloureux</p>	<p>Pour moi, c'est le cœur du soin, c'est-à-dire que c'est le cœur de notre démarche infirmière.</p> <p>on est dans une conception de soin global biopsychosocial</p> <p>les actions qu'on doit proposer c'est des actions dans le champ du biopsychosocial.</p> <p>Donc l'hypnose, le massage enfin voilà toutes des stratégies complémentaires.</p> <p>Elles vont venir s'intégrer complètement dans cette démarche globale bio psychosociale donc je pense que ça correspond vraiment à la démarche de soins infirmière.</p>	<p>Moi, je pense que c'est des pratiques qui sont complémentaires les unes des autres.</p> <p>Voilà alors après, vous pouvez en effet faire de l'hypnose seule</p> <p>on avait mis en place un projet avec des dalles lumineuses au plafond et des jeux qu'il y avait au plafond</p> <p>Après il y a les casques 3D de réalité virtuelle</p> <p>le toucher</p> <p>le toucher-massage</p> <p>l'aromathérapie</p> <p>Il y a des personnes qui se forment aussi à la musicothérapie pour accompagner aussi des patients.</p>	<p>Démarche infirmière</p> <p>Prendre soin</p> <p>Hypnose</p> <p>Toucher-massage</p> <p>Savoir -faire</p>

<p>L'hypnose thérapeutique et les autres méthodes non médicamenteuses</p>	<p>Déterminer la place des autres méthodes thérapeutiques proposées dans le cadre d'un soin</p> <p>Citer d'autres méthodes non médicamenteuses</p> <p>Donner les objectifs des autres méthodes non médicamenteuses</p> <p>L'impact des autres méthodes thérapeutiques lors des soins invasif et douloureux</p>		<p>Je crois que l'un ne va pas sans l'autre, que tout est complémentaire</p> <p>ça nous permet de gagner un petit peu de temps je dirai sur de l'hypnose conversationnelle et dissocier plus rapidement les enfants et de rentrer complètement dans le vif du sujet</p> <p>ça permet d'appréhender le soin différemment et ça permet surtout de ne pas ancrer le soin dans la mémoire de l'enfant. Et, de garder finalement ce souvenir de plutôt de quelque chose d'agréable et non pas de garder la mémoire de la douleur.</p> <p>faire partir l'enfant avec ce souvenir plutôt confortable de soin plutôt qu'une prise en charge extrêmement douloureuse avec en effet dans le cas où l'enfant devrait revenir qui majorerait encore l'angoisse et encore la problématique de prise en soin.</p>	
--	--	--	---	--

Français née LE NY
Marianne

Transe pour pallier aux souffrances

Objectif : Cette étude permet de montrer que la pratique de l'hypnoalgésie par l'infirmière lors d'un soin invasif et douloureux peut influencer le vécu du soin par l'enfant.

Modalités : Élaboration d'un guide d'entretien semi-directif comportant plusieurs questions orientées sur des objectifs de recherches et permettant ainsi une approche qualitative des professionnels.

Sujets : Deux entretiens individuels effectués auprès de deux infirmières qui ont une expérience en pédiatrie. L'un des deux entretiens s'est déroulé en visioconférence, l'autre en présentiel.

Principaux résultats : Les différentes recherches et les apports des soignants permettent de mettre en avant les aspects bénéfiques de l'hypnose au cours d'un soin invasif et douloureux.

Résultats : L'étude a mis en évidence que l'hypnose agit simultanément sur la douleur et les émotions de l'enfant lorsque celle-ci est mise en pratique. Elle peut être utilisée en amont et pendant le soin. Mais, il faut savoir que la qualité de la relation soignant-soigné peut avoir une incidence sur ce facteur. Dans cette situation, il s'agit d'une relation triangulaire qui se créera entre l'enfant, les parents et le soignant. Les objectifs étant que les soins se déroulent dans les meilleures conditions et qu'ils ne laissent pas de souvenir pénible à l'enfant.

Conclusion : Il y a une forte connexion entre la douleur et les émotions, et l'hypnose est considérée comme une approche globale pour prendre soin de ces deux concepts. Cependant, il faut savoir qu'il existe également d'autres méthodes alternatives qui ont le même objectif : que le soin se passe dans des conditions optimales et que sa mémorisation soit la plus agréable possible.

Objective: This study shows that the use of hypnoanalgesia by the nurse during invasive and painful care can influence the child's experience of care.

Methods: Development of a semi-structured interview guide with a number of research-oriented questions, allowing a qualitative approach to professionals.

Subjects: Two individual interviews with two nurses who have experience in pediatrics. One of the two interviews took place via videoconference, the other in person.

Main results: The various research studies and the contributions of carers highlight the beneficial aspects of hypnosis during invasive and painful care

Results : The study found that hypnosis acts simultaneously on the child's pain and emotions when used. It can be used before and during care. However, it should be noted that the quality of the caregiver-patient relationship can have an impact on this factor. In this situation, it is a triangular relationship that will be created between the child, the parents and the caregiver. The objectives are that the care takes place in the best possible conditions and that it does not leave the child with painful memories.

Conclusion: There is a strong connection between pain and emotions, and hypnosis is considered a global approach to take care of both concepts. However, it is important to know that there are also other alternative methods that have the same objective: that the treatment takes place in optimal conditions and that its memorization is as pleasant as possible.

Mots-clés

Douleur, Émotions, Relation soignant-soigné, Hypnose

Key words

Pain, Emotions, Caregiver-patient relationship, Hypnoanalgesia

