



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Elodie COUDRAY

Née le 24 février 1989 à Ploërmel

Les effets de l'hypnose sur la santé psycho-somatique des enfants : exploration du ressenti des parents d'enfants ayant participé à une étude interventionnelle à l'école Notre-Dame de Campénéac (56) (étude RELEASE)

Thèse soutenue le 31 mai 2018 à Rennes

devant le jury composé de :

Sylvie TORDJMAN

Professeur – CH Guillaume Rénier / *Présidente*

Éric MÉNER

Professeur associé – Département de Médecine Générale / *Directeur de thèse*

Alain BEUCHÉE

Professeur – CHU Rennes / *Examineur*

Marc-Antoine BELAUD-ROTUREAU

Professeur – CHU Rennes / *Examineur*

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie

BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie

DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique

JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie ; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultanat	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MENER Eric(Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET ChristianProfesseur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier(Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie ; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale

GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie ; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
RENAUT Pierric (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER Marie-Clémence(Lorne)

Pharmacologie fondamentale ;
pharmacologie clinique; addictologie

ZIELINSKI Agata

Remerciements - Dédicaces

Je remercie le Pr Sylvie TORDJMAN de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury, et d'avoir été à l'initiative de cette intervention qui m'a servi de base pour mon travail de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail.

Je remercie le

Merci au Pr Eric MENER d'avoir dirigé cette thèse.

Parents + soeur

Grands parents

Beaux parents

Amis

David

Nathan

Table des matières

Les effets de l’hypnose sur la santé psycho-somatique des enfants : exploration du ressenti des parents d’enfants ayant participé à une étude interventionnelle à l’école Notre-Dame de Campénéac (56) (étude RELEASE).	13
Résumé	14
Abstract	16
Introduction	18
Méthode	19
Résultats	21
Population étudiée	21
Changements observés	21
Vécu de l’expérience par les parents	24
Discussion	26
Forces et limites de l’étude ancillaire	26
Forces et limites de l’étude RELEASE	27
Quel serait l’âge idéal pour ce type d’intervention ?	28
Des résultats sur la santé probablement sous-estimés.....	28
Travailler avec les parents pour de meilleurs résultats.....	28
Intérêt de former les enseignants à l’hypnose	29
Conclusion	30
Bibliographie	31
Conflits d’intérêt	33
Annexes	34
Annexe 1 : Echelle TEA-Ch.....	34
Annexe 2 : Echelle ICG	35
Annexe 3 : Lettre d’information pour les parents	36
Annexe 4 : Questionnaire de recueil de données remis aux parents.....	37

Les effets de l'hypnose sur la santé psycho-somatique des enfants : exploration du ressenti des parents d'enfants ayant participé à une étude interventionnelle à l'école Notre-Dame de Campénéac (56) (étude RELEASE).

Hypnosis effects on children's psychosomatic health : exploration of parents' feeling, whose children participated in an interventional survey in Notre-Dame de Campénéac school (56) (RELEASE survey).

Résumé

Contexte :

De plus en plus d'enfants se sentent en insécurité à l'école, voire en réelle souffrance. Certains développent même des pathologies somatiques, liées à ce mal-être. Une étude interventionnelle a été menée dans deux classes d'une école primaire bretonne, utilisant une technique d'hypnose collective, deux fois par jour pendant six semaines, pour étudier leurs capacités attentionnelles.

Objectif :

Explorer le ressenti des parents sur les bénéfices de cette intervention sur la santé physique et mentale de leur enfant.

Méthode :

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés, menés auprès de douze parents d'enfants ayant participé à l'étude principale.

Résultats :

La majorité des parents interrogés étaient favorable à cette intervention dans la classe de leur enfant. D'après les parents interrogés, leurs enfants ont obtenu des bénéfices suite à cette intervention, sur leur santé mentale et leur bien-être global. L'ampleur des changements étaient liée à l'existence de difficultés à la base. Les améliorations les plus notables concernaient le comportement et le caractère. Plusieurs enfants ayant des problèmes de colère et d'insolence ont diminué leur nombre de crises. Ces changements ont permis d'améliorer les relations intrafamiliales et au sein de l'école. Les parents trouvaient leurs enfants plus concentrés, plus motivés, curieux de découvrir de nouvelles choses et ainsi plus disponibles pour les apprentissages.

Conclusion :

L'hypnose collective en milieu scolaire est une piste intéressante pour prévenir le mal-être des enfants à l'école et ainsi améliorer leur santé globale. Lorsque les troubles sont installés, le médecin généraliste peut intervenir en thérapie individuelle.

Mots clés

Hypnose

Santé psycho-somatique

Enfant

Ecole

Abstract

Background.

Objectives.

Methods.

Results.

Conclusion.

Key words

Hypnosis

Psychosomatic health

Child

School

Introduction

Les enfants de moins de 16 ans représentent 1/5 de la population française, soit 13% des consultations de médecine générale (1). 5,6% des enfants de 6 à 12 ans se sentent en insécurité à l'école (2), qui est pourtant censé être un lieu sécurisant, où l'enfant va se sociabiliser et apprendre la vie en communauté, y créer ses premières amitiés et prendre sa place dans un groupe (3). Cette souffrance à l'école peut se manifester par des plaintes fonctionnelles chez l'enfant (4), qui entraînent une altération fonctionnelle dans tous les plans de leur vie. Les médecins généralistes sont en première ligne pour dépister ces enfants en souffrance à l'école. Leur nombre est sous-estimé, par manque de connaissance, et par réticence à les détecter car ils nous renvoient à notre propre impuissance à les aider. Plusieurs études se sont intéressées à la pratique de la méditation en pleine conscience en milieu scolaire, comme Schwinda *et al* au lycée (5), Crescentini *et al* au primaire (6) ainsi que Yoo *et al* (7). Très peu ont étudié l'hypnose, qui est un phénomène naturel (8) obtenu suite à l'induction par suggestions (9), qui permet d'expérimenter deux réalités de soi qui coexistent (10) et ainsi d'accéder aux ressources internes de l'individu (8). Les enfants sont particulièrement suggestibles à l'hypnose de 7 à 14 ans (10), moment important du développement psychique de l'enfant, où il construit ses rapports aux autres (11). Les champs d'application de l'hypnose sont divers en médecine générale : phobies, énurésie, troubles du sommeil etc (9). L'étude RELEASE a été réalisée dans les classes de CP et de CE1 de l'école Notre-Dame de Campénéac (50 enfants), en avril et mai 2016. Il s'agit d'une étude interventionnelle qui visait à montrer une amélioration des capacités attentionnelles des enfants après 6 semaines d'intervention biquotidienne de 10 minutes, d'écoute de soi et de relaxation par une technique d'hypnose collective, réalisé par une intervenante extérieure la première semaine, puis par des enregistrements de cette intervenante les semaines suivantes. Les enfants ont été testés deux fois avant l'intervention, et une fois après avec des échelles standardisées : TEA-Ch (Test Everyday Attention : évaluation cognitive des capacités attentionnelles par un psychologue) (cf. Annexe 1) (12) (13), et ICG (Impressions Cliniques Globales des capacités attentionnelles de l'enfant, restituées par l'enseignante et les parents) (cf. Annexe 2) (14).

L'objectif de cette étude ancillaire était d'explorer si, d'après les parents, cette intervention apportait également des bénéfices sur la santé physique et mentale de leur enfant, en recueillant leur ressenti.

L'objectif secondaire était d'explorer le ressenti des parents sur l'étude RELEASE.

Méthode

Une étude qualitative a été réalisée de juin à août 2016 auprès des parents d'enfants ayant participé à l'étude RELEASE.

Les parents des cinquante enfants ayant participé à l'étude ont tous été sollicités via une lettre d'information (cf. Annexe 3) et un questionnaire (cf. Annexe 4) remis par les institutrices des deux classes, et établi par l'enquêtrice. Ce questionnaire avec coupon-réponse a permis de sélectionner douze parents d'enfants (6 dans chaque classe), afin d'obtenir un échantillon en variation maximale (classe de l'enfant, sexe, nombre d'enfants dans la fratrie, place dans la fratrie, composition de la famille : nucléaire, recomposée, monoparentale).

Les parents sélectionnés ont ensuite été contactés par téléphone pour fixer un rendez-vous physique.

Un guide d'entretien a été établi à partir des données recueillies lors de deux entretiens exploratoires, réalisés auprès des deux institutrices ayant participé à l'étude. Il a été complété et modifié au gré des entretiens (Tableau 1).

Les entretiens ont tous eu lieu au domicile des parents, selon leur propre choix. Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés. La présence de l'enfant au domicile n'était pas requise. Ils ont été enregistrés avec un dictaphone et un téléphone portable. Les participants ont signé un formulaire de consentement autorisant à utiliser leurs propos, et garantissant leur anonymat.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement manuellement sous Word® par l'enquêtrice.

Les verbatim ont été analysés manuellement par l'enquêtrice, selon une grille d'analyse construite de façon inductive en fonction des données collectées.

Les entretiens devaient être menés au minimum jusqu'à la saturation des données.

Guide d'entretien final (Tableau 1)

1. Depuis quand habitez-vous à Campénéac ? Comment êtes-vous arrivés ici ?
2. Comment avez-vous réagi quand on vous a proposé de faire participer votre enfant à cette étude dans la classe ?
3. Qu'est-ce que vous en attendiez ? Qu'est-ce que vous vous imaginiez ?
4. Pendant les interventions, comment partagez-vous ça avec votre enfant ? Qu'est-ce qu'il vous en racontait ? Quand il rentrait à la maison, il vous en disait quoi ?
5. Au moment où l'étude a démarrée, est-ce que votre enfant avait des problèmes de santé ?
 - a. Troubles du sommeil
 - b. Stress
 - c. Alimentation
6. Quels changements avez-vous pu observer sur votre enfant ?
7. Comment trouvez-vous actuellement votre enfant de façon générale ?
8. En quoi pensez-vous que cette expérience a pu aider votre enfant ?
9. Pensez-vous que ce genre de technique, proposée en individuel cette fois, pourrait aider votre enfant ? Quel type de thérapeute peut proposer ça selon vous ? Qu'est-ce que ça pourrait apporter à votre enfant ?
10. Avez-vous d'autres remarques sur l'étude ?

Résultats

Population étudiée

Parmi les cinquante parents sollicités, vingt ont rempli le questionnaire : dix-huit étaient volontaires pour participer, deux refusaient de participer (un qui n'avait pas le temps et un qui n'avait remarqué aucun changement sur son enfant).

Sur les douze parents inclus, une famille n'a pas répondu à l'appel téléphonique (seul enfant unique dans la population cible). Les parents d'une fille cadette d'une fratrie de trois enfants ont donc été recrutés à la place (P11) (cf. Tableau 2).

La saturation des données a été obtenue au bout du dixième entretien.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants et des entretiens

Parent rencontré	Sexe de l'enfant	Classe	Nombre d'enfants dans la famille	Place dans la Fratrie	Situation Parentale	Durée de l'entretien (Minutes)
P1	M	CP	2	Ainé	Famille monoparentale	42
P2	F	CP	2	Ainée	Famille nucléaire	23
P3	M	CP	2	Ainé	Famille recomposée	57
P4	M	CE1	2	Cadet	Famille monoparentale	36
P5	M	CP	2	Cadet	Famille nucléaire	26
P6	M	CE1	2	Ainé	Famille nucléaire	25
P7	F	CE1	2	Ainée	Famille nucléaire	33
P8	F	CP	2	Cadette	Famille nucléaire	20
P9	F	CE1	3	Milieu	Famille nucléaire	26
P10	M	CE1	3	Ainé	Famille nucléaire	33
P11	F	CE1	3	Cadette	Famille nucléaire	31
P12	F	CP	3	Cadette	Famille nucléaire	30

Changements observés

Amélioration des fonctions instinctuelles

Plusieurs parents ont constaté des changements au niveau de l'alimentation de leur enfant. Certains enfants avaient un meilleur appétit de façon globale, tandis que d'autres avaient l'envie de goûter de nouveaux aliments comme en témoignent P6 : « *il y a des choses qu'il accepte de manger, qu'avant il n'acceptait pas* » et P1 : « *maintenant il demande lui-même à goûter* ». Ces changements de comportement face à l'alimentation se sont traduits par une régulation du poids de l'enfant dans certains cas : l'enfant 1 qui était trop mince « *cette année il nous a fait une poussée de croissance, il a même pris du poids !* » (P1), et l'enfant 3 qui était en surpoids a perdu des kilos « *le fait d'avoir maigri, il se sent mieux* » (P3).

Un des parents interrogés a trouvé une amélioration dans le sommeil de son enfant, notamment un endormissement plus facile et un sommeil de meilleure qualité « *là il s'endort bien. Là il dort bien le soir, toute la nuit. Il ne se réveille pas* » (P1).

Modifications dans le caractère et le comportement

Plusieurs parents ont rapporté que leur enfant avait gagné en maturité durant l'année de l'intervention, comme P2 « *pour moi elle a grandi* » et P7 « *elle devient de plus en plus mature* ». Cette maturité s'est ressentie dans la vie familiale et personnelle de l'enfant. Des parents ont trouvé que leur enfant s'investissait plus dans la vie familiale, et prenait même des initiatives qui facilitaient la vie au sein du foyer et amélioraient les relations avec les parents. Ainsi, P10 trouvait que son fils avait appris à « *prendre l'initiative de faire les choses, de s'investir un peu plus [...] même au niveau de la maison, au niveau des tâches* ». Le parent 3 était également satisfait : « *là il sort de table il prend son assiette, il la débarrasse. Enfin des trucs qu'il n'aurait jamais... Enfin voilà il devient un petit enfant, presque modèle* ». Cette maturité s'est également traduite par la curiosité et l'envie de découvrir de nouvelles choses comme en témoignait P1 : « *maintenant il a même envie de découvrir des choses* » et P12 qui disait que sa fille avait envie « *d'aller de l'avant et de vouloir découvrir de nouvelles choses* ». Certains ont aussi acquis plus d'autonomie dans les loisirs, en s'occupant seul « *sans avoir besoin de maman ou papa à regarder, à être constamment derrière* » (P2) et dans leur travail scolaire : « *on le faisait ensemble [...] et maintenant elle prend plus l'habitude d'aller le faire elle-même toute seule, donc c'est très bien* » (P11).

Certains ont aussi décrit une amélioration de la motivation globale (dans la vie familiale et scolaire) comme P2 « *elle veut davantage le faire. Ça vient plus d'elle-même qu'avant* » et P10 qui trouve que son fils « *est plus motivé* ».

Des enfants ayant des troubles du comportement type colères se sont vus assagis, comme en témoignait P6 qui trouvait que son fils « *est moins colérique* ». Le parent 9 décrivait une humeur plus stable chez sa fille : « *elle avait des sautes d'humeur où elle montait en colère. C'est quand-même moins fréquent* ». P3 rapportait aussi « *qu'au niveau de l'agressivité et tout il s'est quand-même calmé* ». Les enfants qui étaient dans la provocation sont sortis de cette relation d'opposition : « *il cherche moins les histoires qu'il en cherchait l'année dernière* » (P4), « *il n'est plus dans l'opposition comme avant* » (P6). D'autres enfants qui n'avaient pas de problème de colères ont tout de même trouvé un apaisement comme l'affirmaient P2 : « *pour moi elle est plus calme, plus tranquille* » et P7 : « *on l'a trouvée plus posée* ». Un garçon a su retrouver sa place d'enfant : « *là il est redevenu un petit garçon. Il rentre, il ne se pose pas de question à savoir si j'ai passé le balai ou des trucs comme ça. Il va jouer* » (P1). Plusieurs parents ont rapporté que leur enfant avait un caractère plus facile. Ainsi P5 trouvait que son fils était « *moins susceptible qu'au départ* », tout comme P2 : « *pour un rien elle boude, c'est vrai que là-dessus c'est mieux* ». Certains parents ont remarqué que leur enfant qui avait une sensibilité excessive réussissait à prendre de la distance comme P6 qui trouvait que son fils avait appris à « *relativiser les choses qui se passent sur la cour de récré* ». P12 disait que sa fille « *prend plus facilement les choses, elle se met moins facilement en échec* ». P9 rapportait également que sa fille avait appris à « *gérer ses émotions et ne pas les laisser déborder* ».

Un apaisement des relations

Ces modifications dans le comportement et le caractère ont probablement contribué à l'apaisement des relations qui a été rapporté, notamment dans les familles. Ainsi, plusieurs parents ont décrit une meilleure entente dans la fratrie, avec des enfants qui se découvraient et apprenaient à jouer ensemble, comme en témoignait P1 : « *il joue avec son frère, ce qu'il ne faisait pas avant. Et il n'y a plus de bagarres* ». D'autres parents ont décrit une amélioration dans des fratries où régnaient les disputes, comme P9 : « *depuis le début de l'étude, il y a quand-même eu moins de conflits. Les relations sont beaucoup plus apaisées* ».

Ces changements ont également été décrits dans les relations à l'école. Un enfant bagarreur « *cherche moins les ennuis* » (P4), ce qui a permis d'apaiser les tensions à l'école entre les élèves. Les disputes sur la cour de récréation étaient moins nombreuses, comme en témoignaient les parents 3 : « *les histoires comme ça se sont calmées* », et 6 : « *Sur la fin de l'année j'entendais moins de choses qui se passaient sur la cour. [...] Justement le petit garçon avec qui c'était conflictuel en début d'année, là sur la fin de l'année ils jouaient ensemble et tout* ». D'autres parents ont observé des changements chez leurs enfants qui n'avaient pas de difficultés relationnelles particulières. Ceux-ci se sont ouverts et intéressés aux autres enfants comme P2 qui trouvait que sa fille « *commence à s'ouvrir aux autres* » et P3 qui disait que son fils « *s'intéressait beaucoup aux autres. Il pose des questions sur les autres alors qu'en général les enfants ne s'intéressent pas aux autres* ». Tous ces changements personnels ont contribué à un apaisement global des relations entre les élèves, notamment sur les cours de récréation, et ont même permis de nouer de nouvelles amitiés : « *Il voit du monde, il a des amis. Il se fait inviter à des anniversaires. Ça n'arrivait jamais avant. Jamais* » (P3).

Changements dans les capacités cognitives

Certains parents trouvaient leur enfant plus réfléchi, comme P1 : « *E1 a réussi à se, c'est bête mais, à réfléchir avant d'agir* », et plus concentrés dans leur travail scolaire comme P2 : « *Elle est plus concentrée. Elle se disperse beaucoup moins* ». Le parent 5 trouvait aussi que son fils « *est bien posé quand il fait ses devoirs. Il prend le temps* ». P7 remarquait que sa fille était plus appliquée dans son travail, « *beaucoup plus posée, beaucoup de progrès* », et mieux organisée « *je trouve qu'il y a du progrès au niveau de l'organisation* ». Cette meilleure organisation du travail passait également par une meilleure position physique de travail. P7 décrivait que sa fille était « *plus stable sur sa chaise, pour être plus organisée dans son travail, sur sa table, dans sa posture en général* ».

Un mieux-être global

Cette expérience a permis à certains enfants souffrant de timidité excessive ou de manque de d'estime de soi, d'avoir plus de confiance en soi. Ainsi, le parent 11 rapportait que sa fille « *a pris plus d'assurance* ». Cette meilleure assurance se traduit par une aisance dans différents domaines, notamment relationnel, ainsi que dans le travail scolaire : « *voilà j'ai appris ça, bon je mets ça. Alors*

qu'avant je réfléchissais un peu, et puis en fin de compte à force de réfléchir, bon je mettais le sens inverse ».

De nombreux parents ont décrit une amélioration globale de leur enfant, mais difficile à caractériser. P2 trouvait que *« c'est quand-même mieux ! [...] Elle est différente, elle a changé »*, sans pouvoir décrire ces changements plus précisément. Tout comme P3 qui disait : *« Je trouve qu'au niveau de son comportement, par rapport au début de l'année, et à la fin, il a complètement changé »*. P4 remarquait également que son fils n'était *« pas du tout le même que l'année dernière. En mieux ! »*, tandis que P10 décrivait son fils comme *« quelqu'un qui évolue dans le bon sens »*. P12 terminait par : *« Je ne sais pas ce qu'il s'est passé dans vos petites séances-là, mais ça a quand-même contribué à pas mal de choses positives »*.

Absence de changement

Certains parents disaient spontanément n'avoir remarqué aucun changement sur leur enfant entre le début et la fin de l'étude. En approfondissant l'entretien, on se rendait compte qu'il y avait eu une amélioration minime dans chaque cas. Certains parents avouaient qu'ils n'avaient *« peut-être pas trop fait attention »* au déroulement de l'intervention dans l'école.

Vécu de l'expérience par les parents

Une étude bien accueillie par les parents

Cette intervention dans l'école a globalement été bien perçue par les parents, qui pour certains étaient contents qu'elle se déroule dans la classe de leur enfant. La plupart étaient optimistes et avaient des attentes générales comme P1 qui trouvait ça *« assez bénéfique »* et P2 qui disait que *« c'était bien justement si ça pouvait les aider à être un peu plus concentrés »*. D'autres parents avaient un espoir plus personnel pour leur enfant comme P3 : *« Il a eu plein de petits soucis de santé, de scolarité, et de comportement, donc je me suis dit que ça tombait bien »*.

Mais une étude mal comprise

Le principe de l'étude a été mal appréhendé par les parents, tant sur le déroulement des séances en lui-même, que sur ses objectifs. Le déroulement des séances a été imaginé différemment par chacun des parents. Certains parents avaient compris qu'il s'agissait de séances collectives, alors que d'autres s'imaginaient des séances individuelles, comme P5 : *« pour moi vous les preniez individuellement »*. Le lieu, le moment de la journée, et les dates de l'études n'ont pas non plus été bien cernés par les parents. Le parent 3 pensait *« qu'ils étaient allongés »*, tout comme le parent 7. L'utilisation de l'hypnose comme technique pour les séances n'a été remarquée que par un des parents interrogés. Les autres évoquaient des *« séances de relaxation »* (P3), voire même *« un temps calme mais rien de plus »* (P1), ou des techniques de représentation mentale : *« Je pense qu'elle les amenait dans l'imagination »* (P11). D'autres avaient imaginé des *« choses spéciales à faire »* (P4),

types exercices ou tests : « *Je ne sais pas. C'est peut-être comme quand la maitresse elle fait les évaluations des enfants* ».

Les objectifs de l'étude ont aussi été mal cernés par les parents. Ainsi, certains pensaient qu'elle avait pour but de détecter un problème éventuel chez leur enfant, que les évaluations scolaires standards n'auraient pas permis de mettre en évidence, comme P11 : « *ça serait surtout pour savoir si vraiment il y a un souci à un endroit* », et P1 qui pensait qu'on pourrait « *déceler un problème sur certains enfants* ». D'autres espéraient enfin avoir une évaluation objective de leur enfant, par un intervenant extérieur, autre que l'institutrice habituelle : « *A l'école on a du mal à savoir ce qui se passe. C'est pour ça qu'on aimerait bien avoir le retour pour avoir justement cet œil-là qui nous manque* » (P10). Certains auraient souhaité avoir des outils pédagogiques personnalisés pour leur enfant, comme P9 : « *Peut-être nous apporter des outils après à reporter avec E9* », voire même un suivi individuel organisé par l'école.

Discussion

Cette étude montre que selon les parents, tous les enfants ayant bénéficié de séances d'hypnose collective, deux fois par jour, pendant six semaines, ont obtenu des bénéfices sur leur santé mentale et leur bien-être global. Le principal changement constaté est une amélioration dans le caractère et le comportement, qui se traduit par un apaisement des relations intrafamiliales et au sein du groupe scolaire. Les enfants ayant des troubles du comportement à type de colères ont diminué le nombre de crises. Selon les parents, ces changements rendraient leurs enfants plus disponibles pour les apprentissages scolaires, et ils seraient plus concentrés pour leur travail à la maison. Leur désir de découverte s'est développé, ce qui pourrait également contribuer à une amélioration des apprentissages, avec plaisir et envie. La motivation est ainsi plus importante. Les améliorations observées semblent se répandre en tâche d'huile dans la vie personnelle et sociale de l'enfant. Tous les parents ayant participé à l'étude étaient ravis de cette intervention à l'école. Cependant, le principe, le déroulement et les objectifs de l'étude principale ont mal été appréhendés par les parents.

Forces et limites de l'étude ancillaire

Cette étude ancillaire est originale, car c'est la seule étude, à ma connaissance, qui s'intéresse à tous les effets potentiels de l'hypnose dans la vie de l'enfant. On retrouve une littérature très abondante sur l'utilisation de l'hypnose chez l'enfant en anesthésie : *C. Wood et al* (8) (15), *C. Line et al* (16), *S. Calipel et al* (17) pour n'en citer que certains. L'étude de *G. Chabridon et al* (18) a même révélé qu'en novembre 2015, tous les CHU français utilisaient l'hypnoalgésie comme adjuvant. Les indications habituelles de l'hypnose en pédiatrie sont les troubles de l'apprentissage, le manque de concentration, l'hyperactivité, l'encoprésie, l'énurésie, les troubles du sommeil, les phobies, les troubles fonctionnels intestinaux, etc. (19). Cette étude a mis en évidence des bénéfices possibles de l'hypnose, pour des enfants qui n'avaient pas de trouble de ce genre au préalable, ce qui en fait un outil de prévention très intéressant. L'autre force de cette étude est que les entretiens ont tous été menés et analysés par la même investigatrice. Il n'y a donc pas de variabilité dans le déroulement des entretiens, qui serait lié à l'opérateur, ni dans leur analyse. Elle a également permis de recueillir le ressenti des parents sur l'étude interventionnelle, ce qui ouvre des pistes pour un prochain travail. Les deux entretiens exploratoires réalisés auprès des deux enseignantes des classes concernées par l'intervention ont permis de recueillir leur opinion sur cette expérience. Celles-ci étaient plutôt satisfaites de l'intervention, et se réjouissaient déjà d'avoir un nouvel outil à utiliser auprès des enfants. En effet, dès le début de l'intervention dans l'école, elles ont repris quelques techniques utilisées lors des séances pour obtenir le calme en classe, plutôt que de hausser la voix, ou pour faire une coupure entre deux activités. L'impression des institutrices conforte les résultats obtenus auprès des parents.

Cette étude comporte cependant certaines limites. Seuls les parents volontaires ont été recrutés pour participer à cette étude. Or, on peut imaginer que les parents n'ayant observé aucun changement ont refusé de participer. Deux des parents ont d'ailleurs répondu sur le questionnaire qu'ils ne souhaitaient pas participer car ils n'avaient rien remarqué sur leur enfant. Ce biais de sélection

pourrait être atténué par le fait que dans la population étudiée, certains parents affirmaient spontanément n'avoir observé aucun changement. Or en les interrogeant, on retrouvait systématiquement une amélioration, même légère. On peut supposer qu'il en est de même pour les parents ayant refusé de participer. Beaucoup trouvaient difficile de se souvenir comment était leur enfant au début, et après l'étude. Par ailleurs, seulement douze entretiens ont été menés, ce qui est peu par rapport au nombre d'enfants ayant participé à l'intervention. Les entretiens ont pourtant été menés au-delà de la saturation des données, qui est apparue au bout du dixième entretien, afin d'obtenir un échantillon en variation maximale. Beaucoup de parents ont également rapporté leur interrogation quant à l'origine des changements observés, était-ce l'évolution naturelle de l'enfant ou l'intervention en hypnose ? Il aurait été intéressant d'interroger les parents d'enfants de classes du même âge, n'ayant pas bénéficié de ce type d'intervention, comme groupe témoin. Ceci aurait permis de comparer si les effets décrits par les parents sont bel et bien dus à l'intervention d'hypnose collective.

Forces et limites de l'étude RELEASE

A l'heure actuelle, l'étude principale n'a pas encore été publiée. Les parents n'ont donc pas eu le résultat des différents tests passés auprès de leurs enfants.

L'étude principale est innovante par la technique étudiée. En effet, de très nombreuses études se sont intéressées à la méditation sous toutes ses formes, mais très peu à l'hypnose comme technique d'intériorisation. Il s'agit, à notre connaissance, de la seule étude interventionnelle sur des enfants d'école primaire, utilisant une technique d'hypnose collective. Elle a étudié les effets de l'hypnose sur des enfants n'ayant pas de trouble spécifique à la base. Il s'agit donc d'un échantillon représentatif des enfants d'âge scolaire (6-7 ans). Cette étude se situe donc plutôt dans un plan de prévention du mal-être à l'école. En intervenant sur les enfants directement, cela a permis d'agir sur le système familial et scolaire. Or dans toute difficulté scolaire, il est indispensable d'agir sur ces trois partenaires (20). La technique d'hypnose collective semble donc permettre de prendre en charge le système dans son ensemble.

Cette étude a également certaines limites mises en évidence lors de l'étude ancillaire. La principale limite est un biais de confusion lié au fait que certains enfants ont bénéficié d'un autre type de thérapie, soit simultanément, soit avant l'intervention en hypnose. Un des enfants a aussi suivi une thérapie en hypnose à la suite de l'intervention à l'école, ce qui surestime probablement les effets de l'intervention collective. D'autre part, certains parents et l'institutrice de la classe mixte grande section -CP ont rapporté une perturbation des interventions par les enfants de grande section qui ne participaient pas à l'étude. Les enfants avaient du mal à se concentrer pleinement lors des séances d'hypnose collective. On peut donc imaginer qu'ils n'ont pas bénéficié pleinement des effets des séances. L'institutrice de cette classe trouvait également que les enfants de CP (âgés environ de six ans), étaient trop jeunes pour cette intervention, qu'ils avaient du mal à suivre les séances, même quand ils n'étaient pas perturbés par les plus jeunes.

Quel serait l'âge idéal pour ce type d'intervention ?

Il existe trois moments où l'enfant peut être amené à consulter pour une psychothérapie (11), ils correspondent aux trois phases structurantes de la personnalité :

- *L'individuation* : C'est le moment de la construction de l'identité psychique, où l'enfant apprend à se séparer de sa mère. Les troubles survenant à cette période sont les plus graves. Elle se déroule de l'âge de 6 mois à 2 ans environ.
- *La structuration de l'organisation psychique première* : C'est la période de mise en place des rapports aux autres. C'est un moment important de prévention pour l'apparition de troubles ultérieurs, notamment relationnels.
- *La réorganisation de cette organisation psychique première* a lieu au moment de l'adolescence.

Les perturbations seront d'autant plus intenses et tenaces que les blessures seront précoces (21). Il est donc important d'agir le plus précocement possible pour prévenir les troubles ultérieurs.

L'âge de sept ans semblerait être l'âge idéal pour débiter les interventions en hypnose. En effet la suggestibilité est maximale de 7 à 15 ans (9), mais limitée avant (22). L'étude de *Crescentini et al* qui a montré une diminution des problèmes d'attention grâce à la méditation de pleine conscience s'intéressait à des enfants de 7-8 ans (6). Celle de *Anbar et al* a montré une amélioration du sommeil chez les enfants de 7 à 14 ans par une intervention en auto-hypnose (23).

Des résultats sur la santé probablement sous-estimés

Les effets de cette intervention sont vraisemblablement sous-estimés par l'absence de réelles difficultés à la base chez la majorité des enfants. Comme *Ome-Jonhson et al* l'avaient montré avec la méditation transcendantale, le niveau d'anxiété diminue d'autant plus qu'il est élevé au départ (24). De même que les enfants ayant subi des traumatismes importants seraient plus suggestibles à l'hypnose. Il existerait un lien entre la dissociation psychique liée à un traumatisme et l'hypnotisabilité (25). L'hypothèse de départ était que l'hypnose, en améliorant le bien-être des enfants à l'école, pouvait diminuer les troubles fonctionnels chez l'enfant. Or, les enfants des parents interrogés n'étaient pas atteints par ce genre de troubles, ou peut-être ne s'en souvenaient-ils plus. Il serait intéressant, pour un prochain travail, d'évaluer l'état de santé des enfants avant l'intervention, grâce à un questionnaire rempli par les parents.

Travailler avec les parents pour de meilleurs résultats

Un autre point à améliorer serait l'implication des parents dans l'étude principale. En effet, nombreux sont les parents interrogés qui ne se sont pas investis dans le suivi de cette étude. Très peu en ont

discuté avec leurs enfants, et ne savaient même pas en quoi consistaient les interventions, ni même quand elles avaient lieu. La sensibilité que les parents apportent à leur enfant facilite les apprentissages (26). On sait que les croyances des parents sont transmises aux enfants de façon consciente et inconsciente. On peut donc supposer que si les parents avaient attendu des effets positifs de cette intervention, ils les auraient projetés sur leur enfant. Les parents auraient ainsi pu les inciter à maintenir une pratique d'auto-hypnose à la maison. Au lieu de cela, les quelques enfants qui reproduisaient ce travail à la maison avaient plutôt tendance à se cacher, ou à stopper leur séance quand les parents arrivaient. L'étude d'*Anbar et al* a pourtant démontré que l'apprentissage de l'auto-hypnose lors d'une seule séance, permet de diminuer les troubles du sommeil chez l'enfant (23) et les rendre plus disponibles pour les apprentissages scolaires. Il pourrait être intéressant de former les parents à l'auto-hypnose, lors d'une session avec leurs enfants, pour qu'ils puissent reproduire les exercices à la maison, et ainsi potentialiser les effets. Selon *H. Sitbon*, les enfants ont besoin de ressentir que leurs parents les autorisent à changer (10), c'est pourquoi il recommande de former les parents en autohypnose lors de la thérapie des enfants.

Intérêt de former les enseignants à l'hypnose

Les deux enseignantes ont été plutôt satisfaites des techniques utilisées par l'intervenante, et en ont réutilisé certaines rapidement dans leur classe. En effet, il existe des techniques simples pour que toute la classe se sente mieux, et l'institutrice également. Les enseignants, avec cet outil, se sentent moins démunis dans certaines situations de chahut par exemple, ce qui diminue le stress de tout le monde. Comme l'a rapporté une des enseignantes, le langage hypnotique n'utilise que des termes positifs, ce qui contribue à les faire porter un regard positif sur leurs élèves. L'effet Pygmalion, qui correspond au rôle que jouent les attentes des maîtres sur les performances des élèves (27), devient donc un effet positif pour améliorer les capacités des élèves. Ceci modifie également la relation enseignant-élève, en créant une sorte de patrimoine commun entre toute la classe, qui renforce le sentiment d'appartenir à un groupe, si important à cet âge. On imagine donc que les enfants se sentent plus en confiance en classe, et sont donc plus disponibles pour les apprentissages. Plusieurs programmes sont en cours dans les écoles françaises, sous différentes formes (méditation, sophrologie etc), pour diminuer le stress des enseignants et des élèves. Mais ceux-ci restent minoritaires, contrairement à d'autres pays où la pratique de la méditation quotidienne à l'école est déjà bien ancrée. Il n'existe pas à ce jour de programme de l'Education Nationale pour développer ses pratiques.

Conclusion

Cette étude s'est intéressée au ressenti des parents sur les effets d'une intervention en hypnose collective, biquotidienne, durant six semaines, dans une école primaire française, sur leur enfant.

D'après les parents, cette intervention a permis d'améliorer l'état de santé psychique des enfants et leur comportement, entraînant ainsi une amélioration des relations dans les familles et à l'école. L'hypnose collective semble donc être une technique efficace pour prévenir le mal-être des enfants à l'école, en apaisant les relations entre élèves et avec les institutrices. Dans le cadre de troubles avérés, une thérapie individuelle est plus adaptée, et peut être proposée par le médecin généraliste formé à l'hypnose.

De tels programmes devraient se développer dans les écoles en formant les enseignants à cette technique.

Bibliographie

1. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. DREES; 2007.
2. UNICEF F. Consultation nationale des 6/18 ans – « Écoutons ce que les enfants ont à nous dire – Adolescents en France : le grand malaise ». 2014 p. 60.
3. Pilet J-L, Guihard C, Obringer A, Brice D. Drames en milieu scolaire. In: Drames en milieu scolaire. Masson; 2009. p. 7.
4. Tordjman E, Ouss-Ryngaert L. Douleur des troubles somatoformes chez l'enfant et l'adolescent : définitions, prise en charge et difficultés. 19^{ème} Journées La Douleur de l'enfant. Quelles réponses?; 2012 décembre.
5. Schwind JK, McCay E, Beanlands H, Schindel Martin L, Martin J, Binder M. Mindfulness practice as a teaching-learning strategy in higher education: A qualitative exploratory pilot study. Nurse Educ Today. mars 2017;50:92-6.
6. Crescentini C, Capurso V, Furlan S, Fabbro F. Mindfulness-Oriented Meditation for Primary School Children: Effects on Attention and Psychological Well-Being. Front Psychol [Internet]. 7 juin 2016;7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4894866/>
7. Yoo YG, Lee IS. The Effects of School-Based Maum Meditation Program on the Self-Esteem and School Adjustment in Primary School Students. Glob J Health Sci. juill 2013;5(4):14-27.
8. Wood C, Ignace I. L'hypnose aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. juin 2007;14(6):729-31.
9. Gay M-C. L'hypnose : un descriptif. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr 2007;165(3):172-9.
10. Sitbon H. L'hypnose au service du changement et la démarche thérapeutique pour l'enfant. Perspect Psy. 1 déc 2005;44(5):365-70.
11. Lesourd S. Les conditions du travail psychothérapeutique avec l'enfant, l'adolescent et leur famille. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. févr 2009;57(1):44-9.
12. Manly T, Anderson V, Nimmo-Smith I, Turner A. The Differential Assessment of Children's Attention: The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch), Normative Sample and ADHD Performance. J Child Psychol Psychiat. 2001;42(8):1065-81.
13. Lussier F. L'évaluation de l'attention et du contrôle attentionnel [Internet]. [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.psychiatre-philippenarang.fr/wp-content/uploads/les-tests-neuro-psy-expliques.pdf>
14. Caci. Cotation de la CGI-S et de la CGI-I [Internet]. [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: <https://tdahbe.files.wordpress.com/2013/02/cgi-s-et-cgi-i-cotation.pdf>
15. Wood C, Duparc N, Leblanc V, Cunin-Roy C. L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et de l'adolescent. Enfance. 1 mars 2006;58(1):26-39.
16. Line C, Morelle M, Mancini S, Duncan A, Carrie C, Marec-Berard P. Radiothérapie des enfants de moins de cinq ans : peut-on limiter les anesthésies itératives par les rituels et l'hypnose ? Bull Cancer (Paris) [Internet]. nov 2016 [cité 9 févr 2018];103(16).
17. Calipel S, Lucas-Polomeni M-M, Wodey E, Ecoffey C. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. Pediatr Anesth. 1 avr 2005;15(4):275-81.
18. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. L'Encéphale. 1 oct 2017;43(5):498-501.

19. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. INSERM; 2015 Juin [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
20. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. 9^e éd. Masson; 2012. 672 p.
21. Falaise J-P. Le travail avec les parents dans les thérapies d'enfants et d'adolescents. Gestalt. 15 juin 2007;(32):113-28.
22. Wood C, Bioy A. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. Douleurs Eval - Diagn - Trait. oct 2005;6(5):284-96.
23. Anbar RD, Slothower MP. Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review. BMC Pediatr. 16 août 2006;6:23.
24. Orme-Johnson DW, Barnes VA. Effects of the transcendental meditation technique on trait anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Altern Complement Med N Y N. mai 2014;20(5):330-41.
25. Bachelart M, Bioy A, Crocq L. L'hypnose ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2013;171(9):667-70.
26. Landry SH. Le rôle des parents dans l'apprentissage des jeunes enfants. In: Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [Internet]. 2014 [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/85/le-role-des-parents-dans-lapprentissage-des-jeunes-enfants.pdf>
27. Antipoff-Catheline N. Psychopathologie de la scolarité: de la maternelle à l'université. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.

Conflits d'intérêt

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Annexes

Annexe 1 : Echelle TEA-Ch (Test of Everyday Attention for Children)

L'échelle TEA-Ch permet d'évaluer les différentes composantes des troubles attentionnels dans la vie quotidienne. Elle comporte neuf sous-tests qui permettent de mesurer :

- L'attention : sélective focalisée, soutenue (résistance à l'ennui), divisée.
- Les fonctions exécutives : mémoire de travail, capacités d'inhibition (d'une réponse motrice ou verbale), flexibilité mentale.

Évaluée à deux moments, elle permet de comparer les résultats après une intervention ou un traitement.

Les neuf tests sont :

- La recherche dans le ciel
- Les coups de fusil
- Les extra-terrestres
- Faire deux choses à la fois
- La carte géographique
- Ecouter deux choses à la fois
- Marche-arrêtes
- Les mondes contraires
- La transmission de codes

Annexe 2 : Echelle ICG (Impressions Cliniques Globales)

Répétée dans le temps, elle permet de quantifier les changements obtenus suite à la mise en place d'une intervention ou d'un traitement.

1= Fortement amélioré	Presque tout est mieux. Symptômes rendus au minimum. Amélioration majeure.
2= Très amélioré	Diminution significative des symptômes. Elévation du fonctionnement. Quelques symptômes restent notables.
3= Faiblement amélioré	Légèrement mieux avec une réduction faible des symptômes .
4= Inchangé	Les symptômes restent identiques.
5= Plus mal	L'enfant va légèrement plus mal mais ce n'est pas cliniquement significatif.
6= Pire	Aggravation cliniquement significative des symptômes et diminution du fonctionnement.
7= Fortement dégradé.	Exacerbation des symptômes. Perte de fonctionnement, effets indésirables semblant intolérables.

Annexe 3 : Lettre d'information pour les parents

Chers parents,

Depuis plusieurs semaines, votre enfant bénéficie de temps d'intériorisation sur le temps scolaire avec Mme Horbette, afin d'aider les enfants à mobiliser leurs capacités attentionnelles, dans le cadre d'une étude clinique.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études (thèse de doctorat de médecine dirigée par le Dr Eric Méner), je m'intéresse à votre ressenti au sujet de cette étude à laquelle votre enfant participe.

Je souhaiterais vous rencontrer individuellement (père ou mère de l'enfant), pour échanger sur ce thème. Il faut prévoir de 30 minutes à une heure d'entretien. Nous pourrions nous rencontrer en juin, juillet ou août, si vous êtes d'accord pour partager votre expérience.

Afin de mieux vous connaître et de mieux préparer l'entretien, je vous remercie de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint, et le remettre à l'enseignant de votre enfant **avant le 24 juin**. Toutes les données renseignées seront anonymisées.

Je sélectionnerai certains parents parmi les volontaires, selon les critères que vous m'aurez renseignés. Si vous êtes sélectionné pour participer à mon étude, je vous contacterai par téléphone pour convenir d'un rendez-vous dans le lieu de votre choix.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter :

Elodie COUDRAY
Mail : coudray_elodie@me.com
Tél : 06.60.95.46.76

Je vous remercie par avance pour votre participation et vos réponses.

Avec toutes mes salutations les meilleures.

Elodie COUDRAY

Annexe 4 : Questionnaire de recueil de données remis aux parents

Questionnaire à remplir et à transmettre à l'enseignant de votre enfant **avant le 22 juin 2016.**

1/ NOM Prénom de votre enfant :

.....

2/ Classe de votre enfant :

.....

3/ NOM Prénom du parent souhaitant participer à l'étude :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

4/ A quel moment de la journée préférez-vous être contacté ?

- Matin
- 12h-14h
- Après-midi
- Après 18h

5/ Concernant la composition de votre foyer :

- a) Combien d'enfants avez-vous dans la famille ?
- b) Parmi eux, combien vivent dans le foyer parental ?
- c) Quelle est la place de votre enfant ayant participé à l'étude au sein de la fratrie ?
(Le premier étant le plus âgé)
- d) Vous vivez :
 - Avec le père/ la mère de votre enfant
 - Seul avec votre(vos) enfant(s) (séparé, veuf...)
 - Avec votre conjoint qui n'est pas le parent biologique de l'enfant

Merci pour votre participation.

Ces questions me permettront de sélectionner parmi vous certains parents, afin d'avoir les profils les plus variés.

Elodie COUDRAY