

La Douleur ^{n°7}

des recommandations à la pratique

Mars 2009

→ **Dossier** p. 1 à 8
L'hypnose et la douleur
chronique

Particularités de
l'hypnose chez l'enfant

→ **Cas clinique** p. 10 à 11

Prise en charge
d'une douleur ayant
des caractéristiques
neuropathiques

L'hypnose dans
un contexte
de soins palliatifs

→ **Brèves** p. 12

- Corps infirmier
et hypnoanalgésie
- Revue *Hypnose et
thérapies brèves*

lutter ^{NILLE} contre
la douleur
^{HÔPITAL}

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR 

Un engagement de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org

Le choix de l'hypnose pour soulager la douleur

Comment définit-on l'hypnose et par quels mécanismes agit-elle ? Quels bénéfices peut-on en attendre pour soulager la douleur chronique ? Quel est son intérêt chez l'enfant ? Enfin qui peut la pratiquer ? Ce numéro de *Douleur, des recommandations à la pratique* est totalement dédié à ce sujet et apporte plusieurs éclairages concernant l'hypnoanalgésie.



L'hypnose et la douleur chronique

Dr Jean-Marc Benhaïem / Centre d'Évaluation et de
Traitement de la Douleur, Hôpital Ambroise Paré (92 Boulogne)
Responsable du DU d'Hypnose médicale Paris Pitié-Salpêtrière

Lorsque l'on interroge les médecins et les psychologues qui désirent se former à l'hypnose sur les raisons de leur choix, ils disent, pour la plupart, qu'ils se sentent parfois désemparés face à la douleur chronique et face à la souffrance de leurs patients. L'hypnose serait la réponse qu'ils espèrent pour mieux aider leurs patients. Le but de cet article sera de décrire et tenter de définir l'hypnose, puis de comprendre comment une personne utilise l'hypnose pour se sortir d'une douleur chronique et pourquoi a-t-elle besoin d'un thérapeute ?

Historique

Franz Anton Mesmer, médecin autrichien, inventeur et découvreur d'une méthode thérapeutique dénommée Magnétisme animal, décida de l'appliquer en 1775 à tous les désordres pathologiques. Il affirmait que cette cure pouvait résoudre tous

les problèmes de santé, ce qui inclut également les douleurs. Parmi ses successeurs, au dix-neuvième siècle, se trouvaient des chirurgiens intéressés par ce qui pourrait produire de l'analgésie chez leurs opérés. Le Magnétisme animal qui, entretemps, a été rebaptisé Hypnotisme, répondait à leur attente pour réduire les douleurs chirurgicales lors de chirurgies majeures, en particulier pour James Braid (1842) à Londres, pour Esdaile⁽¹⁾ (1846) et Elliotson⁽²⁾ (1843) dans les Indes anglaises et pour Jules Cloquet (1829) en France. Le compte rendu chirurgical d'une opération d'une tumeur mammaire effectuée par Cloquet à l'aide du sommeil magnétique, nous rappelle que c'est d'abord pour calmer la douleur aiguë que l'hypnose s'est révélée utile. Très rapidement, dès 1850, l'invention de l'éther, puis plus tard du protoxyde d'azote et les divers progrès de la médecine ont détourné les médecins de la pratique de l'hypnose. >>>



>>> Est-ce que cela signifie que l'hypnose est une médecine d'un autre temps? Comment comprendre le retour actuel de sa pratique dans le milieu scientifique? En France, le développement actuel des centres de traitement de la douleur a sans doute contribué à étendre les indications et la pratique de l'hypnose médicale plus spécifiquement pour la douleur chronique.

L'hypnose dans les études cliniques

L'hypnose a fait la preuve de son efficacité dans le traitement de la douleur chronique. Elle a été étudiée de différentes manières. Les tests de suggestibilité hypnotique ont été utilisés pour mieux comprendre l'action des suggestions directes et indirectes pour calmer la douleur⁽³⁾.

L'hypnose s'est montrée efficace pour changer des comportements tels que la dramatisation, le catastrophisme. Pratiquement toutes les pathologies douloureuses chroniques peuvent bénéficier de l'approche par l'hypnose. Les études cliniques ont porté sur les céphalées de tension, la migraine, le côlon irritable⁽⁴⁾, les douleurs abdominales, les dyspepsies⁽⁵⁾, les douleurs temporomandibulaires, la lombalgie chronique, la fibromyalgie⁽⁶⁾, les cystites interstitielles, l'algodystrophie, les douleurs de membre fantôme, les syndromes post-traumatiques, les douleurs du cancer, les soins palliatifs, ainsi que l'anxiété qui participe à toutes ces pathologies.

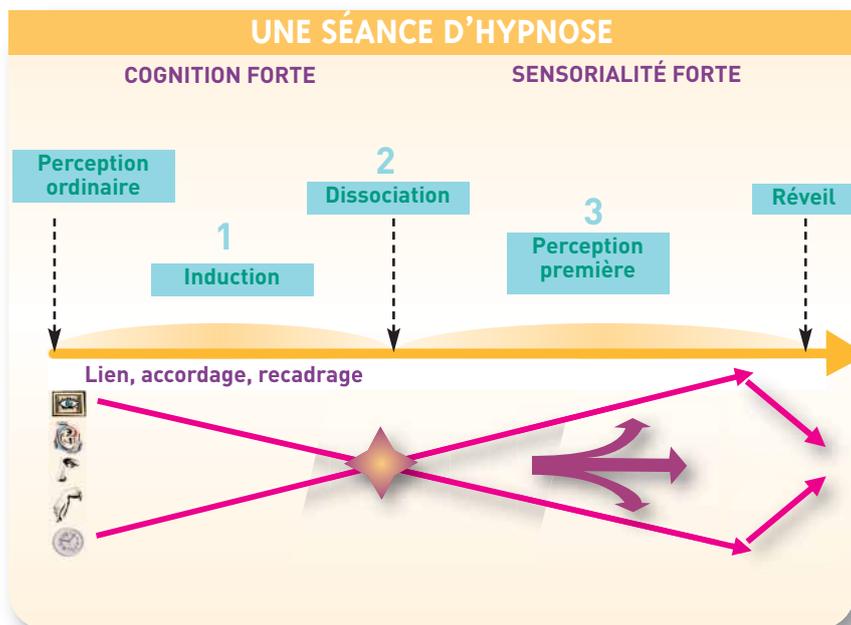
Le but de cet article n'est pas de passer ces études en revue mais de dégager l'originalité et l'apport de l'hypnose pour soigner ces syndromes douloureux chroniques.

La pratique et les étapes de l'hypnose

La description d'une séance d'hypnose permet de préciser le processus de l'hypnose⁽⁷⁾. Elle apporte aussi une meilleure compréhension des pathologies douloureuses et de ce fait, ouvre à plus de possibilités de soigner.

La séance d'hypnose comporte plusieurs phases qui forment un processus composé de trois étapes.

Le point de départ est la veille ordinaire (selon la terminologie proposée



par François Roustang et Jean Lassner) qui convient à l'accomplissement des tâches du quotidien. La personne utilise ses sens et sa raison pour rester en relation avec l'extérieur. La séance n'a pas encore commencé.

- La première étape est l'induction. L'hypnotiseur propose à son patient de fixer son attention ou son regard sur un objet ou sur une partie de son corps. La fixation prolongée visuelle ou mentale provoque une restriction du champ perceptif comme dans le cas d'un enfant qui regarde la télévision et qui se coupe ainsi de son environnement. La fixation prolongée sans balayage trouble la vision qui devient floue. L'espace autour de la zone qui est fixée, et parfois la zone elle-même finissent par devenir confuse, et la personne a l'air absente, « dans les nuages », dans une sorte de rêverie qui résulte de la dissociation de nos deux sensorialités : la conscience réflexive et « l'âme sentante » (Formule employée par Hegel).

- La deuxième phase est nommée diversement dissociation, confusion. Le patient s'est séparé de sa sensorialité liée aux fonctions réflexives, intellectuelles et sensorielles. Il est coupé de ses perceptions auditives, visuelles, tactiles. Son corps est engourdi et immobile. Il est en pause. Cet état agréable est recherché par les relaxologues ; il est passif.

- La troisième étape est une ouverture. La personne s'installe dans une sensorialité première qui fonctionne en dehors de la raison. L'humain pour y accéder doit utiliser ressources, inventivité et imagination. Il faut en faire l'expérience pour comprendre quelque chose à l'hypnose.

Se mettre dans un état hypnotique, seul ou guidé par un thérapeute, a comme unique objectif de mettre en relation l'être humain avec la totalité de son corps, de son espace et de son savoir qui sont les éléments constitutifs de son monde. Et entrer en relation avec son corps, est la condition nécessaire pour guérir. Paradoxalement, pour retrouver le corps, il fallait commencer par le quitter à la phase de la dissociation.

Mode d'installation et particularités des douleurs chroniques

Si l'on comprend bien le mode d'installation et les particularités d'une pathologie chronique, il devient possible d'intervenir plus facilement avec l'hypnose et plus précocement, pour la désamorcer.

Toutes ces étapes du processus hypnotique se sont déroulées dans un contexte de soins empreint de bienveillance. Cela contraste avec traumatismes et douleurs qui peuvent également induire une fascination hypnoïde mais dans un contexte pénible et violent. On parle alors d'une

sidération, qui immobilise la personne. À force de fixer un problème ou un organe blessé, la douleur et la souffrance s'installent, occupant tout le champ de perception de la personne.

Les effets de la fixation prolongée

L'immobilisation d'un sens aboutit à une confusion. Un exemple, si le regard s'immobilise sur un objet, la vue finit par se brouiller. Autre exemple, si le doigt touche un objet sans se déplacer, il finit par ne plus rien sentir. Les sens sont inopérants en l'absence de mouvement. Le mouvement permet une exploration qui précise les différences et les contrastes.

Si une personne fixe un épisode de sa vie avec intensité et de manière prolongée, cet événement devient vite flou et impossible à analyser clairement. Le désir profond et réel de guérir n'y change rien. Les patients pensent qu'il faut fixer pour résoudre, et ne quitter des yeux que lorsque le problème sera résolu ; alors que le soin demande un balayage qui clarifie la vision et ouvre l'espace de perception dans lequel la réponse se situe. Dans cet espace se trouvent tous les autres liens qui tiennent une personne en vie et qui sont autant de réponses aux difficultés rencontrées.

Une pensée triste n'est rien, sauf si elle dure. Une douleur n'est rien sauf si elle s'installe. Une peur n'est rien sauf si elle se renouvelle trop fréquemment. Finalement ce que l'on soigne à chaque fois c'est l'immobilisation, la sidération, la focalisation. Ces particularités se retrouvent dans l'attitude des patients qui répètent leur histoire à qui veut l'entendre. Le discours évolue vers la plainte. Même entendue et reconnue cette plainte prend les caractéristiques d'une obsession.

Un élément est défini par le contexte dans lequel il se trouve

La focalisation de l'attention sur un élément sort cet élément de son contexte. Elle isole cet élément qui devient impossible à comprendre sans son contexte. Un exemple : une personne est obsédée par un événement difficile de sa vie. Peu à peu, ce qu'elle regarde par la pensée devient com-

plexe et insoluble. Seul le balayage permettrait de voir à la périphérie d'autres éléments qui pourraient apporter des solutions au dit problème. Dans un espace large de perception, il existerait des réponses d'adaptation au problème. Pour guérir, la démarche globale devra aboutir à un processus d'ouverture.

La réinterprétation est une des possibilités les plus courantes.

Exemple : un enfant se trouve dans un bloc opératoire. Ce contexte peut générer de la peur et amplifier la douleur des soins. Les médecins présents avec l'enfant décident de changer le contexte. Ils lui proposent un jeu. Il est un super héros ou un « bioman » que l'on prépare à une compétition ou à vivre une aventure extraordinaire. Ce nouveau contexte permet à l'enfant de tout réinterpréter différemment. Le matériel chirurgical, les champs opératoires, les personnes masquées sont là pour donner de la force au « super héros », ils ne sont plus hostiles mais au contraire valorisants. Ou encore, on demande à l'enfant de s'imaginer qu'il est à la montagne en train de faire du ski. Toutes les stimulations qu'il perçoit ne sont plus des soins, des piqûres et des entailles, mais le choc des branches, de la tempête de neige et des chutes sur la piste gelée. Le nouveau contexte permet de vivre tranquillement les soins médicaux et sort l'enfant d'un possible syndrome post-traumatique en cas de soins répétés.

Autre exemple : un patient souffre de douleurs chroniques sur son membre fantôme apparues quelques mois après la perte de sa jambe. Il fait l'expérience de deux contextes. Il remarque que s'il se plaint du drame qu'il a subi, de l'injustice d'avoir perdu sa jambe à cause d'un motocycliste qui a pris la fuite, ses douleurs apparaissent et s'intensifient. À l'inverse, s'il n'a plus d'exigence, s'il vit la situation comme elle est, sans colère et sans attente de réparation, ses douleurs disparaissent. Le second contexte n'est pas compatible avec la douleur. C'est un contexte tourné vers la vie et vers ses projets d'avenir.

Les patients obsessionnels ou douloureux chroniques sont dans un contrôle permanent qui leur ferme l'accès à

leur sensorialité première. Ce contrôle est un système de défense qui résulte du besoin de se protéger de la souffrance et des souffrances éventuelles à venir. Ce contrôle est aussi une rigidité qui rend tout changement impossible. Les exercices d'hypnose visent à réduire ou à modifier ce contrôle. La particularité de la sensorialité première ou perceptude est d'être un accès vers une totale liberté de perception et donc de réaménagement du corps intégrant le handicap.

« Troquer » la certitude du chronique contre l'incertitude de la vie réelle

Les personnes qui souffrent d'une pathologie chronique sont les seules à pouvoir prédire leur avenir. Elles souffrent et savent que le lendemain et les jours suivants, elles continueront de souffrir. Ce désir de connaître son avenir est partagé par les personnes qui veulent tout contrôler. Elles aussi ont la tentation de prédéterminer leur avenir pour le connaître à l'avance. Elles ont peur des mauvaises surprises et choisissent un mauvais avenir sans surprise. Il est impossible de prédire avec certitude que demain sera une journée agréable. Alors qu'il est possible de savoir avec certitude que demain sera une mauvaise journée puisque ma migraine va revenir. La personne est toujours « gagnante ». Si la douleur s'installe, il n'y a pas d'étonnement, le contrôle est total. Si par hasard la douleur ne vient pas, alors la personne est aussi gagnante. Mais ce soulagement ne devra pas durer trop longtemps sinon la peur de la rechute apparaît et vient rapidement ruiner les progrès enregistrés. Certains patients ne laissent rien au hasard et savent retrouver leurs douleurs sur demande. Il leur suffit d'entrer en relation avec le souvenir de leurs douleurs et de les revivre sur le champ.

Pour guérir, il faudrait vivre un curieux échange. Perdre la possibilité de prédire son avenir et accepter l'aléatoire. Les patients paient très cher leur connaissance de l'avenir. Ils arrivent que certains décident de revenir dans le groupe des biens-portants en renonçant à ce dramatique avantage. Un des exercices proposés sous hypnose, est de demander à la personne si elle envi-

sage le changement sous cette forme : s'installer dans le doute, l'incertitude. Ne rien savoir de l'avenir, renoncer à exercer un contrôle sur le corps est le signe de la guérison. Échanger la stabilité d'un déséquilibre contre l'instabilité de l'équilibre est une façon de revenir dans son corps. La vie se définit par cet équilibre instable. Cela constitue un autre des exercices qui est demandé exactement dans ces termes : « *Voulez-vous bien, vous installer dans l'incertitude?* ». Pour faire cette expérience, la personne entre obligatoirement dans un état qui est au-delà des mots et de la compréhension pure. C'est cet état que l'on appelle hypnotique. Si le patient accepte et y parvient, nous pouvons dire que c'est une façon pour lui de revenir dans la vie.

Être absent à son propre corps

Le sportif sait reconnaître lorsqu'il est présent à son corps. Certains jours, il se sent à l'aise dans son corps et tout lui paraît facile. Il ne se pose plus aucune question. Les gestes sont fluides et assurés, il est au mieux de sa forme. Lorsqu'il entraînaient son corps pour le muscler ou pour l'assouplir, il le préparait comme on prépare une mécanique à la performance. Puis vient le moment de rassembler le tout. Il fait comme le comédien de théâtre ou comme l'artiste avant le lever de rideau ; il se concentre et attend d'être présent à son corps et à son espace. S'il y parvient, une certaine euphorie le gagne. Il dit qu'il est bien, qu'il est à l'aise. Le mouvement lui vient ample et naturel sans aucune impression d'effort mental ou physique.

Le même sportif a aussi l'expérience de ne pas être dans son corps. La performance sportive lui est impossible. Il dit que son corps ne réagit pas comme d'habitude. Il emploie des formules qui sont passées dans le langage populaire : « *je ne suis pas dans mes pompes* », « *j'ai la tête ailleurs* », « *je n'y suis pas* ».

Être présent à son corps n'est donc pas une situation stable et facile à installer. Les exercices propres à l'entraînement sportif participent à la possibilité d'être présent à son corps, mais s'adressent à la fonction mécanique du corps. Ils sont programmables et

réfléchis ; tandis que la présence à son corps est incertaine et imprévisible.

Prenons l'exemple d'une personne qui souffre d'un de ses organes ou d'une de ses fonctions. Si le problème dure ou se renouvelle trop fréquemment, la belle entente qui existait entre la personne et une partie de son corps, se détériore. Un organe qui va bien est un organe silencieux. S'il va mal, il fait parler de lui. Il sort de son silence et martyrise son propriétaire. Une série de sentiments envahissent la personne : la colère, la méfiance, la peur envers cet organe. Une dissociation, un clivage se fait entre la personne et la partie d'elle qui est blessée. Le contact est perdu. La personne est étrangère à son propre corps.

Il résulte de cette situation, une impossibilité à calmer la douleur. Le sportif avait besoin d'être présent à son corps pour la performance. Le patient a besoin d'être présent à son corps pour sortir de la dissociation et réintégrer la partie malade.

La tentation est forte de résoudre le problème de la douleur par une anesthésie de toute la personne à l'aide de drogues puissantes. Mais là encore, il s'agit de dissociation.

Lorsque la douleur devient intolérable, apparaît la demande logique d'une exérèse de la zone malade. La dissociation est à son maximum.

La guérison ne peut advenir que par une réincorporation, une réassociation de ce qui ne va pas. En pratique, il est demandé au patient au travers d'exercices, d'entrer en contact avec le problème, avec le corps, en abandonnant toute crainte, toute revendication et toute colère.

L'attitude classique consistait à refuser ce contact tant que le problème persiste. « D'abord vous me calmez la douleur » dit le patient, « puis je me réconcilierai avec mon corps ». La guérison ne peut venir que d'une attitude inverse. D'abord prendre le corps comme il est pour pouvoir espérer un soulagement. Être présent à son corps même mutilé, même détérioré est la condition nécessaire pour guérir d'une douleur chronique.

Quelques stratégies thérapeutiques

Les humains sont faits d'un réseau de liens qui les constituent et les soutiennent. La maladie, les accidents de la vie mettent à l'épreuve ce réseau. L'hypnose est un moyen d'explorer voire de réparer les liens endommagés. L'hypnose soigne les liens.

Soigner avec l'hypnose, c'est soigner un être en relation avec lui-même et avec ce qui l'entoure. En pratique, le thérapeute doit mettre en évidence les lieux où le patient est arrêté. Sur quoi est-il bloqué ? Et comment le mobiliser ?

La douleur

Au cours de l'interrogatoire ou du récit de sa pathologie, le patient décrit ses douleurs et sa souffrance. Nous pouvons donner l'exemple d'un patient qui évoquerait par des métaphores les symptômes dont il souffre. La douleur est comparée à un étai qui serre, à un tube trop étroit, à une griffure, un couteau qui transperce, une plaque de métal, des aiguilles, une barre tordue etc. Le thérapeute utilise ces métaphores au cours de la séance d'hypnose pour les modifier voire en proposer d'autres plus adaptées à un changement de contexte donc compatibles avec une absence de douleur.

Le mouvement

La douleur et la peur de la douleur provoquent une diminution de l'amplitude articulaire et des mouvements. L'activité cérébrale n'échappe pas à cette limitation. Il est alors possible de pratiquer d'autres exercices sous hypnose. Les plus efficaces sont la visualisation de mouvements corporels. Le patient, pendant l'hypnose, crée ou retrouve les images et les sensations de mouvements liés à la marche, au vélo ou à la danse. En visualisant ces films, il active les zones corticales sensori-motrices qui sont liées aux mouvements. Cette action de l'hypnose prend appui sur la constatation suivante : Faire et imaginer faire activent les mêmes zones corticales cérébrales^(8,9).

Ces techniques sont des confrontations d'une personne à ce qui lui pose un problème. Le jeu consiste à visualiser les difficultés et à modifier son atti-

tude jusqu'à ce que le conflit disparaisse ou s'atténue. À cause de la douleur et du handicap, la personne est « fâchée » avec les parties de son corps qui ne fonctionnent plus comme avant. Pour obtenir un soulagement, le patient doit se « réconcilier » avec les zones corporelles atteintes. On pourrait résumer l'objectif thérapeutique par les formules « accepter la réalité », « s'entendre avec le corps tel qu'il est ». Le soulagement ne pourra apparaître qu'à cette condition.

Souffrir d'une pathologie chronique

Le diagnostic annoncé d'une pathologie chronique oblige le patient à s'adapter seul et rapidement pour vivre le mieux possible cette modification du fonctionnement du corps. La détérioration de ses articulations, la présence d'une inflammation, la présence d'une prothèse-corps étranger, les crises douloureuses intermittentes et invalidantes modifie considérablement la relation qu'il avait à son corps. Il est passé de l'insouciance à l'inquiétude. Son corps quasi muet auparavant, est devenu bavard en plaintes et réclamations.

Les séances d'hypnose pourront aborder cet aspect de la relation que le patient entretient avec sa maladie. Il peut tirer profit d'une meilleure adaptation à la réalité d'un corps qui lui échappe lors de poussées douloureuses. On peut imaginer qu'une personne qui a besoin de tout contrôler au quotidien, aura des difficultés à s'adapter à une pathologie qui semble évoluer de manière imprévisible, irrégulière, voire inéluctable. Les séances d'hypnose viseront à mieux accepter ces aspects pénibles et aléatoires de la pathologie chronique.

Comment envisager l'avenir ?

Selon la pathologie, la question de l'avenir du patient est posée. Dans le cas d'une guérison possible sans séquelle, il n'y a pas trop de difficultés à envisager l'avenir. Mais dans le cas de pathologies sans retour possible à la vie d'avant à cause d'importantes séquelles ou après une amputation, se pose parfois le problème de l'activité professionnelle à reconsidérer et même de la vie affective, amoureuse qui devra s'adapter au handicap. Là également,

les séances d'hypnose pourront par des exercices de visualisation améliorer la vision qu'a le patient de son avenir.

L'entente médecin-malade

La personnalité du thérapeute compte pour beaucoup dans les résultats thérapeutiques. On parle du « charisme » du médecin utilisant l'empathie. Il s'agirait d'un mélange d'assurance, de convivialité et de confiance dans le traitement et dans les ressources du patient. La relation est faite du désir du patient de guérir, de la confiance dans la « méthode » et de la disponibilité du thérapeute : « la main de l'accoucheur » selon Socrate.

Il arrive aussi que le patient soit en conflit avec les médecins, infirmières ou chirurgiens qui sont intervenus dans le soin. Tant que le conflit persistera, les douleurs persisteront. Le travail thérapeutique consistera à « faire la paix » avec les différents intervenants, d'une manière ou d'une autre, pour espérer voir apparaître une amélioration des symptômes.

Le rôle du thérapeute est de faire pression sur le patient pour l'inciter à « coller » à la réalité dans la perspective de s'y adapter. Pour garder son utilité, le thérapeute doit abandonner son désir de guérir, il doit être indifférent au résultat. Il ne peut vouloir à la place de son patient. Par sa présence intense, il pèse de tout son poids sur le patient, dit François Roustang⁽¹⁰⁾, et l'amène au seuil de sa liberté. Même si dans l'absolu, tout être aurait les ressources pour guérir, dans la réalité, ce qui est demandé pour revenir dans la vie repose sur une souplesse et une créativité qui ne sont pas accessibles à tous. C'est la raison des nombreux échecs thérapeutiques chez les patients souffrant de douleurs chroniques.

En conclusion

Dans le contrôle de la douleur, l'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique. La pratique de l'hypnose montre et confirme que tout ce

1. Esdaile J. Mesmerism in India and its practical applications in surgery and medicin. Longmans, Brown, Green and Longmans, London, 1846.
2. Elliotson J. Numerous cases of surgical operations without pain in the mesmeric state. Lea and Blanchard, Philadelphia, 1843.
3. Benhaïem JM, Attal N, Brasseur L Chauvin M, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. Pain 89 (2001) 167-173.
4. Wilson S, Maddison T, Roberts L, Greenfield S, Singh S. The effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 24, 769-780.
5. Calvert E L, Whorwell P J. Long term improvement in functional Dyspepsia using hypnotherapy, Gastroenterology 2002; 123:1778-1785.
6. Haanen H.C.M, Hoenderdos H.T.W, van Romunde L.K.J, Hop W.C.J, Mallee C, Terwiel J.P, Hekster G.B. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. The Journal of Rheumatology 1991;18:1, 72-75.
7. Benhaïem JM. L'hypnose aujourd'hui, 2005, éd In Press.
8. Jackson P L, Decety J. Motor cognition: a new paradigm to study self-other interactions, 2004.
9. Jackson PL, Lafleur MF, Malouin F, Richards C, Doyon J. Potential role of mental practice using motor imagery in neurologic rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:1133-41.
- 10 Roustang F. La fin de la plainte, 2002, éd Odile Jacob.

qui est vivant est en liens. C'est une maladie ou un organe que l'on soigne mais également le terrain composé de tout l'être en relation avec ses croyances, ses sensations, en résumé tout son espace intérieur et extérieur. Pour les patients souffrant de douleurs et qui n'ont pas fait spontanément leur travail d'adaptation à l'ensemble des problèmes rencontrés par un corps malade, l'action thérapeutique par l'hypnose sera centrée sur ces différents aspects de la douleur et de la souffrance, tels qu'ils sont rapportés par les patients eux-mêmes. L'hypnose est une possibilité d'entrer réellement en relation avec une personne qui souffre. Si une personne n'accepte pas son handicap, la douleur s'installe et il n'y a qu'un seul chemin possible pour guérir : l'aider à accepter sa réalité corporelle. Pour percevoir sa vie autrement ; pour s'adapter à la réalité, la seule démarche efficace est de modifier les perceptions, ce qui est une définition de l'hypnose.





Particularités de l'hypnose chez l'enfant

Chantal Wood, Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, hôpital Robert Debré, Paris.

Antoine Bioy, Unité douleur et soins palliatifs, CHU du Kremlin-Bicêtre

L'hypnose est une méthode souvent plus aisée à utiliser chez l'enfant que chez l'adulte. En effet, les enfants ont une grande facilité à « glisser » de la réalité au monde de l'imaginaire*, ils ont l'habitude de réagir aux suggestions (de la part des adultes: « *tu pourrais ranger ta chambre avant d'aller jouer* »...) et enfin l'hypnose possède une dimension ludique très appréciée des jeunes enfants. Cette dimension ludique est introduite par le « comme si » qu'instaure l'hypnose (« *comme si tu installais un pansement magique sur ton bras* »).

Grâce aux nouvelles technologies comme l'IRM fonctionnelle et le PET Scan, les mécanismes mis en jeu sont par ailleurs mieux étudiés, avec de nombreuses publications scientifiques faisant état d'une connaissance accrue des mécanismes de l'hypnose, notamment sur la douleur. Ces connaissances, soutenues par des pratiques évoluant depuis des décennies, laissent à penser que l'hypnose ne peut être qu'une aide pour les patients qui en bénéficient. Elle peut être proposée de façon cependant différente, dans un cadre médical ou en suivi psychologique de patients, selon la formation du soignant qui la propose.

Préambules à l'utilisation de l'hypnose chez l'enfant

Pour faire de l'hypnose avec un patient, et encore plus s'il s'agit d'un enfant, il est fondamental d'établir une relation thérapeutique de qualité., car celle-ci est un puissant déterminant des effets de l'hypnose ⁽²⁾.

Barber écrit à ce propos: « *la relation entre un expérimentateur et le sujet est moins personnelle que la relation d'intimité plus puissante qui s'est développée entre un clinicien qui s'implique et un patient en souffrance. Il est clair que le succès clinique de la suggestion*

hypnotique requiert de l'innovation, d'être personnalisée, et des procédures cliniques sophistiquées. Il est difficile de comparer de telles procédures avec des procédures expérimentales bien contrôlées » ⁽³⁾. Elle suit en cela des observations faites par rapport à l'ensemble des dispositifs d'aide ⁽⁴⁾.

Afin de faciliter la relation avec l'enfant, il y a lieu de prendre le temps de connaître ses goûts et ses attentes. C'est au praticien de s'adapter au patient en aménageant ses techniques en fonction des données provenant de l'enfant, et ainsi proposer un accompagnement créatif et singulier ⁽⁵⁾. Cette adaptation à l'enfant passe aussi par une adaptation à l'âge de l'enfant, et à son développement.

Le modèle de Jean Piaget, psychologue suisse, est celui qui est encore utilisé dans la plupart des études sur la douleur de l'enfant et son développement cognitif. Piaget s'est intéressé à la genèse des structures logiques fondamentales et à l'élaboration de la pensée catégorielle. Pour Piaget, la pensée naît de l'action. Il existe, pour lui, une interaction entre l'inné et l'acquis et il centre son intérêt sur les relations entre l'enfant et le monde extérieur. Le développement et l'intégration des fonctions cognitives naissent de l'enrichissement de la structure de base de l'enfant, grâce à des expériences successives et répétées. Ce modèle a été depuis validé par de nombreuses études, justifiant que l'on continue encore actuellement à s'y intéresser, même si cette approche est parfois remise en question ⁽⁶⁾. (tableau 1)

Il est important que le thérapeute ait une connaissance sur le développement cognitif de l'enfant, car celui-ci est déterminant sur ce que l'enfant comprend de sa maladie, de sa douleur, sur

sa vision du monde qui l'entoure et sur la capacité qu'il a de communiquer à propos de ces éléments.

Aussi, l'écoute clinique qui précède l'hypnose doit permettre de saisir le mode d'appréhension du monde par l'enfant, et de pouvoir s'y adapter. Ce mode d'appréhension est accessible via l'écoute de son langage; la psychologie nous apprend en effet que la parole des patients est en lien avec la dynamique psychique sous-jacente, et notamment avec la façon dont le jeune patient perçoit son « univers ». Et en notant les mots de l'enfant puis en les réutilisant, on s'articule avec cet « univers » du patient, dont fait partie la façon dont il perçoit subjectivement et comprend sa douleur.

Nous avons précisé qu'il était important tout d'abord de mieux connaître les affinités de l'enfant (goûts...), de se référer à son niveau de développement, mais aussi d'adapter notre langage à son monde. Ce « langage adapté » permet dans un second temps (le travail par hypnose en tant que tel) de proposer des exercices qui eux aussi devront être adaptés au niveau de maturation psychologique de l'enfant** (tableau 2).

Notons à ce propos que chez l'enfant d'âge préscolaire (moins de 6 ans), il n'y a pas encore de distinction claire entre réalité et monde imaginaire, ce qui favorise l'usage par exemple d'histoires mettant en scène des personnages imaginaires et puissants. Également, chez l'enfant en âge scolaire et l'adolescent, les capacités hypnotiques sont maximales entre 8 et 12 ans et les enfants peuvent se concentrer et entrer en transe hypnotique beaucoup plus facilement que les adultes. Enfin, chez l'adolescent, les techniques utilisées sont les mêmes que celles de l'adulte (lévitation de la main, catalepsie du bras...). Les parents sont des alliés dans l'ap-

→ Tableau 1

Les stades cognitifs de Piaget, la compréhension de la douleur et la maladie et les répercussions sur les soins

		Conséquences sur les soins
<p>De 0 à 2 ans Stade des réflexes Stade des premières habitudes motrices Stade sensori-moteur de l'intelligence</p>	<p>L'enfant est dans une illusion de toute puissance, et s'attribue tout ce qui est bon. La douleur peut très rapidement envahir le bébé, car il n'a ni la notion du temps, ni celle du soulagement. Progressivement apparaît la peur de situations douloureuses (entre 6 et 18 mois), accompagnée de manifestations de tristesse ou de colère. Ce n'est qu'à partir de 18 mois, qu'il commence à localiser la douleur et à la reconnaître chez les autres.</p>	<p>Il utilise des stratégies non cognitives pour faire face à la douleur (demander à l'adulte de souffler sur une égratignure, ou de faire des câlins, ou des bisous...)</p>
<p>De 2 à 7 ans Stade de la pensée pré-opératoire</p>	<p>La pensée est toujours égocentrique. L'enfant a encore du mal à faire la différence entre ses propres pensées et celles des autres. Il ne peut se distancer de son environnement. C'est l'âge des pensées finalistes. La maladie est perçue comme un phénomène extérieur. La douleur est vécue comme une punition. L'enfant tient « l'autre » pour responsable de sa douleur. Il ne peut faire la distinction entre la cause et la conséquence de la douleur, ni faire un rapprochement entre traitement et soulagement de la douleur.</p>	<p>Il faut essayer de connaître les explications qu'il se donne, d'autant qu'il ne cherchera pas à les partager. C'est l'âge où il pense que la douleur peut disparaître par magie, par surprise... (pommade magique, gélule magique, masque magique pour le protoxyde d'azote).</p>
<p>De 7 à 11 ans Stade des opérations concrètes</p>	<p>L'enfant commence à se différencier des autres. La maladie est perçue comme une « contamination » par les plus jeunes ou intériorisée chez les plus âgés. La cause est cependant extérieure à l'enfant, et n'est pas toujours explicite. La douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps. Il existe une confusion sur le rôle de chaque organe.</p>	<p>Il demande à être rassuré car il a peur d'une atteinte de son corps. Il faut lui donner des explications sur la maladie et les traitements, avec des schémas ou des poupées. C'est l'âge idéal pour apprendre les techniques cognitivo-comportementales, lors des douleurs récidivantes ou chroniques.</p>
<p>Après 11 ans Stade des opérations formelles</p>	<p>La maladie et la douleur sont comprises de manière plus sophistiquée et peuvent être attribuées à des causes physiologiques et/ou psychologiques, et correspondre à un mauvais fonctionnement d'un organe.</p>	<p>L'enfant peut faire face à certaines situations mais ne connaît pas toujours les stratégies cognitives pour le faire.</p>

prentissage de l'hypnose. Ils peuvent aider le thérapeute à connaître les goûts et les centres d'intérêts de leur enfant, voire même sa manière de faire face à la douleur. Ils peuvent aussi aider leur enfant à utiliser l'hypnose lors de douleurs récurrentes (douleurs abdominales, par exemple) ou de gestes invasifs répétés, notamment par emploi de la distraction⁽⁸⁾. Différents supports, comme des CD adaptés, peuvent être utilisés⁽⁹⁾.

Usages de l'hypnose chez l'enfant douloureux

Dans le cadre de la douleur, plusieurs études ont montré l'efficacité de l'hypnose dans les soins des brûlés⁽¹⁰⁾, pour les douleurs cancéreuses^(11, 12, 13), les

douleurs chroniques et récurrentes (comme les douleurs abdominales⁽¹⁴⁾, l'arthrose juvénile⁽¹⁵⁾, les maux de tête⁽¹⁶⁾, les pathologies respiratoires^(17, 18, 19), etc.

En douleur aiguë, on cherchera à favoriser la concentration du patient sur autre chose que le lieu de stimulation douloureuse afin qu'il n'y ait pas de « sur-écoute » de la douleur. Le ton de la voix est alors plus directif, poussant l'enfant, grâce à son imaginaire, à focaliser son attention sur quelque chose de différent, le plus souvent agréable, et se « détacher » de la zone douloureuse. Cette capacité est obtenue par dissociation psychique⁽²⁰⁾. Pour les enfants plus petits, qui peuvent « échapper » à l'accompagnement du thérapeute, une participation active

physique peut aider l'enfant à se focaliser sur autre chose et au soignant de suivre l'adhésion du patient (par exemple, demander à un enfant de 4 ans d'appuyer avec ses doigts sur les doigts du thérapeute).

En douleur chronique ou itérative, le ton du thérapeute est plus permissif, mais il s'agit toujours d'induire chez le patient une focalisation de l'attention. Une fois l'induction faite et la dissociation psychique acquise, différentes techniques peuvent être utilisées pour modifier la douleur^(21, 22) comme des suggestions de dissociation, centrées sur l'analgésie ou encore axées autour de la réinterprétation de la sensation douloureuse pour qu'elle devienne moins déplaisante, ou moins intense.

→ Tableau 2

Techniques d'induction par classe d'âge *

De 0 à 2 ans Phase préverbale	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulation tactile, des caresses, tapotements • Stimulation kinesthésique : bercements, bouger un bras d'avant en arrière • Stimulation auditive : musique ou tout son ronronnant tel que rasoir électrique, sèche-cheveux ou aspirateur placé hors de portée de l'enfant. • Stimulation visuelle : des mobiles ou autres objets changeant de forme, de couleur ou de position • Présentation à l'enfant d'une poupée ou d'une peluche
De 2 à 4 ans Débuts de la phase verbale	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des bulles de savon • Livres animés • Contes • La visionneuse stéréoscopique • L'activité favorite • Parler à l'enfant par le biais d'une poupée ou d'un animal en peluche • La poupée de chiffon • L'ours en peluche • Regarder une induction menée sur soi-même sur une cassette vidéo
De 4 à 6 ans Phase préscolaire et début de la phase scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • Expirer à fond • Le lieu favori • Les animaux multiples • Le jardin fleuri • Contes (seul ou en groupe) • Le chêne puissant • Observer une pièce • Observer les lettres • Livres animés • L'imagination télévisuelle • La visionneuse stéréoscopique • La cassette vidéo • La balle bondissante • Biofeedback thermique (et autres) • Lévitiation inversée des doigts • Le terrain de jeux
De 7 à 11 ans Moyenne enfance	<ul style="list-style-type: none"> • L'activité favorite • Le lieu favori • Observer les nuages • La couverture volante • Jeux vidéo (réels ou imaginaires) • Faire du vélo • Lévitiation inversée du bras • Souffler à fond de ses capacités • La musique favorite • S'écouter sur un enregistrement audio • Observer une pièce • Fixation d'un point sur la main • Attraction réciproque des mains (doigts) • Rigidité du bras
De 12 à 18 ans Adolescence	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu ou activité favorite • Activité sportive • Catalepsie du bras • Concentration sur sa respiration • Jeux vidéo (réels ou imaginaires) • Fixation oculaire sur une main • Conduite automobile • Jouer ou écouter de la musique • Lévitiation de la main • Attraction réciproque des mains (doigts) comme des aimants • Jeux d'Heroic Fantasy (par ex. Donjons et Dragons)

*d'après : Olness K, Kohen DP [2006] Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. Satas, Bruxelles

Concernant la question de l'auto-hypnose, elle participe à la recherche d'autonomie du patient par rapport aux techniques d'hypnose, et au final à la gestion de ses douleurs. Un film produit par le docteur Leora Kuttner « No Fears No Tears »⁽²³⁾ développe ces différentes techniques. L'impact de cette approche pour le devenir de l'enfant est évident, ouvrant une nouvelle façon d'envisager sa vie, comme le montre un autre film de Kuttner : « No Tears, No Fears 13 years later*** »⁽²⁴⁾.

Quelques données autour de la relation

On connaît maintenant bien les composantes d'une relation dite de qualité (empathie, congruence...) et les attitudes et techniques qui la favorisent⁽²⁵⁾. Mais la fragilité dans laquelle les patients malades et douloureux sont plongés peut parfois constituer un obstacle à l'établissement d'une relation de qualité. L'hypnose possède alors l'avantage d'instaurer une rupture avec le mode de communication habituel. A-t-on l'habitude de voir un "bobologue" sortir de sa poche de l'eau savonneuse pour que l'enfant

souffle des bulles? Est-il courant de croiser une infirmière qui propose au patient de trouver au fond de lui-même l'endroit où se trouve une fontaine magique qui élimine toute fatigue? Voit-on beaucoup de psychologues demander à un patient d'imaginer quelle est la formule qu'Harry Potter pourrait lui apprendre pour se rendre invisible aux yeux de sa douleur?

La méthode hypnotique provoque une rupture dans la communication habituelle que l'enfant connaît d'un professionnel de santé qui lui parle de lui et de sa douleur. Ceci favorise son attention, et ouvre un champ de nouvelles possibilités où créativité et imaginaire vont pouvoir panser une réalité altérée et douloureuse. Et l'hypnose, avant même d'être un ensemble de techniques, constitue une nouvelle forme de relation d'aide qui facilite par la rupture instituée la sortie d'une certaine fatalité douloureuse. Ce nouveau mode de communication vient déjà restaurer quelque chose dans la relation praticien/patient où la douleur ne va plus occuper un espace occupant tout l'esprit, mais devient quelque chose dont il est possible de parler autrement, et donc qu'il est possible de vivre autrement. L'hypnose, en tant que pratique psycho-corporelle⁽²⁶⁾, est avant tout une expérience singulière prenant corps dans un nouveau relationnel⁽¹⁾. Selon le métier d'origine du professionnel de santé (médecin, psychologue, infirmier...), elle sera utilisée dans un cadre précis avec des objectifs parfois différents mais toujours complémentaires⁽²⁷⁾.

Conclusion

L'hypnose est une aide importante pour les jeunes patients, lorsqu'elle est bien adaptée. La méthode hypnotique va utiliser des images, des métaphores, et des suggestions en lien avec le symptôme. Et la facilité d'appropriation de cette approche par les enfants fait que les séances sont souvent plus interactives, plus "spontanées" qu'avec les adultes. La dimension ludique permet rapidement d'établir avec l'enfant un mode de communication encore peu habituel dans nos pratiques de soins. Cette "rupture" autorise un mode relationnel

nouveau, où le plus souvent l'expérience hypnotique va progressivement prendre le pas sur l'expérience douloureuse et permettre au patient de retrouver un certain contrôle sur son ressenti, gagner en autonomie, et faire que la douleur ou le symptôme ne l'envahisse plus, qu'il ne la subisse plus passivement. Même lorsque le soulagement total du symptôme douloureux n'est pas au rendez-vous, ce gain d'autonomie, de participation est déjà un progrès, et permet à l'enfant de mieux gérer les symptômes. Enfin, l'hypnose est une méthode, une approche sin-

gulière dans le domaine du soin qui ne nie pas les singularités d'approche professionnelle mais préserve une complémentarité de pratique entre chacun des intervenants.

Pour toutes ces raisons, à notre avis,

l'hypnose se développera dans les années à venir en pédiatrie, non seulement pour la prise en charge de la douleur, mais aussi pour bien d'autres indications ⁽²⁸⁾.

- * L'imaginaire est identifié, depuis la fin du XVIII^e siècle, comme l'un des constituants importants de la technique hypnotique ⁽¹⁾
- ** Différentes techniques d'induction hypnotique sont développées dans le livre « Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant » ⁽⁷⁾.
- *** Ces deux films sont disponibles depuis 2001 en traduction française par C. Wood et monté par F. Batista (Studio Robert Debré) auprès de l'hôpital Robert Debré, Paris : +33 1 40 03 53 46.

→ Références

1. Bioy A (2007) Découvrir l'hypnose. InterEditions, Paris.
2. Diamond MJ. (1984). It takes two to tango : the neglected importance of the hypnotic relationship. Am J Clin Hypn, 26 : 1-13
3. Barber J (2004) Hypnotic analgesia : mechanisms of action and clinical approaches. In : Psychological Methods of Pain Control : Basic Science and Clinical Approach, sous la direction de Donald D. Price, M. Catherine Bushnell, IASP Press, Seattle
4. Bénony H, Chahraoui K (1999) L'entretien clinique. Dunod, Paris
5. Kuttner L, Solomon R. (2003) Hypnothérapie and Imagery for Managing Children's Pain. In : Pain in Infants, Children and Adolescents. Sous la direction de N. Schechter, C. Berde, M. Yaster, Williams & Wilkins, Baltimore, 317-328
6. Zabalía M (2005). Auto-évaluation de la douleur : la théorie de Jean Piaget comme cadre interprétatif de l'expression de la douleur chez l'enfant : mise au point et perspectives. Journal de pédiatrie et de puériculture 18 : 176-181
7. Olness K, Kohen DP (2006) Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. Satas, Bruxelles
8. Walker LS, Williams SE, Smith CA, Garber J, et al. (2006) Parent attention versus distraction : Impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain, Pain, 122, 43-52.
9. Wood C, Leblanc V, Duparc-Allegria N (2006) Mieux vivre avec une douleur : "même pas mal". Editions Scientifiques L&C, Paris
10. Wakeman RJ, Kaplan JZ. (1978) An experimental study of hypnosis in painful burns. Am J Clin Hypnosis, 21, 3-12
11. Hilgard JR, LeBaron S (1984) Hypnothérapie of pain in children and adolescents with cancer. William Kauffmann, Los Altos, CA
12. Wild MR, Espie CA. (2004) The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology : a systematic review, J Dev Behav Pediatr, 25, 207-213
13. Lioffi C. (2001) The psychological management of paediatric procedure related cancer pain. Part 2. In : Procedure related cancer pain in children, sous la direction de C. Lioffi, Radcliffe Medical Press, Oxford, UK, 141-172
14. Sokel B, Devane S, Bentovim A. (1991) Getting better with honor : individualized relaxation/self hypnosis techniques for control of recalcitrant abdominal pain in children. Family Systems Medecine, 9, 83-91
15. Walco GA, Varni JW, Ilowite NT. (1992) Cognitive-behavioural pain management techniques in children with juvenile rheumatoid arthritis. Pediatrics, 89, 1075-1079
16. Olness K, MacDonald J, Uden D. (1987) A prospective study comparing self-hypnosis, propranolol in the treatment of juvenile classic migraine. Pediatrics, 79, 593-597
17. Anbar R. (2000) Self hypnosis for the management of chronic dyspnea in pediatric patients. Pediatrics, 107 (2), E21
18. Anbar R. (2000) Self hypnosis for patients with cystic fibrosis. Pediatr Pulmonol, 30(6), 461-465
19. Anbar R. (2002) Hypnosis in pediatrics: applications at a pediatric pulmonary center. BMC Pediatr, 2, 11
20. Michaux D (2006) Hypnose et dissociation psychique. Imago, Paris
21. Price DD. (1999) Psychological Mechanisms of Pain and Analgesia. IASP Press, Seattle
22. Rainville P, Price DD (2004) The neurophenomenology of Hypnosis and Hypnotic Analgesia. In : Psychological Methods of Pain Control : Basic Science and Clinical Perspectives, sous la direction de DD Price, C Bushnell, IASP Press, Seattle
23. Kuttner L. (1986) No fears, No Tears. Fanlight Productions, Harriman, NY
24. Kuttner L. (1998) No Fears, No Tears- 13 years later. Fanlight Productions, Harriman, NY
25. Bioy A, Maquet A (2003). Se former à la relation d'aide. Dunod, Paris
26. Célestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P. (2006) Guide des pratiques psycho-corporelles. Masson, Paris
27. Wood C, Bioy A. (2008) Pratiques de l'hypnose chez l'enfant douloureux. Douleur et analgésie, 21 (1) : 20-26.
28. Wood C, Bioy A. (2006) L'hypnose chez l'enfant : quelles indications ? Réalités Pédiatriques, 112, 1-5.



par Virginie Guastella /

Centre étude et traitement de la douleur, Hôpital Gabriel Montpied (CHU), Clermont-Ferrand
et Unité de soins palliatifs, Hôpital Nord, Cebazat (CHU), Clermont-Ferrand.

→ Prise en charge non médicamenteuse d'une douleur ayant des caractéristiques neuropathiques

Madame M.

Jeune femme de 42 ans

Mariée, 2 enfants en bas âge 3 et 6 ans

Secrétaire dans un cabinet médical

Sans antécédent particulier notable

Sportive.

Vient pour une douleur qu'elle décrit à type de sensation de courant électrique dans le bras droit, non permanente, survenant plutôt en fin de journée, récurrente, sans limitation des mouvements, avec douleur sourde diffuse dans l'omoplate droite, irradiant dans le cou mais supportable.

Pas de facteur déclenchant retrouvé.

Trajet bien systématisé d'allure NCB. DN4 = 4/10

Investigations complémentaires RAS.

Sa demande : être soulagée de cette sensation insupportable de courant électrique dans le bras.

À noter : Échec des traitements conventionnels (antalgiques classiques, antidépresseurs, anti-épileptiques, TENS) y compris de la PEC manuelle devant la suspicion conjointe d'un syndrome myofascial associé.

Lors de notre premier entretien, après l'interrogatoire avec anamnèse et l'examen clinique : la patiente se présente avec une douleur qui se déclare préférentiellement en fin d'après midi, après avoir récupéré les enfants à l'école et qui se calme quand les enfants sont couchés.

La prise en charge par l'hypnothérapeute diffère de celle du médecin conventionnel dans le sens où il ne va pas s'agir de revenir sur les caractéristiques de la douleur, le diagnostic ayant été établi mais essayer de se servir du ressenti de la patiente pour qu'elle en fasse quelque chose en ayant au préalable analysé à travers certaines questions les motivations réelles de la patiente à voir cette douleur disparaître :

- En quoi cette douleur vous gêne ? Pour s'occuper de ses enfants.

- Qu'est-ce que vous pourriez faire que vous ne faites pas aujourd'hui quand ça ira mieux ? Être plus disponible pour les enfants et mieux m'occuper d'eux.

- Pensez-vous pouvoir aller mieux rapidement ? Il le faut.

- Dans combien de temps pensez-vous être guérie ? Je ne sais pas mais j'espère rapidement.

- Qu'attendez-vous de la prise en charge ? Une aide et aller mieux.

Je lui propose de revenir pour débiter ensemble un travail.

Première séance : description de la douleur

« Voulez-vous bien ressentir cette douleur et me la décrire en détail ? »

« Fil électrique / barbelé / incandescent au paroxysme de la douleur »

« et maintenant comment pouvez-vous faire pour améliorer ça ? »,

« allez-y faites venir le soulagement et voyez comment cela peut se faire ou ne pas se faire »

La patiente reste fixée sur ce courant électrique et ne parvient pas à modifier les sensations.

Je lui propose de ne pas penser à cette séance, de laisser les jours s'écouler et de revenir pour poursuivre la semaine d'après.

Deuxième séance : déplacement de la demande

Je lui demande si elle souhaite reprendre la séance où nous l'avions laissée la semaine précédente. Elle me dit que « non » et que ce qu'elle voudrait faire c'est enfin pouvoir passer une fin d'après-midi normale, disponible avec les enfants, sans douleur.

Je lui réponds alors « faites-le ».

Elle choisit un jour où le plus grand est à une activité extra scolaire en soirée et se retrouve avec le plus petit. Tout va bien jusqu'à ce que le plus grand rentre, accompagné de son papa. Elle me dit « Je sens que la douleur arrive ».

« Voulez-vous bien l'empêcher d'arriver ? »

« C'est impossible elle est déjà là »

« Qu'est ce qu'il se passe? »

« C'est plus fort que moi »

Je lui demande, sur la semaine à venir, de noter sur un carnet, dans les moindres détails, tous les soirs lorsque les enfants sont couchés tout ce qu'il s'est passé et qu'elle a fait elle-même pour eux et pour la maison depuis qu'elle est allée les chercher à l'école et qu'ils ont été couchés par leur papa et de m'amener ses écrits la fois d'après.

Troisième séance : accomplissement d'une tâche

Lorsqu'elle revient, elle a répondu très consciencieusement à la tâche prescrite la fois précédente.

Elle me tend un carnet avec chaque jour de la semaine et les détails. Je lui propose de s'installer désormais comme elle sait bien le faire dans la transe hypnotique et de me raconter. Elle me raconte tout cela en détails et à aucun moment ne mentionne la douleur. Elle ajoute cependant qu'elle a remarqué qu'elle ne fait rien pour elle.

Lorsqu'elle réouvre les yeux, je lui demande comment elle se sent et elle me dit « bien ».

J'insiste et lui demande si elle n'a rien omis dans son récit. Elle répond que « non ».

Je lui propose de revenir et elle m'explique que ce ne sera peut-être pas nécessaire car ça fait trois jours qu'elle n'a plus mal. ●

→ Prise en charge d'une douleur dans un contexte de soins palliatifs

Madame T.

52 ans, hospitalisée en Unité de Soins Palliatifs (USP).

Néoplasie pleurale avec extension locorégionale. Secrétaire de profession.

Divorcée, ex époux décédé il y a deux ans d'un cancer bronchique.

Deux enfants éloignés géographiquement (une fille et un fils).

Papa âgé de plus de 80 ans, éloigné également Hospitalisée récemment pour un épisode dyspnéique majeur.

Améliorée sous oxygénothérapie + corticothérapie.

Lorsque je la rencontre la première fois, elle est hospitalisée dans un centre spécialisé dans la prise en charge du cancer :

Elle est invalidée par une douleur thoracique retro sternale survenant préférentiellement en fin de journée à type de brûlure et très intense. La patiente exprime aussi sa peur de l'asphyxie. Elle souffre d'une grande solitude. Il y a par ailleurs beaucoup de retenue chez cette femme et la crainte de déranger les soignantes.

Je la vois la seconde fois toujours dans ce même centre pour lui annoncer qu'avec son accord elle sera transférée dès le lendemain dans l'USP. Elle me reparle de ces douleurs retro sternales et je lui explique que je lui montrerais comment essayer de les atténuer sans l'aide

des médicaments. Elle me regarde alors d'un air mêlant surprise et scepticisme et me dit « ah, bon c'est possible? »

À son arrivée dans le service le lendemain Madame T. est inconfortable, elle relate que la douleur thoracique s'est installée au cours du transfert dans l'ambulance avec un ressenti physique de brûlure insupportable.

Je lui propose alors de faire un petit exercice que je ne nomme volontairement pas hypnose.

« Voulez-vous bien vous installer confortablement et prendre le temps de ressentir chaque fragment de votre corps? » ; « ressentez votre bras droit, sa légèreté, c'est comme si on avait accroché à votre poignet un ballon d'hélium qui l'attire vers le haut au fur et à mesure de sa lente montée vers le ciel » ; « vous y êtes? » ; « oui, oui » me dit-elle à travers cet exercice de lévitation. « Maintenant, je vous propose d'aller poser ce bras, cette main, sur la zone douloureuse et de voir si vous le voulez bien comment cette sensation agréable dans le bras, puis la main pourrait passer dans la poitrine » ; « je passe doucement la main » me dit-elle ; « ce sont des petits mouvements qui me soulagent » ajoute-t-elle en mimant l'action.

Je lui précise que nous avons tout notre temps, que le plus important est qu'elle puisse obtenir un apaisement et alors elle pourra « doucement revenir », « ouvrir les yeux », « prendre une grande inspiration ».

Je la revois ensuite après le week-end. Elle m'explique qu'il arrive encore que la douleur apparaisse mais avec une intensité plus faible et un meilleur vécu car elle sait qu'elle peut la maîtriser sans avoir à dépendre d'un médicament, plus exactement on pourrait dire sans avoir à appeler les infirmières... ●



Conditions légales et pratiques de l'hypnoanalgésie par un IDE

Nathalie Lelièvre / Juriste droit de la santé - AEU droit médical, DESS droit de la santé - Certificat d'aptitude à la Profession d'Avocat - Membre de la commission "Éthique et Douleur" - Espace Éthique Méditerranéen - lelievrenath@wanadoo.fr

Le décret de compétence ⁽¹⁾ est muet concernant la pratique de l'hypnoanalgésie. Faut-il en déduire ipso facto que la pratique est interdite aux infirmières ? Par un raisonnement, a contrario, la pratique de l'hypnoanalgésie par l'infirmier n'est pas interdite. En effet, l'infirmier n'est pas exclu des stages de formation en hypnoanalgésie. Il lui est interdit d'avoir recours à des soins médicaux

sans prescription. Or, la pratique de l'hypnoanalgésie n'est pas un acte médical. Le recours à l'hypnoanalgésie s'inscrit dans le cadre des activités du rôle propre de l'infirmier. Après une évaluation des besoins du patient et sous réserve de l'accord de celui-ci, l'infirmier peut donc avoir recours à cette technique sous réserve qu'il ait reçu une formation. ⁽²⁾ L'hypnoanalgésie doit être exercée

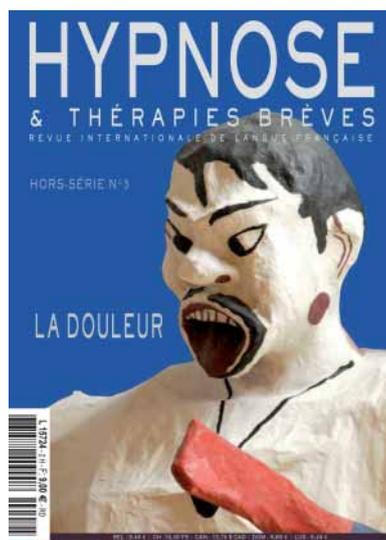
par des personnes formées : c'est la seule obligation des établissements ou services ayant recours à cette pratique.

→ en savoir +

Un article du même auteur intitulé "L'hypnoanalgésie serait-elle réservée à la sphère médicale ?" est paru dans la revue Douleurs, avril 2008 ; 9 : 150-2.

(1) Décret 204-802 du 29 juillet 2004, relatif à l'exercice de la profession d'infirmier

(2) Il s'agit des centres ayant signé la charte de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève, et de l'Institut Français d'Hypnose.



La revue Hypnose & thérapies brèves

Dr Patrick Bellet / Rédacteur en chef de la revue "Hypnose & thérapies brèves"
www.revue-hypnose-therapies-brevues.com - bellet.pat@free.fr

Cette revue professionnelle, internationale de langue française, est destinée à diffuser les travaux de recherche en hypnose et leurs applications thérapeutiques dans le domaine médical et psychothérapeutique. De parution trimestrielle, complétée par un hors-série thématique (prochain H-S à paraître en mars consacré exclusivement à la douleur), la revue aborde depuis trois années les thèmes les plus variés allant du traitement du tabagisme, de la fibromyalgie,

de l'analgésie chez l'enfant, du suicide, des difficultés scolaires, de l'hypnosédation au bloc opératoire en passant par le "burn out", les troubles psychosomatiques, etc. Référence dans son domaine, elle présente des articles de fond, des cas cliniques, l'histoire et l'actualité internationale de l'hypnose et s'adresse à tous ceux qui souhaitent bénéficier de nouveaux outils pratiques dans les domaines de la médecine et de la psychologie.

La Douleur

des recommandations à la pratique

Je désire recevoir gratuitement la Lettre

Nom : Prénom : Titre :

Établissement : Service :

Adresse professionnelle :

E-mail : Tél. :

À renvoyer à l'Institut UPSA de la Douleur : 3 rue Joseph Monier, BP325
92506 Rueil-Malmaison Cedex

Les informations ci-dessus sont nécessaires pour votre abonnement. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de l'IUD.

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR
Un engagement de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org

Directeur de la Publication : Dr Éric Boccard
Rédacteurs en Chef : Francine Hirzowski, Florentin Clère
Coordonnateur/Rédacteur Adjoint : Françoise Beroud
Comité de Rédaction : Nadine Attal, Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Éric Boccard, Bernard Calvino, Florentin Clère, Alain Eschallier, Dominique Fletcher, Ivan Krakowski, Bernard Laurent, Nadine Memran, Éric Serra, Richard Trèves, Jacques Wrobel.
Conception-réalisation : A CONSEIL Paris - Tél. : 01 42 40 23 00
N° ISSN : 1962-4263 - Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2009
Institut UPSA de la Douleur : Association loi 1901 à but non lucratif, 3 rue Joseph Monier - BP325 - 92506 Rueil-Malmaison Cedex
Tél. : 01 58 83 89 94 - Fax : 01 58 83 89 01
Email : institut.upsa@bms.com
Site Internet : www.institut-upsa-douleur.org