

La lettre L'infirmière et la douleur

n° 14

Destinée à tous les professionnels de la santé

Mars 2011



édito

À l'heure de l'évaluation du 3^e plan douleur 2006-2010 par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et du bilan sur une meilleure utilisation des méthodes non pharmacologiques, il est intéressant de s'interroger sur leur développement dans le champ de la prise en charge de la douleur.

Il existe trois types de méthodes non pharmacologiques : les moyens physiques et physiologiques (froid, chaud, massages, etc.), les méthodes cognitivo-comportementales (visualisation, récompense, etc.) et les pratiques psycho-corporelles (hypnoalgésie, relaxation, sophrologie, etc.).

Depuis plusieurs années, les pratiques psycho-corporelles se développent tout particulièrement et de nombreux professionnels de la santé se forment à des techniques non-médicamenteuses, telles que l'hypnose ou la sophrologie par exemple.

Le développement de ces méthodes ne peut s'envisager que si elles sont évaluées.

>>>

Sommaire

L'hypnose	p. 2	La musicothérapie	p. 11
La sophrologie	p. 9	Conclusion et perspectives	p. 15
Le toucher-massage	p. 10	En bref	p. 14, 15, 16

dossier

Pratiques psycho-corporelles et évaluation des pratiques soignantes

Ce dossier vise à démontrer que les pratiques psycho-corporelles sont à intégrer dans la pratique soignante et peuvent être à la portée de tout soignant, pour appréhender la douleur induite au quotidien.

À ce jour, peu d'études existent sur les pratiques psycho-corporelles et leur efficacité.

Les articles proposés ici mettent en avant des équipes œuvrant dans le champ de l'hypnose, de la sophrologie, du toucher ou encore de la musicothérapie, dans un souci constant d'amélioration de la prise en charge de la douleur, tout en respectant le fait que la personne soignée est « actrice » de sa prise en charge.



édito (suite)

En effet, au même titre que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), il est primordial d'expliquer l'intérêt et les limites des techniques non médicamenteuses dans la prise en charge des patients.

Depuis 2009, le Ministère de la Santé a mis en place un Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI).

Ce programme annuel a pour objet de promouvoir la recherche en soins.

En 2009, parmi les quatre projets primés dans le champ de la douleur, trois concernent les pratiques psycho-corporelles (cf. la rubrique « En Bref », p.15).

En parallèle, lors du 9^e Congrès de la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la douleur) en 2009 à Paris, deux projets de recherches en soins sur le toucher-massage bénéficient d'un prix :

- « Mesure des effets bénéfiques du toucher-massage sur la douleur des personnes âgées hospitalisées en unités de soins de suite », prix remis par la Fondation CNP Assurances,
- « Évaluation de l'efficacité du toucher comme moyen de prévention de la douleur provoquée par l'ablation du drain de redon après intervention pour prothèse totale de hanche », groupe de travail spécifique assuré par la SFETD.

Les résultats définitifs de ces deux études sur le toucher seront communiqués lors du forum infirmier du 11^e Congrès douleur de la SFETD, à Paris, du 16 au 19 novembre 2011.

Nathalie Fournival

Cadre de Santé, Formatrice-consultante
Membre de la Commission Professionnelle
Infirmière de la SFETD



L'intérêt de l'hypnose dans le confort des personnes soignées

Marie-Gabrielle Hentgen

Cadre de Santé, IFSI Paul Brousse, Villejuif

À quoi pensez-vous quand vous lisez : « hypnose » ? À une scène de music-hall où un hypnotiseur réalise des prouesses incroyables ? Ou aux yeux du fakir dans *Tintin et le lotus bleu* ? Ou encore, au livre de la jungle avec le « aies confiance » du serpent Kaa ?

Les représentations les plus courantes de l'hypnose suscitent simultanément amusement et méfiance avec, sous-jacente, la peur d'être manipulé. Pourtant, si l'hypnose permettait d'influencer quelqu'un à faire ce qu'il ne veut pas faire : cela se saurait !

1. Éléments de définition

En réalité, l'hypnose est un phénomène naturel que chacun d'entre nous a déjà expérimenté. Par exemple, lorsque vous conduisez et que vous arrivez à l'endroit prévu sans vous en rendre compte, vous étiez dans un état de transe hypnotique qui vous a permis d'arriver à bon port. Ou encore, à chaque fois que vous êtes concentré sur quelque chose qui vous fait oublier ce qui vous entoure : un bon film, un bon roman...

Ce phénomène naturel peut donc se produire spontanément ou être déclenché de manière artificielle par sa propre volonté ou avec l'aide d'un thérapeute qui en permet l'apprentissage.

La pratique de l'hypnose clinique nous apprend à atteindre cet état de conscience particulier, distinct de l'état de veille ou du sommeil, appelé « transe hypnotique ». Elle entraîne une levée des résistances habituelles et permet la création d'un pont entre le conscient et l'inconscient.

Dans cet état, le cerveau fonctionne de manière singulière, inhibant ou activant certaines zones différemment qu'à l'état de veille. Jean Becchio et Charles Jousselin⁽¹⁾ la définissent comme un état de lâcher-prise qui « diminue la réflexion habituelle qui accom-

pagne tout comportement volontaire ». La transe hypnotique favorise l'expression de l'aspect intuitif et créatif de notre cerveau en « dépotentialisant » les zones cérébrales concernées par l'aspect rationnel et analytique. Cet état « permet au patient d'effectuer un travail de réaménagement psychique » et l'oriente dans sa recherche de solutions pour atteindre les buts qu'il s'est fixés.

Une application existe dans le cadre du soulagement de la douleur. En effet⁽²⁾, il est démontré qu'en état de transe, l'activité des zones cérébrales concernées par la perception des couleurs est modifiée. L'expérience décrit une situation dans laquelle on propose deux tableaux représentant un camaïeu de formes l'un dans les tons noir et blanc et le deuxième en couleurs. Lorsque l'on demande au sujet à l'état de veille de fermer les yeux et de se représenter le tableau en couleurs, toutes les zones cérébrales « noir et blanc » et « couleur » sont activées. Chez le sujet en état de transe, seule la zone « couleur » est activée. Cette particularité peut être utilisée lors d'exercices pour soulager une douleur, en focalisant l'attention de la personne en état de transe sur une couleur différente de celle qui représente pour lui sa douleur.

Une étude⁽³⁾ publiée dans la revue *Gastroenterology* de novembre 2007 met également en évidence l'effet bénéfique de l'hypnose pour soulager la douleur dans le syndrome du colon irrité chez l'enfant. Les résultats sont spectaculaires : le taux de succès du traitement était de 85 % à 12 mois dans le groupe hypnose, contre seulement 25 % dans le groupe contrôle !

Ces deux études montrent que la pratique de l'hypnose permet d'augmenter le seuil de tolérance de la douleur. En effet, en état de transe l'intensité de la douleur perçue diminue.

La transe hypnotique pourrait aussi être définie comme un état d'hyper éveil des sensations. En effet, elle sollicite nos organes des sens pour porter une attention particulière à notre corps et à l'environnement. La pratique régulière de la transe hypnotique nous incite à être de plus en plus attentifs à l'instant présent si précieux dans la qualité de la relation à l'autre.

L'hypnose clinique se propose de développer cet état naturel d'hyper éveil des sensations.

2. À quoi sert l'hypnose ?

L'hypnose clinique tend à devenir de plus en plus connue et utilisée. Les diplômes universitaires à l'usage des médecins et les formations à l'usage des professionnels de santé se multiplient.

La pratique de l'hypnose clinique se développe particulièrement pour lutter contre la douleur mais aussi dans d'autres domaines comme les addictions, l'accompagnement des personnes en fin de vie, les troubles psychosomatiques, l'accompagnement d'une personne dans un trajet de maladie chronique, les problèmes d'estime de soi... Elle s'est particulièrement développée dans le domaine de l'anesthésie.

Les possibilités de l'hypnose sont multiples. Il semble que l'on puisse l'utiliser dans un grand nombre de pathologies avec deux restrictions relatives. D'une part, dans la psychose il est préférable que ce soit un psychiatre qui s'occupe de la personne. Et, d'autre part, l'hypnose ne sera pas utilisée

si un autre outil thérapeutique est plus adapté à la personne soignée. Il n'y a donc pas de contre-indication absolue à la pratique de l'hypnose.

Ainsi, développer la pratique de l'hypnose chez une personne engendre des modifications de l'activité cérébrale qui lui permettent de mobiliser ses ressources profondes et de faire émerger les solutions utiles pour améliorer son état de santé.

Ce fonctionnement psychique original a pour conséquence de rendre les fonctions supérieures (jugement, raisonnement, volonté) momentanément inopérantes et de mettre en évidence des capacités nouvelles du cerveau. Le sujet hypnotique devient alors très réceptif à la suggestion.

L'hypnose clinique se révèle être un outil utile pour les professionnels de la santé qui souhaitent enrichir leur expérience professionnelle.

3. Qui peut pratiquer l'hypnose ?

Tout professionnel étant dans une relation thérapeutique avec des personnes peut pratiquer l'hypnose clinique : médecin, psychologue, infirmier, aide-soignant...

L'utilisation de l'outil hypnotique nécessite une formation basée sur les aspects théoriques et sur la pratique d'exercices qui permettent d'utiliser les techniques nécessaires à la réalisation d'une séance mais aussi sur la participation à des groupes de supervision.

L'utilisation de cet outil permet à chacun d'optimiser son domaine de compétences et ne peut donc pas éthiquement devenir une spécialité. C'est l'outil qui est à notre service et non l'inverse.

4. Comment se déroule une séance ?

Le déroulement d'une séance sollicite de multiples capacités du thérapeute. Il s'agit de créer un climat de confiance et d'écouter afin de réaliser une anamnèse de qualité qui permet de personnaliser l'outil hypnotique. Chaque séance est présentée comme une

Pour en savoir +

- Association Française d'Hypnose www.afhyp.fr
- **Milton Erickson : Un thérapeute hors du commun.** Éditions La Méridienne
- **Becchio J., Jousselin C. : L'hypnose psychodynamique.** Édition Desclée de Brouwer.
- **Nathan T. : L'influence qui guérit.** Éditions Odile Jacob
- **Roustang F. : Qu'est-ce que l'hypnose ?** Éditions de Minuit

étape nouvelle dans l'apprentissage de l'outil hypnotique pour offrir à la personne la possibilité de s'inscrire dans un processus dynamique.

Classiquement une séance d'hypnose comporte six étapes. Cependant, chaque séance est toujours unique en fonction de ce que désire la personne au moment où elle se déroule.

La séance débute par un entretien afin de mieux connaître la personne : ce qu'elle aime, son langage (vocabulaire et expressions personnelles), ses attentes et ses motivations. Il s'agit d'appréhender la vision qu'a la personne du monde, de regarder à travers son prisme personnel pour potentialiser la communication d'inconscient à inconscient et favoriser l'émergence de changements.

Pendant cette prise de contact, le thérapeute devra démystifier les idées reçues sur l'hypnose si cela est nécessaire.

La détermination du problème qui se pose à la personne est une étape fondamentale de cet entretien. Le thérapeute guidera la personne pour transformer son problème en un but pour la séance. Par exemple, le but d'une personne qui souffre de dépression

sera non pas de guérir immédiatement, mais d'améliorer le symptôme de la dépression qui aujourd'hui la gêne le plus dans sa vie quotidienne.

La suite de la séance implique des préliminaires qui vont permettre de réunir les conditions spécifiques à la réalisation du travail hypnotique. Ensuite, l'utilisation de techniques hypnotiques favorisera l'induction de la transe. La phase thérapeutique peut alors débiter. Cette phase est celle qui demande le plus de créativité au thérapeute. Il s'agit de faire un choix judicieux parmi différentes suggestions possibles et d'imaginer différents types de métaphores « parlantes » pour la personne. La fin de la séance a pour but de ramener la personne à son rythme dans un état de veille et de lui proposer éventuellement de continuer cet apprentissage chez elle.

4. Conclusion

L'hypnose semble être un outil puissant de changement non seulement dans l'amélioration du confort de la personne soignée mais aussi dans la transformation psychique vers un « mieux vivre ». En effet, la pratique de l'hypnose nous rend plus enclin à percevoir les événements de la vie sur un mode positif. C'est surtout un outil à la portée de tous les professionnels de santé qui le souhaitent, grâce aux DU et aux formations proposées par différentes associations. J'ai le sentiment que cette approche a l'avantage de prendre en compte la globalité de la personne : le corps, l'esprit, son expérience de vie dans son environnement socio familial, mais aussi de lui donner une certaine autonomie pour améliorer sa qualité de vie au quotidien. ■

Biblio

1. J. Becchio, C. Jousselin. La nouvelle hypnose, initiation et pratique. Éditions La Méridienne. 1994.
2. S. Kosslyn, W. Thompson, M. Costantini-Ferrando, N. Alpert, D. Spiegel. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *The American journal of psychiatry*, Août 2000; 157: 1279-1284.
3. Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SCC, Tromp E, Benninga MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome : a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2007; 133: 1430-1436.



Hypnose et douleurs chroniques

Isabelle Célestin-Lhopiteau

Psychologue-Psychothérapeute, Unité Douleur et Soins Palliatifs, CHU Bicêtre
Isabelle.celestin@free.fr

Les douleurs chroniques sont un motif de consultations très fréquent, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant. Une approche thérapeutique, associant traitements médicamenteux et non médicamenteux, est indispensable pour une meilleure prise en charge dans la prévention et le soulagement de ce type de douleur et de l'anxiété associée.

L'intérêt de l'hypnose, et particulièrement de l'apprentissage de l'auto-hypnose, a été mis en évidence chez l'adulte et chez l'enfant dans de nombreuses symptomatologies douloureuses chroniques. L'hypnose permet de traiter la douleur en l'abordant dans ses manifestations objectives et, en même temps, dans ses conséquences au sein de l'existence du patient. Les bénéfices concernent la diminution du nombre de crises et de leur intensité, mais aussi de l'angoisse liée à celle-ci ainsi que de l'anticipation anxieuse de l'apparition de la douleur.

Diverses recherches cliniques, ainsi que la pratique, mettent en évidence de bonnes réponses au traitement par l'hypnose thérapeutique chez des patients adultes ou enfants présentant des douleurs chroniques aussi variées que les lombalgies chroniques,

les migraines et les douleurs abdominales liées aux migraines, les céphalées de tension, la douleur abdominale du colon irritable, la maladie de Crohn, les douleurs viscérales de la drépanocytose, la fibromyalgie, les douleurs du membre fantôme, l'algodys-

trophie, les douleurs de la polyarthrite... Ces études montrent les bénéfices de l'hypnose et l'intérêt de l'apprentissage de l'auto-hypnose pour soulager et prévenir la douleur chronique. Ces bénéfices peuvent concerner la diminution du nombre de crises, de

leur intensité, mais aussi de l'angoisse liée à la douleur, voire de l'anticipation anxieuse de l'apparition des symptômes lors d'une crise ^(1, 2, 3, 4).

1. De bons résultats pour les douleurs abdominales

C'est ce que l'on peut constater par exemple chez les patients atteints de douleur du colon irritable. Des recherches ont montré l'efficacité de l'hypnose chez des adultes souffrant du colon irritable (Gonsalkorale WM, 2003)⁽⁵⁾ mais aussi chez les enfants présentant des maux de ventre de type fonctionnel prolongés, dans une étude réalisée par Vlieger en 2007⁽⁶⁾. Chez les enfants, les maux de ventre constituent 2 à 4 % des motifs de consultation auprès de leur médecin de famille ou pédiatre. Dans plus de 90 % des cas, aucune cause organique n'est mise en évidence et le diagnostic posé est celui de douleurs abdominales fonctionnelles. L'évolution spontanée de cette affection est généralement favorable, mais certains enfants présentent des plaintes invalidantes durant des périodes prolongées, ce qui peut gêner fortement leurs capacités fonctionnelles normales. Cette étude randomisée, contrôlée, unicentrique a été réalisée auprès de 53 enfants âgés de 8 à 18 ans, référés à l'hôpital universitaire d'Amsterdam. Comparées au traitement standard (éducation + diététique + médicaments), six sessions d'hypnose dirigées de 50 minutes (suggestions pour augmenter la confiance en soi, relaxation, contrôle du mal de ventre) sur une période de 3 mois, sont plus efficaces. Un carnet de bord de la douleur était à compléter par les participants tous les 7 jours, en mentionnant l'intensité et la durée de la douleur ainsi que les symptômes connexes (avec analyse de ce carnet de bord par un chercheur en insu du traitement effectué). Le suivi a été réalisé après 1, 4, 8 et 12 semaines et après 6 et 12 mois. L'étude de Vlieger a mis en évidence qu'une hypnothérapie est très efficace chez ces enfants. Une rémission clinique est observée chez 53% des patients dans le groupe hypnose, de 0 à 3 mois, 85% à 1 an (VS 12 – 25% dans le groupe standard, soit une différence significative : $p < 0,001$).

2. L'hypnose prend en compte les aspects sensoriels et émotionnels simultanément

Pour comprendre l'efficacité de l'hypnose dans des situations de douleurs chroniques très diverses, revenons à la définition de la douleur, telle que le propose l'Association Internationale de l'Étude de la Douleur (IASP) ; la douleur est : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions ».

Ce que nous pouvons constater d'emblée dans cette définition, c'est qu'il n'y a pas de clivage entre le sensoriel et l'émotionnel. Quelle que soit la situation douloureuse, les aspects sensoriels et émotionnels sont à prendre en compte en même temps. C'est ce que l'hypnose se propose de faire.

La douleur chronique ne peut pas être réduite à une douleur aiguë qui persiste. Elle a perdu sa fonction de symptôme d'alarme d'un dysfonctionnement somatique le plus souvent dissociée de sa composante lésionnelle pour devenir une maladie en soi : la douleur devient l'essentiel de la maladie avec des conséquences sensorielles, émotives, cognitives, comportementales, qui vont l'entretenir, la renforcer. Soigner un patient

qui présente une douleur chronique, c'est prendre en compte en même temps les aspects somatiques, psychologiques, relationnels qui sont liés, intriqués entre eux. La douleur chronique nous invite à dépasser la dichotomie corps-esprit, à envisager en permanence l'intrication entre la douleur et la souffrance du patient. ⁽⁷⁾

Tout un jeu de variations apparaît donc de la douleur à la souffrance : la douleur purement physique n'est qu'un cas limite, car elle va rarement sans douleur psychique, comme l'est la souffrance purement psychique, qui s'accompagne souvent de somatisation. Divers exemples éclairent la multiplicité des liens entre douleur et souffrance : différentes études ont montré que l'intensité de la douleur perçue n'est pas proportionnelle au type de lésion ni à l'étendue des lésions tissulaires. Différents facteurs environnementaux ou internes vont moduler la perception du message et les réponses neuro-biologiques du système nerveux central pour atténuer cette perception. La douleur, voire l'anticipation de la douleur, cause du stress, de l'angoisse et génère de la dépression. Mais on sait également qu'à l'inverse plus on a peur, plus on a mal. Dans le domaine de la douleur chronique, le stress peut déclencher, entretenir ou résulter de cette douleur. Certains patients vont demeurer dans une souffrance très importante, bien que la

Témoignage

La douleur ne modifie pas seulement la relation du patient à son propre corps mais aussi aux autres et au monde qui l'entoure.

Tom, garçon de neuf ans, venant consulter pour des migraines et céphalées de tension associées, nous donne un exemple de l'impact de la douleur dans sa vie, plus particulièrement sur son identité. Ses migraines sont fréquentes, l'amenant à rester couché et l'empêchant d'aller à l'école quand il a mal. L'anticipation de la prochaine crise est très angoissante pour lui. Il raconte : « J'ai toujours peur que ça revienne, que la crise arrive n'importe où... Des fois, aussi, je regarde les filles dans la classe et j'essaie d'imaginer en regardant leur visage, celle qui quand elle sera grande

supportera un garçon malade, un garçon qui a tout le temps mal... ».

Cette douleur a un impact clair sur la relation que ce garçon entretient à son futur et à l'image qu'il a de lui, l'image d'un malade. Le travail du thérapeute va porter sur la relation que celui-ci entretient avec sa douleur.

La douleur chronique va modifier la relation du patient à son corps, à l'image qu'il a de son corps, bousculant son identité jusqu'à créer parfois une crise identitaire.

douleur soit bien prise en charge, contrôlée : souffrance d'un futur incertain, de perdre le contrôle face à la maladie grave, de se sentir envahi par la maladie, physiquement et ou psychologiquement. D'autres voient leur douleur diminuer parce qu'un diagnostic est posé ou parce que le diagnostic posé a été bien accepté, et cela modifie leur façon de penser la maladie et de percevoir la douleur.

3. Douleur et repli sur soi

Quelle que soit la situation douloureuse, qu'il s'agisse d'ailleurs de douleur chronique mais aussi aiguë, nous pouvons constater un même impact de la douleur sur les perceptions de l'individu qui souffre : l'individu qui a mal est concentré sur sa douleur, se replie sur lui-même, ce qui le fait sortir du mouvement habituel de la vie en réduisant son monde à la douleur et à elle seule. La douleur ne modifie pas seulement la relation du patient à son propre corps mais aussi aux autres et au monde qui l'entoure.

D'une certaine façon, les patients focalisés sur leur douleur sont déjà dans un état d'hypnose, mais une hypnose négative. Quand la douleur est aiguë, le monde se ferme sur la douleur, quand la douleur est chronique, il y a une focalisation sur la douleur quand la crise est là, mais aussi sur la douleur quand elle n'est pas là, puisqu'on trouve une anticipation anxieuse de la prochaine crise (ou de l'émotion qui déclenche la douleur).

4. Déplacer l'attention du patient

Le travail de l'hypnose, le processus hypnotique va consister alors à déplacer l'attention du patient à nouveau sur d'autres éléments de son contexte⁽⁸⁾, à le défocaliser de la douleur : Les outils proposés ont pour but de l'amener à quitter cette fermeture sur la douleur, à le dissocier de ce type de perception, pour l'amener à s'ouvrir à d'autres perceptions sensorielles. Il s'agit ainsi d'amener le patient à créer de nouveaux liens avec son corps mais aussi avec ce qui l'entoure, de faire émerger ces ressources. Le thérapeute, pour cela, doit mettre en évidence sur quoi le patient est bloqué (la douleur elle-même, l'émotionnel...) et ainsi

proposer les exercices pour le mobiliser. Cerner l'expérience et la représentation de la douleur et de ses impacts dans la vie du patient, est un prérequis pour s'ajuster, s'adapter au patient tout au long de la séance. L'action thérapeutique va reposer sur ce que le patient évoque de sa douleur et souvent, sur l'analogie, la métaphore que le patient en fait. Ce temps passé à faire décrire précisément au patient ce qu'il ressent est très important car il arrive parfois que les patients aient un discours qui n'est pas le leur (par exemple le discours médical). Le thérapeute demande au patient de décrire la douleur et chez les enfants de la faire dessiner. Un patient peut décrire une douleur en disant « c'est comme un étou » ou « c'est comme une piqûre », « cette douleur c'est comme un nuage qui s'épaissit dans le ventre ». C'est alors à partir de ce que le

patient évoque de sa douleur que le thérapeute va suggérer la modification de cette perception. Une fois ces éléments identifiés par l'hypnothérapeute, il est ensuite possible d'intervenir, de dédramatiser le problème, de le recadrer. Le patient aborde alors tout en même temps, le sensoriel, l'émotionnel, sans chercher des liens de causalité⁽⁹⁾.

5. Mettre le patient en position d'activer ses propres ressources

En hypnose, le but est de permettre au patient d'activer ses propres ressources⁽¹⁰⁾. Cela a à voir avec la notion de résilience qui est « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité

Cas clinique

Proposer des séances d'hypnose à un patient douloureux chronique revient à lui apprendre l'auto-hypnose.

Prenons l'exemple de Thomas, 9 ans, venant consulter en centre anti-douleur pour des migraines fréquentes (6 à 8 par mois) avec une durée de crise supérieure à une heure. La localisation est frontale et la douleur pulsatile, avec nausées, vomissements, et pâleur inaugurale. La sensation douloureuse est décrite comme sensation de marteau qui cogne tout le crâne. Les parents notent une amélioration par le sommeil.

Les facteurs déclenchant identifiés sont le stress à l'école et lors des activités extrascolaires, la luminosité, le bruit. Il existe une anticipation anxieuse à la fois de la crise de migraine mais aussi des situations jugées stressantes à l'école. On peut repérer chez cet enfant une auto-exigence de perfection l'amenant à dépasser ses limites en permanence, à se saturer pour s'adapter, voire se sur-adapter. Son emploi du temps est d'ailleurs celui d'un PDG, courant avec sa mère d'un RDV à l'autre, d'une activité à l'autre. Le temps est rempli, happé par l'école et les innom-



brables activités jusqu'aux jours où les migraines s'installent obligeant un ralentissement. Les migraines commencent alors à perturber le travail scolaire par un fort absentéisme. La question du rythme, du temps, se pose en permanence à cet enfant. Les seuls moments de pause sont finalement les moments de migraine.

L'approche hypnotique va intégrer de multiples stratégies orientant cet enfant vers ses propres ressources. Cela lui permettra de diminuer la fréquence et l'intensité des crises en l'amenant à modifier sa vision du monde, à sortir de l'anticipation anxieuse de la prochaine crise, à expérimenter des temps de pauses pendant la séance où il n'y a pas d'effort à faire pour se sentir exister, puis en dehors des séances en auto-hypnose.

qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » et qui prend appui sur différentes stratégies de Coping (les stratégies qu'un individu développe pour faire face à un problème). Or, toutes les stratégies de Coping n'ont pas la même efficacité. Il arrive que face à un problème, nous nous heurtions à un mur en répétant les mêmes façons de réagir, il suffit parfois de faire un pas de côté pour observer la situation sous un autre angle de vue c'est ce que propose la séance d'hypnose, ce pas de côté où le patient n'a plus à faire face, peut lâcher prise et c'est dans ce moment particulier, qu'il peut accéder à d'autres ressources.

Les suggestions pourront orienter le patient vers des apprentissages, des ressources qu'il a développés dans un domaine de sa vie pour les transférer et les utiliser dans la situation de douleur. Le thérapeute peut également proposer au patient de dessiner, de prendre la posture, de s'imaginer « quand ça va mieux », c'est-à-dire orienter le patient vers la solution que lui peut imaginer et l'amener à ressentir ce que peut être ce mieux-être.

Cela permet de réduire le catastrophisme lié à la chronicisation d'une douleur. Le catastrophisme (Sullivan, 2001)⁽¹⁾ peut être défini comme une croyance ou une orientation négative exagérée à l'égard des stimuli douloureux et de l'expérience de la douleur. Le catastrophisme est un filtre à travers lequel la personne perçoit la douleur comme un danger face auquel elle ne peut faire face. Cette croyance est différente de la dépression bien qu'elle puisse en être un précurseur. Cet élément apparaît comme un frein à la capacité antalgique propre de l'individu.

Le patient expérimente pendant la séance d'hypnose différentes façons de modifier la sensation douloureuse. Tous ces outils proposés en hypnose pour aborder la douleur chronique auront pour but de favoriser l'autonomie du patient. Proposer des séances d'hypnose à un patient douloureux chronique, revient à lui apprendre l'auto hypnose, c'est un travail sur l'autonomie, avec des outils qu'il acquiert pour faire face à la douleur quand elle se présente et sur l'émotionnel associé à cette douleur.

Dans le cadre d'une douleur qui se chronicise, le travail en hypnose portera sur les différents facteurs psychologiques pouvant parfois déterminer, moduler ou constituer des facteurs de vulnérabilité ou de maintien de la symptomatologie douloureuse.

6. Conclusion

Traiter la douleur chronique, c'est l'aborder dans ses manifestations objectives et en même temps dans ses conséquences au sein de l'existence du patient, à la fois dans une perspective de soulagement mais aussi de prévention. Il s'agit d'avoir accès à l'individu douloureux et pas seulement à la douleur de l'individu. C'est l'orientation de l'hypnose qui amènera le patient douloureux chronique à travailler sur tous les liens, lien à son corps, à ses pensées, à ses émotions, aux autres, au monde autour de lui, au travers de la relation hypnotique. ■

Biblio

1. Jensen MP, Hanley MA, et al. Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: a case series. *Int J Clin Exp Hypn.* 2005;53(2):198-228.
2. Thomas JD, Self-hypnosis and sickle-cell disease in children: Impact on disease related self-efficacy. *Journal of developmental and behavioural pediatrics.* 26(6):466, December 2005.
3. Daniel P, Kohen, MD, Zajac R, Self-Hypnosis Training for Headaches in Children and Adolescents. *J Pediatr* 2007;150:635-9.
4. Cuellar NG. Hypnosis for pain management in the older adult. *Pain Manag Nurs.* 2005;6(3):105-11.
5. Gonsalkorale WM, Miller V, Afzal A, Whorwell PJ., Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut,* nov 2003 ; 52 : 1623-9.
6. Vlioger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, et al. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2007;133:1430-6.
7. Célestin-Lhopiteau I., Douleur et souffrance, in Antoine Bioy & Didier Michaux, *Traité d'hypnothérapie*, Paris, Editions Dunod, 2007. 271-284.
8. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C, *Aide Mémoire à l'hypnose*, Dunod, Paris, 2010
9. Célestin-Lhopiteau I, *L'hypnose et l'enfant*, in *L'hypnose aujourd'hui*, Paris, Editions in press, 2005, 177-192
10. Célestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P : *Guide des pratiques psychocorporelles*, éditions Masson, Paris, 2006
11. Sullivan M.J.L., Thorn B., Haythornthwaite J.A., Keefe F., Martin M., Bradley L.A., et Lefebvre J.C.(2001). Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *The Clinical Journal of Pain* ; 17(1) : 52-64.

Le saviez-vous

L'étude Regards⁽¹⁾ (Recueil Épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants), menée du 11 janvier au 19 février 2010 dans 28 centres d'accueil de personnes âgées de plus de 65 ans en Ile-de-France, a recensé 35 686 gestes douloureux, dont 76,4 % étaient des soins d'hygiène, d'aide et de confort, soit 8 gestes sur 10 relevant du rôle propre infirmier⁽²⁾.

Moins de 1 % des gestes ont été réalisés avec une analgésie spécifique.

Cette étude, pilotée par le CNRD⁽³⁾, est le premier travail de recensement qualitatif, quantitatif de tous les soins et gestes douloureux et stressants effectués quotidiennement par les soignants chez les personnes âgées en gériatrie.

1. Regards, P. Cimerman, M. Galinski, P. Thibault, C. Boudier, D. Annequin, R. Carbajal et le groupe « Regards »
2. Article R4311-5 du Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)
3. CNRD : Centre National de Ressource de lutte contre la Douleur



Hypnose et douleur provoquée par les soins

Thierry Moreaux

Puériculteur, infirmier anesthésiste

Membre de la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD, Paris

Une séance d'hypnose pour une petite fille de 2 ans pour un myélogramme

Je rends visite à Claire la veille du soin pour faire connaissance et lui demander ce qu'elle veut vivre ou me raconter pendant la séance: elle aime les dauphins et les arts plastiques...

J'opte pour les dauphins...

Un anxiolytique est donné le soir et le matin pour détendre l'enfant. Pour prévenir la douleur du geste, elle reçoit également un antalgique et la crème anesthésiante est appliquée deux heures avant. Le MEOPA¹ est administré pendant le soin.

Afin de prévenir la mémorisation de l'anxiété et de la douleur potentiellement générées par ce geste, une séance d'hypnose est proposée à Claire.

Je prépare l'enfant 15 minutes avant le soin douloureux. Claire souhaite que sa maman reste auprès d'elle et lui tienne la main pour la réconforter et l'accompagner.

Je mets une musique de fond de relaxation « musique océane » : bruits d'eau, de vagues, d'oiseaux... pour que l'enfant se détende encore plus et se concentre sur les bruits agréables.

Je commence par une séance de relaxation pour obtenir une détente du corps et je l'invite à se concentrer sur sa respiration pour l'aider à évacuer son anxiété...

Une fois l'enfant bien détendue, je lui propose de se remémorer un souvenir agréable: s'imaginer sur une plage, se balader et se concentrer sur les bruits des vagues et tous les bruits, cris des dauphins au loin et d'autres bruits.

Puis elle aperçoit le dos gris argenté des dauphins qui surfent dans les vagues et vont très vite... puis ils se reposent dans les creux des vagues, se laissant gentiment monter et descendre au rythme de l'eau.

Elle me dit qu'ils ont un trou sur la tête et à chaque expiration, ils émettent un sifflement. Ils soufflent et chassent l'eau qui sort du trou de leur tête.

Son rêve c'est de nager avec les dauphins et nous partons nager dans la mer pour aller vers les dauphins, nous les voyons se redresser sur leur queue tout en reculant, c'est merveilleux et ils commencent à frôler les jambes de Claire, la peau du

dauphin est lisse et douce... et elle va s'accrocher à sa nageoire dorsale, le dauphin attend qu'elle soit bien accrochée et commence à surfer dans les vagues, les sensations sont fortes et elle avait l'impression d'être un navire fendant les flots, c'est si merveilleux, quelle ivresse!

Puis au moment où le soin est le plus douloureux, le dauphin va de plus en plus vite et Claire est toujours accrochée à la nageoire; je profite de cette occasion pour qu'il y ait de l'action et qu'elle oublie cette douleur qui pourrait être très pénible...

Je lui raconte que les dauphins sont très affectueux et qu'ils aiment les humains et sont très délicats. Ils ne pondent pas d'œufs mais mettent bas et allaitent leurs petits et c'est une autre dauphine qui va éduquer le bébé avec l'accord du papa dauphin.

Claire est détendue et se laisse porter par le dauphin dans l'eau. C'est très agréable et elle profite de toutes les sensations fortes et semble détendue. Elle laisse faire les choses et profite de chaque instant...

Chaque personne ayant nagé avec des dauphins est transformée. Ils nous donnent de l'énergie. Nous ne recevons pas le même choc énergétique avec une tortue. Nous pouvons nous sentir très heureux après, mais ce n'est pas aussi puissant. Les dauphins "actionnent un interrupteur" dans ton cœur et dans ton esprit. C'est très fort et direct.

Un des messages des dauphins est de ne pas se concentrer sur ce qui va mal, mais sur ce qui va bien et de construire sur cette base.

L'examen est presque terminé et Claire a un rêve: c'est de nager avec les dauphins... C'est ce qu'elle a demandé au sein de l'hôpital qui la prend en charge et qui réalise le rêve des enfants malades du service d'hématologie.

Claire a évalué sa douleur à 2 sur 10 avec l'échelle numérique pendant le soin car elle s'est sentie confortable et les conditions d'accompagnement étaient favorables. Elle souhaite, lors d'une fois prochaine avoir ce même soin dans les mêmes conditions de réconfort et de bien-être.

1. MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote



La sophrologie pour accompagner des enfants hospitalisés en ambulatoire

J sabelle Detcheverry

Infirmière, sophrologue, Nantes

La prise en charge de la douleur est complexe, elle a une nature physiologique et psychologique. Le docteur Annequin a écrit : « La définition de la douleur insiste sur sa nature mixte unissant de manière indissociable émotion et sensation ».¹

Il y a quelques années, je cherchais comment exercer mon métier d'infirmière en prenant en charge le patient totalement : sa personne, son histoire, son environnement. C'est alors que j'ai découvert la sophrologie, ce fut une révélation ! Je pouvais enfin m'occuper des patients dans leur globalité. Je me suis formée pendant deux ans à l'Institut de Sophrologie de Rennes. Je devais accomplir un stage pour valider mon diplôme de sophrologue. Il me fallait trouver un établissement acceptant l'idée que la prise en charge des patients était pluridisciplinaire et associée à des techniques non médicamenteuses. La clinique urologique Nantes atlantis dans la région nantaise a accueilli ma demande, la directrice des soins infirmiers a ainsi accepté mon stage.

1. La sophrologie entre dans la politique de soins de l'établissement

Nous avons observé que les enfants qui entraient au sein du bloc opératoire pleuraient ou criaient, ce qui entraînait des situations difficiles à vivre pour les enfants et les soignants. Souvent, ces enfants connaissaient, ici, leur première intervention chirurgicale. L'enjeu était important : les aider à bien vivre cette première expérience afin que cela ne s'inscrive pas dans leur histoire comme une situation traumatisante qui aurait, ensuite, des répercussions sur d'éventuelles autres hospitalisations... La sophrologie pouvait-elle améliorer le vécu de l'enfant et son stress peri-opératoire ?

Introduire la sophrologie dans la prise en charge des enfants supposait de rentrer dans la politique de soins de l'établissement, et ceci fut acté. Après un audit local, la sophrologie a été ajoutée dans la prise en charge de l'enfant opéré en ambulatoire. Comment dès lors faire intégrer les principes de la sophrologie à des enfants en si peu de temps ? Utiliser les ressources de l'enfant, entrer dans son monde d'imagination pour lui faire intégrer des techniques de relaxation... Par le jeu, l'enfant lâche prise et intègre des outils qu'il peut ensuite utiliser seul ou avec l'aide d'un adulte. Accompagner l'enfant avec des techniques de sophrologie pendant un épisode douloureux lui permet de se relaxer et de détourner son esprit de la sensation douloureuse.

2. La sophrologie devient un projet d'établissement

Nous avons, avec le CLUD², mis en place des outils d'évaluation de la douleur, la sophrologie faisait partie intégrante des axes du CLUD.

Nous avons par ailleurs répondu à un appel à projet du CNRD (Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur) qui recherchait des prises en charge de douleur provoquée par les soins par des moyens non médicamenteux. Le projet de la sophrologie dans la prise en charge des enfants opérés en ambulatoire a été présenté et retenu par le CNRD. Il nous a apporté son aide logistique dans la mise en œuvre d'une étude. Celle-ci a débuté en novembre 2007 et s'est

terminée en juillet 2009. Son objectif était d'évaluer si la préparation d'un enfant  g  de 3 à 9 ans accueilli en ambulatoire avec une séance de sophrologie de 30 minutes avant la prémédication, permettait de diminuer, voire de supprimer, la douleur post-opératoire et de réduire l'utilisation d'antalgique. Cette étude observationnelle, avant et après l'intervention, a été réalisée en deux temps.

Tout d'abord, une période où les enfants étaient pris en charge de façon standard puis une période où les enfants bénéficiaient en plus d'une séance de sophrologie.

La douleur était évaluée, avec l'échelle OPS, à 5 minutes, 30 minutes et 4 heures après le réveil et 5 minutes après le retour en chambre. >>>

Origine de la sophrologie

Il y a 50 ans, Alfonso Caycedo, psychiatre colombien, a crée une méthode de relaxation originale, permettant d'utiliser les ressources du patient avec des techniques orientales (zen, bouddhisme, yoga) modifiées pour les occidentaux. Cette technique est la sophrologie : elle renforce de manière positive son image corporelle dans sa globalité.

3. Le déroulement du soin incluant une séance de sophrologie

Nous voulions garder l'organisation que nous avons mise en place au sein de la clinique, reflet de notre travail interdisciplinaire.

En premier lieu, une fois la décision d'opérer prise, le chirurgien présentait aux parents la sophrologie. Il remettait à l'enfant un livret où toutes les étapes de son hospitalisation étaient dessinées.

Première approche sophrologique : l'enfant devait se dessiner ou se colorier à travers ces différentes étapes. L'intégration de sa place dans son parcours opératoire pouvait commencer... Pendant sa consultation, l'anesthésiste récupérait les coupons-réponses des parents qui permettaient, ensuite, d'organiser le planning opératoire.

L'organisation opératoire s'adaptait afin que les enfants aient le temps d'avoir la séance de sophrologie avant la prémédication. Le jour de l'intervention chirurgicale, l'enfant était installé et accueilli dans sa chambre par l'infirmière responsable de l'ambulatoire. Je venais ensuite chercher les enfants par deux pour 30 minutes de sophrologie.

La première partie de la séance était consacrée au jeu afin que l'enfant intègre son image corporelle, la seconde à la relaxation avec l'apprentissage de techniques qui pouvaient être utilisées dans son parcours opératoire. Chaque enfant suivait le même protocole de séance.

Je les accompagnais, ensuite, dans leur chambre où je présentais aux parents, avec

l'enfant, les techniques qui pouvaient être utilisées. Pour intégrer en totalité la séance, l'enfant se dessinait dans le livret.

Je remplissais ensuite la feuille de protocole de séance et le document de recueil de données que j'insérais dans le dossier infirmier. Sur cette dernière figurait l'évaluation de la douleur avec l'échelle OPS (Objective Pain Scale, 0-8), la consommation d'antalgique et l'utilisation des techniques de sophrologie en postopératoire. Le personnel soignant pouvait à tout moment se référer au protocole de séance pour pouvoir accompagner l'enfant avec une technique de sophrologie. Le titre y était inscrit avec la description de l'exercice.

4. Les résultats de l'étude

Pendant ces deux ans, 137 garçons de 3 à 9 ans ont été inclus, 73 sans prise en charge sophrologique et 64 avec une prise en charge sophrologique. L'analyse de l'étude menée par le CNRD n'a pas mis en évidence de différence significative d'intensité de la douleur entre les deux groupes. Une diminution de la consommation des morphiniques cinq minutes après le réveil pour le groupe des enfants ayant reçu de la sophrologie a été observée. Un tiers des enfants a utilisé les stimulations sophrologiques en post-opératoire.

5. D'abord une expérience humaine

Au-delà des chiffres, ce fut une formidable expérience humaine. Le personnel soignant avait une ressource supplémentaire dans la

prise en charge des enfants. Par l'intermédiaire des techniques de sophrologie, il rentrait en communication avec l'enfant par le jeu... Les parents devenaient acteurs dans l'accompagnement de leur enfant. Certains enfants utilisaient la sophrologie même une fois rentrés chez eux.

Cette aventure nous a montré à tous que la sophrologie est une technique de relaxation qui peut faire partie intégrante de la prise en charge des patients. Elle est complémentaire aux soins médicaux et devient une ressource pour le patient. Elle a sa place dans un travail d'équipe interdisciplinaire à condition que chacun comprenne le rôle de l'autre. ■

Biblio

1. Annequin D., la douleur chez l'enfant, Ed. Masson, 2002
2. Bonvin E. La sophrologie remplace-t-elle l'hypnose ? in Gerard Salem, Eric Bonvin.
3. L'utilisation de la sophrologie par une infirmière. in Celestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet, Guide des pratiques psycho-corporelles. Ed Masson, Paris, France. p : 231-237.
4. Constantin J-M., Perbet S., Futier E., Cayot-Constantin S., Gignac V., Bannier F., Fabrègue H., Chartier C., Guerin R., Bazin J-E. Impact de la sophrologie sur la ventilation non invasive chez des patients avec une défaillance respiratoire aiguë. Ann Fr Anesth Réanim 2009 ; 28 :215

Autre technique : Le toucher-massage

En 2009, lors du 9^e Congrès national de la SFETD, la bourse de recherche en soins infirmiers SFETD/fondation CNP Assurances 2009 a primé Madame Fatima Medjahed (Lieuxaint, 77) pour son travail intitulé « Mesurer les effets bénéfiques du toucher massage sur la douleur des personnes âgées hospitalisées en SSR ».

Les premiers résultats de l'étude menée sur deux ans ont été présentés lors du forum infirmier du 10^e Congrès annuel de la SFETD, qui s'est tenu à Marseille le jeudi 18 novembre dernier.

La même année, en 2009, la SFETD a tenu à féliciter le travail de Monsieur Aurélien Guion, infirmier à l'Hôpital St Joseph (PARIS 14^e) pour son projet d'étude et d'« Évaluation de l'efficacité du toucher comme moyen de prévention de la douleur provoquée par l'ablation du drain de Redon après l'intervention pour prothèse totale de hanche ».

Les premiers résultats de ces deux études ont été présentés au Congrès de Marseille, et nous attendons les résultats définitifs au Congrès 2011 à Paris.

Music Care[®], une technique innovante de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur



Stéphane Guétin

Docteur en Psychologie Clinique et Psychopathologie, Service de Neurologie (Pr J. Touchon), Inserm U888, CHRU Montpellier - Laboratoire LPCP EA4051 ; Université Paris-Descartes - Créateur de Music Care[®]

Music Care[®] est une solution thérapeutique conçue pour le traitement de la douleur et de ses composantes associées telles que l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. L'objectif est double : améliorer la prise en charge globale de la douleur, et faciliter la relation d'écoute, de soutien et d'accompagnement entre les patients et le personnel soignant. Music Care[®] propose des programmes de musicothérapie adaptés à l'histoire individuelle du sujet et s'intègre parfaitement dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la douleur.

1. Musicothérapie : un bref rappel historique

L'utilisation de la musique dans un but thérapeutique est à la fois ancestrale et à la fois d'une extrême modernité. Dès la pré-histoire les guérisseurs associaient un rythme musical accompagné d'une danse à des plantes médicinales. Entre 1500 et 1600 avant J-C, des hiéroglyphes d'Égypte témoignent aussi d'incantations destinées à guérir la stérilité, les douleurs rhumatismales et les piqûres d'insectes. Dans le traitement de la douleur, à la fin du XIX^e siècle, certains dentistes utilisant la musique diffusée par un phonographe ont constaté une diminution de l'intensité des douleurs, de l'anxiété, des plaintes et de la fréquence des nausées. En 1960, ces observations sont confirmées par Gardner qui publie dans la revue « Science » que l'écoute musicale au cours d'une chirurgie dentaire aurait permis de réduire la douleur chez 90 % de 5 000 patients ⁽¹⁾. Depuis, ces résultats ont été reportés à différents types de douleurs aiguës et chroniques ⁽²⁾. Choisie en fonction de son caractère agréable pour le patient, la

musique permettrait de réduire la sensation douloureuse globale ⁽³⁾.

La réintroduction de la musicothérapie est instaurée dans de nombreux actes médicaux et particulièrement dans le traitement de la douleur. Depuis une vingtaine d'années, l'évolution des techniques d'imagerie cérébrale et la publication de nombreux travaux scientifiques nous amènent à une meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans la relation « musique et douleur ».

Les principaux modes d'action ont pu ainsi être identifiés. L'impact peut être dû à des effets neurophysiologiques, spécifiques à la douleur et à la musique, agissant sur les composantes ⁽⁴⁾ :

- sensorielles (provoquant une contre stimulation des fibres afférentes se référant ainsi à la théorie du « Gate control ») ;
- cognitives (détournant l'attention souvent en créant des images et en éloignant les pensées de la douleur) ;
- affectives (modifiant l'humeur associée à des états tels que la dépression ou l'anxiété et diminuant ainsi les tensions et les sentiments d'angoisse) ;

- comportementales (agissant sur l'hypertonie musculaire et la psychomotricité) ;
- psycho-sociales (intervenant aussi dans la réduction du phénomène douloureux chronique : la musique étant choisie en fonction des goûts personnels du patient, elle permet de répondre à la demande d'écoute individuelle. La verbalisation des émotions du patient à l'issue de la séance permet ainsi d'évacuer les tensions et favoriser la communication) (Fig. 1, p. suivante) ⁽⁵⁾.

2. Une technique standardisée et généralisable dans la prise en charge de la douleur

Aujourd'hui, de nombreux facteurs de réussite issus des recommandations scientifiques permettent une utilisation standardisée et généralisable de la musicothérapie. Prenant en considération ces facteurs de réussite, une technique de musicothérapie réceptive de type relaxation a été standardisée au CHRU de Montpellier : le montage en « U ». Se basant sur les principes de l'hypno-analgésie, la séquence musicale,

Fig. 1 → Principaux modes d'actions psycho-physiologiques de la musicothérapie

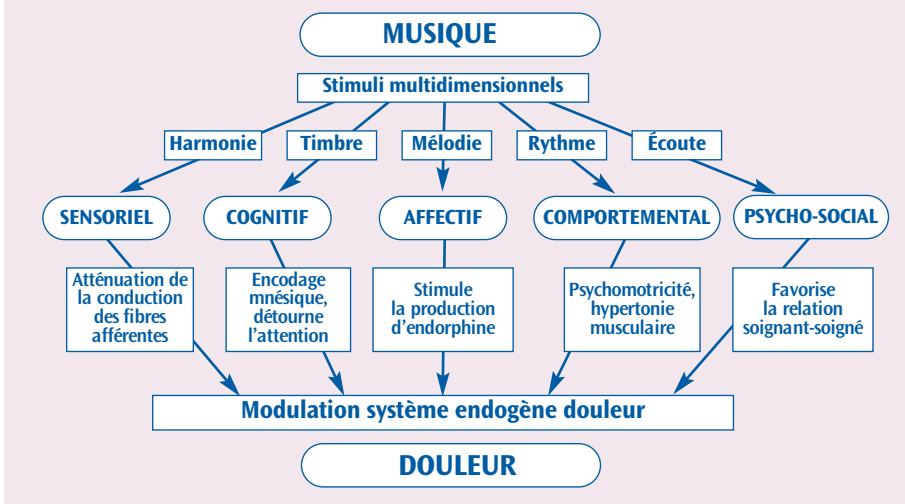
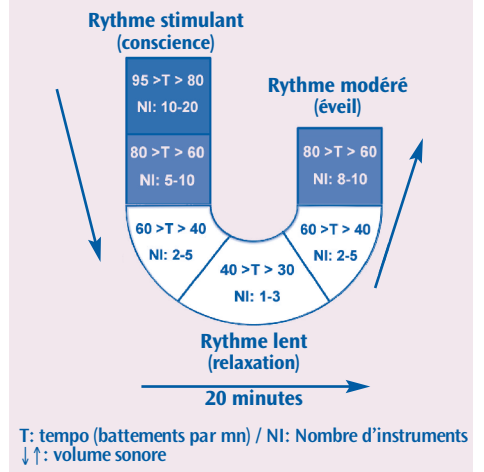


Fig. 2 → Technique standardisée de musicothérapie : le montage en « U »



de 20 minutes, est décomposée en plusieurs phases qui amènent progressivement le patient à la détente selon la technique du montage en « U » (Fig. 2) (4,6,7,8).

L'objectif est de modifier l'état de conscience par des suggestions positives. Les suggestions verbales sont ici remplacées par une induction musicale, modèle archaïque du langage. Cette induction musicale personnalisée en fonction de la préférence émotionnelle et affective du patient, va progressivement amener le patient à un état hypnotique et de relaxation par les variations des composantes musicales comme le rythme, les fréquences, la formation orchestrale et le volume.

La méthode proposée et les objectifs visés sont expliqués aux patients au cours d'un premier entretien réalisé par un soignant. Un « Questionnaire des Préférences Musicales » destiné à une meilleure connaissance du patient douloureux dans ses relations avec la musique, en particulier sur la forme musicale susceptible de l'amener à la détente, est ensuite complété. Les œuvres musicales sont ainsi adaptées aux goûts des patients (classique, jazz, monde, moderne, etc.). Pendant le déroulement des études en milieu hospitalier, les personnels soignants formés ont à disposition des lecteurs multimédias (Tablet PC) avec un choix varié de séances de musicothérapie disponibles par le biais d'un programme informatisé. Les soignants peuvent sélectionner une séance de musicothérapie de 20 mn (montage en « U ») en fonction des

goûts des patients exprimés à l'aide du questionnaire. Le choix du style musical qui, dès la première séance, répond à la demande d'écoute des patients, favorise la personnalisation et la relation de confiance. La musicothérapie réceptive individuelle est un moyen efficace pouvant permettre aux patients en fin de séance de s'exprimer sur les émotions ressenties pendant l'écoute. La musicothérapie agit ici comme un catalyseur, permettant aux patients d'exprimer verbalement leur douleur.

Cette technique de musicothérapie utilisant le montage en « U » présente plusieurs avantages :

- elle est adaptable à des personnes parlant mieux une langue étrangère que le français. Le patient n'a pas à comprendre la langue utilisée par le thérapeute, indispensable en sophrologie ou en séance d'hypnose. Elle peut également être utilisée chez les personnes non communicantes (perte du sens des mots et du langage verbal) atteintes de démence de type Alzheimer, les capacités musicales étant généralement préservées jusqu'à la fin de l'évolution de la maladie ;
- elle s'applique de façon individualisée, l'adhésion de certains patients à des séances de groupe réalisées en milieu hospitalier dans le cadre d'autres techniques de relaxation étant souvent difficiles ;
- enfin, la séance de musicothérapie ne nécessite pas la présence du soignant pendant toute la durée de l'écoute musicale

mais seulement en début (installation du patient) et fin de séance (verbalisation du ressenti) permettant une meilleure gestion du temps pour le personnel soignant.

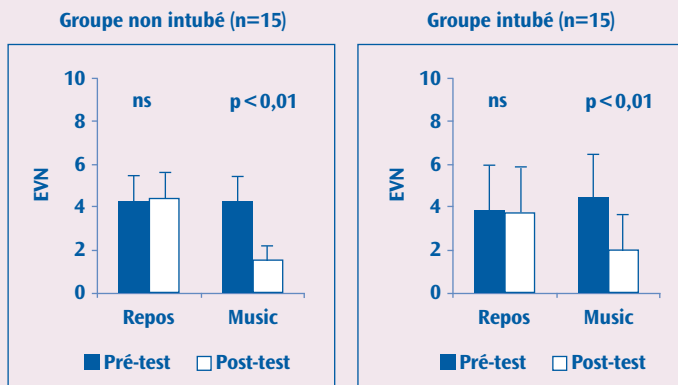
3. Utilisation de la musicothérapie dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques

En intégrant les recommandations du consortium international sur la méthodologie des essais cliniques, différents travaux de recherche s'appuyant sur des études contrôlées, randomisées, respectant l'aveugle et l'indépendance des thérapeutes ont permis de démontrer l'intérêt de cette technique innovante de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur (9,10).

Nos résultats confirment ceux observés dans la plupart des études évaluant l'effet de la musicothérapie sur la douleur.

Cette technique a déjà montré son efficacité dans un modèle de douleur chronique et de douleur aiguë (4,7,8). Dans la douleur aiguë, les principaux résultats des études contrôlées et randomisées objectivent une action des séances de musicothérapie avec montage en « U » sur les fréquences cardiaques, respiratoires, les pressions artérielles (systoliques, diastoliques et moyennes) et l'indice bispectral (BIS). Les résultats d'une étude réalisée en réanimation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire

Fig. 3 → Douleur aiguë : Valeurs moyennes des niveaux de douleur pour chaque groupe de patients (intubé et non intubé) obtenues avant (pré-test) et après (post-test) chaque séance d'étude (10)

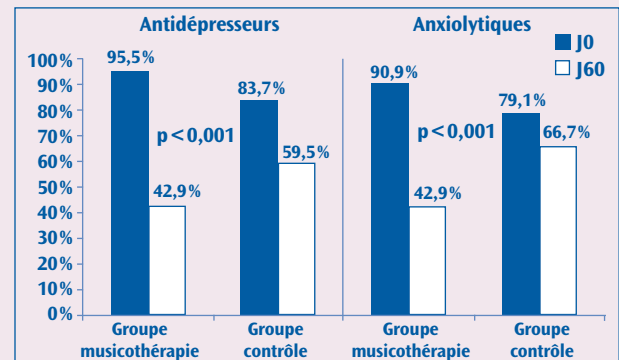


ns: différence non significative ; EVN: échelle visuelle numérique

montrent que la musicothérapie a permis de favoriser un état de relaxation et de réduire l'intensité de la douleur en moyenne de 50 % sur l'échelle verbale numérique (EVN) (Fig.3) (7).

Dans le cadre de douleurs chroniques, les résultats d'une étude contrôlée et randomisée récente utilisant le montage en « U » montrent un impact sur la réduction l'intensité de la douleur (EVA) ($p < 0,001$) et particulièrement sur les consommations d'anxiolytiques et d'antidépresseurs (Fig. 4). Cette étude a été réalisée au Centre d'évaluation et du traitement de la douleur chez 87 patients présentant: une lombalgie (n=22), une fibromyalgie (n=22), une pathologie inflammatoire (n=22) ou neurologique (n=21). Pendant l'hospitalisation, le groupe intervention (n=44) bénéficiait d'au moins deux séances quotidiennes de musicothérapie entre J0 et J10, associées à un traitement habituel et continuait la musicothérapie à domicile jusqu'à J60 via un lecteur multimédia où était intégré le logiciel de musicothérapie. La proportion de patients consommant des anxiolytiques, dans le groupe musicothérapie, est ainsi passée de 90,9 % à J0 à 42,9 % à J60 (-53 %). Dans le groupe contrôle, ces proportions sont respectivement de 79,1 % à J0 et 66,7 % à J60 (-16 %) (8).

Fig. 4 → Douleur chronique : Pourcentage des patients consommant des antidépresseurs et des anxiolytiques à J0 et J60



Étude contrôlée, randomisée en simple aveugle (n=87). Le groupe musicothérapie participe à des séances quotidiennes de musicothérapie en plus du traitement standard entre J0 et J60. Le groupe contrôle reçoit le traitement standard entre J0 et J60.

Une autre étude contrôlée et randomisée réalisée auprès de lombalgiques chroniques a permis de montrer que la proportion de patients améliorés augmente avec le nombre de séances. Ainsi 76 % des patients se déclarent améliorés dès la première séance de musicothérapie, 73 % dès la seconde, 88 % sont améliorés à la troisième et 94 % à la quatrième séance (4).

Prenant en considération la simplicité d'application et le faible coût de ses utilisations, associés à une absence d'effets secondaires, la musicothérapie apparaît particulièrement intéressante dans la prise en charge de la douleur.

4. Music Care® : une innovation technique et thérapeutique

À l'heure actuelle, ce programme de musicothérapie, principalement utilisé dans le cadre de soins infirmiers, se présente sous forme d'un terminal multimédia de musicothérapie connecté à internet permettant des mises à jour régulières et des relevés statistiques précis. Le terminal donne accès à une banque de données musicales variées, adaptée à la demande des patients. Le terminal propose plusieurs menus de sélection, le patient choisit individuellement, ou avec l'aide d'une infirmière formée, un mon-

tage en « U » correspondant à un style musical qu'il affectionne particulièrement (classique, jazz, monde, moderne, etc.).

L'utilisation d'une interface liée à internet présente plusieurs avantages. Elle sert principalement à contrôler le nombre de diffusions de séances par chambre et donc par patient. Toutes les données concernant l'utilisation de ce terminal de musicothérapie vont pouvoir être traitées statistiquement. Le nombre de séances par patient, le choix des séances en fonction des données sociodémographiques du patient, en fonction de la pathologie, mais aussi en fonction des paramètres cliniques comme l'intensité de la douleur, le niveau d'anxiété, etc. En fonction des séances les plus diffusées, l'objectif sera d'alimenter ces bases de données musicales et des montages en « U » en fonction des demandes.

Dans le cadre d'un développement plus large de cette technique, des études multicentriques de plus grande envergure sont en cours de réalisation à l'échelle nationale et internationale. Toutes les données inter-centres peuvent être regroupées et devenir une base de données grandissantes. Ces résultats nous permettront alors de mieux comprendre l'influence de la musique pendant une période de traitement et de prise en charge.

dossier > Pratiques psycho-corporelles et évaluation des pratiques soignantes

5. Conclusion

Music Care[®] est une solution thérapeutique efficace permettant de modifier le vécu douloureux à travers des effets sensoriels, cognitifs, affectifs, comportementaux et sociaux en s'intégrant parfaitement dans une prise en charge globale pluridisciplinaire. Aujourd'hui de nombreux centres de soins, cliniques et hôpitaux publics ont recours à cette technique de musicothérapie innovante. Ces centres participent aux études multicentriques nous amenant progressivement à une meilleure compréhension de l'effet de la musique sur le corps humain et particulièrement sur la douleur. ■

MUSIC CARE[®], Stéphane Guétin,
9, rue Léon Cogniet ; 75017 Paris
Téléphone : 09 52 03 03 34
ou 06 20 47 67 57
E-mail : s.guetin@music-care.com
Site : www.music-care.com

Chambre équipée du terminal de musicothérapie (services de neurologie et du Centre d'Évaluation et du Traitement de la Douleur du CHRU, Montpellier)



Une solution thérapeutique standardisée, reproductible et généralisable.

MUSIC CARE[®] remporte le 1^{er} Prix de l'innovation des Soins I2C (Initiative to Care) en 2009 et est nommé aux Victoires de la Médecine 2010 dans la catégorie « Neurologie » avec l'équipe du Professeur Jacques Touchon pour la présentation du « Terminal de musicothérapie ».

Biblio

1. Gardner WJ, Licklider JC, Weisz AZ. Suppression of pain by sound. *Science* 1960;132:32-3.
2. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;19:CD004843.
3. Roy M, Peretz I, Rainville P. Emotional valence contributes to music-induced analgesia. *Pain* 2008;134:140-7.
4. Guétin S, Coudeyre E, Picot MC, Ginies P, Graber-Duvernay B, Ratsimba D, Vanbiervliet W, Blayac JP, Hérisson C. Effect of music therapy among hospitalized patients with chronic low back pain: a controlled, randomized trial. *Ann Readapt Med Phys* 2005;48:217-24.
5. Verdeau-Pailles J. Aspects of psychotherapies. Music therapy and its specificity. *Encephale* 1991;17:43-9.
6. Guétin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen AL, Cano MM, Lecourt E, Touchon J. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009;28:36-46.
7. Jaber S, Bahloul H, Guétin S, Chanques G, Sebbane M, Eledjam JJ. Effects of music therapy in intensive care unit without sedation in weaning patients versus non-ventilated patients. *Ann Fr Anesth Reanim* 2007;26:30-8.
8. Guétin S, Kong A, Siou D, Guldner E, Gosp AM, Pommié C, et al. Intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la douleur chronique des patients suivis en Centre d'évaluation et de traitement de la douleur : étude contrôlée, randomisée sur 87 patients. *Douleurs* 2009;10:68.
9. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001;357:1191-4.
10. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P; CONSORT Group. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2008 19;148:295-309.

En bref...

→ 10^e Congrès annuel de la SFETD

Prix Poster

Lors du 10^e Congrès annuel de la SFETD qui s'est tenu à Marseille du 17 au 20 novembre 2010, le 1^{er} prix Poster a été attribué au travail de Madame Catherine Diamantidis sur la « Place des techniques non médicamenteuses dans une pratique infirmière libérale, lors de soins douloureux et/ou anxiogènes, chez l'enfant de 0 à 6 ans ».



Conclusion et perspectives

Pascale Thibault

Cadre supérieure de Santé, Formatrice-consultante
 Membre de la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD, Issy-les-Moulineaux

Le 3^e plan douleur favorisait le développement et l'évaluation de l'efficacité des méthodes non pharmacologiques. Lors de sa mise en place, il existait peu de modèles d'évaluation de ces pratiques. Ainsi, concernant l'efficacité de la musicothérapie ou de la sophrologie dans le domaine de la douleur, il n'en existait aucun, concernant l'utilisation de la relaxation ou de l'hypnose la plupart des études présentaient des pratiques parfois difficilement identifiables, ne permettant pas de confirmer l'intérêt clinique de telle ou telle pratique.

Dans le même temps, nombre de thérapeutes utilisant ces méthodes exprimaient des difficultés dans le respect d'une méthodologie rigoureuse garantissant des résultats fiables, permettant d'identifier les intérêts et les limites de ces méthodes.

Ces pratiques mettant en jeu la relation et la communication du thérapeute avec le patient nécessitent en effet d'accepter de décrire précisément la technique qui sera évaluée, d'accepter que pour une étude cette technique ne soit pas modifiée en fonction de la situation rencontrée.

Les travaux présentés dans cette lettre mettent en évidence qu'une évaluation s'appuyant sur des bases scientifiques peut s'appliquer à une méthode non pharmacologique. Dans ce domaine la recherche a considérablement évolué au cours de ces cinq dernières années. De plus en plus de pratiques ont fait l'objet de travaux de recherche rigoureux, fournissant aux équipes qui le souhaitent un modèle méthodologique transposable à d'autres domaines et d'autres pratiques.

Les expériences présentées mettent également en évidence l'u-

tilisation de ces pratiques par des professionnels d'horizons divers: médecins, psychologues, infirmiers. Ceux-ci sont spécifiquement formés à leur utilisation dans le cadre de leur fonction et en respectent les limites.

Ces avancées ainsi que des résultats de recherche récemment publiés pour d'autres méthodes non pharmacologiques doivent encourager les équipes à poursuivre ces évaluations et le développement de ces pratiques très plébiscitées par les patients. Si certains types de douleurs ou de soin ont fait l'objet de travaux de recherche, il est nécessaire que l'évaluation de l'efficacité des pratiques dans d'autres domaines se poursuive.

Les moyens non pharmacologiques, et plus particulièrement les pratiques psycho-corporelles doivent pouvoir être développées afin que tous puissent en bénéficier dans des conditions de sécurité concernant la formation des praticiens. Par ailleurs, il sera nécessaire à l'avenir de réfléchir à la prise en charge financière de ces méthodes. En effet, à l'heure actuelle, l'offre de ces pratiques dans le parcours du soigné demeure très inégale tant au niveau de la disponibilité de thérapeutes compétents qu'en termes de coût.

Afin de favoriser un accès à des méthodes pour tous les patients, l'enseignement de plusieurs de ces pratiques, de leur intérêt, leurs modes de fonctionnement et leur mise en pratique doit être assuré dès la formation de base de l'ensemble des professionnels de santé. Ceux-ci pourront ensuite renforcer cet enseignement initial grâce à l'accès à des formations continues au cours de leur exercice professionnel. ■

En bref...

→ Le programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI)

Quatre projets sur la douleur

En 2009, le ministère chargé de la santé a lancé un programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI), pluriannuel (trois ans), au titre de l'année 2010, destiné à promouvoir la recherche en soins infirmiers dans les établissements de santé. Aussi pour l'année 2010, quinze projets ont été retenus dont quatre dans le champ de la douleur :

- « Impact de l'hypnose pré-opératoire avec l'induction anesthésique, sur l'anxiété des enfants de 10 à 18 ans » - Hôpital Robert Debré Paris (75)
- « Impact de l'hypnose sur le soulagement de la douleur induite par les pansements en gynécologie ambulatoire » - CHU Angers (49)
- « Douleur et musicothérapie lors de la réfection de pansements chez les patients artéritiques de stade 4 » - CHU Limoges (87)
- « Étude prospective, randomisée sur l'impact de mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique par neurostimulation chez les patients lombalgiques » - Hôpital Foch Suresnes (92).

En bref...

QUIZ

LA DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS :

- A : Concerne seulement les soins à type de piqûre
- B : Est une douleur aiguë par excès de nociception
- C : Est normale, surtout chez les personnes âgées

LA CRÈME EMLA® EST :

- A : Contre-indiquée chez les nouveau-nés
- B : Efficace quand elle est appliquée 60 minutes avant une effraction cutanée
- C : Inefficace si associée à un autre moyen médicamenteux

L'ADMINISTRATION DU MEOPA (MÉLANGE EQUIOLAIRE PROTOXYDE D'AZOTE-OXYGÈNE) :

- A : Est contre-indiquée chez les patients ayant un pneumothorax
- B : Ne peut se faire que si le patient est à jeun
- C : Se fait sur prescription médicale

QUELLES MÉTHODES PSYCHO-CORPORELLES NÉCESSITENT UNE FORMATION ?

- A : La relaxation
- B : La distraction
- C : L'hypnose

L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR LORS D'UN SOIN EST :

- A : Importante pour la réussite du soin et les suivants
- B : Inutile si le patient ne communique pas

Réponses sur www.institut-upsa-douleur.org
Espace Professionnels de santé

**→ Nouveautés sur
www.institut-upsa-douleur.org**



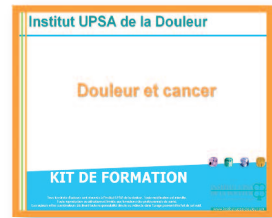
Douleur et personne âgée

Parce qu'être âgé et souffrir est souvent considéré, à tort, comme normal, la problématique de la douleur chez la personne âgée se doit d'être éclairée. C'est tout l'enjeu de ce dernier ouvrage. Préfacé par le philosophe André Comte-Sponville, ce nouvel opus a bénéficié de l'intervention de grands noms du monde médical, aussi bien français qu'internationaux.



Les douleurs induites

Paru en 2005, l'ouvrage *Les douleurs Induites* était le premier réalisé sur le sujet. Après cinq années d'évolution dans ce domaine, l'IUD met à jour l'ensemble des informations et l'ouvrage qui s'enrichit notamment des deux chapitres supplémentaires : « *Place de l'hypnose dans le soulagement des douleurs induites* » et « *Épidémiologie, mécanisme d'action et facteurs prédictifs des douleurs induites* ».



**Kit de formation
« douleur et cancer »**

Destiné à la formation et à l'information des professionnels de santé, ce kit est un outil pratique et didactique.



L'abonnement à nos publications est réservé aux Professionnels de Santé. Ainsi, pour être abonné à nos publications, il vous faut être inscrit à la partie réservée aux professionnels de santé sur notre site internet www.institut-upsa-douleur.org (via la plate-forme sécurisée DocCheck). Cette inscription peut se faire soit directement sur notre site internet, www.institut-upsa-douleur.org, ou bien en nous retournant ce coupon lisiblement et intégralement rempli à :

Institut UPSA de la Douleur - 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex

Je souhaite avoir accès aux données protégées du site internet de l'Institut UPSA de la Douleur, disposer d'un mot de passe DocCheck (pour accès protégé) et recevoir gratuitement par courriel *La Lettre de l'infirmière et la douleur*

Merci de remplir ce formulaire en écrivant en LETTRES CAPITALES et en ne mettant qu'une lettre par case. Pour que votre inscription soit prise en compte, merci de remplir tous les champs demandés.

Titre : M. Mme Dr Pr

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (jj|mm|aa) : _____ Sexe : F M

Profession : _____

Spécialité : _____

Secteur d'activité : Ville Hôpital Type d'adresse : Cabinet/Pharmacie Hôpital Privée

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Courriel : _____

L'Institut UPSA de la Douleur collecte vos coordonnées afin de vous permettre d'accéder à son site Internet et de recevoir la Lettre de l'Institut UPSA de la douleur par courriel. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 (art. 34 et s.) modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour ce faire, vous pouvez vous adresser à : institut.upsa@bms.com



www.institut-upsa-douleur.org

Directeur de la Publication : Éric Bocard

Rédacteur en chef : Nathalie Fournival

Coordonnateur/Rédacteur Adjoint :
Françoise Beroud

Comité de Rédaction : Nadine Attal, Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Éric Bocard, Bernard Calvino, Alain Eschalié, Dominique Fletcher, Ivan Krakowski, Bernard Laurent, Nadine Memran, Jean-Paul Nguyen, Gisèle Pickering, Agnès Ricard-Hibon, Eric Serra, Richard Trèves, Jacques Wrobel

Conception - réalisation : A CONSEIL Paris

Site : www.aconseil.fr

N° ISSN : 1633-339X

Dépôt légal : 2^e trimestre 2011

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

E-mail : institut.upsa@bms.com