

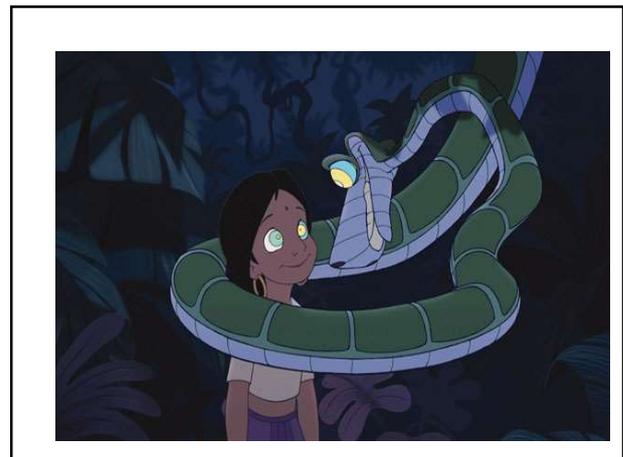


## Apport de l'hypnose pour la douleur

Dr Chantal WOOD  
[chantalwood@orange.fr](mailto:chantalwood@orange.fr)




1



2

### Qu'est ce l'hypnose? Un état naturel?

- Une sensation de relaxation mentale
- Une **attention concentrée et focalisée**
- L'absence de jugement ou de censure
- Une **suspension d'orientation de lieu ou de temps**
- Une expérience de réponses quasi automatiques
- Permettant l'incorporation de suggestions hypnotiques dont celles d'analgésie
- Large et al. Proceedings of the 10th World Congress on Pain. Progress in Pain Research and Management 2003; 24 : 839-851

3

### Pourquoi utiliser l'hypnose en médecine?

- Notre patient est souvent « en transe hypnotique » sans le savoir....
- Il écoute de « manière différente » :
  - Selon les circonstances:
    - Annonce d'un diagnostic
    - Accident brutal etc....
  - Un cadre est nécessaire
- Technique de communication
- Technique de modification des perceptions
- Technique qui permet au patient de développer ses propres ressources

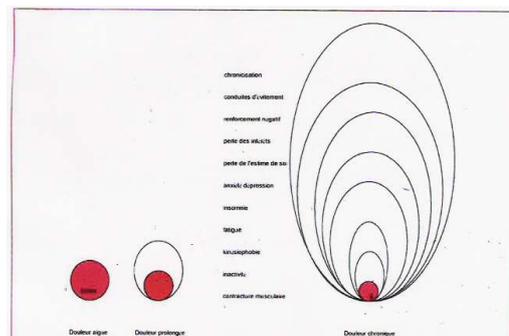
4

### Pourquoi utiliser cet outil pour un patient qui a mal...

- En douleur aiguë : il est déjà en « transe hypnotique » focalisé sur la zone douloureuse....
- En douleur chronique :
  - il « écoute » de manière préférentielle sa douleur, et augmente la perception de celle-ci....
  - Il se sert moins de ses ressources....d'autres facteurs aggravants s'ajoutent : catastrophisme, handicap, fatigue, troubles du sommeil, anxiété, dépression,

5

### A la douleur s'ajoute les éléments de la chronicisation



6

## Qu'est ce que la douleur ?

*Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en rapport avec une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite dans les termes d'un tel dommage. »*

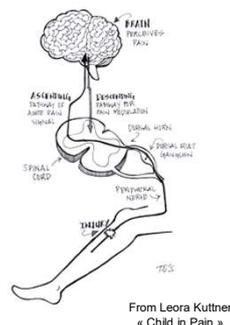
International Association for the Study of Pain

7

- La douleur n'est pas proportionnelle à la gravité d'une lésion tissulaire
  - Certaines lésions n'entraînent pas de douleur
  - Il existe des douleurs sans lésion tissulaire
- La douleur n'est pas qu'une sensation, c'est aussi une émotion...
- La douleur n'est pas un événement sensoriel isolé, mais fonction d'un contexte et d'une signification associée

8

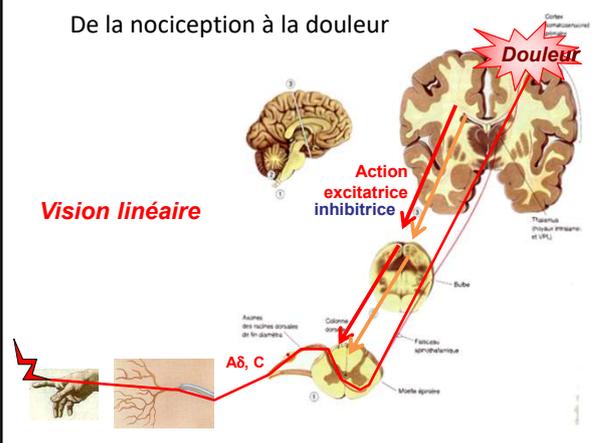
## Du stimulus... à la douleur



From Leora Kuttner  
« Child in Pain »

9

## De la nociception à la douleur



10

## Il existe trois niveaux de « blocage » de la douleur

- **1** : Au niveau de l'entrée du message dans la moelle : la théorie de la porte
- **2** : Au niveau du **mésencéphale** : les **CIDN** ou contrôles inhibiteurs de la douleur
- **3** : Au niveau du **cortex cérébral** : nos émotions, nos attentes, l'hypnose, la méditation...

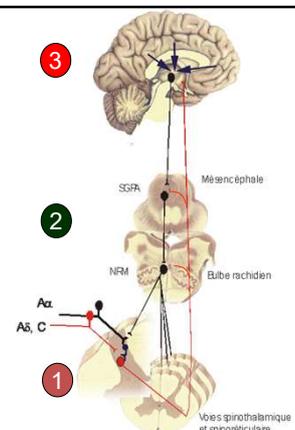
11

## Systèmes endogènes de contrôle de la douleur

Centres supérieurs

Descendant : CIDN

Local : théorie du portillon



12

**Niveau 3 : systèmes endogènes de contrôle de la douleur**

Information cognitive →

**Niveau cortical**

**Contrôle des centres supérieurs**

13

**Niveau 3 : Centres supérieurs de notre cerveau**

- Nos pensées, nos attentes vont modifier notre perception de la douleur....
- Ainsi, **si on s'attend à avoir mal....** on inhibe l'inhibition de la douleur (les CIDN sont inhibés)...et **on perçoit beaucoup plus la douleur**
- Si **on est concentré sur autre chose** (méditation, hypnose, distraction), .... on **« entendra » moins la douleur**

14

Descending analgesia – When the spine echoes what the brain expects  
 Philippe Goffaux<sup>a</sup>, William John Redmond<sup>b</sup>, Pierre Rainville<sup>b</sup>, Serge Marchand<sup>a,\*</sup>  
<sup>a</sup> Université de Sherbrooke, Faculté de Médecine, Sherbrooke, Qc., Canada J1H 5H4  
<sup>b</sup> Université de Montréal, Faculté de Médecine Dentaire, Montréal, Qc., Canada H3C 3J7  
 Received 21 June 2006; received in revised form 12 November 2006; accepted 21 November 2006

**Qu'est-ce qui arrive au CIDN si nous nous attendons à de l'hyperalgésie au lieu de l'analgésie ?**

15

Descending analgesia – When the spine echoes what the brain expects  
 Philippe Goffaux<sup>a</sup>, William John Redmond<sup>b</sup>, Pierre Rainville<sup>b</sup>, Serge Marchand<sup>a,\*</sup>  
<sup>a</sup> Université de Sherbrooke, Faculté de Médecine, Sherbrooke, Qc., Canada J1H 5H4  
<sup>b</sup> Université de Montréal, Faculté de Médecine Dentaire, Montréal, Qc., Canada H3C 3J7  
 Received 21 June 2006; received in revised form 12 November 2006; accepted 21 November 2006

Attente d' analgésie ↑ CIDN      Attente d' hyperalgésie ↓ CIDN

VAS: 77% réduction      RIII: ↓ 23 %      VAS: 0% changement

PES: ↓ ↓ ↓      RIII: ↑ 24 %      PES: ↓

16

Descending analgesia – When the spine echoes what the brain expects  
 P Goffaux, WJ Redmond, P Rainville, S Marchand  
 Pain 2007, 130 : 137-143

- Nos attentes concernant la douleur modifient le vécu de la douleur
- Nos attentes d'hyperalgésie bloquent complètement les effets analgésiques de l'inhibition descendante sur les reflexes nociceptifs spinaux**
- La modulation de la douleur par nos pensées se fait autant sur la moelle que sur le cerveau
- La suppression de l'inhibition spinale par nos attentes suggère que les **effets des médicaments antalgiques pourraient être bloqués.**

17

**Attentes et réponse au traitement**

Bingel, Tracey, Weich. Neuroimaging as a tool to investigate how cognitive factors influence analgesic drug outcomes. Neurosci Lett, 2012

18

Opposite effects of the same drug : reversal of topical analgesia by nocebo information  
 Per Matti Aslaksen et al. Pain 2015; 156 : 39-46

- 142 volontaires (73 femmes)
- 6 groupes :
  - EMLA avec information d'analgésie
  - EMLA avec information : une crème médicale
  - EMLA avec information de douleur augmentée
  - Placébo avec analgésie
  - Placébo avec information d'hyperalgésie
  - Aucune crème
- Douleur plus importante dans le groupe EMLA avec informations d'hyperalgésie
  - Moins de douleur chez les hommes que les femmes
- Facteurs de stress et TA plus élevés quand suggestions d'hyperalgésie

19

### Importance du 1<sup>er</sup> geste douloureux (PL ou PM)

Placebo lors du 1er soin suivi de Fentanyl lors des soins ultérieurs

Fentanyl pour toutes les interventions

Weisman SJ, Bernstein B, Schechter NL (1998). Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. Arch Pediat Adol Med, 152, 147.

20

## Deux types de mémoire

<p><u>La mémoire implicite</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsciente</li> <li>• Un souvenir enfoui, « rappelé » par une expérience identique, vient moduler sensation et émotion nouvelles</li> <li>• Active à tout âge, seule en cause chez le petit</li> </ul>	<p><u>La mémoire explicite</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciente</li> <li>• L'enfant peut raconter la douleur passée (siège, intensité, durée)</li> <li>• Active seulement après 3 ou 4 ans</li> </ul>
--	--

Mémoires explicite comme implicite jouent un rôle :

- l'anticipation de l'expérience suivante
- conséquences à long terme de la douleur « enregistrée »

Accès à la mémoire : contexte émotionnel ++++

21

## Que proposer ?

- Nos mots ?
- Nos attitudes ? Notre non verbal ?
- La distraction ?
- La réalité virtuelle?
- L'hypnose ?
- En sachant que **lorsqu'on a peur et mal, on est déjà en hypnose**, focalisé sur une région de notre corps.

22

Les mots à utiliser

23

## Le cerveau n'entend pas la négation

« n'aie pas peur ... »	• Rassure toi
« ne t'inquiète pas ... »	• Ce n'est pas évident ce que tu vis
« tu n'auras pas mal ... »	• Ici on fait ce qu'on a a faire pendant que c'est le moment pour toi de rester bien concentré là où tu es dans le monde de...
« je pique et je te préviens.. »	

Impact des mots des soignants : Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures : Lang EV et al. Pain 2005; 114 : 303-309

24

### Hypnose conversationnelle

- **Projeter le patient dans le futur du geste**
  - « tu pourras tellement mieux jouer avec les copains si tu mets ton pyjama ... »
  - « tu pourras regarder la télé juste après que je t'ai ausculté »
  - « tu pourras tellement mieux marcher après l'opération ... »
- Lui parler **d'un apprentissage ancien** afin de l'aider à prendre le temps de se rééduquer
  - ex. : une algodystrophie : je comprends que tu ne puisses bouger ta main ... mais je sais que si tu fais de l'exercice tous les jours ... surtout si tu l'aides avec l'autre main ... ta main petit à petit va retrouver les mouvements qu'elle faisait ...

25

### Hypnose conversationnelle

#### Travaux sur le placebo

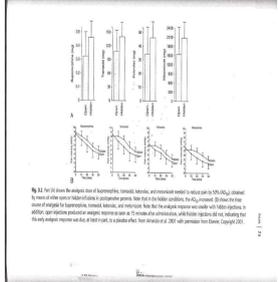
En post-opératoire : **les suggestions verbales d'analgésie sont suivies d'un plus grand effet placebo**

Amanzio et al. 2001, avec de la buprénorphine

Colon irritable : **les suggestions de soulagement de la douleur augmentent l'effet placebo**

Verne et al. 2003; Vase et al, 2003

#### Traitements ouverts et cachés



26

### Pr Elvira Lang : Hypno-Analgésie en Radiologie Interventionnelle

Beth Israël Deaconess Medical Center  
Harvard Medical School - Boston




27

### Les mots peuvent-ils blesser ?

#### Effet nocebo du langage empathique

Lang et coll. 2005



Page 114 (2005) 303-309

Clinical note

Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures

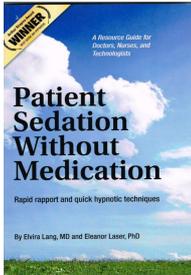
Elvira V. Lang<sup>\*</sup>, Olga Hatzopoulos, Timo Koch, Kevin Berbaum, Susan Lutendorf, Eva Kettenmann, Henrietta Logan, Ted J. Kapchuk

Department of Radiology, Beth Israel Deaconess Medical Center, 330 Brookline Ave, West C.C. Room 100F, 02215 Boston, MA, USA  
Received 21 July 2004; received in revised form 20 November 2004; accepted 20 December 2004

28

### Livre d'Elvira Lang

- Savoir ce qu'il faut faire, mais avoir peur de le faire, ne sert à personne !
- Des **attentes positives** sont des prophéties qui vont s'accomplir.....
- **La confiance est contagieuse....**
- Il faut **induire une confiance** par votre propre attitude, votre posture, le son de la voix.... Tout en utilisant les bons mots...
- **Encourager** les patients à adopter un comportement sans imposer :
  - Expliquer le comportement à adopter
  - Montrer votre appréciation
  - Expliquer comment ce comportement amène des bénéfices



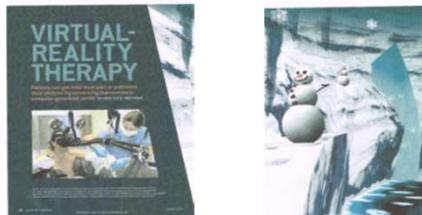
29

### La distraction et l'attention

- méthode la plus utilisée par les parents
- à adapter à l'âge cognitif de l'enfant, à sa fatigabilité
- mettre en jeu les différentes modalités sensorielles
- Parent attention versus distraction : impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain.
  - Walker LS, et al. Pain 2006; 122 : 43-52
  - les plaintes douloureuses sont doublées lors d'une attitude attentive de la part du parent
  - elles sont réduites de moitié lors d'une distraction
  - les parents des enfants malades pensent que la distraction a un effet négatif sur leurs enfants
- **utiliser les bulles de savon, le dessin, le jeu des doigts, un diapason etc.....**

30

## La réalité virtuelle



31

## Hypnose et douleur aiguë Hypnose et « gestes iatrogènes »

- Le patient est focalisé : sa douleur, le geste, les mots prononcés, sa peur.... Il est déjà en transe hypnotique
- Il met un amplificateur sur le percept douloureux
- **Pousser à une participation active +++++ : la technique est alors plus efficace**
  - Utiliser le toucher (Aα et Aβ), l'imaginaire d'un toucher, le mouvement...
  - Utiliser l'interaction avec l'enfant
    - Les doigts... jeux
    - Les pieds... se faire écraser...
    - Souffler des bulles
  - Faire en sorte qu'il reste concentré sur autre chose
- **Ne pas laisser le choix +++++, ne pas lâcher l'enfant ou le patient même si pleurs ou cris....**

32

## Comment le patient est-il préparé et comment se passe la chirurgie



- **Expérientiel** : un critérium est utilisé pour faire ressentir au patient une stimulation, en le prévenant de la stimulation ou piqure... Et l'expérience est renouvelée en l'amenant à se focaliser sur une interaction avec ses doigts.
- **Connaître les centres d'intérêt du patient** : la cuisine, le vélo, la moto, les animaux de compagnie, les voyages...
- **Utiliser l'hypnose conversationnelle** en demandant au patient d'expliquer des détails (pour le garder concentré) et en interagissant avec lui.
- **Pendant les moments les plus douloureux, interaction +++ avec le patient pour le maintenir concentré sur un autre endroit de son corps, le faire parler ou l'amener ailleurs si nécessaire.**
- **Tout est fait pour que l'expérience chirurgicale soit la plus agréable et la plus confortable possible, avec une mémoire émotionnelle positive, en particulier si la chirurgie doit être répétée.**

33

## Le Toucher

- Renforce la relation thérapeutique, génère de la confiance et un sentiment de présence et d'écoute
- **Le patient ne se sent pas seul**
- Active et renforce les ressources
- Active la proprioception et le sens du toucher
- **Induit une down-régulation du système nerveux autonome**
- **Méthode la plus utile pour stabiliser et générer un sens de sécurité (cohésion) et d'enracinement (safety and grounding)**

Conférence de W Hartman au Congrès « Hypnose et Douleur » St Malo 2018

34

34

## Le Toucher interactif aide à focaliser



35

## Félicitations : pourquoi?



- Féliciter le patient au bloc opératoire
- Féliciter le douloureux chronique
- Lui donner des ressources positives
- Souvenir qu'il gardera toujours dans sa mémoire +++++

36

### Hypnose et MEOPA (1)

- Le MEOPA assure : **analgésie de surface, sédation consciente, anxiolyse, euphorie, effet anti-NMDA**
- Les propriétés anxiolytiques et sédatives du MEOPA permettent une focalisation plus facile sur autre chose que le geste douloureux
- Pendant l'inhalation, le patient garde un contact verbal et interagit avec la personne qui «l'accompagne»



37

### Hypnose et MEOPA (2)

- Chercher à savoir ce que le patient veut « vivre » pendant le geste
  - **utiliser des techniques d'imagerie mentale**
  - se faire aider par les parents (les impliquer), si c'est un enfant ou une personne handicapée
- Avantages
  - **meilleure focalisation** sur autre chose
  - **adhésion active**
  - méthode ludique
  - donne l'impression d'avoir fait un rêve agréable
  - **mémoire positive** : peu ou pas d'appréhension pour le geste futur
  - supériorité de cette technique

38

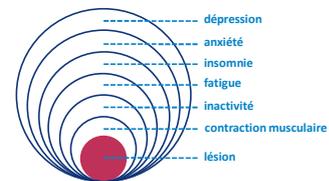
### La douleur aiguë ou chronique : un état hypnotique

- Le patient est **focalisé** sur sa douleur
  - il « écoute » de manière préférentielle sa douleur, et augmente la perception de celle-ci....
- Il se sert moins de ses ressources...
- D'autres facteurs aggravants s'ajoutent : **catastrophisme, handicap, fatigue, troubles du sommeil, anxiété, dépression.....**

39

### Peurs, croyances et conséquences : concepts et mécanismes sous-jacents

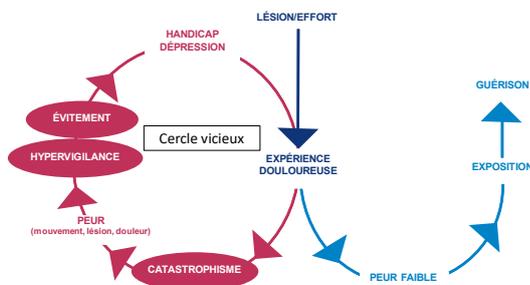
Un engrenage de cercles vicieux



Boureau F. Contrôlez votre douleur. Faire face à une douleur rebelle. Payot, 2004.

40

### Modèle peur-évitement de Vlaeyen



Vlaeyen JW et al. Fear of movement/ injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain 1995; 62 (3) : 363-72.  
Vlaeyen JW et al. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2007; 82 (3) : 317-32.

41

### Prise en charge des patients « les 3 P »

- Physique
- Pharmacologique
- Psychologique
- Education
- Thérapies complémentaires

42

### Prise en charge des patients « les 3 P »

- **Physique**
  - Inciter à la réactivation physique
  - Donner des exercices à faire
  - Mettre en place des défis
  - Pousser à s'inscrire en salle de sport à l'année...
  - Aide éventuelle par kinésithérapie
  - Faire que le patient devienne autonome
- **Tout changement physique induit une modification psychologique (MH Erickson)**

43

### Prise en charge des patients « les 3 P »

- **Pharmacologique**
  - Utiliser des traitements antalgiques : adaptés au patient et à son fonctionnement
  - Eviter la douleur de la mobilisation +++
  - Parfois cela fait mal longtemps....
    - TT plusieurs semaines...
    - TT à libération prolongée....
  - Attention à la surconsommation de certains, mais surtout à la sous-consommation....

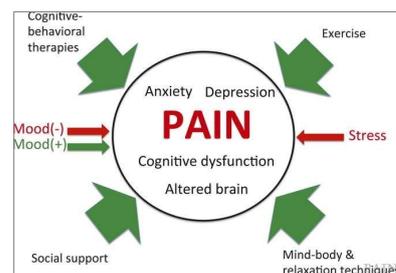
44

### Prise en charge des patients « les 3 P »

- **Psychologique**
  - Prise en charge de l'anxiété
  - Prise en charge de la dépression
  - Penser au sommeil
  - Aider le patient à trouver ses propres ressources
- **Hypnose et auto-hypnose**

45

Figure 1



Effect of environment on the long-term consequences of chronic pain

Bushnell, M.C.; Case, L.K.; Ceko, M.; Cotton, V.A.; Gracely, J.L.; Low, L.A.; Pitcher, M.H.; Villemure, C.  
PAIN, 156(5):542-549, April 2015.  
doi: 10.1097/01.j.pain.000046947.77341.bd

Figure 1. Depiction of the adverse effects associated with chronic pain and how environmental and lifestyle factors alter pain and its comorbid factors. Chronic pain is associated with anxiety, depression, cognitive dysfunction, and changes in the brain. Stress and negative mood can exacerbate chronic pain, whereas positive mood, cognitive-behavioral therapies, exercise, social support, and mind-body and relaxation techniques can reduce the impact of chronic pain.

Wolters Kluwer

Copyright © 2015 PAIN. Published by Lippincott Williams &amp; Wilkins.

46

46

### Les pratiques corps-esprit peuvent modifier ces comorbidités

- **Yoga, mindfulness (durée courte ou longue)**
  - Action sur la douleur, la dépression, l'anxiété, la fatigue
  - Action sur la douleur liée aux soins
  - Diminution de la composante désagréable de la douleur (intensité inchangée)
- **Action sur le cerveau :**
  - **Augmentation du volume de la substance grise** (SI et SII, insula, CCA et postérieur, cortex pariétal supérieur et inférieur, hippocampe, cortex préfrontal médian et cortex orbito-frontal)
  - Régions impliquées la perception de la douleur, la modulation, attention, et la conscience de soi....
  - Hypertrophie corrélée avec l'expérience de méditation
  - Plus grande connectivité avec la substance blanche

47

### L'accompagnement

- **Le modèle bio-physique** : est analytique, rationnel et orienté scientifiquement afin de rechercher une cause à la nociception
- **Le modèle bio-psycho-social** : considère la douleur comme une maladie et une expérience
- **La tâche du soignant s'éloigne de la haute technologie et de la dernière découverte thérapeutique pour devenir celui d'un éducateur, d'un motivateur, qui aide un patient « actif » à développer ses ressources, et ses capacités de « coping »**



48

### Sur quoi peut-on agir en douleur chronique

- Prendre en charge la Douleur Chronique, s'est aussi prendre en charge :
  - Le catastrophisme
  - Les conduites d'évitement, la kinésiophobie
  - L'inactivité, la contraction musculaire
  - La perte d'intérêts
  - L'insomnie, l'anxiété, la dépression....
- Mais aussi le renforcement négatif :
  - Du patient
  - De l'entourage
  - Des médecins vues antérieurement (parfois...)
- L'hypnose participe à ce mouvement d'appropriation par le patient (auto-hypnose) et par la découverte de ses propres ressources

49

### Prescription : aboutir à un **changement chez le patient**

- Ce qui semble **important est en premier**
- **Prescription de l'hypnose et l'auto-hypnose**
- Explications sur les traitements
- **Suggestions verbales et non verbales pour intensifier l'action des traitements**

50

### Alors l'hypnose ? Comment le présenter au patient ?

- S'adapter à l'âge de développement cognitif, (si c'est un enfant) **aux préférences du patient, à ses canaux sensoriels (PAVTOG)**
- **Expliquer l'hypnose** : l'hypnose, c'est un **état de concentration...** vous en faites sans le savoir.... quand vous conduisez... quand vous regardez les vagues.... quand vous êtes concentré....
- Expliquer aussi qu'on (le thérapeute) peut se «planter » (**position basse**) et lui **demander de l'aide....**

Proprioception

Visual

Audatif

Olfactif

Guste

Tactile

51

### Hypno-analgésie : le patient

- Choisir **UN objectif de départ**, et faire des **séances courtes +++**
- Faire comprendre l'apprentissage de l'hypnose : **il faut travailler +++**
- **Personnaliser la méthode** pour le patient (s'adapter à ses goûts, à son monde..)
- **Travailler avec la famille** (une aide précieuse ++++)
- Faire éventuellement un ou plusieurs **enregistrements** (surtout patients épuisés, maladie chronique sévère, fin de vie)

52

### L'hypno-analgésie

- 3 techniques classiques à utiliser
  - **Suggestion centrées sur l'analgésie**, la substitution sensorielle ou sa modification...
    - Le gant magique : utile pour comprendre qu'on peut modifier la perception de sa douleur... et pour l'hypno-analgésie
  - **Suggestions de dissociation**
    - Être dans un endroit agréable, ailleurs....
  - **Suggestions centrées sur la réinterprétation** de la sensation douloureuse :
    - Rendre celle-ci moins déplaisante (la tarentule et la migraine)
    - Faire un travail psychothérapeutique sur la réinterprétation

53

### Accompagner...

- Faire avec et faire que le chemin devienne plus simple (et la dimension ludique de l'hypnose y aide)
- Montrer au patient qu'il a des ressources pour avancer....
- La douleur devient moins le centre de la consultation au profit d'un dialogue autour de la « vraie vie »

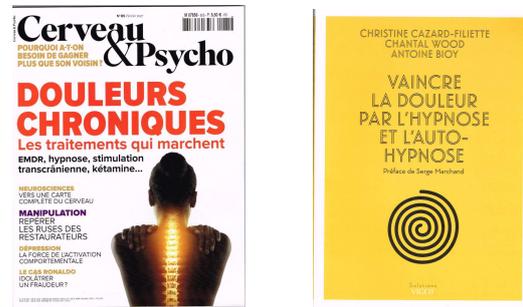
54

## Conclusion

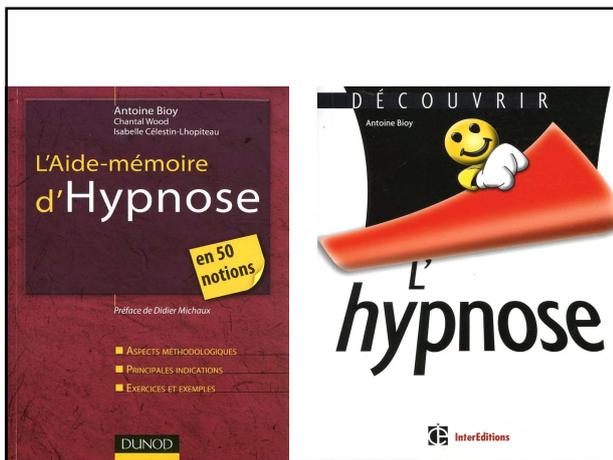
- L'hypnose :
  - A usage immédiat, permet de diminuer la douleur et permet de modifier les sensations douloureuses
  - permet de vivre son corps autrement, aide au travail de retour au mouvement
  - donne au patient une ouverture sur ses propres ressources, sur ses propres solutions...
- Elle participe à donner un rôle actif au patient dans sa propre guérison, point clef de l'accompagnement du patient avec une douleur chronique

55

## Une revue récente; des livres ...



56



57

## CD de Techniques d'Hypnose pour les parents : Sanofi-Aventis-Theraplix



58



59



60