

La Douleur

des recommandations à la pratique

n° 11

Novembre 2010

→ Dossier p. 1 à 10 Douleur et fin de vie

- Douleur réfractaire et sédation p. 1
- Elisabeth Kübler-Ross France p. 5
- La douleur est-elle encore à l'origine de demandes d'euthanasie ? p. 7
- Hypnose en soins palliatifs p. 8

→ Brèves p. 10 à 12

lutter contre
la douleur
VILLE
HÔPITAL

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR

avec le soutien de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org

Douleur et fin de vie

« Sois sage, ô ma douleur, et tiens-toi plus tranquille » écrivait Baudelaire. Soulager la douleur en fin de vie, la rendre « plus tranquille », c'est tout l'enjeu de l'équipe soignante, mais comment ? Cette lettre se propose d'aborder différents recours : sédation, association de soins palliatifs ou encore utilisation de l'hypnose en soins palliatifs.



Douleur réfractaire et sédation

Dr Véronique Blanchet / Équipe mobile douleur soins palliatifs, Hôpital Saint-Antoine, Paris

La question de la sédation pour détresse a fait l'objet d'un travail récent dont la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) a été le promoteur⁽¹⁾. La méthode utilisée a été le consensus formalisé d'experts. Ces recommandations de bonne pratique ont reçu le label de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁽²⁾.

Parmi les différentes indications, ces recommandations préconisent que « les symptômes réfractaires constituent une indication de la sédation. C'est le caractère réfractaire et la pénibilité du symptôme pour la personne malade qui justifient la sédation. Il n'y a donc pas à établir une liste exhaustive de symptômes ».

Une question de définition

Selon les auteurs⁽³⁾, est défini réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient. Pour qualifier une douleur de « réfractaire », avec l'éclairage de cette définition, un certain nombre de questions s'impose.

Une douleur dont la perception est insupportable...

Est-ce le patient qui qualifie sa douleur d'insupportable ? Ou est-ce l'entourage familial ou les soignants ? La douleur est-elle régulièrement évaluée ?

L'objectif de la sédation sera de diminuer ou de faire disparaître la perception de cette douleur vécue comme insupportable par le patient.

>>>



Définition de la sédation

La sédation pour détresse est définie comme la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté⁽¹⁾.

... qui ne peut être soulagée

Les traitements sont-ils adaptés au mécanisme de la douleur? Le patient peut présenter plusieurs localisations douloureuses dont le mécanisme et l'intensité sont différents. En particulier, une éventuelle composante neuropathique doit être recherchée systématiquement. Si elle existe, on appliquera les traitements adaptés. Les retentissements de la douleur sur le sommeil ou sur l'humeur doivent être pris en compte.

... en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté

La voie d'administration peut-elle être changée? En effet, le passage à la voie parentérale peut permettre un meilleur soulagement versus moins d'effets secondaires.

Peut-on pratiquer une rotation des opioïdes? Remplacer la morphine par un autre morphinique fort (oxycodone, hydromorphone, fentanyl) permet d'améliorer l'antalgie. La rotation des opioïdes doit être effectuée avant de pouvoir qualifier une douleur de réfractaire.

Les co-analgésiques ou d'autres antalgiques sont-ils utilisés? Tout traitement qui permet une « épargne » de morphiniques doit être envisagé. Le néfopam ou le tramadol, de mécanisme d'action différent, peuvent être intéressants.

S'agit-il d'un phénomène de tolérance ou d'hyperalgésie induite par les morphiniques? Dans ce cas, on associera des traitements anti NMDA.

... sans compromettre la conscience du patient

Existe-t-il des signes d'imprégnation des récepteurs morphiniques? Le myosis ou les myoclonies signent l'imprégnation morphinique sans pour autant être des signes de surdosage. Leur présence incite à une prudence dans l'augmentation des posologies. Quels sont les traitements associés, notamment les sédatifs, pouvant compromettre la conscience du patient?

Diminuer la posologie des autres traitements sédatifs permettra d'augmenter les antalgiques sans accentuer la somnolence. La cause de la douleur est-elle curable?

C'est seulement lorsque l'on a répondu à toutes ces questions que l'on peut qualifier réfractaire la douleur de ce patient et mettre en œuvre une sédation.

Sédation ou sédation-coma : de quoi parle-t-on ?

Le terme « sédation » (du latin, sedare) signifie calmer, apaiser. Il est donc logique de l'utiliser pour expliquer que l'on cherche à calmer une douleur (antalgie), une angoisse (anxiolyse) ou une insomnie. Mais ce terme est source de confusion car il désigne aussi provoquer un sommeil (un coma) pour diminuer la perception de détresse.

La décision de pratiquer une sédation est toujours un pis-aller. Dans le cas d'une douleur réfractaire, on se résout à diminuer la vigilance du malade pour diminuer sa perception de la douleur. Mais on lui retire aussi la possibilité de communiquer et d'exprimer sa souffrance morale. Il devient également plus difficile d'évaluer la douleur elle-

Échelle d'évaluation de la sédation selon Rudkin

- 1 Patient complètement éveillé et orienté
- 2 Patient somnolent
- 3 Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
- 4 Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère (traction sur le lobe de l'oreille)
- 5 Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère.

Questionnement préalable

Recommandations

Quelle est la compétence de l'équipe ?

Les équipes doivent avoir une compétence en soins palliatifs (expérience, formations) pour pratiquer une sédation. Si cette compétence n'est pas présente, il y a nécessité de faire appel à des personnes ressources (Équipe Mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, Réseau de soins palliatifs, USP).

Quelle est l'information donnée sur la sédation au patient ?

Le patient doit être informé, avec tact et mesure, des objectifs, des modalités possibles, des conséquences et des risques de la sédation.
- en tenant compte de ses handicaps sensoriels éventuels et de ses capacités de compréhension (âge, troubles cognitifs...)

Quelle est l'information donnée sur la sédation à l'équipe ?

Le médecin responsable de la décision de sédation s'assure de la compréhension par l'ensemble de l'équipe des objectifs visés par les thérapeutiques mises en œuvre, les différenciant explicitement d'une pratique d'euthanasie.

Quelle est l'information donnée sur la sédation aux proches ?

Toutes ces recommandations, concernant l'information du patient, doivent être également respectées pour l'information des proches, dans les conditions prévues par la loi du 4 mars 2002 (la maladie est grave; le patient n'a pas fait d'opposition; l'information des proches est utile à la prise en charge du patient).

Les conditions nécessaires à la réalisation de la sédation dans certaines structures (EHPAD) et à domicile sont-elles réunies ?

1. Personnel référent, compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable
2. Disponibilité du médicament ou accessibilité d'une pharmacie hospitalière autorisée à la rétrocession de médicaments
3. Disponibilité du médecin pour faire des visites régulières
4. Possibilité d'un suivi infirmier régulier
5. Possibilité de contacter un médecin ou un infirmier à tout moment
6. Assentiment de l'entourage (famille, proches, auxiliaires de vie) et une présence continue pour que la sédation ait lieu au domicile

Si ces conditions ne sont pas remplies, la sédation ne doit pas être réalisée dans ces lieux. Un transfert en milieu hospitalier adapté doit être envisagé.

Comment la décision de sédation est-elle prise ?

La prise de décision d'une sédation fait suite à une procédure collégiale multidisciplinaire, intégrant le consentement du patient chaque fois qu'il est possible de le recueillir.
La décision de sédation doit être prise par le médecin en charge du patient, après, autant que possible, avis d'un médecin compétent en soins palliatifs. Les arguments développés lors de la concertation pluridisciplinaire et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient.

Quelles sont les modalités de la prescription ?

Le médecin responsable de la décision de sédation rédige la prescription. Avant toute mise en œuvre d'une sédation prolongée, il est recommandé de discuter la poursuite de la (ou des) suppléance(s) artificielle(s) éventuelle(s) (y compris de la nutrition et de l'hydratation).

même. Car même s'il paraît apaisé qu'en est-il de son vécu ?

C'est pourquoi il est recommandé de mettre en place un questionnaire préalable, garantie d'une démarche éthique (résumé dans le tableau page 3).

Mise en œuvre

Il est recommandé d'utiliser le midazolam en première intention en pratiquant une titration. Chez l'adulte, la titration débute par une injection par voie parentérale, de 1 mg toutes les deux à trois minutes jusqu'à l'obtention d'un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée⁽⁴⁾.

En effet, il existe une grande variabilité individuelle aux benzodiazépines. On ne peut donc pas préconiser de dose standard.

En seconde intention, il est conseillé de s'entourer de la compétence d'un anesthésiste-réanimateur s'il est nécessaire d'utiliser des médicaments relevant de sa spécialité (propofol, barbituriques, gamma-OH). Les traitements antalgiques seront bien sûr poursuivis pendant la durée de la sédation.

Surveillance

Pendant que le malade dort, la surveillance est poursuivie ainsi que les mesures d'accompagnement.

« La sédation (...) peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou

Recommandations : Poursuite des mesures d'accompagnement

Pendant toute la durée de la sédation, la surveillance clinique, les soins de confort (nursing, soins de bouche...) et l'accompagnement de la personne malade doivent être maintenus. Il est recommandé de réévaluer tous les autres traitements au regard de leur utilité. Le soutien et l'accompagnement des proches doivent être poursuivis, voire renforcés.

Il est recommandé, pendant toute la durée de la sédation, de maintenir une attention constante à la proportionnalité du traitement et à l'effet sédatif visé.

continue ». Il est intéressant de pratiquer une sédation transitoire pour évaluer si les traitements antalgiques sont à nouveau efficaces. Le sommeil permet un répit et parfois la douleur n'est plus réfractaire au réveil.

ser cette pratique se banaliser en fin de vie. Mais faire dormir un patient reste parfois la moins mauvaise solution face à des douleurs intraitables par d'autres moyens. ■

Conclusion

Faire une sédation pour des douleurs réfractaires n'est pas une pratique simple, autant par les questions éthiques qu'elle soulève que par la rigueur de la mise en œuvre qu'elle exige. Il est important de ne pas lais-

→ Notes

1. Blanchet V, Viallard M-L, Aubry R, Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Méd Pal* (2010) 9, 59-70.
2. Ce label signifie que les recommandations ont été élaborées selon les procédures et règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

3. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms : guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994 ; 10(2):31-38.
4. Chez le sujet très âgé ou fragilisé, la titration débute par une injection de 1 mg toutes les 5 à 6 minutes.



Elisabeth Kübler-Ross France : une association dédiée à l'accompagnement des pertes de la vie

Dr Hervé Mignot / Président de l'association Elisabeth Kübler-Ross France • Médecin responsable de l'Équipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs de l'Indre, Réseau de Soins Palliatifs en Région Centre

Dès 1991, le Docteur Hervé Mignot en voyage d'études aux États-Unis, a collaboré avec Elisabeth Kübler-Ross. Incontournable pionnière du mouvement des soins palliatifs et de l'accompagnement, cette femme, médecin psychiatre, fut à l'origine de la description des stades d'adaptation psychologique face à la mort⁽¹⁾.

À son retour en France, Hervé Mignot fit le choix de ne pas créer une association dédiée aux soins palliatifs : il en existait déjà plusieurs à cette date. Influencé par son maître, il pensait que le processus de deuil était universel et concernait toutes les étapes de la vie. Ainsi fut créée, en 1994, l'association « Elisabeth Kübler-Ross France » dont l'objectif est d'informer, former et soutenir toute personne confrontée à une situation de rupture, de deuil ou de mort.

Dès les années 70, Elisabeth Kübler-Ross mit en place aux États-Unis les séminaires « Vie, mort et transition » destinés aux personnes gravement malades afin de leur permettre d'extérioriser leurs émotions⁽²⁾. Ces séminaires connurent un très grand succès. Très vite, les familles des patients demandèrent à y être associées, puis les soignants.

Ayant eu le privilège de suivre treize de ces séminaires et de rejoindre l'équipe d'animateurs entourant Elisabeth Kübler-Ross, il m'apparut évident que quels que soient les participants, leur souffrance était semblable. Notre même humanité s'exprimait à travers les pertes de la vie, que ce soit celle de sa propre vie, celle d'un proche, celle de nos patients, nous renvoyant à nos pertes antérieures, dans un langage universel, celui des émotions. Elisabeth Kübler-Ross enseignait comment écouter chacune de ces pertes, comment décrypter le langage des corps, l'expression des visages et comment guider les participants dans ce voyage intérieur. La dimension spirituelle de l'accompagnement s'exprimait là, avec naturel, à travers ce qui faisait sens pour chacun dans son histoire, dans ce qui nous reliait.

Nous constatons que, dans la plupart

des cas, les malades rapportaient sur leur lit de mort non pas les moments heureux de leur existence, mais plutôt les événements douloureux qui l'avaient ponctuée. Comme si la proximité de la mort constituait pour eux une ultime occasion d'achever ces deuils, d'en finir avec cet « *unfinished business* » pour reprendre l'expression d'Elisabeth Kübler-Ross. Et les équipes de reconnaître de façon empirique que plus la vie des patients avait été difficile, plus les souffrances de fin de vie risquaient d'être vives.

L'hypothèse était posée qu'un travail en amont permettrait peut-être de soulager ces souffrances. D'où l'idée, de retour en France, de poursuivre ce travail à travers une association dédiée à l'accompagnement des pertes de la vie. Ainsi naquit « Elisabeth Kübler-Ross France » (EKR France), association loi 1901, sans but lucratif, apolitique et non confessionnelle.

Forte d'un siège national et de quatre antennes départementales (Paris, Rhône, Orne, Indre), EKR France développe aujourd'hui des formations à l'accompagnement intitulées « Accompagner de tout son être ». Largement inspirées des séminaires « Vie, mort et transition », elles sont uniquement destinées aux professionnels médico-psycho-sociaux et aux bénévoles. L'ob-

jectif est de permettre aux participants de travailler sur ce qui fait vraiment d'eux des accompagnants.

EKR France a également introduit dans notre pays des groupes de soutien aux personnes en deuil selon un mode d'animation directement hérité d'Elisabeth Kübler-Ross. Ce fut une des premières associations à mettre en place de telles initiatives. Il s'agit de groupes fermés rassemblant une douzaine de participants, s'exprimant à tour de rôle sans interférence, sans reprise de la parole de l'autre, incitant les membres à respecter des règles de confidentialité et de non jugement. Ces groupes baptisés « Groupe de soutien mutuel » connurent eux aussi un grand développement. Il en existe maintenant dans chacune des antennes. Toutes formes de deuil peuvent y être évoquées, sans que cela nuise au cheminement des participants.

Chaque groupe est piloté par un animateur et un assesseur dont les rôles respectifs sont déterminés. Il est obligatoire d'avoir suivi soi-même un groupe puis une formation et une évaluation pour occuper cette position. Tous les animateurs et assesseurs bénéficient d'une supervision. De façon générale, dans l'association, il est proposé à l'ensemble des bénévoles un travail permanent sur leurs propres

perdes, anciennes ou actuelles, garant d'une meilleure écoute dans l'accompagnement de l'autre.

Face à des demandes émergeant de publics particuliers, l'association a développé des groupes ouverts, spécifiquement dédiés à l'accompagnement des parents ayant perdu un enfant, ou de personnes ayant perdu un proche par suicide, ou d'enfants et d'adolescents en deuil, ou de malentendants, avec utilisation de la langue des signes française. Un groupe « homme » est aussi à l'étude. Nos congénères éprouvent, en effet, plus de difficultés à s'exprimer en public. La marche a été retenue comme un moyen visant à faciliter le partage entre hommes, après épuisement d'une certaine énergie physique.

EKR France propose également des accompagnements individuels par des bénévoles, des psychologues ou des psychothérapeutes. Elle organise des conférences, des formations plus classiques sur le thème de l'accompagnement du deuil. L'association développe aussi un site internet (<http://ekr.france.free.fr>) et édite une lettre trimestrielle *Le courrier*. Enfin, elle a contribué à soutenir les populations sinistrées par le récent tremblement de terre en Haïti.

Dans l'Indre, l'antenne d'EKR France s'est développée à proximité de l'équipe de soins palliatifs. Le président de l'association en est le médecin responsable. De nombreuses demandes de soutien de personnes en deuil parvinrent à l'équipe dès 2004. Y compris

des demandes émanant de familles dont elle n'avait pas accompagné le défunt. L'équipe peinant à y répondre, il fut décidé de confier ces accompagnements à EKR Indre et, de façon plus globale, d'entamer une réflexion autour de la question de l'accompagnement des personnes en deuil dans le département.

Toutes les personnes et institutions concernées furent invitées à participer à une plate-forme départementale de soutien aux personnes en deuil. Un texte fédérateur et un bulletin d'adhésion furent rédigés avec un message simple: le deuil est une étape naturelle de la vie. Comme la grossesse, le deuil n'est pas une maladie mais peut le devenir. Il existe une surmortalité et une surmorbidity chez les personnes en deuil dans les deux années qui suivent la perte d'un être cher⁽³⁾. Accompagner les personnes en deuil réduit cette surmortalité et cette surmorbidity. L'accompagnement de cette population fragilisée procède donc non seulement d'une simple éthique du souci de l'autre mais aussi d'une question de santé publique.

Cette plate-forme permet de mettre autour d'une table différents acteurs importants du département: le centre hospitalier de Châteauroux, le Comité Départemental d'Éducation à la Santé, la Ville de Châteauroux, les associations JALMALV, SOS Écoute Indre et la FAVEC, le réseau Etre-Indre, dédié à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Des partenariats financiers avec la Caisse Primaire d'As-

surance Maladie, la Mutuelle Sociale Agricole, la Caisse d'Allocations Familiales, le Conseil Général, la Ville de Châteauroux, différentes caisses de retraites, les entreprises de pompes funèbres permettent de développer les actions et, ainsi, de créer au niveau de ce département une véritable dynamique d'accompagnement.

Les associations de formation médicale continue se sont associées à ce travail. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes en deuil y fut largement abordé et discuté. De sorte qu'aujourd'hui, dans la plupart des cas, ce sont les médecins qui adressent les personnes en deuil à la plate-forme ou à l'association.

Petit par sa population (232 000 habitants), grand par sa superficie (6 791 km²), le département de l'Indre offre deux caractéristiques: une tradition rurale de solidarité dans les épreuves et un tissu de professionnels médico-psycho-sociaux insuffisamment dense pour établir facilement des liens. Il ne fut donc pas difficile de persuader les acteurs de la nécessité d'accompagner cette population fragilisée. Ainsi l'Indre est devenue un laboratoire social en termes d'accompagnement des personnes en deuil, et EKR France son support. ■

Docteur Hervé Mignot

Président de l'association
Elisabeth Kübler-Ross France
10, rue Grande, 36 000 Châteauroux
Tél. 02 54 07 01 69

Médecin responsable de l'Équipe
d'Appui Départementale en
Soins Palliatifs de l'Indre
Réseau de Soins Palliatifs
en Région Centre
23, rue Saint-Exupéry, 36 000 Châteauroux
Tél : 02 54 08 00 72

<http://ekr.france.free.fr>

→ Références

1. « Les derniers instants de la vie » Elisabeth Kübler-Ross, Éditions Labor et Fidès, Genève 1969.
2. Ces séminaires furent l'objet de plusieurs ouvrages : « La mort, porte de la vie », Elisabeth Kübler-Ross, Éditions Le Rocher, Paris 1990 et « La source noire », Patrice van Eersel. Le Livre de Poche, Paris 1986.
3. Bereavement: Studies of Grief in Adult Life; Colin Murray Parkes, publ. Pelican, London and Routledge, London & New York (3rd Ed 1996)



La douleur est-elle encore à l'origine de demandes d'euthanasie ?

Dr Florentin Clère / Consultation pluridisciplinaire de la douleur, Centre Hospitalier de Châteauroux

Durant le 6^e congrès de la fédération européenne des chapitres de l'IASP (EFIC), l'un des séminaires proposés a concerné le thème : « douleur et euthanasie ». C'est un fait, la douleur était dans les années 1980 la première raison exprimée par les patients pour demander l'euthanasie. Est-ce toujours le cas trois décennies plus tard ? Manifestement non, les données présentées par les orateurs, qu'ils soient anglo-saxons, suisses ou hollandais, vont toutes dans le même sens. L'État d'Oregon (USA) recense ainsi tous les ans les raisons pour lesquelles les patients ont demandé l'euthanasie : dans 90 % des cas, c'est la perte des capacités antérieures qui est mise en avant, la douleur étant citée dans moins de 25 % des cas. Ces données sont corroborées par les travaux publiés en 2003 par Marquet et al.^[1] : les courbes entre le vécu de handicap (en hausse constante) et la douleur (en baisse) se croisent très clairement durant les années 1990. Pour aller dans le même sens, les professionnels de santé exerçant dans les hospices

anglais ont pu déterminer cinq profils parmi les patients qui demandent à mourir (voir tableau).

C'est donc beaucoup plus la peur de la douleur que la douleur elle-même qui favorise la demande d'euthanasie, surtout si cette peur intervient au décours de la perte des capacités physiques antérieures. Un dialogue pré-

coce sur les moyens de gestion de la douleur apparaît donc primordial entre les soignants et le patient atteint d'une maladie incurable. ■

Les profils qui demandent à mourir

A (Afraid)	Les patients qui ont peur, notamment de la douleur, sans pour autant avoir de symptômes décrits par eux comme gênants	80 %
B (Burn-out)	Les patients épuisés	5 %
C (Control-oriented)	Les patients dans la maîtrise pour qui le contrôle de leur situation est prioritaire	1 %
D (Depressed)	Les patients déprimés	10 %
E (Extreme)	Les patients en situation de souffrance globale extrême, notamment ceux qui présentent une douleur non contrôlée	4 %

→ Références

1. Zenz M, Bosshard G, Steinhäuser K, Zyllicz B. Pain and euthanasia. Topical seminar. Pain in Europe VI : 6th congress of the European Federation of IASP Chapters (EFIC). Lisbonne, 11 sept 2009. Eur J Pain 2009;13(S1):S19.
2. Marquet RL, Bartelds A, Visser GJ, Spreeuwenberg P, Peters L. Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. BMJ 2003;327:201-2.



Hypnose en soins palliatifs

Dr Jean Becchio / Praticien Consultant Hôpital Paul Brousse, Villejuif,
Praticien Consultant Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
Coordinateur du Diplôme Universitaire d'Hypnose Clinique Paris XI

Une visite de la banque de données Medline nous permet de constater l'essor de l'hypnose en soins palliatifs. Les pays anglo-saxons utilisent cette approche dès les années 80, avec un fort développement depuis dix ans. En France, quelques pionniers ont introduit il y a dix ans l'hypnose en unités de soins palliatifs ; depuis cinq ans, nous sommes intégrés à l'Unité de Soins Palliatifs de Villejuif.

L'apport des neurosciences

Depuis le début du XXI^e siècle, les techniques d'imagerie permettent de « visualiser » le cerveau pensant, sensitif, ému. PetScanner et IRMf ont permis de démontrer que l'état hypnotique est différent du sommeil et de l'état de veille : c'est un état de conscience particulier, dans lequel certaines zones du cerveau travaillent de manière synchrone. Dans cet état, le sujet hypnotique devient réceptif à la suggestion qui peut entraîner des modifications du comportement, du métabolisme ou de la circulation dans le système nerveux. Ces modifications entraînent des restructurations, à action thérapeutique.

L'hypnose en unité de soins palliatifs

Notre petite unité de soins palliatifs est un ensemble de dix chambres individuelles. Notre journée commence par une réunion du matin. Pendant quarante-cinq minutes, un membre de l'équipe infirmière rétro-projette le dossier des dix patients. Toute l'équipe prend ainsi connaissance de tous les événements qui sont survenus dans les vingt-quatre dernières heures. Nous « repérons », lors de cette projection, les patients qui pourront bénéficier de notre aide hypnotique.

Ce matin, je note un nom sur ma fiche de pré-sélection : Maria. J'ai noté qu'elle souffre de douleurs abdominales intermittentes, mal calmées par la morphine et les anti-spasmodiques. Je consulte son dossier. Je sais que Maria, âgée de quarante-deux ans est

venue dans notre service en phase terminale d'un cancer de l'ovaire. Ces douleurs sont liées à la masse tumorale, mais ces renseignements cliniques, histologiques, physiologiques ne sont pas ce que je recherche en priorité dans le dossier : je me place en intervenant complémentaire, agissant sur les symptômes, quelle que soit leur origine. Pour cela j'utilise la technique hypnotique. Cette technique nécessite elle aussi des « ingrédients » que je recherche dans le dossier. Ces éléments, utiles pour mon approche, sont la date et le lieu de naissance de la patiente, son métier, son statut marital, les prénoms et âges des enfants, ses distractions préférées, sa religion, ses croyances. Je dois avouer que dans des dossiers qui pèsent parfois plusieurs kilos, ces informations sont souvent absentes. C'est le cas aujourd'hui pour Maria. J'apprends qu'elle est mariée, mère d'une enfant de douze ans.

Je me présente et signale à Maria que j'ai appris que sa douleur était toujours présente, malgré les médicaments. Je l'interroge, classiquement, sur les caractères de cette douleur, puis je lui propose d'apprendre un exercice, basé sur l'hypnose, pour mieux gérer cette douleur, en complément des traitements qu'elle reçoit déjà. Maria accepte. Je me tourne alors vers le panneau mural où se trouvent les photos et je demande à Maria de me dire quelques mots sur ces morceaux de vie. Elle me présente sa fille Joan et je comprends l'importance de la place occupée par cette jolie enfant blonde dans le cœur de sa maman. Nous parlons de son métier d'employée de banque, de son amour

pour la musique et les ballades dans la nature. Nous revenons sur la douleur et je fais préciser à Maria ce qu'elle ressent lorsque la douleur commence à s'installer. « *C'est comme une tenaille qui me serrerait brutalement les muscles du ventre* ». Nous évaluons la douleur sur l'échelle classique d'évaluation : 6/10 est la note du ressenti actuel de Maria. Muni de cette métaphore et de cette évaluation, je propose l'exercice d'hypnose à Maria.

Je lui demande de fermer les yeux, mais de bien écouter tout ce que je vais dire car elle pourra refaire l'exercice, plus tard, toute seule, sous forme d'exercice d'auto-hypnose. J'applique alors la technique d'induction hypnotique qui permet d'aider le patient à passer de l'état d'éveil conscient à l'état hypnotique. Maria présente rapidement les signes cliniques de l'état hypnotique. Je demande alors à Maria de retrouver un souvenir d'une expérience d'apprentissage agréable, de n'importe quelle partie de sa vie, dans n'importe quel domaine. Elle retrouve rapidement le souvenir du jour où elle a accouché pour mettre au monde Joan. Je l'accompagne dans ce souvenir en employant des suggestions indirectes, des suggestions ouvertes et des métaphores adaptées au but de la séance. Je place des suggestions post-hypnotiques, qui aideront Maria après la séance. Nous terminons la séance qui a duré un peu moins de cinq minutes.

Maria est souriante et détendue en fin de séance. Elle nous raconte son vécu. « Lorsque Joan est sortie de mon ventre, j'ai ressenti une inondation de joie et de bonheur et la tenaille s'est relâchée

complètement ». L'évaluation confirme l'amélioration : 0/10 nous indique Maria qui demande comment elle peut pratiquer toute seule. Je lui donne les principes de base de la pratique auto-hypnotique. Je travaillerais encore trois fois avec Maria dans les deux semaines précédant son décès. Maria a parfaitement intégré la technique d'auto-hypnose et cette technique, associée au traitement médicamenteux, lui permet de communiquer avec son entourage jusqu'à son dernier jour.

Les particularités de l'hypnose en soins palliatifs

L'hypnose employée est l'hypnose psychodynamique, issue de l'hypnose ericksonienne. Elle est caractérisée par l'emploi de suggestions ouvertes et de techniques spécifiques destinées à induire la transe hypnotique chez la plupart des patients. L'auto hypnose est systématiquement associée à l'hétéro hypnose.

L'utilisation de l'hypnose est bien acceptée par les patients. La demande ne vient jamais d'eux, car ils ne savent pas que cette technique est pratiquée dans notre service.

Je fus rapidement intégré à l'équipe qui demandait, au début, à suivre mes interventions d'hypnothérapeute. Devant cette « curiosité » agréable et motivée, je décidais de former les soignants qui le désiraient à l'apprentissage de l'induction hypnotique. Ils pourraient ainsi aider les patients dans leur pratique d'auto-hypnose. Le succès fut considérable puisque nous avons formé vingt-deux soignants sur les vingt-quatre qui composent l'équipe ; la plupart des soignants formés utilisent la technique dans deux situations, lors de soins douloureux ou pour aider les patients dans leur travail d'auto-hypnose.

Les familles sont très présentes dans notre service et s'occuper d'elles fait partie de nos obligations en soins palliatifs. Lorsque je propose une séance à un patient et qu'un membre de la famille est présent, j'entends souvent la réflexion adressée au patient « tu as de la chance, j'aimerais bien avoir moi aussi une séance d'hypnose ». Lorsque la personne de confiance, choisie par le patient, est présente au moment de la séance, je lui demande de rester et d'y assister. Ensuite je lui dis qu'elle pourra aider le patient dans sa pratique d'auto-hypnose. C'est ce qui se passe la plupart du temps, avec un bénéfice thérapeutique pour le patient et psychologique pour la personne de confiance.

Les indications de l'hypnose en soins palliatifs

Notre expérience confirme ce que nous retrouvons dans la littérature spécialisée dont vous trouverez quelques références en fin d'article.

Les douleurs, sous toutes leurs formes, chroniques ou aiguës, de toutes origines. Pour les douleurs aiguës, il nous arrive d'utiliser, parfois, la technique d'hypnose traditionnelle, en employant des suggestions directes. La pratique de l'auto-hypnose est primordiale dans la gestion des douleurs au long cours et c'est là que se révèle l'intérêt d'avoir formé les soignants à cette approche. La dyspnée est une excellente indication de l'hypnose. Le facteur psychologique et émotionnel est omni présent dans ce symptôme. L'hypnose, par des exercices spécifiques, permet de mieux contrôler les émotions et la respiration. L'anxiété et l'état dépressif peuvent, en complément d'autres thérapies, bénéficier de notre apport.

La détresse spirituelle peut aussi être facilement abordée par l'hypnose.

Les nausées, la toux, le prurit, l'insomnie, sont aussi des indications de notre technique.

Les soignants ont intégré l'outil hypnotique dans leur pratique des soins douloureux.

Réflexions autour de l'hypnose pratiquée en soins palliatifs

Pour éclairer l'apport particulier de l'hypnose dans ces dernières recommandations, nous allons nous tourner vers la mythologie grecque.

Le vocable hypnose vient du nom propre Hypnos. Hypnos est un dieu Grec dont le rôle est de s'occuper de nous pendant notre vie ; il agit pendant notre sommeil où il nous console, cicatrise nos blessures, soulage nos douleurs. Hypnos a un frère jumeau Thanatos. Ce dernier s'occupera de nous après notre dernier soupir ; il aidera notre corps et notre âme dans le parcours post-mortem. Sur le plan étymologique, Thanatos a donné euthanasie.

Nous formerons notre conclusion en invoquant ces deux dieux antiques : Hypnos nous offre un outil thérapeutique qui permet d'améliorer notre action clinique auprès des patients en unité de soins palliatifs, en préservant une meilleure qualité de vie et en respectant l'évolution naturelle de la fin de vie.

Thanatos prendra ensuite le relais... au bon moment. ■

Jean Becchio

USP du Dr Sylvain Pourchet

Hôpital Paul Brousse

94 800 Villejuif

www.afhyp.fr

Courriel : becchio@club.fr

→ Bibliographie

- Iglesias A. Hypnosis and existential psychotherapy with end-stage terminally ill patients.
- Am J Clin Hypn. 2004 Jan ; 46 (3) : 201-3
- Marcus J., Elkins G., Mott F. The integration of hypnosis into a model of palliative care.
- Integr Cancer Ther. 2003 Dec ; 2 (4) : 365-370.
- Newelle S., Sanson-Fisher R.W. Australian oncologists' self-reported knowledge and attitudes about non-traditional therapies used by cancer patients.
- MJA 2000 ; 172 : 110-113.
- Finlay IG., Jones OL. Hypnotherapy in palliative care
- J R Soc Med 1996 Sep ; 89 (9) : 493-6.
- Godin J. Nouvelle Hypnose Ed. Albin Michel 1994
- Becchio J. Jousselein C. Hypnose Psycho Dynamique Ed. Desclée de Brouwer 2001

L'hypnoanalgésie : précieuse en pédiatrie

Lettre d'information d'octobre 2010 PEDIADOL

Une littérature importante témoigne ces dix dernières années de l'essor considérable de l'hypnose pour le contrôle de la douleur. L'imagerie spécialisée (IRM fonctionnelle) objective les régions du cerveau stimulées par les suggestions hypnotiques¹. De nombreux articles décrivent les effets antalgiques de l'hypnose notamment pour : les soins aux brûlés^{2,3,4}, les douleurs provoquées⁵, la douleur postopératoire⁶. L'enfant dispose d'un pouvoir imaginaire riche et précieux, qui lui permet de s'évader quasi naturellement d'une situation pénible. La réalité du soin est ainsi modifiée, l'enfant y prend une place active. Il sort d'une expérience désagréable pour

vivre paradoxalement un moment de détente et d'évasion. L'hypnose intervient dans ce cadre pour renforcer la dissociation (être au même moment ici et ailleurs) et modifier la perception douloureuse. On propose par exemple à l'enfant d'imaginer qu'il étale une crème anesthésiante, ou encore de couper l'interrupteur de la douleur ou d'éloigner pour un moment la partie du corps qui est gênante. Quelle que soit la situation, chaque geste, chaque étape du soin est intégré à la séance. Un des aspects primordiaux de l'hypnoanalgésie est de se centrer sur l'enfant, de partir de l'endroit où il se trouve, c'est-à-dire d'accompagner ce qu'il ressent, de "broder" les sugges-

tions à partir de ce qu'il nous dit, de ses réactions. Les méthodes utilisant l'hypnose pour les soins douloureux sont particulièrement précieuses en milieu pédiatrique. Les infirmières formées peuvent parfaitement les utiliser régulièrement au lit du malade.

Références

- [1] Faymonville ME et al. *Anesthesiology* 2000
- [2] Patterson DR et al. *Am J Clin Hypn* 2004
- [3] De Jong AE et al. *Burns* 2007
- [4] Shakibaei F et al. *J Clin Exp Hypn* 2008
- [5] Richardson J et al. *J Pain Symptom Manage* 2006
- [6] Montgomery GH et al. *Anesth Analg* 2002



La distraction pour diminuer l'anxiété de l'enfant

Lettre d'information d'octobre 2010 PEDIADOL

L'enfant hospitalisé se trouve dans un univers inconnu et anxiogène qui accroît sa détresse. Or la peur majore la perception de la douleur. La diminution de l'anxiété, l'instauration d'un climat de confiance et la distraction sont des éléments primordiaux pour installer la détente et disperser l'attention de l'enfant. Dans ce contexte, la perception douloureuse diminue et l'efficacité des antalgiques est potentialisée. Il existe un certain nombre de méthodes pour distraire l'enfant qui s'adaptent à son âge, à son développement psychomoteur et à ses préférences. Loin d'une méthode stéréotypée, la distraction est une véritable démarche individualisée.

Plus l'enfant est jeune, plus on favorisera des distractions simples et de courte durée. Chez l'enfant de 0 à 2 ans, le bercement, les chansons douces et la tétine seront utiles. De 2 à 4 ans, la distraction se construit autour d'une histoire, on peut aussi s'adresser à lui par l'intermédiaire de son jouet ou de son nounours, les bulles de savon sont particulièrement appréciées à cet âge. À partir de 6 ans, l'imagination est de plus en plus sollicitée : on peut jouer à faire "comme si", lire ou faire lire une histoire... Plus l'enfant grandit, plus ses capacités imaginatives sont exploitées. Les moyens habituels de divertissement de l'enfant, comme les jeux vidéos ou la télévision, sont utilisés. La distraction est en quelque sorte une improvisation "organisée". C'est l'interactivité entre l'enfant et la personne qui propose la distraction qui favorise la diminution de l'anxiété*.

* MacLaren JE & Cohen LL. *J Pediatr Psychol* 2005

À paraître prochainement



Douleur et Personne Âgée

La vieillesse est un processus naturel, mais quand elle s'associe à des douleurs chroniques, articulaires ou bien aiguës ayant des répercussions sur les capacités du patient mais aussi sur sa qualité de vie, une prise en charge médicale est nécessaire.

Le rôle de tous les acteurs du monde médical est de veiller à ce

que ce processus se déroule de la façon la plus optimale qu'il soit en prenant en compte les trois dimensions que recouvre la douleur : dimensions organique, psychologique et sociale. La douleur de la personne âgée est cependant encore trop souvent négligée par les soignants. 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.

Cet ouvrage "prend la vieillesse au sérieux, quand notre société, trop souvent, préfère l'oublier ou la minorer. Il prend la souffrance au sérieux, quand il fut longtemps de bon ton, dans nos hôpitaux, de n'y voir qu'un symptôme incommode ou encombrant. Il donne les moyens de la mesurer, de l'évaluer, de la comprendre, de l'affronter, de la soulager. Il met nos soignants devant leurs responsabilités ; et nous tous, en tant que citoyens, devant les nôtres", tels sont les propos d'André Comte-Sponville. Douleur et Personne Âgée paraîtra au mois de novembre et sera accessible aux professionnels de santé sur le site internet de l'IUD !

Les Douleurs Induites nouvelle édition

Paru en 2005, Les Douleurs Induites, était le premier ouvrage réalisé sur le sujet. Après cinq années d'évolution dans ce domaine, l'IUD met à

jour l'ensemble des informations de cet ouvrage qui s'enrichit également de deux nouveaux chapitres : « Place de l'hypnose dans le soulagement des dou-

leurs induites » et « Épidémiologie, mécanisme d'action et facteurs prédictifs des douleurs induites ».



10^e conférence internationale François Boureau

www.institut-upsa-douleur.org

Pour la dixième année consécutive, l'Institut UPSA organise la Conférence Internationale François Boureau sur le thème de « l'Imagerie de la Douleur ». La conférence sera animée par le Professeur Pierre Rainville (Département de stomatologie

- Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal) qui abordera l'actualité de l'Imagerie de la Douleur. Elle se déroulera le 18 novembre à 14 h, Parc Chanot à Marseille.



www.institut-upsa-douleur.org

X^{ème} Conférence Internationale François Boureau
Parc Chanot, Marseille
Jeudi 18 novembre 2010 à 14h
à l'Auditorium

Imagerie de la Douleur : actualités

Professeur Pierre Rainville
Département de stomatologie - Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal



www.institut-upsa-douleur.org

→ Congrès 2010

Octobre (rappel)

- « La Douleur », journées organisées par l'AFIDTN : Prévention et amélioration de la prise en charge de la douleur physique et psychique - Le 7 et le 8 octobre, Paris - www.afidtn.com
- XXXIX^{es} Journées Annuelles de Thérapie psychomotrice : Le Corps Abîmé - Du 7 au 9 octobre 2010, Palais Neptune, Toulon
- Journée thématique douleur : La place de la médecine physique et de réadaptation dans le traitement de la douleur - Le 8 octobre, Paris www.jtd-sfefd.fr/site/-/Edito,1753
- Journée Mondiale de la Douleur - Le 12 octobre 2010
- CNRD-5^e Journée Douleur Provoquée par les Soins - Le 15 octobre, PACI Issy-les-Moulineaux www.cnrdf.fr/Journee-du-CNRD-2010.html
- 9^e Congrès International Francophone de Gériatrie et Gérontologie - Du 19 au 21 octobre à Nice - Acropolis - www.ams.fr

7^e Journée Lorraine de Soins Palliatifs Soins Palliatifs et accompagnement : des racines et du zèle...

Le 23 octobre, Centre des Congrès Metz sec-soinspalliatifs-th@chr-metz-thionville.fr

Novembre

- SFETD : Céphalées et algies faciales rebelles - Du 17 au 20 novembre, Parc Chanot, Marseille - www.sfefd-douleur.org
- Conférence internationale François Boureau - Imagerie médicale de la douleur : actualités - 18 novembre, Parc Chanot, Marseille

Décembre

- 17^e Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? » - Le 3 décembre à Paris www.pediadol.org
- 23^e Congrès de la SFR - Du 28 novembre au 1^{er} décembre à Paris (CNIT) www.rhumatologie.asso.fr

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR

avec le soutien de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org

Directeur de la Publication :
Dr Éric Boccard

Rédacteur en Chef :
Dr Francine Hirzowski

Coordonnateur/Rédacteur Adjoint :
Françoise Beroud
Avec la participation de :
Amélie Leclercq

Comité de Rédaction :
Nadine Attal, Françoise Beroud,
Jean-Marie Besson, Eric Boccard,
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 - Tél. : 01 42 40 23 00
N° ISSN : 1279-5933 - Dépôt légal : 4^e trim. 2010

Institut UPSA de la Douleur :
Association loi 1901 à but non lucratif,
3 rue Joseph Monier - BP325
92506 Rueil-Malmaison Cedex.
Tél. : 01 58 83 89 94 - Fax : 01 58 83 89 01
Email : institut.upsa@bms.com

279071001



Coupon d'abonnement



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 Douleur des recommandations à la pratique](#)

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