

2015-2016

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**LA PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR CHRONIQUE PAR
L'HYPNOSE**

MICHARD Gaëlle

Née le 23 05 1991 à ANGERS (49)

Sous la direction de M. CLERE Nicolas et M. HUBAULT Philippe

Membres du jury

Mme MARCHAIS Véronique | Président

Mr CLERE Nicolas | Directeur

Mr HUBAULT Philippe | Co-Directeur

Mme PECH Brigitte | Membre

Mme CALLEROT Dominique | Membre

Soutenue publiquement le :
27 juin 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Gaëlle Michard,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **01 / 06 / 2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle Richard

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas Lerolle

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine

DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine

LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine

VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine

HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Aux membres du jury**Monsieur Nicolas CLERE (Directeur de la thèse)**

Maitre de conférences en physiologie-pharmacologie à l'université d'Angers

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour le temps que vous avez passé à la relire ainsi que pour votre disponibilité et vos conseils pertinents.

Merci également pour vos enseignements durant notre cursus universitaire.

Monsieur Philippe HUBAULT (Co-directeur de la thèse)

Médecin responsable des soins palliatifs

Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer mon travail. Merci pour votre implication, votre disponibilité et pour l'aide précieuse que vous avez pu apporter pour l'élaboration de cette thèse. Ce fut un réel plaisir de vous avoir à mes côtés durant ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Mme Véronique MARCHAIS (Présidente du jury), Mme Brigitte PECH et Mme Dominique CALLEROT (membres du jury)

Merci pour me faire l'honneur de juger ce travail et pour votre disponibilité.

A Christiane CHARRIER et Vanessa BELLOEIL

Merci de m'avoir permis d'assister à vos côtés aux consultations d'hypnose.

A la pharmacie CALLEROT

Merci pour le temps que vous m'avez consacré lors de mes premiers stages à l'officine ainsi que toutes les connaissances que vous avez su me transmettre.

A la pharmacie TROUSSELLE

Merci pour tout ce que j'ai appris en travaillant à vos côtés et pour cette bonne ambiance au sein de votre équipe.

A ma famille

Merci pour votre soutien et vos encouragements. Merci à toi maman de m'avoir transmis cet engouement pour l'officine et à papa et Emilie d'avoir supporté nos conversations pharmaceutiques de nombreuses fois.

A Olivier

Merci pour ta (très grande) patience et ton amour.

A mes amis de la faculté de pharmacie

Clémence, mon binôme de TP, je n'oublierai jamais tous les bons moments passés ensemble ainsi que nos nombreux fous rires.

Arnaud, pour tous ces joyeux moments passés ensemble à la fac, à la BU ou en soirée. Merci également pour tes supers schémas apportés à cette thèse et pour toutes tes réponses à mes (nombreuses) questions durant toutes ces années de pharmacie.

Mailys, pour avoir été mon pilier durant ces dernières années de fac. J'espère un jour venir te voir à Tahiti !

Et à tous les autres avec qui j'ai passé de bons moments...

Sommaire

Table des illustrations.....	14
Liste des abréviations.....	16
Introduction.....	17
Partie I : Aspect fonctionnel de la douleur.....	20
I.1 Qu'est ce que la douleur ?.....	20
I.1.1 Définitions	20
I.1.2 Les 4 dimensions de la douleur	21
I.1.3 Distinction entre douleur aiguë et douleur chronique	21
I. 1.3.1 La douleur aiguë ou « douleur symptôme »	21
I. 1.3.2 La douleur chronique ou « douleur-maladie ».....	22
I.1.3.3 La douleur provoquée (ou douleur induite).....	23
I.2 La douleur chronique	24
I.2.1 Épidémiologie.....	24
I.2.2 Les différents types de douleur chronique	25
I.2.3 Les conséquences de la douleur chronique	25
I.2.4 Physiopathologie de la douleur.....	27
I.2.4.1 La transmission ascendante jusqu'à la moelle via le protoneurone	27
a) Les nocicepteurs.....	27
b) Les fibres nerveuses afférentes.....	28
c) Les substances algogènes.....	29
I.2.4.2 La transmission ascendante spino-thalamique via le deutoneurone	30
a) La voie spino-thalamique	30
b) La voie spino-réticulaire	30
I.2.4.3 La transmission thalamo-corticale via le troisième neurone	32
a) Le cortex pariétal somesthésique	33
b) Le cortex préfrontal.....	33
c) Le système limbique.....	33
d) Le thalamus	34
I.2.4.4 Les mécanismes de contrôle de la douleur	36
a) Contrôle ascendant au niveau segmentaire spinal de la douleur : la théorie du Gate control	36
b) Contrôle inhibiteur descendant de la douleur	37
I.2.5 Les étiologies de la douleur.....	39
I.2.5.1 La douleur par excès de nociception.....	39

I.2.5.2	La douleur neurogène	39
I.2.5.3	La douleur psychogène ou idiopathique	40
I.2.6	L'évaluation de la douleur	42
I.2.6.1	Les principes de l'évaluation	42
I.2.6.2	Les moyens d'évaluation	44
a)	Les échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles.....	44
b)	Les échelles d'auto-évaluation multidimensionnelles	45
c)	Les échelles d'hétéro-évaluation (ou échelles comportementales)	46
d)	L'imagerie fonctionnelle.....	48
I.2.7	Aspect psycho-émotionnel de la douleur	49
Partie II :	Aspect thérapeutique de la douleur	51
II.1	Traitements médicamenteux	54
II.1.1	Les antalgiques	54
II.1.2	Les psychotropes	55
II.2	Traitements non médicamenteux.....	56
II.2.1	Techniques chirurgicales	56
II.2.2	Thérapies cognitivo-comportementales	56
II.2.3	Acupuncture	57
II.2.4	Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	57
II.2.5	La kinésithérapie	57
II.2.6	L'hypnose.....	57
II.3	Généralités sur l'hypnose.....	58
II.3.1	Historique : les débuts de l'hypnose thérapeutique	58
II.3.1.1	MESMER et le magnétisme animal	58
II.3.1.2	BRAID et la « neurohypnologie »	59
II.3.1.3	L'école de Paris : interprétation physiologique.....	59
II.3.1.4	L'école de Nancy : interprétation psychologique.....	60
II.3.1.5	L'hypnose au XX ^{ème} siècle avec ERICKSON.....	61
II.3.2	Quelques définitions	61
II.3.2.1	L'hypnose.....	61
II.3.2.2	La suggestion	63
II.3.2.3	La suggestibilité	63
II.3.2.4	L'hypnotisabilité	63
II.3.2.5	La transe	64
II.3.3	Indications et contre-indications de l'hypnose	66

II.3.3.1	Indications	66
II.3.3.2	Effets secondaires et contre-indications.....	67
II.3.3.3	Les formations d'hypnose	67
II.3.3.4	Perspectives.....	68
II.3.4	Ce que n'est pas l'hypnose.....	68
II.3.4.1	De la magie ou un don surnaturel du thérapeute.....	68
II.3.4.2	De la relaxation.....	68
II.3.4.3	Un phénomène placebo	69
II.3.4.4	Un état de sommeil	69
II.3.5	Les différents types d'hypnose.....	69
II.3.5.1	L'hypnose traditionnelle (ou hypnose conversationnelle).....	69
II.3.5.2	L'hypnose Ericksonnienne (ou hypnose formelle)	70
II.3.5.3	L'auto-hypnose.....	70
II.3.6	Les éléments de communication.....	71
II.3.6.1	Les trois canaux verbaux	71
II.3.6.2	Au niveau du cerveau	72
II.3.7	Déroulement d'une séance hypnotique Ericksonnienne	73
II.3.7.1	L'alliance thérapeutique.....	73
II.3.7.2	L'induction hypnotique et la dépotentialisation du conscient.....	74
II.3.7.3	Le travail et la mise en route d'une recherche inconsciente	75
II.3.7.4	Les différentes étapes de l'hypnose.....	78
II.3.8	La douleur chronique : une forme d'état hypnotique négatif	80
II.4	Mécanismes d'action neurophysiologiques de l'hypnose	80
II.4.1	L'activité cérébrale sous hypnose	80
II.4.2	Modulation de la douleur sous hypnose.....	82
II.4.2.1	Les études électrophysiologiques	83
II.4.2.2	Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle	83
Partie III :	Exemples de cas cliniques et éventuelles applications de l'hypnose à l'officine	87
III.1	Exemples de cas cliniques au CHU d'Angers	87
III.1.1	Motifs de consultation	87
III.1.2	Les objectifs fixés avec le thérapeute	88
III.1.3	Le déroulement de la séance	88
III.1.4	Conclusion : sensations ressenties pendant et après la séance.....	90
III.2	Éventuelles applications de l'hypnose à l'officine.....	91
Conclusion	95

Bibliographie	96
Annexes	103

Table des illustrations

❖ Liste des figures

Figure 1 : Pourcentage des patients souffrant de douleurs chroniques en Europe	24
Figure 2 : Les principaux récepteurs cutanés	28
Figure 3 : Les substances algogènes.....	30
Figure 4 : La voie spino-thalamique et la voie spino-réticulaire, adaptée d'après WILLIS WD (1985)	31
Figure 5 : Schéma récapitulatif des différentes régions corticales du cerveau impliquées dans la douleur	32
Figure 6 : Les régions du système limbique (schéma et IRM)	34
Figure 7 : Le thalamus	35
Figure 8 : Représentation schématique de la "théorie du portillon" de MELZAC et WALL	36
Figure 9 : Déclenchement des CIDN.....	37
Figure 10 : Schéma récapitulatif des voies de la douleur et ses substances modulatrices	38
Figure 11 : Schéma récapitulatif du modèle multidimensionnel de la douleur	41
Figure 12 : Aspect IRM des principales zones cérébrales impliquées dans l'analyse et le contrôle de la douleur	48
Figure 13 : Situations douloureuses.....	50
Figure 14 : Sites et modes d'action des moyens antalgiques.....	53
Figure 15 : Échelle de la douleur selon l'OMS	54
Figure 16 : Séances de magnétisme, exemplaire du baquet de MESMER exposé au musée de l'histoire de la médecine et de la pharmacie, Lyon, France.....	58
Figure 17 : Une leçon à la Salpêtrière (par André BROUILLET, 1887).	60
Figure 18 : Les étapes d'une séance d'hypnose	78
Figure 19 : Les cinq temps de l'hypnose : l'induction, la confusion, la dissociation-catalepsie, l'appropriation et le retour	79
Figure 20 : Débit sanguin cérébral pendant l'hypnose.....	81
Figure 21 : Modulation hypnotique de la douleur	84
Figure 22 : Régions cérébrales ayant montré une augmentation des connectivités fonctionnelles avec la partie ventrale du CCA lors de l'hypnose	85

❖ **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Quelques définitions autour de la douleur.....	20
Tableau 2 : Différences entre douleur aiguë et douleur chronique.....	22
Tableau 3 : Les différents types de douleur chronique selon l'AETMIS.....	25
Tableau 4 : Caractéristiques des fibres nerveuses.....	29
Tableau 5 : Echelle de DAVIS et HUSBAND (1931).....	65
Tableau 6 : Indications courantes de l'hypnothérapie.....	66
Tableau 7 : Distinction entre hypnose classique et Ericksonienne.....	70
Tableau 8 : Différences entre cerveau gauche et cerveau droit.....	72

Liste des abréviations

AETMIS : Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé

AMA : American Medical Association

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CCA : Cortex Cingulaire Antérieur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDN : Contrôles Inhibiteurs Diffus de la Nociception

CLUD : Comité de lute contre la douleur

EN : Echelle Numérique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVA : Échelle Visuelle Analogique

EVS : Échelle Verbale Simple

IASP : International Association for the Study of Pain

IFH : Institut Français d'Hypnose

IFHE : Institut Français d'Hypnose Ericksonnienne

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TENS : Neurostimulation Electrique Transcutanée

Introduction

La douleur est une expérience universelle. Elle peut être légère ou intense, aiguë ou chronique, avec ou sans séquelles, ayant dès lors des répercussions sur la vie et les activités quotidiennes du patient. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, introduit que : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* » (1). La prise en charge de la douleur physique et psychique est devenue une priorité de santé publique depuis la loi de santé du 9 août 2004 (2)(3). Face à la diversité des syndromes algiques, de nouvelles thérapeutiques, médicamenteuses ou non, se sont développées.

Longtemps décriée, l'hypnose est de plus en plus utilisée et intégrée dans le système de soins. En effet, l'évolution de l'imagerie fonctionnelle a permis d'évaluer son efficacité et de comprendre ce qu'est l'état hypnotique. L'hypnose est d'ailleurs mentionnée dans le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (4), et est ainsi reconnue officiellement comme moyen de lutte antidouleur.

Certains patients ne sont pas soulagés malgré la prise de nombreux traitements antalgiques, qui entraînent par ailleurs de multiples effets secondaires. L'hypnose intervient alors comme une alternative thérapeutique intéressante, permettant de moduler la douleur et ainsi de diminuer le recours aux antalgiques et la survenue d'effets secondaires. Par ailleurs, l'hypnothérapie permet de renforcer l'alliance thérapeutique soignant-soigné par l'implication active des patients dans leur traitement et l'amélioration de la communication.

Qu'est-ce que la douleur ? Quel est son mécanisme physiopathologique ? Qu'est-ce que l'hypnose ? Quel est son mode de fonctionnement et quelles en sont les indications ? Les sujets sont-ils tous hypnotisables ? Et enfin, quelles pourraient être ses éventuelles applications à l'officine ? Nous répondrons à ces différentes questions au travers de cette thèse.

Dans un premier temps, nous développerons l'aspect fonctionnel de la douleur, avant d'aborder dans un second temps sa prise en charge thérapeutique en nous focalisant plus particulièrement sur l'hypnose. Dans une troisième partie, nous évoquerons différents cas cliniques observés au CHU d'Angers ainsi que le ressenti des patients lors d'une séance d'hypnose. Enfin, nous définirons comment l'hypnose peut s'avérer utile pour le pharmacien d'officine.

« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne » M. ERICKSON.



Partie I : Aspect fonctionnel de la douleur

I.1 Qu'est ce que la douleur ?

I.1.1 Définitions

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (*International Association for the Study of Pain - IASP*) définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes* ». Cette définition a l'avantage de montrer l'aspect multidimensionnel de la douleur, laissant ainsi une grande place à la subjectivité.

Voici quelques définitions nécessaires pour la suite (tableau 1) :

Tableau 1 : Quelques définitions autour de la douleur

Souffrance :	aspect émotionnel et passionnel de la douleur telle qu'elle est supportée.
Anesthésie :	état d'insensibilité, c'est-à-dire suppression de tous les types de sensibilité (tactile, profonde et douloureuse).
Antalgie :	état dans lequel une douleur préexistante est calmée.
Analésie :	état de perte de la sensibilité à la douleur.
Algologie :	étude de la douleur.
Nociception :	sensation neurophysiologique d'une agression tissulaire de l'organisme. Elle concerne la transmission et l'intégration des stimuli nociceptifs.
Hypoesthésie :	diminution de la sensibilité lors d'une stimulation.

I.1.2 Les 4 dimensions de la douleur

En 1968, MELZACK et CASEY définissent quatre composantes de la douleur, reprises par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) (5) (6) (7) :

- **Sensori-discriminative** : elle permet l'analyse d'un stimulus nociceptif (nature, intensité, durée et localisation), afin de concevoir une réponse adaptée.
- **Affectivo-émotionnelle** : elle affecte la perception douloureuse d'un caractère désagréable pouvant aller jusqu'à l'anxiété ou la dépression. L'histoire du sujet et son vécu personnel influencent cette dimension émotionnelle. (8)
- **Cognitive** : elle comprend les processus mentaux qui influencent la perception douloureuse ainsi que les réactions comportementales (exemple : l'anticipation du phénomène douloureux en référence à une expérience douloureuse antérieure, la connaissance de la maladie...).
- **Comportementale** : elle correspond à la façon dont le patient exprime sa douleur. Elle comprend les réactions physiologiques (musculaires, neurovégétatives), les réactions motrices (mimique, prostration), les réactions verbales (cris, gémissements).

Cela explique la forte subjectivité de la douleur et les différentes réactions très variées que peuvent avoir plusieurs sujets face à un stimulus douloureux. L'hypnose peut agir sur différentes composantes de la douleur (cf. II.4.2 – Modulation de la douleur sous hypnose).

I.1.3 Distinction entre douleur aiguë et douleur chronique

I. 1.3.1 La douleur aiguë ou « douleur symptôme »

La douleur aiguë est une douleur d'une durée inférieure à trois mois. Elle joue le rôle de signal d'alarme pour l'organisme (tableau 2). Elle permet ainsi de se protéger en réagissant face à un stimulus mécanique, thermique ou chimique. (9)

I. 1.3.2 La douleur chronique ou « douleur-maladie »

La douleur chronique est une douleur qui dure plus de 3 mois, au-delà de la période normale de guérison. Elle n'est plus considérée comme un signal d'alarme, mais plutôt comme une pathologie, on parle de « douleur-maladie » (tableau 2). (9)

François Boureau définit le syndrome douloureux chronique comme « *l'ensemble des manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui tendent à faire considérer la douleur persistante, quelle que soit son étiologie de départ, plus comme une maladie en soi que comme le simple signe d'un désordre physiopathologique sous-jacent* ». (10)

L'American Medical Association (AMA) définit le syndrome douloureux chronique comme une douleur persistante ou récurrente, durant plus longtemps que prévu (souvent au-delà de 6 mois), non soulagée par un traitement médicamenteux invasif, suivie d'une régression du statut fonctionnel et relationnel dans les activités quotidiennes.

Tableau 2 : Différences entre douleur aiguë et douleur chronique

	Douleur aiguë	Douleur chronique
Rôle biologique	Utile : protectrice, signal d'alarme	Inutile : destructrice, maladie
Durée	Passagère (quelques minutes à quelques semaines), réversible si lésion traitée	Permanente (supérieure à 3 mois), résistante face aux traitements
Manifestations	Douleur locale et cause connue	Douleur diffuse, picotements ou engourdissements
Objectifs thérapeutiques	Suppression totale, bonne réponse face aux traitements classiques	Meilleure gestion de la douleur et amélioration de la qualité de vie, réponse souvent médiocre avec les traitements classiques

1.1.3.3 La douleur provoquée (ou douleur induite)

Il existe également un autre type de douleur : les douleurs provoquées par des professionnels de santé lors des soins ou des examens (ex. : prélèvements sanguins, soins dentaires, poses de cathéter, biopsies...). Ces douleurs doivent être prévenues et doivent être soulagées. D'après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* » (1).

Parmi ce type de douleur, on retrouve aussi les douleurs quotidiennes qui peuvent être provoquées lors de la toilette ou des mobilisations. (11) Prenons l'exemple de l'enquête du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) qui a été menée au CHU d'Angers en 2008 afin d'évaluer les douleurs provoquées par les soins. Les résultats de cette étude montrent que ce ne sont pas tant les soins qui sont douloureux, mais surtout les gestes (tels que la prise de tension ou encore le changement de position des patients). (12)

Dans les douleurs provoquées, on retrouve également les douleurs iatrogènes. L'enquête DELORME analyse la douleur provoquée par les traitements anticancéreux. Dans cette enquête, les médecins évaluent la douleur chez des patients cancéreux et l'attribuent à l'évolution du cancer dans 65 % des cas et aux traitements du cancer dans 45 % des cas. (13)

Il est primordial de bien prendre ces douleurs en compte, car elles peuvent être très pénibles. De plus, l'anticipation douloureuse peut activer les voies de la douleur. D'où l'importance de la prise en charge du patient, antérieurement et au cours de tout acte douloureux, permettant d'atténuer la douleur, de réduire l'anxiété et ainsi contribuer au confort du patient et de l'équipe soignante. Plusieurs moyens permettent de soulager ces douleurs. L'hypnose peut s'avérer très utile pour atténuer les douleurs provoquées. (14) (15)



I.2 La douleur chronique

I.2.1 Épidémiologie

Les résultats de l'étude *STOPNET* (*Study of the Prevalence of Neuropathic Pain*) menée en France en 2004 (16), montrent que 31,7% des Français présentent des douleurs chroniques, dont 19,9% d'intensité modérée à intense. La prévalence de la douleur chronique varie entre 10,1% et 55,2% d'après les études françaises et internationales. Les arthralgies, les rachialgies et les migraines sont les douleurs chroniques les plus fréquentes.

La première enquête européenne sur la douleur chronique est l'étude *Pain In Europe* (*PIE*). Selon cette étude, il y aurait 75 millions d'Européens touchés par la douleur chronique (figure 1). (17)

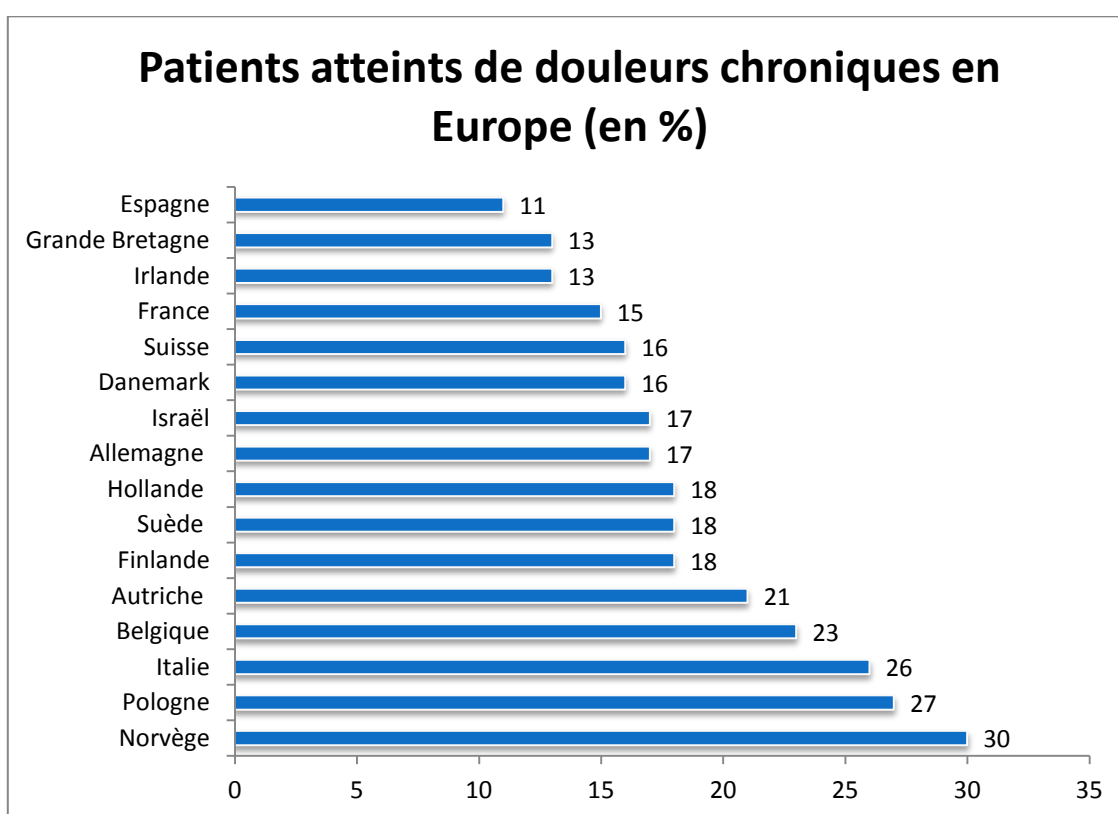


Figure 1 : Pourcentage des patients souffrant de douleurs chroniques en Europe

Toujours selon l'étude *Pain In Europe*, sept millions de Français souffrent de douleurs chroniques. La prévalence de la douleur chronique s'accroît avec l'âge et touche plus de femmes (56%) que d'hommes (44%).

I.2.2 Les différents types de douleur chronique

Tableau 3 : Les différents types de douleur chronique selon l'AETMIS (18)

Musculo-squelettique	Neuropathique	Céphalées	Autres
Dorsalgie	Zona/névralgie post-herpétique	Migraine	Anémie falciforme (drépanocytose)
Arthrite	Douleur du membre fantôme	Céphalée de tension	hémophilie
Douleur temporo-mandibulaire	Neuropathie diabétique	Céphalée vasculaire de Horton	Syndrome du côlon irritable
Fibromyalgie	Syndrome du canal carpien		
Douleur myofasciale	Syndrome douloureux régional complexe		

Le tableau 3 reprend les différentes catégories de douleurs chroniques présentées par l'agence québécoise d'évaluation en 2006. Les douleurs cancéreuses sont ici exclues, bien qu'à priori rien ne permette de les classer dans une affection clinique différente. (18)

La prévalence de la douleur chronique est plus importante chez les femmes (principalement des douleurs d'origine musculo-squelettiques) que chez les hommes. (19)

I.2.3 Les conséquences de la douleur chronique

Les douleurs chroniques sont à l'origine de handicap, d'invalidité ou encore d'altération de la qualité de vie. Elles ont des répercussions sur la vie quotidienne pouvant entraîner du chômage et des difficultés familiales (rejet ou au contraire maternage) ou psychologiques (anxiété, dépression). (3)

Voici les principales conséquences de la douleur chronique :

- **Altération de la forme physique** : la personne douloureuse chronique devient inactive sur le long terme. Cela accentue le risque de maladies cardiovasculaires du fait de l'augmentation des tissus graisseux. De plus, l'inactivité fragilise les os et peut provoquer de l'ostéoporose.

- **Troubles du sommeil :** la douleur chronique entraîne une diminution du sommeil réparateur, ce qui diminue le seuil de tolérance à la douleur. Il s'agit là d'un cercle vicieux. Une étude sur la douleur chronique neuropathique a montré que 90% des patients étaient atteints de troubles du sommeil et d'anxiété (20). Ces troubles du sommeil sont dus le plus souvent au manque d'activité physique, à l'excès d'alcool ou encore à certains traitements médicamenteux qui stimulent le système nerveux.

- **Dépression :** l'association douleur chronique/dépression est très fréquente. Selon la littérature, 20 à 50% des patients douloureux chroniques présentent un épisode dépressif majeur (21)(22). L'épisode dépressif est lié à un ralentissement moteur et psychique qui entraîne une baisse de l'activité, une désinsertion sociale... La dépression aggrave la douleur chronique, il est donc important de bien en tenir compte dans la prise en charge.

- **Problèmes financiers et difficultés au travail :** la douleur chronique devient parfois invalidante à tel point qu'elle nécessite une diminution des tâches, voire même un arrêt de travail. La personne souffrante a peur d'être licenciée. À cela s'ajoutent les frais médicaux ainsi que le coût du traitement qui peuvent engendrer à terme des difficultés financières.

- **Difficultés relationnelles :** La douleur chronique a des répercussions sur la vie quotidienne, que ce soit pour le patient comme pour son entourage. La diminution de l'activité physique et le fait d'être « assisté » sont des sources de conflits, notamment sur le plan familial. La personne souffrante est de plus en plus irritable avec le temps et refoule ses émotions sur ses proches ou inversement, elle se renferme sur elle-même et ne partage plus rien avec son entourage. Il est important de noter également que sur le plan médical, la succession des échecs thérapeutiques peut altérer la relation soignant/soigné.

I.2.4 Physiopathologie de la douleur

Pour passer d'un stimulus nociceptif à une perception douloureuse, on distingue 4 étapes successives (23) :

- **La transduction** sensorielle : étape durant laquelle le stimulus nociceptif (mécanique, chimique ou thermique) est transformé en énergie chimio-électrique dans les terminaisons nerveuses sensorielles.
- **La transmission** de l'influx nerveux : de la périphérie à la moelle, puis de la moelle au tronc cérébral et au thalamus, et enfin, du thalamus au cortex.
- **La modulation** : étape qui correspond aux différents ajustements réalisés par les neurones responsables de la transmission de l'influx nerveux de la périphérie vers le cortex.
- **La perception** de la douleur.

I.2.4.1 La transmission ascendante jusqu'à la moelle via le protoneurone

a) Les nocicepteurs

Les nocicepteurs sont des récepteurs périphériques responsables de la sensation douloureuse. Ce sont des terminaisons libres des fibres nerveuses localisées au niveau de la peau, des muscles, des articulations et des viscères (24) (figure 2). Les nocicepteurs sont présents dans tous les organes, à l'exception du cerveau. Il existe trois types de nocicepteurs :

- **Les nocicepteurs mécaniques** : dont les parties réceptrices sont des terminaisons nerveuses libres de fibres A δ . Ils sont activés par des stimuli mécaniques de types piqûres ou pincements. Ils provoquent des sensations douloureuses brèves et très localisées.
- **Les nocicepteurs mécano-thermiques** : ce sont des terminaisons libres de fibres A δ . Ils sont activés par des températures extrêmes (très chaud ou très froid).
- **Les nocicepteurs polymodaux** : ce sont des parties libres d'axones de fibres C. Ils répondent aussi bien à des stimuli mécaniques, thermiques ou chimiques (substances algogènes libérées par les cellules lésées). Ils sont à l'origine d'une sensation douloureuse diffuse et prolongée.

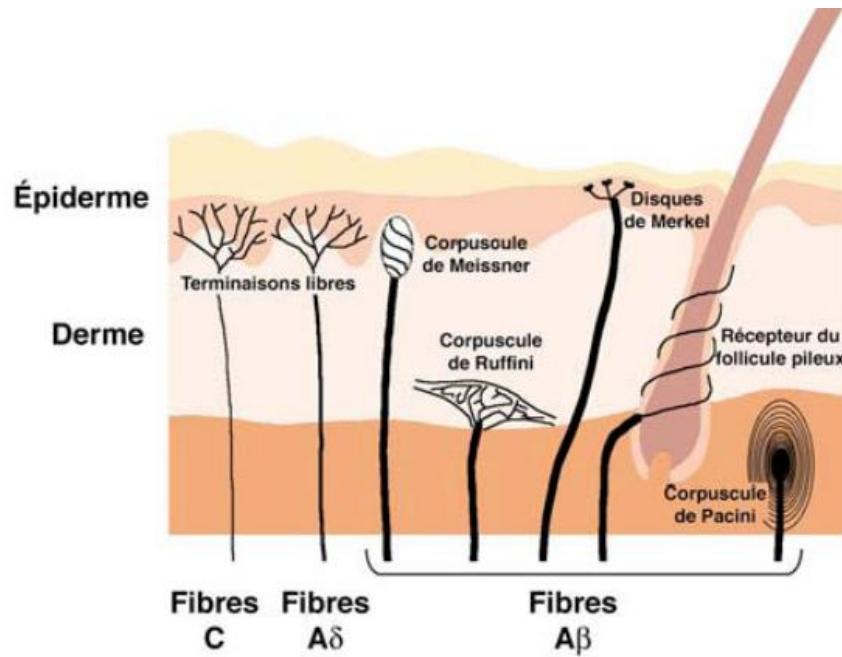


Figure 2 : Les principaux récepteurs cutanés (25)

Les nocicepteurs se caractérisent par :

- Une capacité de réponse proportionnelle à l'intensité du stimulus douloureux.
- Un seuil d'activation élevé, nécessitant une stimulation intense.

b) Les fibres nerveuses afférentes

Les sensations cutanées résultent de la stimulation de fibres nerveuses. Ces fibres ont des terminaisons nerveuses libres qui se rencontrent au niveau des muscles, des tendons et des viscères. Une déformation cutanée légère stimule des nocicepteurs connectés à des fibres de gros diamètre (**les fibres Aα et Aβ**) qui conduisent rapidement l'influx nerveux pour créer des sensations tactiles légères bien localisées. Une déformation cutanée plus prononcée va stimuler les fibres myélinisées de plus fin calibre (**les fibres Aδ**) avec une vitesse de conduction plus lente qui donne naissance à une sensation douloureuse bien localisée de type piqure brève (douleur vive). Les stimulations très intenses activent les fibres amyéliniques de très petit diamètre (**les fibres C**) avec une vitesse de conduction très lente et dont la sensation douloureuse est très intense et très diffuse (douleur sourde) (tableau 4).

Ces fibres sont également appelées neurones afférents primaires ou encore protoneurones (premiers neurones). Leurs corps cellulaires se situent dans le ganglion rachidien et lors d'une stimulation nociceptive, elles conduisent l'influx nerveux jusqu'à la corne postérieure dorsale de la moelle épinière (où s'effectue le premier relais). Les fibres A δ et C sont spécifiques de la nociception. Les fibres A δ sont surtout des mécano-nocicepteurs activés lors de douleurs aiguës bien localisées. Les fibres C sont des nocicepteurs polymodaux qui interviennent dans les douleurs intenses et mal localisées. (24)

Tableau 4 : Caractéristiques des fibres nerveuses (26)

Type de fibres	Myélinisation	Diamètre (μm)	Vitesse de conduction (m/s)	Fonction
A α	+++	10-25	60-100	Fibres motrices
A β	++	4-12	20-100	Fibres sensibles : toucher, pression
A δ	+	1-6	5-25	Douleur, température
C	0	0,3-2	0,2-2,5	Douleur, température, SNA, fibres post-ganglionnaires

c) Les substances algogènes

Lorsqu'une cellule est lésée, elle va libérer des médiateurs chimiques (les substances algogènes) responsables de l'activation des nocicepteurs (27) (figure 3). Ces substances se divisent en trois grands groupes :

- Les substances algogènes issues de la dégranulation cellulaire : l'histamine, la sérotonine, l'Adénosine Triphosphate (ATP) et des ions hydrogènes (H^+).
- Les substances algogènes synthétisées par l'activation d'enzymes au cours du processus inflammatoire : les prostaglandines, les leucotriènes et la bradykinine.
- Les substances algogènes libérées directement par les nocicepteurs eux-mêmes : la substance P (qui entraîne la libération d'histamine) et le peptide associé au gène de la calcitonine (CGRP).

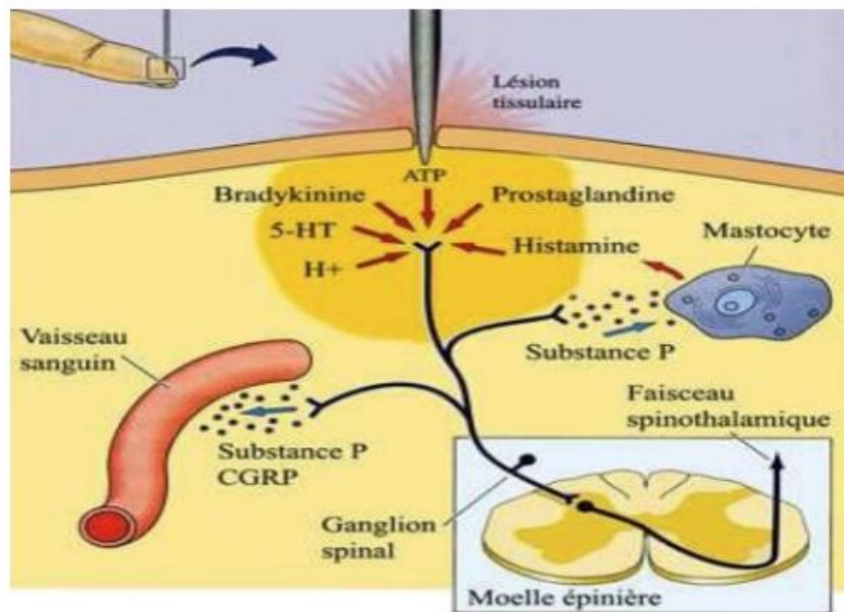


Figure 3 : Les substances algogènes (28)

1.2.4.2 La transmission ascendante spino-thalamique via le deutoneurone

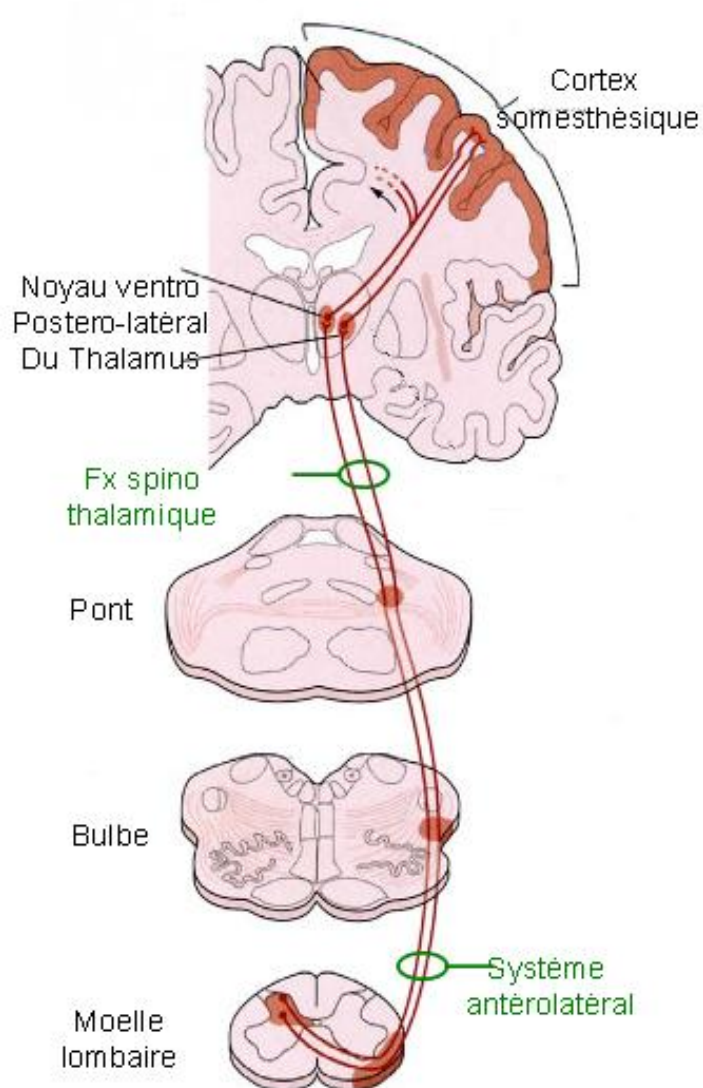
Il existe deux voies anatomiques nociceptives : la voie spino-thalamique et la voie spino-réticulaire. Il existe également une troisième voie (la voie lemniscale) qui véhicule les informations non nociceptives *via* les fibres A β .

a) La voie spino-thalamique

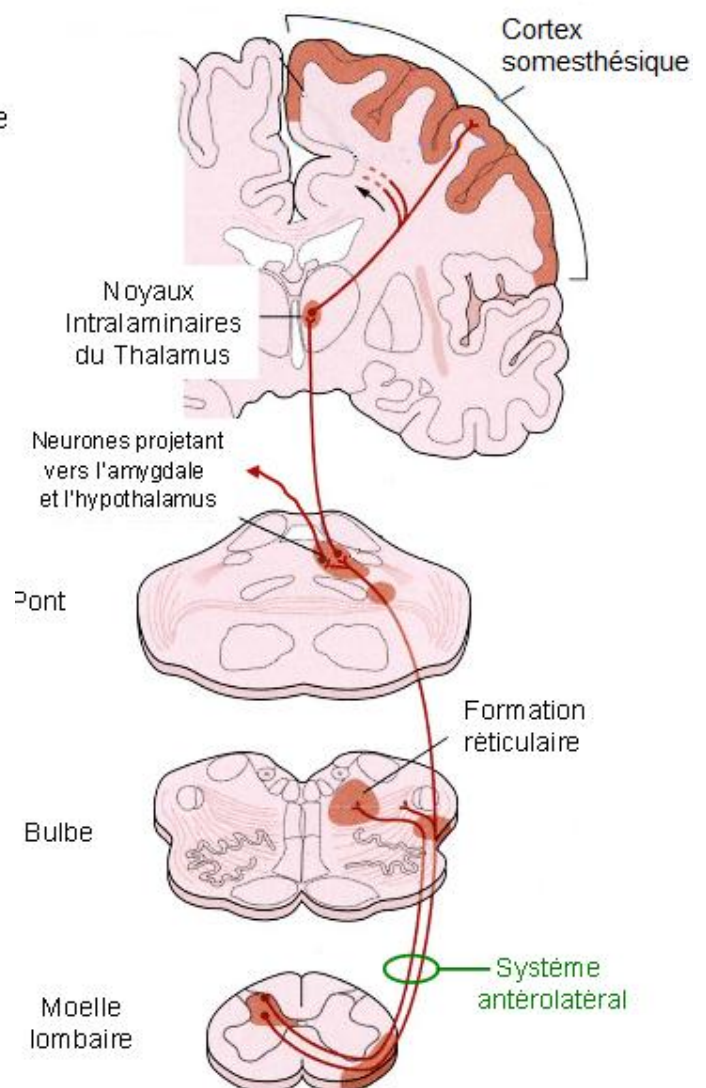
Le faisceau spino-thalamique est situé en position latérale (figure 4). Il part de la moelle et se projette vers les noyaux thalamiques latéraux (Ventre-Postero-latéral : VPL) et médians (Ventre-postero-Median : VPM). Cette voie de conduction rapide permet d'analyser quantitativement une stimulation douloureuse (nature, durée, topographie) et est ainsi responsable de l'**aspect sensori-discriminatif** de la douleur. (23)(29)

b) La voie spino-réticulaire

Le faisceau spino-réticulaire est situé en position médiane (figure 4). Il part de la moelle puis se projette vers les noyaux centro-médians ou intralaminaires du thalamus après relais dans la substance réticulée. Dans le cadre d'une douleur chronique, cette voie à conduction lente est responsable des **aspects douloureux émotionnels, cognitifs et affectifs**. (23)(29)



La voie spino-thalamique



La voie spino-réticulaire

Figure 4 : La voie spino-thalamique et la voie spino-réticulaire, adaptée d'après WILLIS WD (1985) (30)

1.2.4.3 La transmission thalamo-corticale via le troisième neurone

Les faisceaux spino-thalamiques et spino-réticulaires vont ensuite être dirigés vers les centres supérieurs. La voie spino-thalamique se projette vers le cortex somatosensoriel primaire et secondaire (SI et SII) et la voie spino-réticulaire se projette vers le système limbique et le cortex préfrontal. (23)

À l'aide de l'imagerie cérébrale, on peut distinguer 5 structures cérébrales activées lors d'un stimulus douloureux (figure 5) :

- Le cortex pariétal somesthésique
- Le cortex insulaire
- Le cortex cingulaire antérieur
- Le cortex préfrontal
- Le thalamus

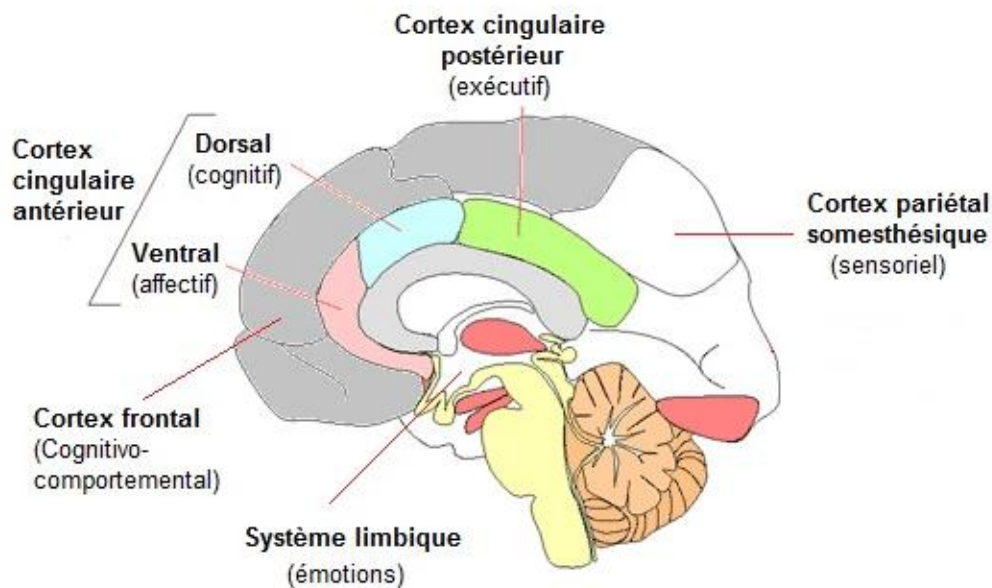


Figure 5 : Schéma récapitulatif des différentes régions corticales du cerveau impliquées dans la douleur

a) Le cortex pariétal somesthésique

Les informations véhiculées par les fibres A δ se projettent principalement sur le cortex somesthésique primaire (figure 5) et sont ainsi responsables de la perception de l'intensité douloureuse et de sa localisation. Le cortex somesthésique primaire (S1) a une activité plus spécifique que le cortex somesthésique secondaire (S2) dans la **composante sensori-discriminative** de la douleur, mais ils correspondent et échangent des informations nociceptives entre eux. (23)

b) Le cortex préfrontal

Le cheminement de l'information douloureuse du thalamus vers le cortex préfrontal (figure 5) est responsable de l'aspect désagréable de la douleur et du contexte affectif qui l'entoure. Il est responsable de la **composante cognitivo-comportementale** de la douleur.

c) Le système limbique

Le système limbique est composé du gyrus cingulaire (comprenant le cortex cingulaire antérieur), des corps mamillaires de l'hypothalamus, du thalamus, de l'amygdale et de l'hippocampe (figure 6). **Le cortex cingulaire antérieur (CCA)** reçoit ses afférences de la voie spino-réticulaire et joue un rôle prépondérant dans la **composante affectivo-émotionnelle** de la douleur (23). Plus l'inconfort de la douleur est élevé, plus l'activité du cortex cingulaire antérieur augmente (31). Le système limbique joue alors un rôle dans l'apprentissage et la mémorisation des sensations douloureuses en permettant ainsi, lors d'un contexte à risque, l'anticipation ou la peur avec des réponses d'évitement. (32)

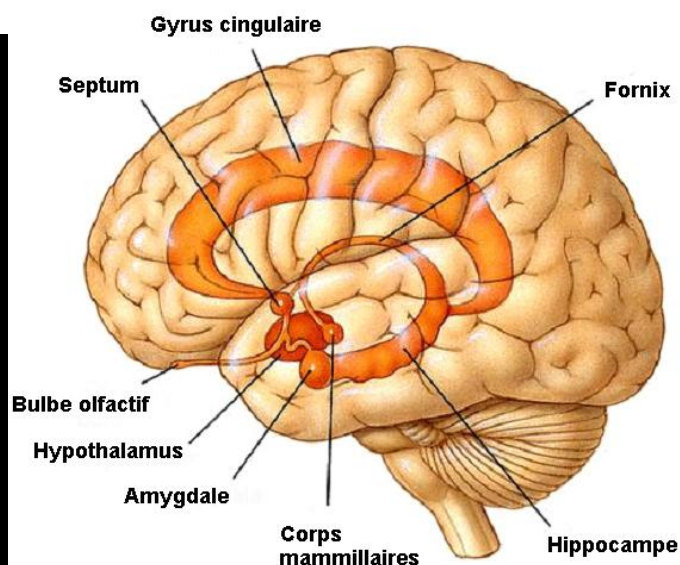


Figure 6 : Les régions du système limbique (schéma et IRM) (37)

d) Le thalamus

Le thalamus (figure 7) est le relais principal des informations sensorielles vers le cortex cérébral. C'est à ce niveau qu'arrivent des stimulations d'ordres culturels, sociaux, émotionnels... Le thalamus est le modulateur de la douleur. Il joue un rôle prépondérant dans le contrôle ainsi que dans l'exacerbation de la douleur. (23)

Il existe des noyaux dans le thalamus rattachés à la formation réticulaire (ou substance réticulée) qui interviennent dans le contrôle de la douleur. Située sur le plancher du tronc cérébral, la substance réticulée permet de moduler la douleur. Elle est également appelée « centre activateur de l'éveil » et joue un rôle important dans le contrôle de la vigilance (notamment les cycles veille/sommeil) et de la motricité. La stimulation de la réticulée provoque le réveil et permet une mise en alerte de toutes les fonctions afin d'assurer un rôle de protection dans les situations de stress. À l'inverse, l'hypnose permet d'apprendre à pouvoir gérer ces émotions en diminuant l'activation du thalamus (33), permettant ainsi de maîtriser la transmission d'informations (psychologiques, émotionnelles, culturelles) et donc d'éviter d'exacerber la panique. Lors d'une anesthésie générale, le thalamus ne transmet plus d'informations, c'est le sommeil. La conscience est l'activateur du thalamus. La réticulée a trois fonctions principales : une partie activatrice ascendante vers le cortex, une partie

facilitatrice descendante et une partie inhibitrice descendante via la voie spino-réticulaire. Lorsque la rétculée est activée, elle augmente la transmission de la douleur, lorsqu'elle est inactivée, elle diminue la transmission de la douleur. Il est important de noter que la substance réticulée permet d'atténuer la douleur et non pas de l'annuler. (34) (35)

Cette limitation de la douleur est particulièrement importante dans les maladies graves, quasiment incurables, dont l'objectif principal est de rendre la douleur supportable, mais également vis-à-vis des douleurs temporaires de pathologies curatives (ex. : lors des soins dentaires) dont l'objectif n'est pas de faire disparaître totalement la douleur, mais de rendre le soin moins pénible.

C'est grâce à la formation réticulaire qu'une douleur peut passer inaperçue lorsque notre attention est focalisée sur quelque chose d'attrayant. L'efficacité de l'hypnose dans la douleur trouve son explication par son interférence sur le niveau d'activité de la rétculée (donc la transmission du message douloureux). En effet, lors d'une opération chirurgicale sous hypnose, la rétculée est en partie « inhibée », l'attention est focalisée induisant ainsi un état de conscience modifié.

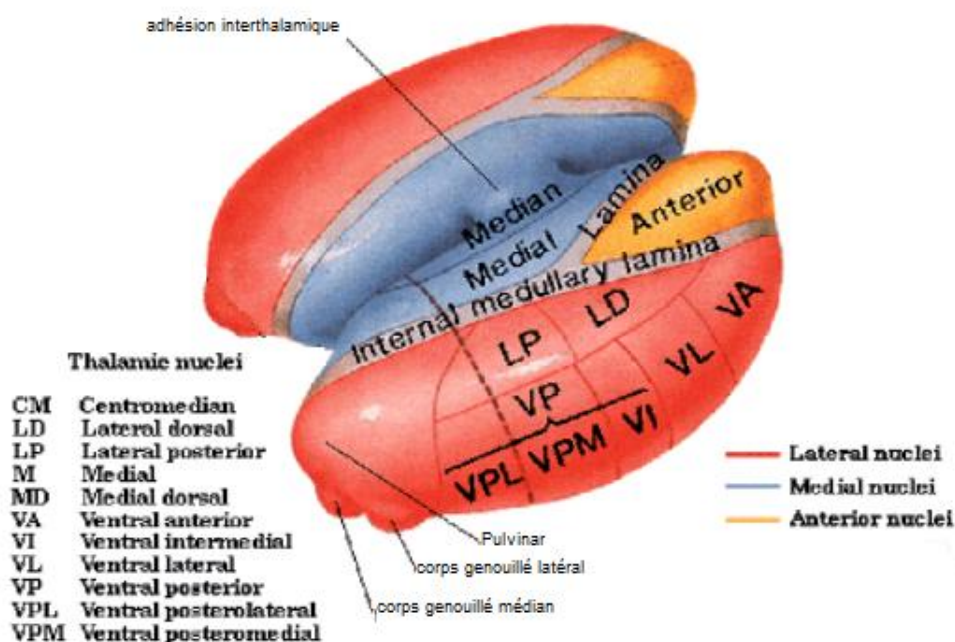


Figure 7 : Le thalamus (36)

1.2.4.4 Les mécanismes de contrôle de la douleur

a) Contrôle ascendant au niveau segmentaire spinal de la douleur : la théorie du Gate control

MELZACK et WALL (1965) ont été les premiers à modéliser ce type de contrôle dans leur « théorie du portillon » ou « *gate control* » (figure 8). Selon cette théorie, il existe un mécanisme (portillon) capable de moduler la douleur transmise par les fibres périphériques. Cette modulation se fait au niveau de la substance grise gélatineuse des cornes postérieures de la moelle. La stimulation des fibres A β (responsables des afférences non douloureuses et du toucher) va inhiber l'activité des fibres A δ et C (responsables des afférences douloureuses). Les fibres A β activent l'interneurone inhibiteur et « ferment la porte » aux fibres A δ et C en limitant ainsi la transmission de l'information douloureuse. Par exemple lorsqu'on se cogne, on a tendance à se frotter juste après, ce qui va stimuler les fibres A β et donc empêcher l'action des fibres A δ et C de véhiculer la douleur. C'est aussi grâce à cette théorie que s'explique le mode de fonctionnement de la physiothérapie (massages, utilisation du chaud/froid, stimulations électriques...). (23)

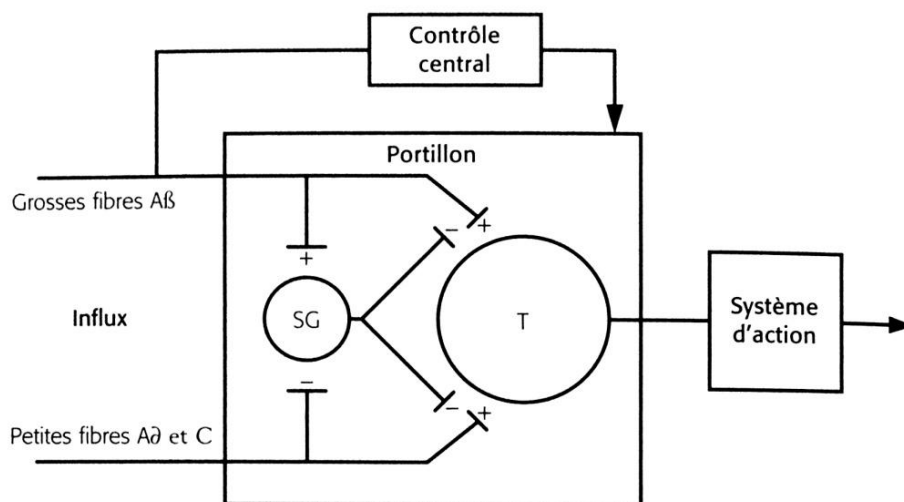


Figure 8 : Représentation schématique de la "théorie du portillon" de MELZACK et WALL. (23)

Les interneurones de la substance gélatineuse (SG) de la moelle inhibent les signaux vers les cellules responsables de la transmission (T) de l'information douloureuse. Ces cellules inhibitrices sont recrutées par la stimulation sélective des afférences non nociceptives (A β) et inhibées par le recrutement des afférences nociceptives (A δ et C).

b) Contrôle inhibiteur descendant de la douleur

À l'inverse de la théorie du portillon, les contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs (CIDN) sont induits par des stimulations nociceptives. Ce type de contrôle fait intervenir des structures supra-spinales (figure 9). Lors d'une stimulation douloureuse, il va y avoir activation du système de contrôle descendant impliquant la substance grise péri-aquéducule, le noyau raphé magnus et les cornes postérieures de la moelle (figure 10). Cette activation va déclencher les CIDN qui mettent en jeu des neurotransmetteurs : la sérotonine, la noradrénaline et les opioïdes (ex. : enképhalines). Ces neurotransmetteurs vont inhiber les neurones nociceptifs au niveau de la corne dorsale de la moelle. En thérapeutique, les mécanismes sérotoninergiques inhibiteurs descendants expliquent l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques dans la douleur chronique. (38)

Pour activer ce système, il faut une stimulation nociceptive intense. Ce mécanisme explique qu'une douleur peut en masquer une autre. Lorsque deux stimulations sont appliquées en même temps sur deux régions distinctes du corps, la douleur la plus faible est inhibée au profit de la plus intense. La théorie des CIDN est exploitée par les techniques de « contre-irritation » telles que l'acupuncture.

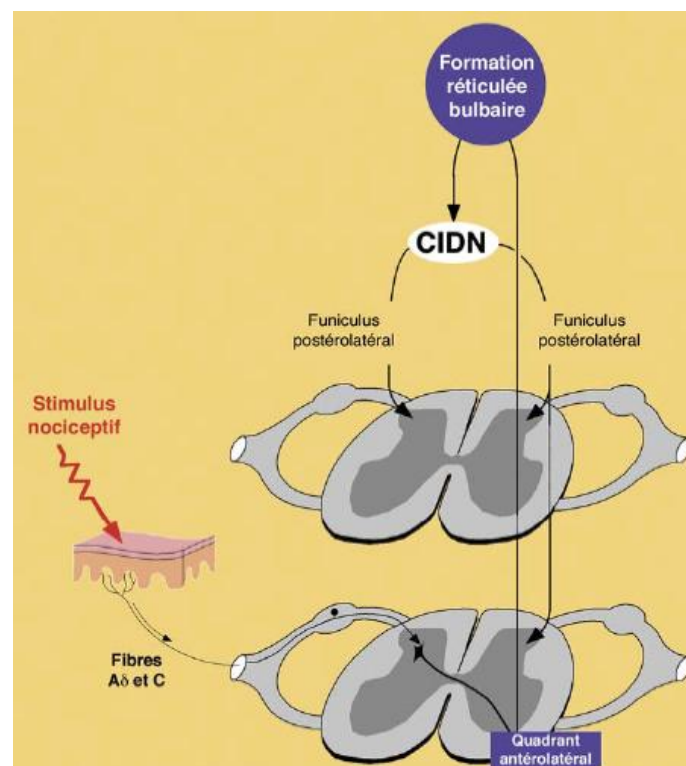


Figure 9 : Déclenchement des CIDN (25)

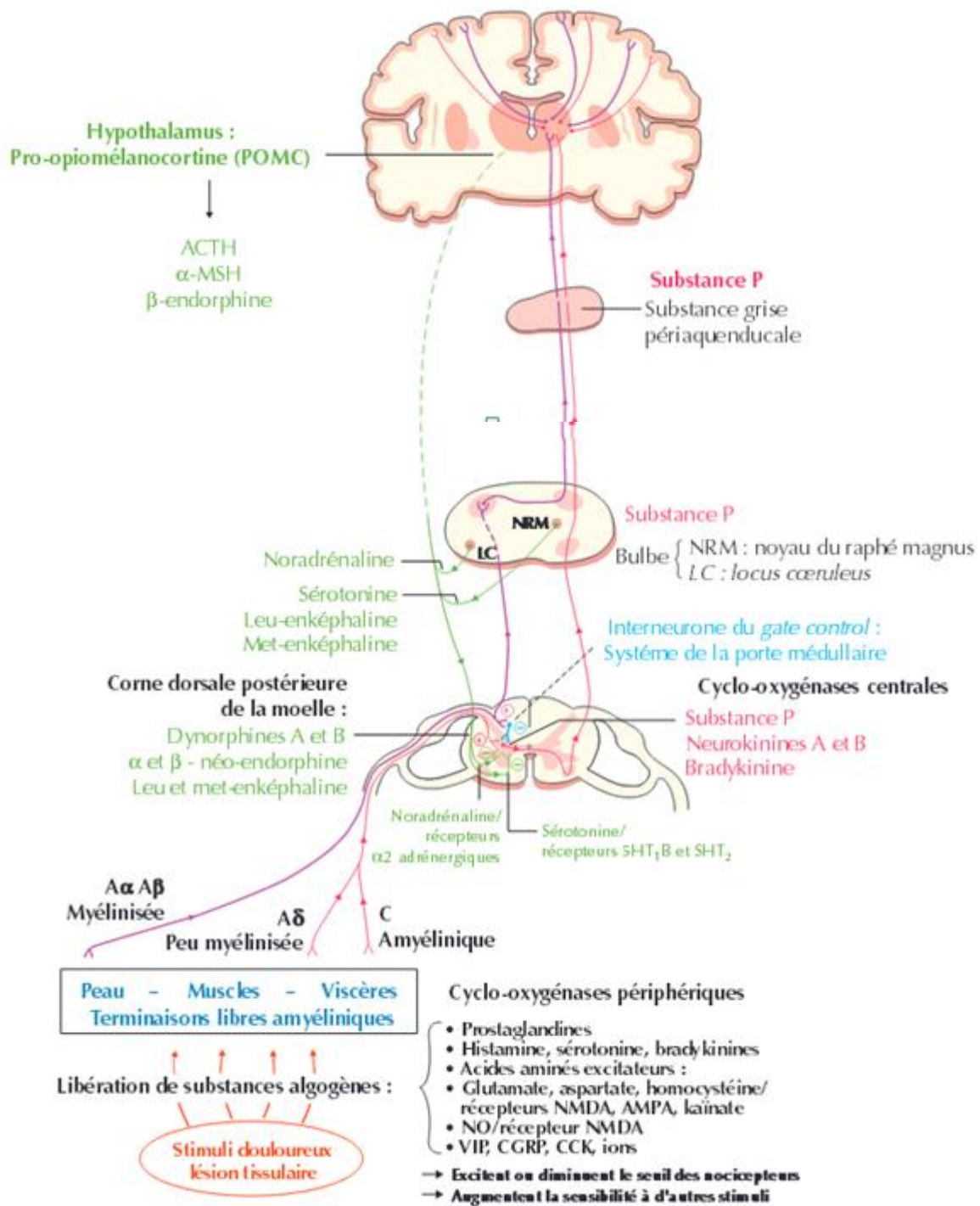


Figure 10 : Schéma récapitulatif des voies de la douleur et ses substances modulatrices (d'après P.GINIES) (39)

I.2.5 Les étiologies de la douleur

La douleur est classée selon trois grands mécanismes : l'origine nociceptive, l'origine neuropathique et l'origine psychologique (figure 11).

I.2.5.1 La douleur par excès de nociception

C'est le mécanisme le plus courant. La douleur est provoquée par l'excès de stimulation (thermique, mécanique ou chimique) de récepteurs (les nocicepteurs), puis le stimulus douloureux est transmis jusqu'au cerveau par les voies de la douleur. La stimulation peut résulter d'une brûlure, d'une plaie, d'un traumatisme (ex. : entorse, fracture...), d'une pathologie tumorale ou dégénérative (ex. : arthrose). La douleur par excès de nociception a un **seuil** et est **proportionnelle au stimulus** (ex. : lorsqu'on se pince plus ou moins intensément). (40)(24)

I.2.5.2 La douleur neurogène

La douleur neurogène (ou neuropathique) est due à un défaut d'inhibition. La stimulation est due à une lésion directe des voies sensibles. Contrairement à la douleur par excès de nociception, les douleurs neurogènes sont ressenties sans présence de stimulation nociceptive. Ces douleurs n'ont pas de seuil et ne sont pas proportionnelles au stimulus (ex : dans le cas d'un zona, un courant d'air peut déclencher la douleur, on parle d'allodynie). Elles sont toujours pathologiques et témoignent d'un dysfonctionnement du système nociceptif physiologique. Elles sont dues à des lésions du système nerveux habituellement chargé du contrôle inhibiteur de la douleur (40). Ces lésions peuvent être :

- **Virales** (ex. : zona)
- **Toxiques** (ex. : chimiothérapies)
- **Vasculaires** (ex. : ischémies, artérites, accidents vasculaires cérébraux ou encore diabète)
- **Mécaniques** : lésion du plexus soit par compression radiculaire (ex. : hernie discale), soit par destruction (ex. : douleur du membre fantôme lors d'une amputation)

1.2.5.3 La douleur psychoaffective ou idiopathique

Les douleurs psychoaffectives correspondent à des composantes psychologiques, culturelles, affectives ou émotionnelles. Elles peuvent être dues à une somatisation d'un désordre émotionnel (ex. : dépression), professionnel (ex. : chômage), affectif (ex. : divorce, deuil). Ce type de douleur est à prendre avec respect, la douleur est bien présente, c'est un caractère incontournable, car elle passe bien par les voies de la douleur. Les mécanismes physiopathologiques sont cependant encore mal expliqués. (24)(6)

Les douleurs idiopathiques ont la particularité de présenter une sémiologie précise : il peut s'agir de céphalées de tension, de fibromyalgies, d'algodystrophies, de glossodynies...

La douleur peut parfois avoir des retentissements psychoémotionnels non négligeables, et la prise en compte de ces douleurs complexes est indispensable afin de soulager le patient. Le pharmacien d'officine a souvent l'occasion de déceler ce genre de douleur au comptoir en posant des questions ouvertes. Dans la plupart des cas les patients évoquent leur douleur spontanément, mais parfois, il arrive que certains ne souhaitent pas en parler pour diverses raisons. Certains patients parleront plus aisément face à leur pharmacien d'officine qu'ils voient tous les mois, plutôt que lors d'une consultation médicale au cabinet de leur médecin traitant. Parfois même, le simple fait d'attendre en salle d'attente peut déclencher de l'anxiété chez le patient et le mettre dans un état d'esprit fermé, non ouvert à la discussion. Il faut avant tout créer une relation de confiance avec le patient. Pour cela, le pharmacien doit se montrer disponible, à l'écoute et faire preuve d'empathie. Il en va de même pour les infirmiers et les aides-soignants à l'hôpital qui obtiennent très souvent des informations complémentaires à fournir au médecin. Cela souligne l'importance de l'inter-professionnalité entre les différents professionnels de santé.

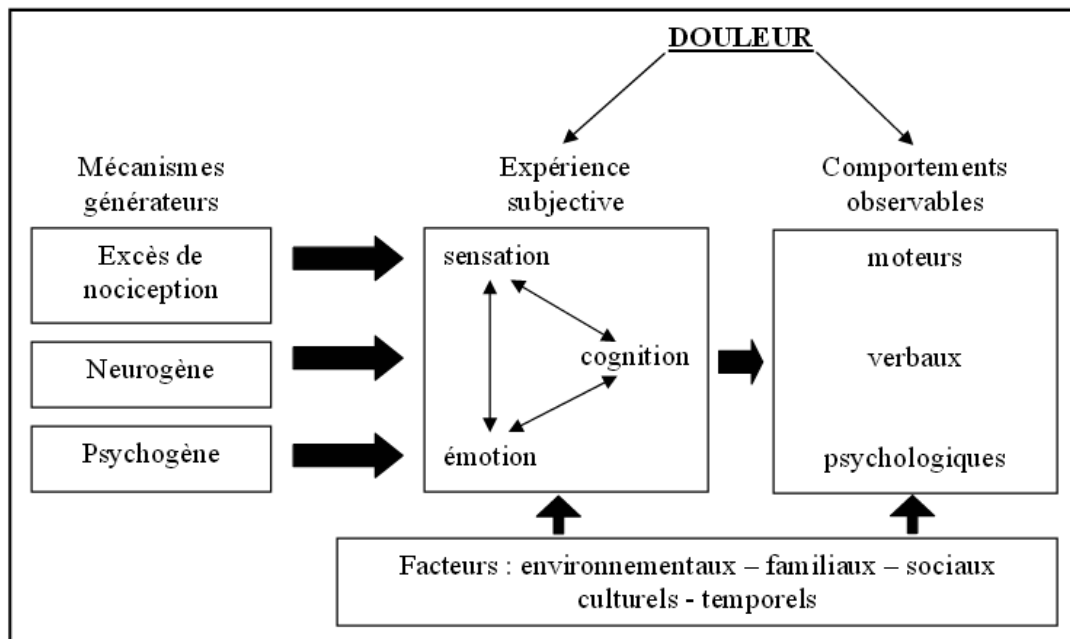


Figure 11 : Schéma récapitulatif du modèle multidimensionnel de la douleur (41)

Il n'y a pas beaucoup de traitements ou d'abord thérapeutiques permettant d'agir sur les trois types de douleur. Notons que l'hypnose peut agir sur ces trois types de douleur. On peut se poser la question du rôle de l'hypnose par le biais de la réticulée. En effet, la réticulée est le seul point de convergence de ces trois types de douleur.

I.2.6 L'évaluation de la douleur

D'après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, l'évaluation de la douleur est obligatoire. Cette évaluation est primordiale pour estimer le niveau de pénibilité et donc d'urgence vis-à-vis de la douleur (ex. : une douleur supportable peut ne pas nécessiter de traitement, alors qu'une douleur non supportable l'exige). L'évaluation peut aider à la reconnaissance du type de douleur (ex. : les douleurs nociceptives augmentent progressivement par des signes de compressions/torsions ; tandis que des douleurs neuropathiques sont d'apparition très brutale, d'emblée maximales avec des signes cliniques de décharges électriques, fourmillements douloureux ou encore courants chauds ou froids très pénibles... ; les douleurs psychogènes sont fatigantes, terrifiantes et insomniantes). Reconnaître l'origine de la douleur a une importance majeure, car le meilleur traitement d'une douleur est de traiter sa cause (ex. : immobiliser une fracture ; cimentoplastie des métastases osseuses ; antiépileptiques et antidépresseurs pour les douleurs neuropathiques ; psychotropes pour les douleurs psychogènes, ou encore médiations comportementales : relaxation, hypnose...). Les soignants veulent souvent trouver la cause du problème sans forcément passer par l'évaluation. Or, c'est en évaluant que l'on trouve la/les cause(s). Plus il y a de complexité, plus l'évaluation doit être précise et indispensable (ce qui désarçonne le plus souvent les soignants).

I.2.6.1 Les principes de l'évaluation

On distingue deux grands principes :

- **L'auto-évaluation** : le patient lui-même évalue sa propre douleur.
- **L'hétéro-évaluation** : lorsque l'auto-évaluation n'est pas possible (ex : altération de la conscience...) ou n'est pas suffisante. Cette évaluation est effectuée par des tierces personnes qui observent le comportement ou les modifications comportementales.

L'évaluation de la douleur est nécessaire afin d'adapter le traitement. Il est important d'évaluer la douleur d'un point de vue quantitatif afin d'apprécier son intensité et sa sévérité et d'un point de vue qualitatif afin d'estimer la composition personnelle de chacune de ses composantes (sensitive, affective, cognitive et comportementale).

Il n'est pas évident d'évaluer la douleur en une seule consultation, notamment les répercussions qu'elle peut engendrer sur la vie quotidienne du patient. De par sa proximité géographique et sa disponibilité, le pharmacien d'officine voit régulièrement le patient et son entourage. Il peut ainsi apporter des informations utiles et complémentaires à l'évaluation initiale du médecin traitant. Au comptoir, le pharmacien pourra utiliser des questions ouvertes afin d'évaluer la douleur du patient :

- Où avez-vous mal exactement ?
- Décrivez-moi votre douleur avec vos mots.
- Quels sont les moments où vous avez le plus/le moins mal ?
- Quels sont les facteurs qui déclenchent/soulagent votre douleur ?

Le pharmacien peut également utiliser des échelles afin d'évaluer l'intensité de la douleur. Il pourra ensuite remettre toutes les informations collectées au médecin traitant, ainsi qu'aux autres professionnels de santé prenant en charge le patient (infirmiers, aide-soignants, kinés...).

1.2.6.2 Les moyens d'évaluation

a) Les échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles

Les échelles d'évaluation globales mesurent l'intensité de la douleur, elles sont faciles à utiliser (le patient donne une note à sa douleur). Il en existe trois types (5):

- **L'échelle verbale simple (EVS)**, cette échelle dépend beaucoup de la culture du patient. Il faut qu'il puisse comprendre les mots. Il est important d'utiliser une échelle avec le même vocabulaire et de toujours utiliser les mêmes mots en équipe. Notons ici l'importance de la concertation interprofessionnelle (médecins, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens...) afin d'utiliser toujours les mêmes mots pour ne pas perturber le patient.

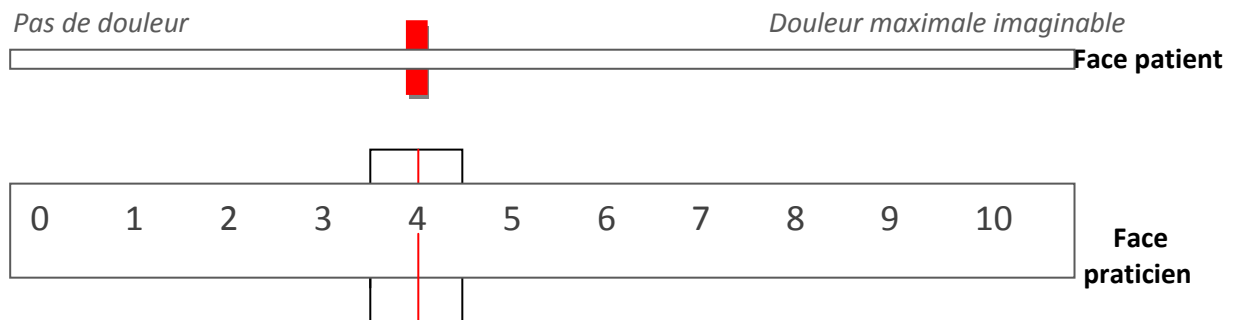
Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?

Douleur absente	/__/
Faible	/__/
Modérée	/__/
Intense	/__/
Extrêmement intense	/__/

- **L'échelle numérique (EN)**, qui est numérotée habituellement de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable) ou parfois de 0 à 5. Il est important de toujours utiliser la même échelle (une douleur de 4 sur une échelle de 0-10 ne sera pas la même que sur une échelle de 0 à 5).

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

- **L'échelle visuelle analogique (EVA)**, qui représente une règle avec une ligne de 10 cm (numérotée de 0 à 10) dont la graduation exprime le degré de douleur avec une extrémité gauche (absence de douleur) et une extrémité droite (douleur maximale imaginable). Le patient ne voit pas les chiffres, il place seulement la ligne rouge plus ou moins proche de l'une des deux extrémités et de l'autre côté, le soignant lit un chiffre compris entre 0 et 10.



En pratique clinique on choisira l'une de ces trois échelles d'évaluation en fonction de la compréhension des patients (ex : vis-à-vis des personnes âgées aux fonctions cérébrales limitées, le concept de l'EVA est rarement compris).

b) Les échelles d'auto-évaluation multidimensionnelles

Ces échelles évaluent plusieurs composantes douloureuses (l'intensité, la localisation...). Classiquement, on en distingue deux :

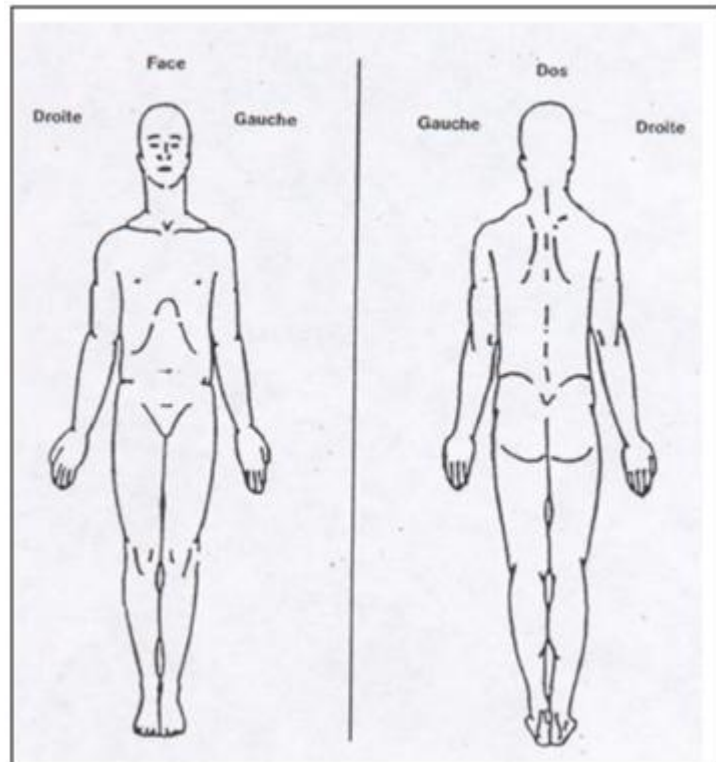
- **Le Mc Gill Pain Questionnaire (M.G.P.Q)** : il permet d'évaluer l'intensité de la douleur, mais également ses aspects qualitatifs. On utilise plus souvent l'adaptation française simplifiée du Mac Gill test : le questionnaire douleur Saint Antoine (Q.D.S.A). Il comprend 16 classes d'item avec 58 mots qui qualifient la douleur selon trois classes : sensorielle, évaluative et affective. Le patient note de 0 à 4 chacun des qualificatifs. (cf. annexe 1)

- **Le schéma corporel des zones douloureuses (5):** Le patient indique sur le schéma le ou les endroit(s) douloureux. Cela permet de localiser la douleur et de voir si elle est multiple ou diffuse. C'est une échelle simple à utiliser et très précise, à la fois pour les patients et pour les soignants.

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



- **Le questionnaire DN4 :** il permet de rechercher une douleur neuropathique. Il comprend dix items à cocher répartis en quatre questions. Si le score du patient est égal ou supérieur à 4, la douleur est vraisemblablement neuropathique. (42)

c) Les échelles d'hétéro-évaluation (ou échelles comportementales)

Elles déterminent l'existence et l'intensité de la douleur chez les patients qui présentent des troubles de la communication verbale (ex : personnes âgées, handicapés, enfants en bas âge, personnes ayant subies un traumatisme crânien...). Les soignants analysent le comportement et les changements d'attitude du patient douloureux.

En octobre 2000, l'Association Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a publié des recommandations concernant l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Ces personnes souffrent autant que les autres et requièrent comme les autres une évaluation et une prise en charge adaptée de la douleur. Il est important d'être vigilant face à tout changement de comportement spontané ou survenant lors d'un soin. Les échelles d'hétéro-évaluation permettent une évaluation correcte de la douleur. Ces échelles ont d'ailleurs été officiellement validées. Elles nécessitent cependant une bonne connaissance de l'état habituel du sujet (43). Parmi ces échelles on trouve (cf. annexe 1) :

➤ Les échelles approfondies :

- **L'échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)** : elle comporte huit items notés de 0 à 4. Les observations se font en deux temps : avant les soins puis pendant les soins.
- **L'échelle DOLOPLUS-2** : elle contient dix items notés de 0 à 3 selon l'intensité et selon trois dimensions : retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial.
- **L'échelle San Salvador** : elle permet d'évaluer les enfants handicapés. Elle comprend dix items décrivant le comportement habituel du patient. Les questions sont posées soit aux parents, soit à la personne qui s'occupe habituellement de l'enfant.

➤ Les échelles de débrouillage :

- **Echelle Algoplus** : elle permet d'évaluer la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale. Elle comporte cinq items. Si le score est supérieur ou égal à 2, la douleur est sans doute présente.
- **L'échelle des visages** : elle est destinée aux enfants à partir de quatre ans. Le praticien demande à l'enfant de lui montrer le visage qui correspond à ce qu'il ressent au fond de lui-même : « montre-moi le visage qui a mal autant que toi ». Le score de la douleur se lit sur le recto de l'échelle.



d) L'imagerie fonctionnelle

Les techniques d'imagerie fonctionnelle permettent de mieux comprendre le fonctionnement cérébral lié à la douleur (figure 12). Les deux techniques principalement utilisées sont la tomographie par émission de positon (TEP) et l'imagerie par résonnance magnétique fonctionnelle (IRMf). Ces méthodes permettent d'analyser les modifications des débits sanguins cérébraux et ainsi de pouvoir étudier les douleurs chroniques organiques ou somatoformes, l'effet des traitements médicamenteux, mais aussi les thérapeutiques non médicamenteuses telles que l'hypnose. (44)

KOYAMA T. a démontré en 2005, par le biais de l'IRMf, l'interaction entre la douleur attendue et la douleur provoquée par un stimulus néfaste. La douleur ressentie diminue quand la douleur attendue est réduite. Des attentes de douleur positives peuvent considérablement diminuer la douleur provoquée tandis que des attentes négatives peuvent amplifier la douleur. (45)

La modulation de la douleur par des attentes positives montre l'intérêt de l'utilisation d'une thérapie cognitive telle que l'hypnose dans le traitement de la douleur.

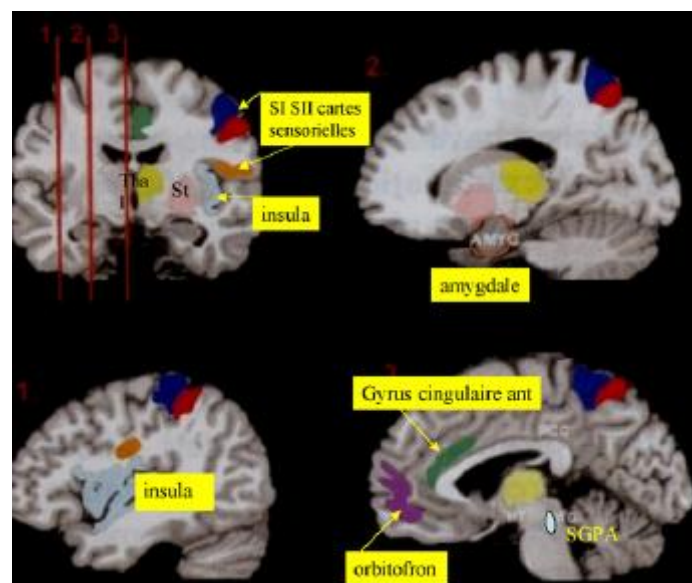


Figure 12 : Aspect IRM des principales zones cérébrales impliquées dans l'analyse et le contrôle de la douleur (44)

I.2.7 Aspect psycho-émotionnel de la douleur

Il est important de bien prendre en charge les facteurs psychologiques et émotionnels qui peuvent générer, entretenir ou aggraver la douleur. Les principaux facteurs sont la dépression et l'anxiété. L'aspect émotionnel est d'ailleurs bien pris en compte dans la définition de la douleur : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable...* ». La douleur est une expérience subjective mettant en jeu différents mécanismes qui peuvent être d'ordre physiologique (la blessure) ou d'ordre psychologique (l'anticipation d'une blessure).

Par exemple, des crampes abdominales liées à un cancer de l'intestin peuvent se révéler bien plus pénibles que si elles proviennent de colites passagères. L'intensité est comparable, mais l'aspect désagréable de la douleur est plus prononcé d'un côté que de l'autre. L'inquiétude en cancérologie décuple les douleurs. (23)

BARBER a publié une étude dans laquelle une lobotomie avait été pratiquée (interruption des voies du cortex frontal, responsable de la pensée rationnelle et des émotions) sur des patients cancéreux en phase terminale, afin de soulager leur douleur chronique. Les résultats ont montré que l'intensité de la douleur était toujours la même, mais qu'elle ne les dérangeait plus. (46)

Ces exemples montrent qu'il y a deux dimensions principales dans la douleur : sensoridiscriminative (aspect physiologique) et motivo-affective (aspect psychologique). (47)

Une étude a été menée afin de mesurer d'une part l'intensité douloureuse et d'autre part l'aspect désagréable de la douleur au travers de trois expériences douloureuses (l'accouchement, l'écrasement d'un doigt et une gifle). Pour les douleurs de l'accouchement, les femmes estiment que l'intensité de la douleur est bien plus importante que l'aspect désagréable, tandis que dans le cas d'une gifle, l'aspect désagréable est supérieur à la douleur physique ressentie. Pour l'écrasement du doigt, les deux composantes sont similaires (figure 13). (23)

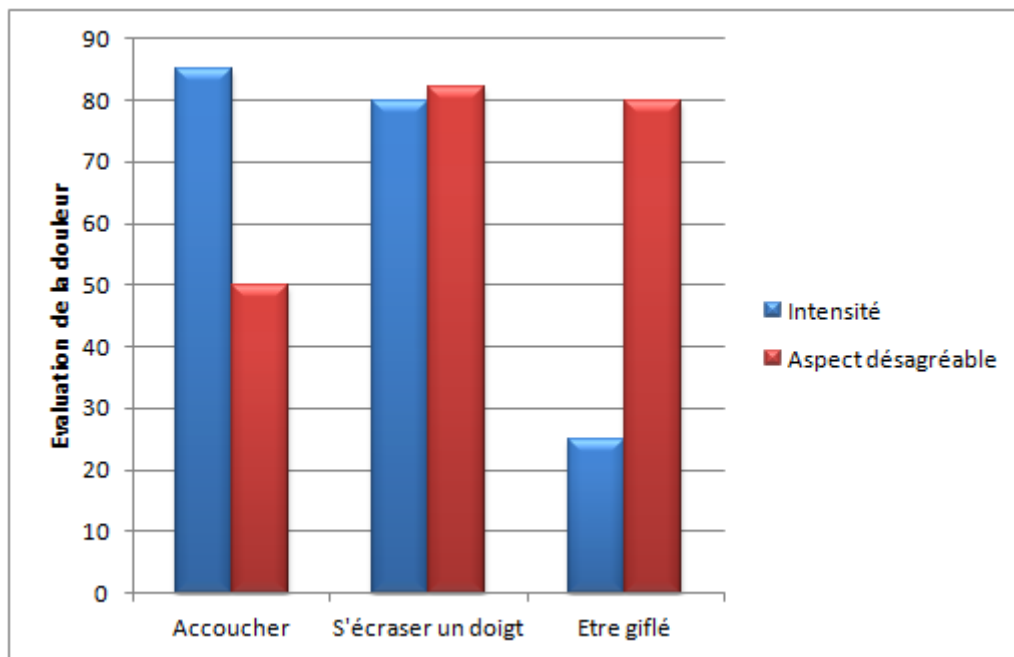


Figure 13 : Situations douloureuses (23)

Le traitement doit donc bien prendre en compte ces deux dimensions douloureuses afin de soulager au maximum le patient. Il est possible qu'un traitement diminue nettement l'intensité douloureuse, mais qu'il modifie très peu l'aspect désagréable (autrement dit : la souffrance du patient). L'évaluation du traitement est importante afin d'améliorer la qualité de vie du patient.

PRICE et BARBER ont démontré que l'hypnose permettait de réduire de 80% la composante affective de la douleur (l'aspect désagréable) et de 45% la composante sensorielle (intensité). (48)

Partie II : Aspect thérapeutique de la douleur

Avant d'évoquer les différents traitements de la douleur, voici les dix principes essentiels du traitement de la douleur décrits par Patrice QUENEAU et Gérard OSTERMANN (49):

- 1) *Toute douleur est nuisible et doit être soulagée. C'est même une obligation éthique majeure pour tout médecin.*
- 2) *Ne pas nier la douleur dont l'organicité n'a pas été attestée.*
- 3) *On ne traite pas un symptôme, mais un malade. Dans la douleur chronique, véritable maladie autonome, la composante psychologique et affective est essentielle à prendre en compte. Celle-ci peut aussi exprimer le désir ou la peur de communiquer : savoir être à l'écoute de tels malades et ne pas bloquer la relation médecin-malade par une prescription intempestive d'antalgiques risquant de « faire écran » à la véritable demande d'aide psychologique.*
- 4) *Toujours rechercher la cause de la douleur qui n'est qu'un symptôme.*
- 5) *Pas de traitement « à l'aveugle » sans identifier le mécanisme de la douleur. Si les douleurs par hypernociception sont les plus fréquentes, d'autres mécanismes existent. Il faut savoir reconnaître les douleurs neuropathiques, les syndromes douloureux régionaux complexes, mais aussi les douleurs psychogènes et les douleurs morales, toutes ces douleurs étant justiciables de traitements appropriés, souvent très différents selon la cause.*
- 6) *Dans les douleurs chroniques par hypernociception, respecter une progression dans l'utilisation des antalgiques selon les trois niveaux de l'OMS.*
- 7) *Ne pas prescrire en fonction des critères pronostiques de la pathologie causale, mais en fonction de l'intensité de la douleur. Ne pas réserver les opiacés aux seules douleurs des cancers en phase avancée.*
- 8) *Pas de traitement « à la demande » en cas de douleur chronique. Prévenir le retour de la douleur par un traitement antalgique régulier.*
- 9) *Ne pas négliger le recours aux traitements co-analgésiques, médicamenteux ou non.*
- 10) *Ne pas négliger l'intérêt des traitements non médicamenteux que sont : les traitements physiques, l'acupuncture, le thermalisme, les blocs anesthésiques et la neurochirurgie et enfin toute forme d'approche psychothérapeutique et psychocomportementale sans omettre la relaxation et l'hypnose.*

Cela implique une connaissance appropriée de la physiopathologie de la douleur, une bonne évaluation de la douleur ainsi qu'une bonne appréhension des différents sites et mécanismes d'action des moyens antalgiques (figure 14).

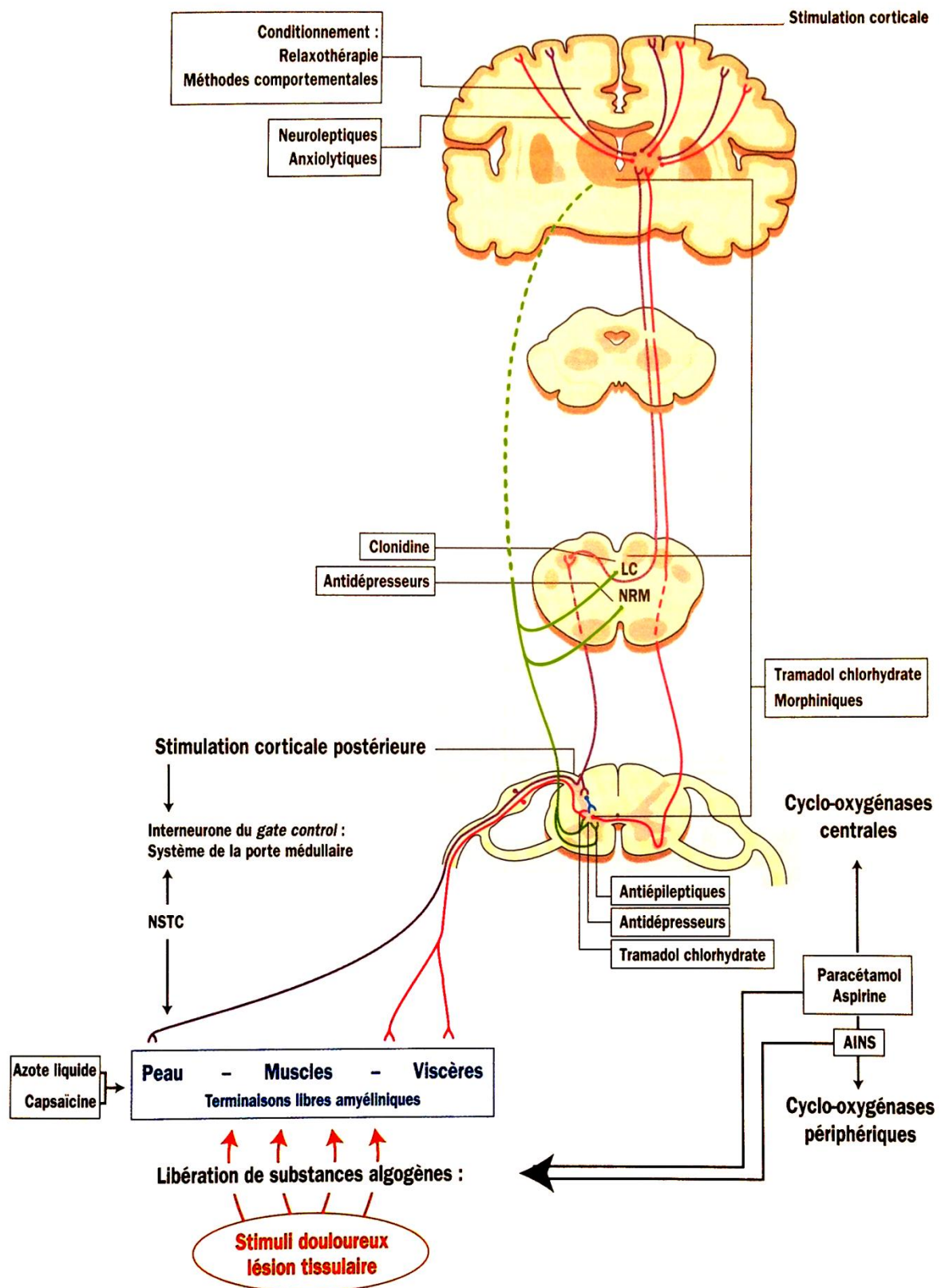


Figure 14 : Sites et modes d'action des moyens antalgiques (d'après P GINIES) (39)

NSTC : Neurostimulation Transcutanée ; NRM : Noyau du Raphé Médian ; LC : Locus Coeruleus ;
AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

II.1 Traitements médicamenteux

II.1.1 Les antalgiques

L'utilisation d'antalgiques pour soigner la douleur par excès de nociception est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en première intention (figure 15).

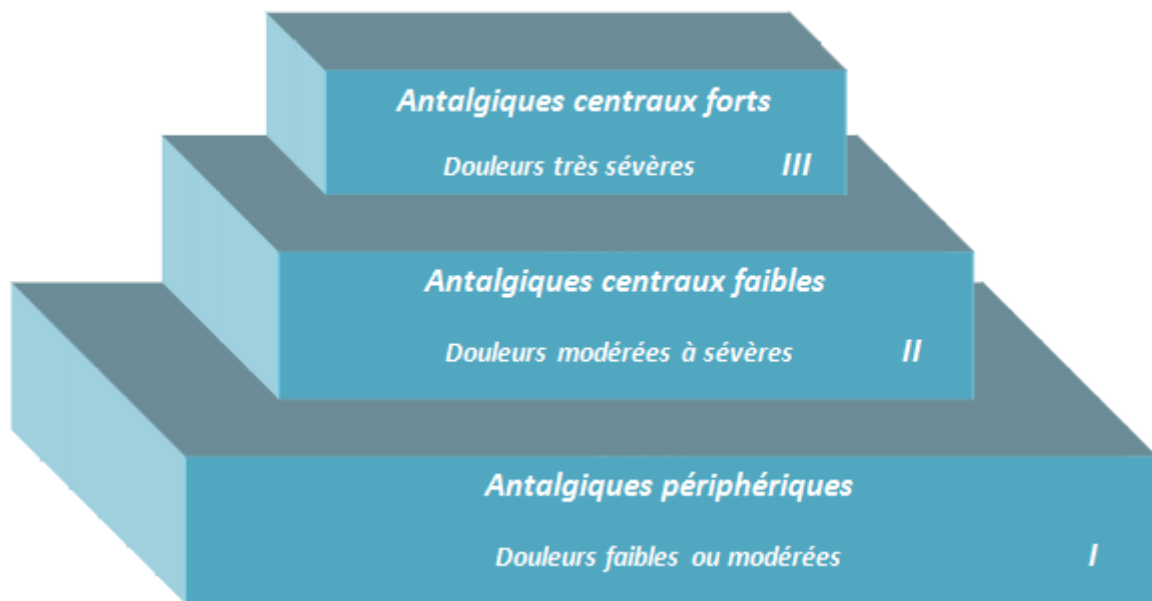


Figure 15 : Échelle de la douleur selon l'OMS (50)

Les analgésiques périphériques (antalgiques de palier I) sont surtout utilisés pour les douleurs faibles ou modérées. Ce sont des analgésiques non morphiniques comprenant principalement : le paracétamol, le nefopam, l'acide acétyl salicylique et les dérivés salicylés.

Les analgésiques centraux sont utilisés dans les douleurs modérées à très sévères. Ce sont des analgésiques opiacés, morphiniques faibles (palier II) ou forts (palier III), utilisés seuls ou en association avec les analgésiques de palier I. Les analgésiques de palier II comprennent : la codéine et le tramadol. Les antalgiques de palier III comprennent les agonistes purs des récepteurs opioïdes (le chlorhydrate et sulfate de morphine, l'hydromorphone, l'oxycodone, le tapentadol, le fentanyl et ses dérivés), les agonistes partiels (la buprénorphine) et les agonistes-antagonistes (la nalbuphine). (51) (52)

II.1.2 Les psychotropes

Pour les douleurs psychogènes, les anxiolytiques, les antidépresseurs (tricycliques, sérotoninergiques), et les neuroleptiques sont les plus utilisés.

Pour les douleurs neurogènes, les moyens antalgiques utilisés sont : les antiépileptiques (carbamazépine, gabapentine, prégabaline, clonazépam, valproate de sodium), les antidépresseurs tricycliques (clomipramine, amitriptyline, imipramine) et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (fluvoxamine, fluoxétine, duloxétine) et les benzodiazépines.

Il existe également d'autres moyens thérapeutiques comme les analgésiques locaux (ex. : Versatis®, Xylocaïne®, Qutenza®...). (53)

L'instauration d'un traitement analgésique nécessite une bonne surveillance. En effet, il est important d'évaluer l'efficacité du traitement, mais également de surveiller l'apparition d'éventuels effets secondaires (somnolence sous antidépresseurs, constipation ou nausées sous morphiniques, syndrome de sevrage à l'arrêt des benzodiazépines...). L'évaluation de l'efficacité des antalgiques et des effets secondaires fait partie intégrante de l'évaluation de la douleur. Le pharmacien est d'ailleurs le plus à même de déceler les effets secondaires des médicaments au comptoir. Pour cela, il doit s'intéresser au patient en posant des questions ouvertes lors de chaque renouvellement d'ordonnance (ex. : Comment se passe votre traitement ? Comment le tolérez-vous ?...). Il pourra ainsi communiquer les informations recueillies au médecin traitant afin d'améliorer la prise en charge du patient douloureux.

II.2 Traitements non médicamenteux

Les traitements non médicamenteux s'utilisent en complément des traitements pharmacologiques afin de diminuer la douleur et d'améliorer le confort général du patient. Ils doivent être adaptés à chacun.

II.2.1 Techniques interventionnelles

La chirurgie se fait en deuxième intention, après échec du traitement pharmacologique. On distingue deux modes d'intervention :

- Les techniques d'interruption des voies ascendantes de la douleur : elles peuvent se faire à différents niveaux (ex. : neurotomies périphériques, radicotomie postérieure, cordotomie antérieure). Ces techniques sont irréversibles.
- Les techniques conservatrices qui permettent d'activer les mécanismes intrinsèques de contrôle de la douleur : elles consistent soit en l'injection de morphine ou d'anesthésiques de façon continue au niveau des récepteurs médullaires à la douleur, soit en la neurostimulation électrique au niveau des zones de modulation inhibitrices (nerfs sensitifs périphériques, cordons médullaires postérieurs et noyaux sensitifs thalamiques). Ces techniques ont pour intérêt d'être réversibles. (54)

II.2.2 Thérapies cognitivo-comportementales

Dans ces thérapies, le patient joue un rôle actif. Il est important qu'il sache repérer les facteurs aggravant sa douleur ou ses représentations négatives. L'objectif est que le patient effectue un travail sur lui et réussisse à modifier la vision qu'il se fait de sa douleur. Il existe plusieurs moyens d'y parvenir :

- La relaxation : permet de diminuer l'anxiété, le stress et la douleur. Le patient connaît ainsi mieux les mécanismes personnels mis en jeu sur lesquels il peut intervenir.
- Le biofeedback : il s'agit d'un appareil composé d'un ordinateur relié à des électrodes placées sur différentes zones du corps et à un écran sur lequel on peut lire les mesures physiologiques. Le patient repère et apprend à moduler sa douleur grâce aux signaux visuels ou sonores émis par l'appareil.

II.2.3 Acupuncture

C'est une technique de médecine traditionnelle chinoise. Elle consiste en l'introduction de petites aiguilles sur cinq millimètres à différents endroits du corps qui vont stimuler les zones de contrôle inhibitrices. On obtient ainsi une hypoalgésie d'intensité et de durée variables.

II.2.4 Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)

La TENS est un dispositif médical qui délivre une stimulation électrique à l'aide d'électrodes placées sur la peau ou des aiguilles d'acupuncture reliées à un générateur électrique. Il existe deux modes de stimulation :

- Le mode « conventionnel » lié à un effet « *gate control* » (l'antalgie est induite par la stimulation des fibres non nociceptives).
- Le mode « acupuncturenel » ou « endorphinique » lié à une libération d'endorphine qui repose sur le rôle du contrôle inhibiteur diffus de la nociception (CIDN). (54)

La TENS est contre-indiquée en cas d'utilisation avec tout dispositif médical implantable actif (notamment en cas de port de stimulateur cardiaque) et en cas d'épilepsie non contrôlée (55).

II.2.5 La kinésithérapie

Il existe plusieurs techniques : les massages (pour décontracter et relaxer), les mobilisations (pour soulager la douleur et prévenir de l'apparition de nouvelles douleurs).

II.2.6 L'hypnose

L'hypnose, par le biais des suggestions, permet de modifier les aspects sensoriels et émotionnels de la douleur du patient.

Nous allons maintenant voir plus en détail comment l'hypnose peut être utile à la prise en charge de la douleur.

II.3 Généralités sur l'hypnose

La définition et la pratique de l'hypnose ont constamment changé avec le temps en fonction des différentes époques et des courants de pensée dominants.

II.3.1 Historique : les débuts de l'hypnose thérapeutique

L'hypnose était déjà utilisée dans l'Égypte antique. On peut lire sur le papyrus d'EBERS (1700 av. J.C.) : « *Pose ta main sur la douleur et dis que la douleur s'en aille* ». (56)

II.3.1.1 MESMER et le magnétisme animal

MESMER (1734-1815) pensait qu'un fluide magnétique invisible rayonnait dans l'univers et que les maladies étaient dues à un déséquilibre de ce fluide dans l'organisme. Il élaborait peu à peu sa théorie du « magnétisme animal » selon laquelle le fluide peut se transmettre d'un sujet à un autre et dont l'harmonie a des vertus thérapeutiques. Sa pratique devient célèbre avec les « baquets de MESMER » (figure 16). (57) (58) (59)



Figure 16 : Séances de magnétisme, exemplaire du baquet de MESMER exposé au musée de l'histoire de la médecine et de la pharmacie, Lyon, France.

MESMER utilise en réalité la suggestion hypnotique avec des techniques aujourd'hui codifiées : fixation de l'attention du sujet, diminution de la vigilance, renforcement de son émotion et de son imagination.

En 1784, le « magnétisme animal » est condamné par la commission royale de Paris qui discrédite complètement la théorie de MESMER, en concluant que les effets observés étaient uniquement dus à l'imagination du patient. (57)

II.3.1.2 BRAID et la « neurohypnologie »

James BRAID, chirurgien britannique (1795-1860), a inventé le terme d'hypnose pour désigner de façon plus scientifique ce que Franz-Anton MESMER appelait le « magnétisme animal » au XVIII^{ème} siècle (57). James BRAID énonce par la suite une théorie neurophysiologique de l'hypnose selon laquelle cet état est induit par la fixation visuelle et la fatigue oculaire provoquée. Il définit l'hypnotisme comme « *un état particulier du système nerveux, déterminé par des manœuvres artificielles ou encore, un état particulier du système nerveux, amené par la concentration fixe et abstraite de l'œil mental, sur un objet, qui n'est pas lui-même de nature excitante* » (60) . Il reconnaîtra plus tard l'importance de la suggestion verbale. (58)

Mais avec la découverte des nouveaux anesthésiques chimiques (chloroforme, éther ou protoxyde d'azote), l'hypnose tombe une nouvelle fois dans l'oubli.

II.3.1.3 L'école de Paris : interprétation physiologique

Dans les années 1880, l'hypnose connaît un nouvel essor grâce à Jean-Martin CHARCOT (1825-1893), professeur de neurologie à la Salpêtrière. Il expérimente l'hypnose sur des patientes hystériques (figure 17). Il pensait que l'hypnose correspondait à un état neuropathologique (61) et ne lui reconnaît aucune vertu thérapeutique. Il cherche en revanche à systématiser le phénomène.

Pierre JANET (1859-1947), élève de CHARCOT, développe en parallèle sa théorie de la dissociation et démontre l'existence d'un inconscient psychologique. (62)



Figure 17 : Une leçon à la Salpêtrière (par André BROUILLET, 1887). Musée d'Histoire de la Médecine, Rue de l'École de Médecine, Paris (représentation du neurologue CHARCOT lors d'une « leçon du mardi » examinant une patiente : Blanche WITTMAN).

II.3.1.4 L'école de Nancy : interprétation psychologique

Ambroise Auguste LIEBAULT (1823-1904) et Hippolyte BERNHEIM (1840-1919) considèrent l'hypnose comme un phénomène naturel, applicable à chacun, qui permet d'augmenter la suggestibilité. Leur théorie s'oppose à celle de CHARCOT, c'est un état physiologique qui n'a rien à voir avec les hystériques. Ils démontrent que tout sujet peut être hypnotisé, à condition qu'il le souhaite et qu'il coopère avec l'hypnotiseur. Pour BERNHEIM, la suggestibilité est « *l'aptitude du cerveau à recevoir ou évoquer des idées et sa tendance à les réaliser, à les transformer en acte* » (63). BERNHEIM insiste également sur la relation médecin/malade, indispensable au succès de l'hypnose.

II.3.1.5 L'hypnose au XX^{ème} siècle avec ERICKSON

Dans les années 1930, la pratique de l'hypnose est remodelée par l'américain Milton Hyland ERICKSON (1901-1980), psychiatre à Phoenix. Il publia de nombreuses observations tout en développant les techniques thérapeutiques. (64) Selon ERICKSON, les patients ont dans leur propre histoire toutes les ressources nécessaires pour surpasser leurs problèmes.

L'hypnose est alors de plus en plus utilisée en anesthésiologie, en cancérologie et en psychiatrie. De plus, les développements techniques (imagerie cérébrale et CT-scan notamment) facilitent la recherche et le développement scientifiques de cette discipline. Depuis deux cents ans, l'hypnose n'a cessé de disparaître et de réapparaître, mais elle a cependant toujours fini par refaire surface. (58)

II.3.2 Quelques définitions

Avant de décrire le déroulement d'une séance d'hypnose, il serait intéressant de définir ce qu'est l'hypnose ainsi que d'expliquer les différents termes rattachés à l'hypnose.

II.3.2.1 L'hypnose

Fils de la nuit et frère jumeau de Thanatos (dieu de la mort), Hypnos personnifie le dieu du sommeil dans la mythologie grecque. Il existe de nombreuses définitions concernant l'hypnose témoignant de la complexité du phénomène.

Parmi ces définitions, retenons celle de la *British Medical Association* en 1955 : « *Un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponse et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits ou supprimés* ». (59)

Une autre définition intéressante est celle de la Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH) : *« L'hypnose est une forme de communication au plan verbal et non verbal centrée sur le patient. Ainsi, on aide le patient à atteindre un état de transe de profondeur variable où l'être humain peut se vivre à un autre niveau de conscience (état de conscience modifié) : non pas rationnel, analytique et influencé par la volonté, mais au contraire intuitif, plein de fantaisie et centré sur le sensoriel. Cette forme de communication particulière approfondit la relation patient-médecin et il est ainsi possible de promouvoir de manière significative des capacités créatrices et le potentiel d'autoguérison du patient. ».*

Jean GODIN (1931-2002), psychiatre français, propose en 1991, dans l'encyclopédie Médico-Chirurgicale (62), une nouvelle définition : *« l'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure » qui suppose un certain « lâcher-prise », équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient ».*

En 1994, la section 30 de l'Association Américaine de Psychologie (APA) adopte une définition consensuelle : *« L'hypnose est une procédure durant laquelle un professionnel de la santé ou un chercheur suggère une modification dans l'expérience du sujet, du patient ou du client au niveau des sensations, perceptions, pensées ou comportements ».* (65)

Pour ERICKSON, l'hypnose est un phénomène naturel auquel chacun d'entre nous a la faculté intrinsèque d'accéder (66). ERICKSON parle d'*«une relation qui a lieu à l'intérieur d'une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre »*. Cette dernière définition relève deux caractéristiques importantes de l'hypnose : la fixation de l'attention à l'intérieur même du patient et le lien essentiel entre l'hypnothérapeute et le patient.

II.3.2.2 La suggestion

Elle consiste en un message destiné à influencer le sujet, dans sa pensée, ses émotions, ses motivations et ses comportements. Selon WEITZENHOFFER, une suggestion est une forme de communication qui a pour effet de faire apparaître des comportements ou réponses étant involontaires et souvent inconscients. (67)

II.3.2.3 La suggestibilité

La suggestibilité est la faculté d'un sujet à accepter une suggestion. C'est l'aptitude par laquelle un individu est capable d'accepter des idées ou des faits, et sa tendance à les réaliser. Elle varie avec l'âge, l'intelligence, la personnalité, la motivation et les attentes. En ce qui concerne l'âge, la suggestibilité serait à son maximum entre 7 et 15 ans et contrairement à ce que l'on pourrait penser, elle est plus élevée chez les personnes douées d'une intelligence supérieure à la moyenne. Les attitudes et les motivations ont une bonne influence sur la suggestibilité lorsqu'elles sont positives. (68)

II.3.2.4 L'hypnotisabilité

L'hypnotisabilité est la capacité d'un sujet à être hypnotisé. Elle peut se mesurer à l'aide d'échelles de susceptibilité hypnotique. (62) L'échelle de Stanford mise au point par WEITZENHOFFER et HILGARD est une échelle individuelle, alors que celle de Harvard (créée par SHOR et ORNE) est une échelle de groupe permettant de faire une sélection rapide en vue de trouver les bons sujets.

Ces échelles contiennent plusieurs items dans le but d'induire, dans une première partie, des réponses motrices, telles que la fermeture des yeux, la rigidité des membres, la lévitation (un bras qui se lève tout seul), tandis qu'une seconde partie tente de susciter des phénomènes mentaux, par exemple faire abstraction d'une odeur d'ammoniac alors qu'elle existe, entendre un moustique voler alors qu'il n'y en a pas... (69)

II.3.2.5 La transe

La transe représente l'état intérieur du patient, c'est « *la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps* » (70). Elle peut apparaître naturellement (ex : lorsqu'on est dans la lune), ou elle peut être induite par le soignant (par le biais des suggestions). L'hypnose correspond à un état de concentration très soutenue, il est donc impossible de rester « bloqué » en transe, car l'organisme ne peut pas rester concentré indéfiniment et va forcément finir par « décrocher ».

Les indicateurs de l'état de transe les plus souvent décrits sont les suivants (59) :

- Le battement initial des paupières, après la fermeture des yeux
- L'immobilité corporelle: une personne en transe peut rester longtemps immobile, même dans des positions habituellement inconfortables et cela sans ressentir de sensations désagréables (ankylose, fourmillements, etc.)
- Le ralentissement de la respiration et du rythme cardiaque
- Une grande relaxation avec mollesse des membres, le relâchement des muscles du visage, l'altération de la voix et la lenteur de l'élocution
- La fixité du regard et la variation du diamètre de la pupille
- Une salivation excessive ou au contraire la disparition partielle du réflexe de salivation et de déglutition
- Le littéralisme : souvent, les sujets hypnotisés prennent au pied de la lettre les messages qui leur sont adressés. Par exemple si on leur demande « pouvez vous me dire ce que vous ressentez en ce moment ? » ils répondront « oui (je peux) » sans donner plus de renseignements.

Il existe des « échelles de profondeur » (tableau 5) qui permettent d'évaluer la transe d'un sujet lors de l'état hypnotique (59) :

Tableau 5 : Échelle de DAVIS et HUSBAND (1931)

Profondeur	Degrés	Test de suggestion et réponses
Réfractaires	0	
Hypnoïde	1	
	2	Relaxation
	3	Battement des paupières
	4	Fermeture des yeux
	5	Relaxation physique complète
Transe légère	6	Catalepsie oculaire
	7	Catalepsie des membres
	10	Catalepsie rigide
	11	Anesthésie (main gantée)
Transe moyenne	13	Amnésie partielle
	15	Anesthésie post-hypnotique
	17	Changements de personnalité
	18	Simple suggestions post-hypnotiques
	20	Illusions kinesthésiques, amnésie totale
Transe profonde (somnambulisme)	21	Capacité d'ouvrir les yeux sans modifier la
	23	transe
	25	Suggestions post-hypnotiques fantaisistes
	26	Somnambulisme complet
	27	Hallucinations visuelles positives post-
	28	hypnotiques
	29	Hallucinations auditives positives post-
	30	hypnotiques
		Amnésies post-hypnotiques systématisées
		Hallucinations auditives négatives
		Hallucinations visuelles négatives, hyperesthésies

II.3.3 Indications et contre-indications de l'hypnose

II.3.3.1 Indications

L'hypnose a connu ses débuts à la maternité (dans la préparation à l'accouchement) afin d'améliorer le confort de la mère. Puis elle s'est développée dans tout le champ du traitement de la douleur vers les années 1970. Aujourd'hui, l'hypnose est de plus en plus utilisée à l'hôpital dans de nombreux services (tableau 6).

Tableau 6 : Indications courantes de l'hypnothérapie (57)

Psychiatrie	Dépression, troubles névrotiques, en particulier phobies, PTSD (post-traumatic stress disorders), toxicomanie, alcoolisme, sevrage tabagique, troubles du sommeil et du comportement alimentaire, complément à une psychothérapie...
Psychosomatique	Douleurs rebelles diverses, migraines, gastrites et ulcères gastro-duodénaux, angor, dyspnées fonctionnelles, hypertension artérielle
Médecine interne	Certains troubles allergiques (psoriasis, asthme, rhinites allergiques, eczémas...), pathologie du stress et de la douleur
Oncologie	Contrôle de la douleur et des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie tels que nausées, vomissements, stomatites... Accompagnement psychologique du malade pendant la maladie ou en phase terminale
Rhumatologie	Contrôle de la douleur, diminution de la médication et des effets secondaires
Chirurgie	Préparation à l'intervention chirurgicale, anesthésie locale, contrôle du saignement, contrôle post-opératoire de la douleur, augmentation de la qualité et de la vitesse de cicatrisation, diminution du séjour hospitalier, facilité du changement de pansements (par exemple : traitement des grands brûlés), en urgences (sutures, kystes et petite chirurgie, endoscopies, bronchoscopies, colonoscopies...)
Médecine dentaire	Contrôle de la douleur et de la peur des soins, contrôle du saignement, bruxisme, tolérance aux prothèses...
Sexologie	Impuissance, frigidité, douleurs...
Gynécologie obstétrique	Préparation à l'accouchement

II.3.3.2 Effets secondaires et contre-indications

L'hypnose est basée sur la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Comme le dit G. SALEM : « *la plus importante contre-indication est l'incompétence du thérapeute* ». D'où l'importance de bien se former avant de pratiquer l'hypnose. Les autres contre-indications s'appliquent pour les patients psychotiques en phase aiguë, les schizophrènes, les paranoïaques, les enfants de moins de trois ans, les arriérations mentales, les patients pathologiquement dissociés... En effet, l'hypnose facilite l'expression de sentiments et de pensées ainsi que la modification des perceptions corporelles pouvant les déstabiliser gravement. (57)

Les incidents mineurs apparaissent lors des réveils trop rapides après une séance d'hypnose : nausées, vertiges, céphalées, anxiété. Pour éliminer ces effets indésirables, il suffit de procéder à une nouvelle hypnotisation en prenant soin, avant de réveiller le sujet, de lui donner des suggestions de bien-être au réveil. (59)

II.3.3.3 Les formations d'hypnose

L'hypnose thérapeutique est reconnue officiellement en France en 2001 par la création d'un diplôme universitaire d'hypnose médicale à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. (71)

Il existe actuellement trois centres de formation en France :

- **L'Institut Français d'Hypnose (IFH)** : école privée à Paris, destinée à former à l'hypnose des professionnels de santé déjà diplômés. Cette école propose deux programmes de formation : hypnothérapie (hypnose en psychothérapie) et hypnoanalgésie (hypnose médicale). L'enseignement dure deux ans.
- **L'Institut Français d'Hypnose Ericksonienne (IFHE)** : formations similaires à celles de l'IFH, mais destinées à un public plus vaste.
- **Les formations universitaires** : obtention d'un Diplôme Universitaire (DU) d'hypnose médicale en un ou deux ans selon les universités.

II.3.3.4 Perspectives

L'hypnose est de plus en plus utilisée en milieu hospitalier : prise en charge de la douleur et du stress, diminution du nombre d'anesthésies générales... Les bénéfices d'une telle évolution permettront, outre l'amélioration du confort du patient, une atténuation des coûts de la santé (diminution des traitements médicamenteux, raccourcissement de la durée du séjour...). (57)

II.3.4 Ce que n'est pas l'hypnose

II.3.4.1 De la magie ou un don surnaturel du thérapeute

L'hypnose est une technique qui s'apprend. Elle nécessite un travail actif du patient et du praticien. Elle ne permet pas de guérir une maladie, mais plutôt de soulager les symptômes et de modifier le vécu vis-à-vis de la maladie. L'hypnose est un état naturel dont nous faisons chaque jour l'expérience, comme le décrit le Pr FAYMONVILLE, « l'hypnose est un don [...] nous en faisons tous l'expérience dans nos activités quotidiennes, lorsque nous conduisons notre voiture de manière automatique ou lorsque nous n'entendons même plus nos voisins de cinéma croquer du pop-corn une fois que nous sommes captivés par le film. » (72)

II.3.4.2 De la relaxation

L'hypnose et la relaxation sont similaires dans leur pratique. En effet, des suggestions de relaxation peuvent être utilisées en hypnose pour induire un état de transe. Cependant, cet état ne nécessite pas forcément une phase de relaxation. De plus, CASTEL a démontré dans son étude en 2006 (73) que les suggestions d'analgésie sont plus efficaces que les suggestions de relaxation sur la modification de l'intensité douloureuse.

II.3.4.3 Un phénomène placebo

L'hypnose et le placebo ont en commun de pouvoir moduler la douleur de façon cognitive. Plusieurs aires communes impliquées dans le contrôle de la douleur sont activées durant l'analgésie de l'hypnose et du placebo, mais il n'y a cependant pas de superposition objectivable. De plus, LEVINE en 1978 (74), GRACEY en 1983 (75) et LIPMAN en 1990 (76) ont simultanément démontré l'antagonisme de l'action analgésique du placebo par la naloxone, ce qui n'est pas le cas avec l'analgésie hypnotique (72)(77). Enfin, l'efficacité est différente entre analgésie hypnotique (50%) et analgésie placebo (30 à 35%) (78) et les images obtenues par IRM diffèrent entre hypnose et placebo (79).

II.3.4.4 Un état de sommeil

L'électroencéphalogramme du patient en état d'hypnose montre un enregistrement d'éveil. L'hypnose n'est donc en aucun cas un état de sommeil, il s'agit d'une participation active du sujet, dans un état de veille particulier.

II.3.5 Les différents types d'hypnose

II.3.5.1 L'hypnose traditionnelle (ou hypnose conversationnelle)

L'induction traditionnelle est directe et plutôt autoritaire (tableau 7) : « *vous allez fermer les yeux...* » « *Votre bras devient lourd et il descend...* ». C'est notamment celle qui est utilisée en anesthésie en cas de chirurgie à l'hôpital. La transe est dite « légère ». L'hypnose conversationnelle est « *un dialogue entre un hypnothérapeute et son patient, en vue d'atteindre un objectif fixé* »(80). C'est une façon différente de communiquer avec le patient qui peut être utilisée facilement par tous les professionnels de santé. (58) (81)

II.3.5.2 L'hypnose Ericksonnienne (ou hypnose formelle)

L'hypnose Ericksonnienne est permissive et non autoritaire (tableau 7). Le thérapeute se contente de guider le sujet qui reste libre de ses réactions et de ses choix. Plusieurs alternatives lui sont offertes, « *je ne sais pas quand, je ne sais pas où vous irez, peut-être ici, peut-être là...* », il n'y a pas d'intervention directe dictant la solution pour résoudre son problème. En laissant le choix au patient, le thérapeute évite ainsi de provoquer de la résistance et permet à l'inverse d'obtenir une confiance basée sur le respect. La transe est dite « profonde ». (58)

Tableau 7 : Distinction entre hypnose traditionnelle et Ericksonnienne (57)

Type d'hypnose	Attitude du thérapeute	Stratégie choisie
Traditionnelle	Directive, autoritaire	Suggestions directes
Ericksonnienne	Permissive, catalysatrice	Suggestions indirectes

II.3.5.3 L'auto-hypnose

Elle permet au patient d'induire lui-même la transe. L'apprentissage de l'auto-hypnose nécessite environ quatre à cinq séances avec un hypnothérapeute afin de rendre le patient autonome. Il est important de bien prendre le temps pour montrer et expliquer la technique qui sera adaptée en fonction de chaque patient. Elle est principalement utilisée dans la prise en charge de la douleur chronique (82). En effet, avec l'auto-hypnose, le patient peut se soigner lui-même en modifiant sa douleur à tout moment de la journée lorsqu'il en ressent le besoin. (57) (83)

II.3.6 Les éléments de communication

L'hypnose est un « *état de conscience modifié* ». Il y a à la fois activation de la conscience critique (le sujet sous hypnose est encore maître de lui et peut se « réveiller » à tout moment) et de l'inconscience (responsable de l'autonomie de certains phénomènes hypnotiques). C'est le cas par exemple lorsque nous conduisons en voiture alors que nous pensons à toute autre chose : lorsqu'on se « réveille », nous sommes surpris de l'endroit où nous sommes arrivés. Pour favoriser cette **dissociation**, il faut désactiver le conscient (par exemple en focalisant l'attention sur autre chose) et activer l'inconscient (en évoquant un souvenir par exemple).

II.3.6.1 Les trois canaux verbaux

La transe hypnotique peut être obtenue par le biais des trois canaux verbaux de la communication :

- **Le canal verbal** : le thérapeute utilise des mots et des expressions du patient en rapport avec son vécu. Il utilise des phrases affirmatives. Par exemple lors du nettoyage d'une plaie il ne dira pas que le produit est « *froid* », mais plutôt qu'il est « *légèrement frais* » ; au lieu de dire « *ne vous inquiétez pas* », il dira « *tout va bien se passer* ». Ainsi le patient réagira moins à la douleur. Il est également important de toujours rassurer le patient et de le féliciter : « *bien, très bien* ». Au travers du canal verbal, le thérapeute utilise souvent les métaphores (ex. : « *votre bras se soulève comme s'il était emporté par des ballons* »).
- **Le canal para-verbal** : représenté par la façon de dire les choses. Le rythme de la voix joue un rôle prédominant (ralentissement du rythme), ainsi que le timbre de la voix (bas, grave). Dans le langage para-verbal, le thérapeute utilise le « *pacing* » (il se cale sur la respiration du patient et parle uniquement pendant l'expiration), il a une voix monocorde (calme, douce, posée), il fait de nombreuses pauses au cours de ses phrases...
- **Le canal non verbal** : représenté par les postures, les gestes, les attitudes ou encore la position du corps. C'est le premier langage que nous utilisons dans la vie. Le « *mirroring* » (lorsque le soignant mime les mouvements du corps du patient) est très utilisé dans le canal non verbal.

II.3.6.2 Au niveau du cerveau

Le langage du cerveau gauche est plutôt scientifique. Il est logique, précis et analytique. Le langage de l'hémisphère gauche peut être négatif. À l'inverse, le cerveau droit produit un langage des images (langage non verbal). Il traduit des émotions plutôt que des idées, des métaphores plutôt que des concepts. Le langage de l'hémisphère droit est toujours affirmatif. En effet, il est impossible de traduire la négation avec une image. WATZALAWICK dit : « *Il est aisé de communiquer par un dessin l'idée d'un homme plantant un arbre, mais il est impossible de communiquer l'idée d'un homme ne plantant pas un arbre* ». (84)

Le cerveau droit utilise principalement la communication non verbale, tandis que le langage verbal est plutôt hémisphérique gauche (tableau 8). Lorsqu'un patient est en état de souffrance, l'objectif est de réussir à passer du cerveau gauche au cerveau droit.

Tableau 8 : Différences entre cerveau gauche et cerveau droit (31)

Cerveau gauche Critique / Réel	Cerveau droit Imaginaire / Virtuel
Verbal	Non verbal
Analytique et rationnel	Intuitif et émotionnel
S'appuie sur des faits concrets	Imagine
Besoin de clarté, d'explications	Apprécie la globalité
S'intéresse aux éléments	S'intéresse aux relations
Comprendre	Expérimenter
Blocage	Ouverture
Sécurité	Prise de risque

II.3.7 Déroulement d'une séance hypnotique Ericksonnienne

II.3.7.1 L'alliance thérapeutique

Connaitre le patient :

Lors de la première consultation, le thérapeute recueille les données suivantes (58):

- Les croyances du patient vis-à-vis de l'hypnose (préjugés, craintes, attentes...).
- La personnalité du sujet y compris son style de comportement sensoriel et corporel : nous percevons tous l'environnement selon un de nos sens privilégiés. Ceci définit **l'échelle VAKOG** des valences sensorielles (V : visuel ; A : auditif ; K : kinesthésique ; O : olfactif ; G : gustatif). Une personne visuelle aura principalement pour expressions « je vois », « c'est clair », « j'ai une image en tête », tandis qu'un sujet auditif dira « je me dis que », « j'entends que », « ça me parle », quelqu'un de kinesthésique emploiera plutôt les expressions « je sens que », « je me sens mal ». Le thérapeute peut ainsi réussir à être en synchronisation avec le patient en utilisant le même registre sensoriel et le même vocabulaire. (85)
- L'environnement du sujet : contexte familial, social, professionnel...
- La maladie et le symptôme : l'anamnèse et l'histoire du patient, le rôle et la signification que revêt le symptôme pour lui et son entourage, les intérêts d'un changement, le prix à payer du changement (renoncements nécessaires, conséquences qui en découlent...). Le thérapeute recueille le plus de détails possible sur la douleur du patient (localisation, intensité, sensation...) et la représentation qu'il fait de sa douleur.

La relation thérapeutique pendant l'hypnose :

Le praticien doit connaître les attentes, les craintes et les idées erronées du patient envers l'hypnose. Il faudra préciser les principes de la technique et expliquer que l'hypnose ne correspond en rien au sommeil, il n'y a pas de magie, ni de passivité, mais au contraire un travail actif du sujet, le thérapeute n'étant qu'un catalyseur. Le sujet conserve son libre arbitre et n'est pas sous l'emprise du thérapeute. (58)

Le contrat :

Le patient et le thérapeute définiront ensemble les objectifs de la thérapie, ainsi que des moyens d'évaluation de l'amélioration « *à quoi saurez-vous que vous avez atteint vos objectifs ?* ». Enfin, le thérapeute vérifiera que le ou les buts à atteindre sont envisageables et réalisables. Dans le cas de la douleur chronique, il peut s'agir de diminuer ou de modifier la douleur. Le thérapeute devra veiller à ce que le patient ne désire pas être soulagé totalement et immédiatement afin d'éviter que ce désir ne vienne contrecarrer l'approche progressive de l'hypnose pour la maîtrise de la douleur. (86)

II.3.7.2 L'induction hypnotique et la dépotentialisation du conscient

L'induction permet au sujet de rentrer dans un état de focalisation intérieure et de se détacher de l'environnement extérieur pour mieux ressentir ses émotions, ses souvenirs, ses sensations physiques...

ERICKSON écrit : « *en induisant une transe, vous demandez à votre patient de vous donner toute son attention. Vous ne voulez pas qu'il compte les petites tâches sur le mur ; vous ne voulez pas qu'il tripote sa montre. Vous voulez qu'il vous donne toute son attention, et qu'il vous la donne si intensément qu'il ne va pas remarquer quoi que ce soit d'autre. Et lorsqu'il vous prête attention, il rétrécit son champ de conscience visuel ; il rétrécit son champ de conscience auditif, et il dirige ses pensées et ses sensations à l'intérieur de lui-même...* ». (87)

Afin de réduire le champ de conscience auditif et visuel du sujet et ainsi capter toute l'attention du patient, le thérapeute peut (58) :

- Utiliser une conversation personnalisée : il peut s'agir d'un des centres d'intérêts du patient, un souvenir de vacances agréable...
- Poser une série de questions qui va orienter le patient dans une réflexion intérieure « *à quoi pensez-vous ? Que ressentez-vous ?* ».
- Se servir de la motivation du sujet : on pourra lui demander de retrouver des sensations qu'il a déjà eues, par exemple de se souvenir d'une impression de fraîcheur, lors d'une sortie en forêt, moment agréable qu'on pourra prolonger afin de provoquer une analgésie.

- Évoquer une autre induction en rappelant par exemple la sensation d'une transe commune de tous les jours.
- Le surprendre ou créer une confusion : le sujet focalise son attention sur ce qu'il ne comprend pas et cherche à élucider. Erickson modifiait des proverbes, par exemple : « *il n'y va pas avec le dos de la main morte* », « *c'est la goutte d'eau qui met le feu aux poudres* ».

II.3.7.3 Le travail et la mise en route d'une recherche inconsciente

Suite à l'induction, le thérapeute va chercher à approfondir l'état de transe. Le sujet va commencer sa thérapie en plaçant son esprit conscient en retrait pour ainsi permettre à son inconscient de fonctionner afin de trouver des solutions pour résoudre ses problèmes.

Lors du travail de l'inconscient, le sujet devient très réceptif aux suggestions. Le praticien va accompagner et guider les pensées du patient sur des chemins thérapeutiques en utilisant un langage hypnotique spécifique. Il ne s'agit pas d'un mode d'expression ordinaire, mais plutôt d'une façon d'utiliser sa voix à l'aide de mots, de phrases et d'expressions, agencés d'une manière particulière (58). Cette technique de communication est permissive et indirecte :

- Permissive, car le thérapeute laisse le patient libre de ses choix et de ses réactions, en lui offrant des alternatives (« *vous pouvez...* », « *il est possible que...* », « *je ne sais pas si vous ferez ceci ou cela...* »).
- Indirecte étant donné que le praticien utilise des métaphores et des anecdotes dans lesquelles se retrouve le patient.

Afin de guider le patient, le thérapeute peut utiliser différentes techniques spécifiques de communication (58):

- **La voix** : en variant par exemple la tonalité, le rythme des phrases ou encore en faisant des pauses autour de certains mots, le thérapeute pourra mettre l'accent sur une information importante et orientera ainsi le processus inconscient.

- **Les truismes** : c'est une façon d'énoncer une évidence que personne ne peut contester (ex. : « c'est agréable de se sentir bien », « vous êtes venu me voir, aujourd'hui, et vous êtes là devant moi, installé dans ce fauteuil »). Le truisme permet d'abord d'établir un contact avec le patient, mais également de diminuer les résistances (le patient ne pouvant s'opposer à ce qui est dit). L'accord avec cette évidence induit un état d'acceptation de la phrase, mais aussi des suivantes.
- **L'implication** : « *c'est une entité psycholinguistique qui constitue une des clés de la suggestion indirecte* ». (88) Ce qu'elle implique et qui est implicite s'adresse à l'inconscient. Par exemple, lorsque le thérapeute dit : « je ne sais pas comment votre comportement va changer », ceci implique qu'un changement va se produire.
- **La négation** : elle évite la résistance du patient, car celui-ci n'a plus besoin de résister étant donné que le thérapeute l'invite à dire non : « j'aimerais que vous soyez sûre de ne pas entrer en transe avant de vous asseoir dans ce siège ». Ici, la négation suggère indirectement que le sujet est convié à entrer en transe une fois assis. Par ailleurs, la négation favorise la confusion.
- **Les suggestions** : elles induisent chez le patient un état d'absorption interne approfondi, une sensation de confort et des changements avec des répercussions prolongées après la séance.
- **Les métaphores** : elles permettent de parler d'un autre problème que celui du patient, tout en ayant un rapport lointain qui sera perçu par l'inconscient. Le patient ne se sent pas personnellement concerné par l'histoire et l'écoute avec d'autant plus d'attention. L'autre intérêt des métaphores est qu'elles ont un côté hypnogène. Le fait de raconter une histoire va permettre au sujet d'entrer en état d'hypnose. Par exemple, on pourra dire à une patiente en position gynécologique, passionnée de cheval : « *Vous êtes installée sur la table, les pieds dans les étriers, les fesses bien posées au bord de la selle, vous avez une casaque bleue...* ». D'après Michel KEROUAC, « *la métaphore attire l'attention consciente du patient et sert à déjouer ses mécanismes de défense afin de lui permettre de rejoindre ses mécanismes inconscients, forces riches d'alternatives et de solutions* ». (89)

- **La dissociation** : c'est la caractéristique la plus significative de l'hypnose. Le sujet focalise son attention sur lui-même et se détache ainsi de l'environnement. Dans la douleur, la dissociation est très utilisée, elle peut être spatiale (le sujet se déplace mentalement par rapport à son corps afin de ne plus ressentir de douleur), ou temporelle (le patient est réorienté à un stade antérieur de sa maladie où la douleur n'était pas présente ou mineure). ERICKSON donne l'exemple d'une patiente atteinte d'un cancer de l'utérus métastasé, devant laquelle il a hypnotisé sa fille Jane : « *Jane, je voudrais que vous ouvriez les yeux, et je veux que vous vous sentiez vous-même assise là-bas (de l'autre côté de la pièce) en train de me regarder ; et vraiment sentez-vous vous-même en train de me regarder précisément là-bas* »... « *Puisque vous vous sentez confortablement assise là-bas et que vous m'observez attentivement, notez ce que je vais faire ensuite* ». Il a ensuite donné une grande claque sur la cuisse de Jane : Jane assise là-bas ne sentait pas ce qu'il faisait à Jane assise ici. Après cette démonstration convaincante, il put apprendre à la mère malade que, lors de ses attaques de douleur, elle pourrait se déplacer sur le fauteuil de l'autre côté de la pièce, et laisser son corps souffrant et douloureux absolument tout seul dans son lit habituel. (90) (86)

II.3.7.4 Les différentes étapes de l'hypnose

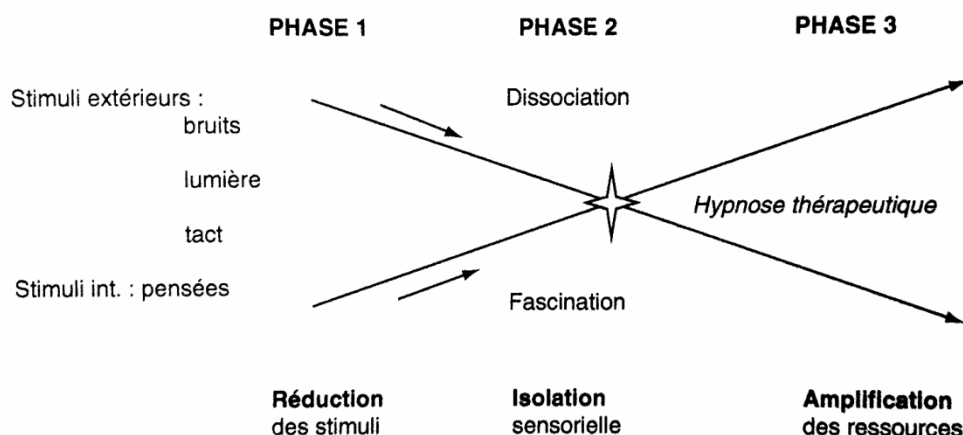


Figure 18 : Les étapes d'une séance d'hypnose (58)

Lors de la phase 1, le sujet fixe son attention sur une perception précise (ex. : la voix du thérapeute, une douleur, une image, un bruit...). Le patient fait ainsi abstraction des éléments extérieurs ou intérieurs en sélectionnant une perception à la place d'une autre. Cette **isolation sensorielle** permet le passage vers une autre étape : la **fascination** (figure 18).

Dans la phase 2, le sujet est très attentif et très à l'écoute du thérapeute. Ce comportement rappelle la fascination que l'on peut avoir devant un écran de TV, ou lorsqu'on est absorbé par une pensée. Le patient peut parfois même ressentir **une dissociation** entre son activité imaginative et ses perceptions sensorielles corporelles lorsque l'isolation sensorielle est très intense. Cette dissociation s'accompagne d'une analgésie qui peut rendre indolore certains actes chirurgicaux. C'est cette étape qui est recherchée lors de l'hypnoanalgésie pour limiter la douleur aiguë.

La phase 3 est celle de l'ouverture. Le patient élargit son champ de perception (**amplification des ressources**), il réinterprète des faits vécus (cf. étape de l'appropriation dans les 5 temps de l'hypnose). Ces exercices font appel à la réserve personnelle du sujet dans le but de résoudre un problème rencontré. À l'inverse de la phase 2 qui représentait la fermeture, l'absence de sens critique et l'immobilisation, la phase 3 se traduit plutôt par la mobilisation du corps et de la pensée, dans le but de rechercher d'autres postures et d'autres points de vue, servant à contourner ce qui était perçu comme un obstacle.

Pour aller plus en détail, ces 3 phases peuvent être divisées en 5 temps (figure 19):

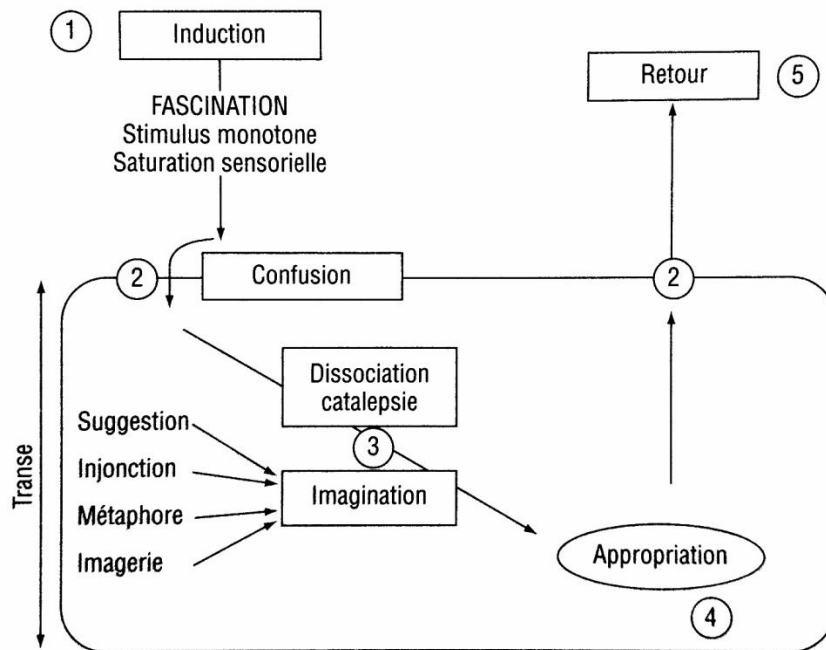


Figure 19 : Les cinq temps de l'hypnose : l'induction, la confusion, la dissociation-catalepsie, l'appropriation et le retour (57)

L'induction débute par un arrêt de la perception ordinaire, obtenue par une saturation des différents canaux sensoriels. Cela se fait grâce à un stimulus monotone (ex. : fixation d'un objet indépendamment de son contexte).

L'induction laisse dans un second temps place à un bref passage de **confusion**, ce qui permet un relâchement des associations cognitives et facilite ainsi les associations de perceptions, de sensations et de pensées qu'un état de conscience ordinaire ne permettrait pas.

Le troisième temps débouche sur la **transe** : un état de **dissociation** psychique et de catalepsie du corps que la dynamique de l'imagination met en mouvement.

Le quatrième temps de l'hypnose est celui de **l'appropriation**. L'effet spontané qu'ont les suggestions, les métaphores, les injonctions ou les imageries sur l'imagination laisse place à de nouvelles possibilités qui sont intégrées par appropriation et réinterprétées afin de résoudre un problème rencontré.

Le cinquième temps est celui du **retour** à l'état de conscience ordinaire. Tout comme pour le passage à la transe (deuxième temps), le passage au retour se fera par une période de confusion.

II.3.8 La douleur chronique : une forme d'état hypnotique négatif

Comme le dit DELBOEUF : « *Quant à la douleur, elle serait hypnotisante dans la mesure où elle porterait l'attention à se retirer du monde extérieur vers l'intérieur du corps propre* ». (91)

La douleur chronique renvoie à l'hypnose. C'est une perturbation de la conscience et de son fonctionnement. Elle entraîne la fixation de l'attention avec diminution des capacités sensorielles et affectives du sujet et elle s'amplifie grâce à l'imagination et la mémoire. La douleur chronique est un enfermement hypnotique du patient et c'est pourquoi, parmi les alternatives thérapeutiques, l'hypnose est une possibilité de libérer le sujet de cette douleur/enfermement. (92)

II.4 Mécanismes d'action neurophysiologiques de l'hypnose

L'apport et l'évolution de l'imagerie fonctionnelle permettent de comprendre de mieux en mieux le fonctionnement cérébral de l'hypnose.

II.4.1 L'activité cérébrale sous hypnose

Les modifications de l'activité cérébrale en réponse à des stimulations sensorielles sont visualisées grâce à des méthodes modernes telles que la tomographie par émission de positrons (TEP) ou encore l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). La TEP et l'IRMf permettent d'évaluer l'activité cérébrale en fonction des variations du débit sanguin régional dans le cerveau. Dans le cas de l'IRMf, l'hémoglobine du sang est le traceur intrinsèque et permet d'évaluer les changements dans le débit sanguin régional (93). Dans le cas de la TEP, on administre par voie intraveineuse un traceur radioactif de courte demi-vie (eau marquée à l'oxygène 15 : $H_2^{15}O$) et on mesure les niveaux d'émission radioactive provenant du cerveau.

Trois études de TEP (94) (95) (96) ont démontré des changements dans l'activité de plusieurs régions du cerveau (augmentation et diminution du débit sanguin cérébral régional) avant et après l'induction hypnotique. Les résultats de ces études montrent une augmentation du flux sanguin dans les zones corticales occipitales (cortex visuel), frontales et dans le cortex cingulaire antérieur droit, ainsi qu'une diminution dans les cortex temporaux et pariétaux, notamment sur la face médiane des hémisphères.

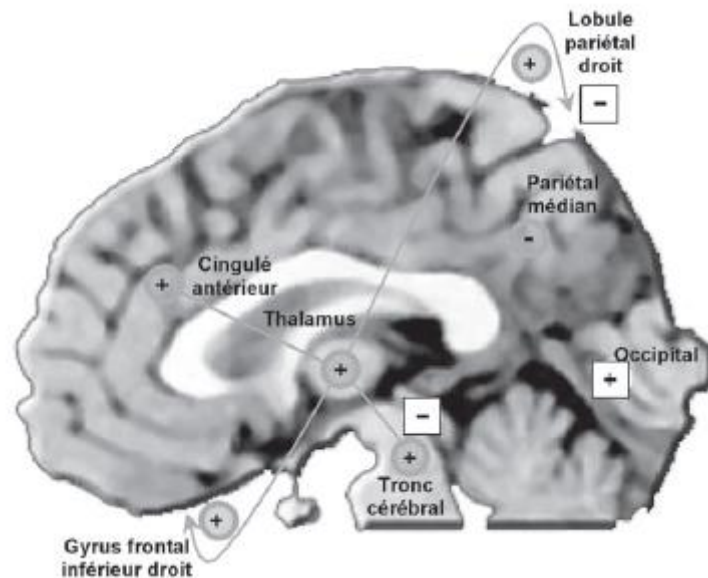


Figure 20 : Débit sanguin cérébral pendant l'hypnose

La figure 20 montre une augmentation (+) ou diminution (–) du débit sanguin cérébral associées à la relaxation (forme carrée) ou à l'absorption mentales (forme en cercle) ressenties pendant l'hypnose. L'absorption hypnotique ressentie est directement proportionnelle à l'activation précise et coordonnée du réseau cérébral responsable de la régulation de l'attention (dont les éléments sont reliés par des traits). (93)

L'augmentation du débit sanguin dans la région occipitale (région de la perception visuelle) permet de faciliter les processus d'imagerie mentale. En effet, sous hypnose, la région occipitale est très activée, comme si le patient voyait réellement la scène alors qu'il a les yeux fermés.

L'état hypnotique serait lié à des modifications spécifiques et topographiquement organisées de l'activité cérébrale. D'autres études sont cependant indispensables afin de vérifier la reproductibilité et la spécificité de ces résultats. De plus, ces études ont été réalisées chez des sujets très suggestibles, il serait donc intéressant de comparer ces données à celles obtenues chez des sujets peu suggestibles.

II.4.2 Modulation de la douleur sous hypnose

L'attention est un modulateur important de la douleur. Plusieurs études ont montré que la douleur pouvait diminuer de 10 à 20% lorsque le patient oriente volontairement son attention vers une autre source de stimulation. (97)

Dans les douleurs chroniques, l'hypnose permet d'améliorer les symptômes ainsi que la qualité de vie des patients durablement. Un article a analysé treize études prospectives comparant les résultats de l'hypnose dans le traitement de la douleur chronique à des données de référence (98). Les douleurs chroniques étudiées sont variées : arthrite (99), cancer (100), dorsalgies (101), drépanocytose (102), douleurs temporo-mandibulaires (103), fibromyalgie (104). Les résultats de ces études montrent une diminution significative de la douleur sous hypnose.

En faisant des suggestions d'analgésie, on intervient au niveau cortical (niveau des mécanismes supérieurs d'intégration de l'information douloureuse) en supprimant la souffrance. Il y a un remaniement des réponses avec modification des informations douloureuses au niveau cortical : la douleur est toujours perçue, mais il n'y a plus de souffrance. (59)

II.4.2.1 Les études électrophysiologiques

Le réflexe RIII : L'équipe de J.C. WILLER (105) à Paris, ainsi que le groupe de D.D. PRICE (106) de l'université de Floride ont démontré que l'analgésie hypnotique permettait de réduire la transmission des informations douloureuses dès leur premier relais dans la moelle épinière. Ils ont observé une inhibition du réflexe RIII lors de suggestions verbales d'analgésie. Le réflexe de flexion RIII au niveau du biceps fémoral, nociceptif du nerf sural, apparaît lors de stimulations douloureuses expérimentales. Cependant, l'inhibition du réflexe RIII n'est apparue que chez 60% des sujets. La modulation de la transmission des informations douloureuses doit probablement intervenir à d'autres niveaux dans le système nerveux central.

L'électroencéphalographie : De nombreuses études électroencéphalographiques permettent d'annuler toute analogie entre état hypnotique et sommeil (107). Depuis 1949, on sait que le sujet hypnotisé présente un électroencéphalogramme (EEG) d'éveil (108).

II.4.2.2 Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle

La douleur provoquée par des méthodes expérimentales déclenche l'activation du thalamus, des cortex somatosensoriels primaire et secondaire, du cortex de l'insula et du cortex cingulaire antérieur. Plusieurs études d'IRMf démontrent que des suggestions d'analgésie hypnotiques produisent une diminution significative dans l'activité de ces régions corticales. (109) (110) (111) (112) (95)

L'hypnose permet de dissocier et de traiter deux composantes de la douleur (92) :

- **Sensori-discriminative** (permettant la localisation, l'évaluation de l'intensité et l'identification de la nature de la douleur) qui implique les cortex somesthésiques primaire et secondaire situés dans la région latérale du cerveau.
- **Affectivo-émotionnelle** (caractère désagréable de la douleur) qui implique les régions insulaire et cingulaire, localisées sur la face interne des hémisphères cérébraux et appartenant au système limbique.

Le niveau de traitement (sensoriel ou émotionnel) affecté par l'hypnose dépend directement du contenu précis des suggestions. Ainsi, des suggestions d'analgésie ciblant spécifiquement l'intensité sensorielle de la douleur déclenchée par des stimulations thermiques affecteront l'activité dans le cortex somatosensoriel primaire (110) , tandis que des suggestions visant à atténuer spécifiquement le désagrément de la douleur s'accompagneront d'une réduction sélective de l'activation des régions limbiques (au niveau du cortex cingulaire antérieur) (111) (figure 21).

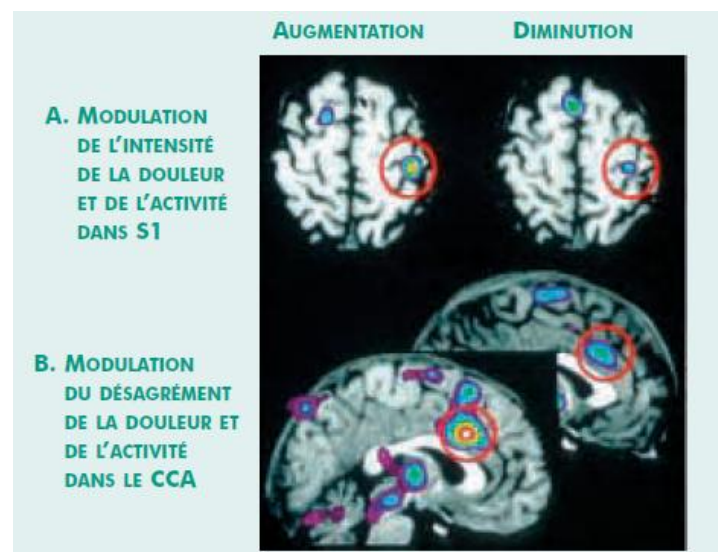


Figure 21 : Modulation hypnotique de la douleur (113)

En 2006, l'équipe de FAYMONVILLE a mis en avant le fonctionnement cérébral de l'hypnose sur la perception de la douleur. La perception douloureuse diminue de 50% chez les sujets sous hypnose et on note également une diminution des réponses affectives et motrices face aux stimuli douloureux. Ces réponses sont paramétrées par la partie ventrale du CCA qui est normalement impliquée dans le cryptage de l'affection douloureuse. Ils ont ainsi démontré l'importance du cortex cingulaire lors de l'hypnose (figure 22). Plus la douleur augmente, plus les structures du CCA sont activées. (94)

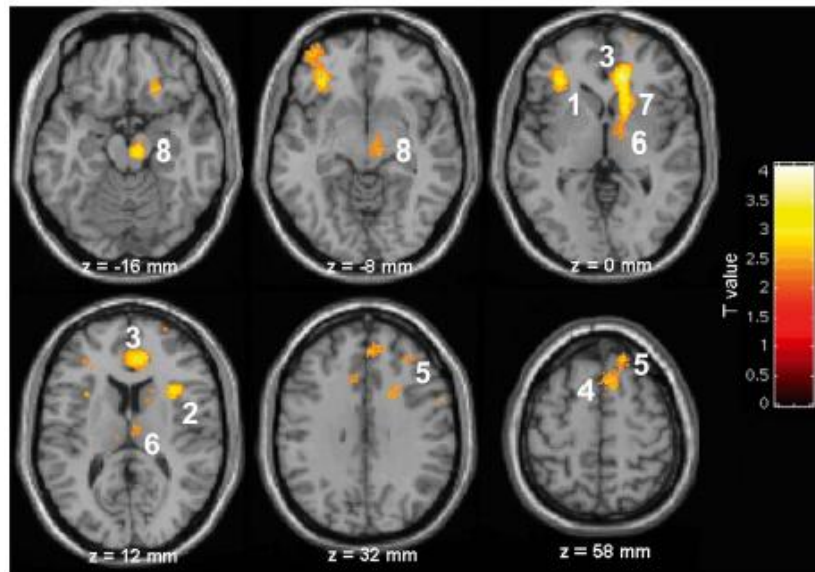


Figure 22 : Régions cérébrales ayant montré une augmentation des connectivités fonctionnelles avec la partie ventrale du CCA lors de l'hypnose : 1) Insula gauche, 2) Insula droite, 3) Cortex péri-génual, 4) Cortex moteur pré-supplémentaire, 5) Gyrus frontal supérieur, 6) Thalamus droit, 7) Noyau caudé droit, 8) Tronc cérébral. (114)

Des suggestions d'analgésie augmentent les seuils de perception thermique ainsi que les seuils de la douleur au chaud. (115)

De plus, l'activité simultanée du CCA, de l'insula et du tronc cérébral au cours de l'analgésie hypnotique traduirait l'activation des mécanismes de contrôle descendant de la douleur. Ces contrôles expliqueraient les conséquences somatiques de l'analgésie hypnotique.

Parmi les mécanismes psychophysiologiques de contrôle de la douleur, on trouve la mise en circulation de bêta endorphine. DOMANGUE et KAJI (116) ont évalué les variations de cette bêta endorphine chez des sujets arthritiques chroniques, suite à des séances d'hypno-analgésie qui ont montré une élévation du dosage de bêta endorphine passant de 53,79 à 88 pg/mL. La réduction de la douleur et de l'anxiété est liée à l'augmentation du dosage de bêta-endorphine et de norépinéphrine. L'hypnose est antalgique chez ces patients douloureux chroniques, mais il est difficile de décerner cette analgésie à la seule augmentation de bêta endorphine, d'autant que SPIEGEL et ALBERT (117) n'avaient pas obtenu avec la naloxone (antagoniste de la morphine) une diminution de l'analgésie hypnotique, laissant penser que les endorphines ne seraient pas impliquées dans l'hypno-analgésie.

Ces résultats tendent à valider l'utilisation thérapeutique de l'analgésie hypnotique qui connaît de nos jours un regain d'intérêt. Même si les mécanismes d'action sont encore peu connus, les résultats scientifiques sont suffisants pour prouver que l'analgésie sous hypnose existe.

Partie III : Exemples de cas cliniques et éventuelles applications de l'hypnose à l'officine

III.1 Exemples de cas cliniques au CHU d'Angers

Avec l'accord des patients, j'ai pu assister à plusieurs consultations d'hypnose dirigées par l'infirmière Christiane CHARRIER au CHU d'Angers, dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique. La durée moyenne des consultations était d'environ 45 minutes. Pendant la séance, le patient est assis confortablement sur une chaise et le thérapeute est assis en face ou à côté afin de faciliter l'écoute. Nous allons prendre deux exemples de consultation à l'aide de deux patientes que nous appellerons Mme X et Mme Y.

III.1.1 Motifs de consultation

Mme X, 32 ans, est une patiente ayant fait un AVC hémorragique en 2007. Elle souffre d'une hémiplégie gauche avec paresthésies du visage, des mains, des pieds et des jambes. Elle décrit ses douleurs comme des « sensations de compression », évaluées à 6-7 sur une échelle numérique. S'ajoutent à cela des migraines de plus en plus intenses. Pour soulager sa douleur, elle prend tous les jours six comprimés de Temgesic® 0,2mg, 100 mg de Laroxyl®, 200mg de Lyrica® et Rivotril®. Cependant, malgré ces nombreux traitements antalgiques, la douleur est toujours présente et pénible (notamment la nuit). C'est la raison pour laquelle Mme X a décidé d'apprendre l'auto-hypnose. Elle en est à sa troisième séance d'hypnothérapie.

Mme Y, 54 ans, souffre de fibromyalgie. Elle présente des douleurs dans l'hypocondre droit, des sensations de décharges électriques dans le dos. La douleur est très intense le matin et les réveils sont difficiles. Les douleurs sont apparues progressivement suite à un accident de ski en 2000 et se sont majorées à partir de 2003. Avant 2000, elle avait fréquemment des torticolis. Elle en est également à sa troisième séance d'hypnose.

III.1.2 Les objectifs fixés avec le thérapeute

Au cours de la première séance, le thérapeute fixe les objectifs à réaliser avec le patient. Le nombre de séances varie en fonction de chaque patient et de leur histoire personnelle. En règle générale, il faut quatre à cinq séances d'hypnothérapie. Dès la deuxième séance, le patient apprend l'auto-hypnose afin de retrouver un état de bien-être, d'être plus détendu, mais surtout afin de diminuer la souffrance.

L'objectif fixé lors de la première séance par Mme X et le thérapeute était de diminuer la douleur de deux points sur l'échelle numérique (passer de 6-7 à 4-5). Au cours de la troisième séance, Mme X nous confie qu'elle a réussi à plusieurs reprises à se mettre en transe par le biais de l'auto-hypnose : *« cela fonctionne, mais pas sur les grosses douleurs »*. *« Quand les douleurs reviennent, je me mets en transe pendant une dizaine de minutes, et la douleur s'atténue. »*

L'objectif fixé par Mme Y était de se lever avant 9h sur 15 jours. Lors de la troisième séance, la patiente nous explique qu'elle n'a pas pu faire beaucoup d'auto-hypnose pour cause de décès dans la famille. Elle n'arrive pas à rester très longtemps en transe (à peine 5 minutes), mais nous confie que cela lui permet malgré tout de se calmer et de se reposer.

III.1.3 Le déroulement de la séance

Au début de la séance, le thérapeute utilise la méthode de fixation visuelle (focalisation de l'attention, activation successive des cinq sens en respectant l'ordre VAKOG) pour procéder à l'induction hypnotique. Puis il évoque un bon souvenir afin d'approfondir la transe. L'induction permet de conduire le patient dans un état particulier par le biais des suggestions afin qu'il puisse entrer en transe et ainsi accéder aux « contenus inconscients ». Pendant la séance, le thérapeute répète plusieurs fois la même chose. Les yeux sont fermés et lorsqu'il faut répondre par oui ou par non, le patient lève un doigt ou acquiesce de la tête.

Voici un exemple d'induction hypnotique en début de séance : *« Asseyez-vous confortablement, les mains sur les cuisses, les deux pieds joints bien posés au sol. Maintenant, je vous laisse analyser l'espace autour de vous, en commençant par regarder le paysage par la fenêtre, puis la décoration sur les murs, les petits points sur le plafond, le bureau [...]. Ensuite, vous pourrez fixer un point précis dans la salle, celui que vous voudrez. Et quand vous en ressentirez le besoin, vous pourrez fermer vos yeux. »*

En ce qui concerne Mme X, le thérapeute va utiliser la *« technique du gant »*. Cette technique consiste à suggérer au patient de mettre un gant agréable et solide. Le soignant va pincer une première fois la main du patient afin de vérifier sa sensibilité. Puis le patient met ensuite un gant imaginaire (dont il aura choisi la matière, la couleur, la forme...), qu'il recouvre ensuite d'une bande de coton puis d'une bande de résine. Lorsque le patient a terminé d'enfiler toutes les couches de coton et de résine protectrices, le thérapeute teste une nouvelle fois la sensibilité sur la même zone, normalement le patient ne doit pas ressentir de douleur. Dès lors, le patient peut transférer ce *« gant »* sur une autre partie du corps afin de soulager sa douleur. Cette technique est très utilisée lors des soins locaux.

Pour induire la transe chez Mme X, le thérapeute pince le dessus de la main droite de la patiente et lui demande d'observer la paume de la main (la couleur, les stries sur les lignes de la main, les veines...), l'observation est de plus en plus poussée. Puis elle lui dit *« prenez une grande inspiration et vous allez pouvoir fermer vos yeux, je vous invite à mettre votre gant. Vous sentez la douceur et la chaleur à l'intérieur du gant. Est-ce que vous sentez ce gant ? »* [Acquiescement de la tête] *« Est-ce agréable ? »* [Acquiescement de la tête] *« Prenez une bande de coton moelleux et doux autour de la main et autour de chaque doigt. »* La patiente bouge les doigts un à un, comme si elle enfilait réellement le gant.

Notons que le soignant utilise beaucoup de mots apaisants (douceur, chaleur, agréable, moelleux...). *« Puis vous allez entourer le coton par une résine qui va protéger votre main. »* Le thérapeute repince le dessus de la main, mais cette fois-ci, la patiente ne réagit pas. *« Vous pouvez désormais retirer ce gant et le placer sur une zone de votre corps qui en ressent le besoin. »* La patiente pose sa main sur son visage et la déplace tout doucement sur la partie gauche du visage. *« Ensuite, vous prendrez une grande inspiration et vous pourrez*

revenir ici et maintenant. Étirez-vous bien, vous retrouvez le bureau, les points sur le plafond, les cadres sur les murs...». Le thérapeute fait ici le chemin inverse afin de bien « réveiller » la patiente et de remettre en place ses repères.

Pour induire la transe chez Mme Y, le thérapeute lui demande (après l'avoir fait s'installer confortablement dans sa chaise) d'analyser l'espace qui l'entoure en allant toujours du plus loin vers le plus proche. Puis, elle lui demande de fermer les yeux, « *à chaque respiration, un muscle quelque part dans le corps se relâche, puis le confort diffuse jusque dans les parties du corps qui en ont besoin. L'autre partie de votre esprit imagine des ballons reliés à la main avec des fils de soie ou peut être de la laine, reliés à chaque doigt, des ballons de couleur. À chaque respiration, ces ballons se gonflent, deviennent plus légers, plus aériens. Puis ces ballons s'élèvent dans le ciel, à chaque respiration.* » Le thérapeute, calé sur la respiration de la patiente, parle très doucement et lentement, en faisant des pauses après chaque phrase. Pendant toute la transe, la patiente a la tête qui part en arrière, comme si elle regardait les ballons s'envoler. Nous avons même pu observer son pouce se lever par à-coups lorsque le thérapeute lui demande d'attacher un ballon à chaque doigt.

III.1.4 Conclusion : sensations ressenties pendant et après la séance

Mme X nous dit : « *Je n'arrivais pas à avoir une résine souple, mais j'ai fini par mettre de la résine d'arbre. Lorsque j'ai déplacé le gant sur mon visage, j'ai moins ressenti le pincement, c'était beaucoup plus supportable. J'ai d'ailleurs réussi à poser ma main sur mon visage, chose que je n'arrive pas à faire en temps normal.* » Désormais, la patiente pourra réutiliser ce gant avec l'idée que c'est quelque chose de très doux et très confortable et ainsi le mettre à l'endroit où elle aura mal.

Mme Y a ressenti la transe comme un moment agréable, elle se sentait détendue : « *Je pensais à des choses, je n'écoutais pas forcément tous les mots. J'ai vu les ballons colorés, je les ai accrochés sur la main droite. J'ai senti une légèreté dans ma main droite. C'est une sensation très particulière, j'étais mentalement ailleurs, mais physiquement j'étais bien présente dans la salle. Je n'entendais plus les bruits autour. J'avais une mauvaise posture, ma tête partait en arrière, mais je sentais le confort s'installer dans le reste de mon corps.* »

Après la séance, Mme X ressent une sensation de fatigue : « *J'ai du mal à rouvrir les yeux, c'est comme si je venais de me réveiller* ». Mme Y ne se sentait pas bien physiquement en fin de séance : « *j'ai mal dans ma nuque et dans le dos. J'étais très mal installée, ma tête était penchée en arrière et ça me tirait sur mes cervicales et dans le dos.* » La patiente bâille et s'étire à plusieurs reprises.

À la fin de la séance, le soignant confie au patient des « tâches » à accomplir (par exemple : faire de l'auto-hypnose pendant 5-10 minutes, 3 fois par semaine). Il faut que ces « missions » soient précises, réalisables et acceptables par le patient tout en gardant à l'esprit que le plus important n'est pas d'appliquer à la lettre ces « tâches », mais plutôt d'observer les changements que cela peut provoquer.

III.2 Éventuelles applications de l'hypnose à l'officine

« *Les pharmaciens portent seuls l'évolution de leur métier* »(118).

Émile COUÉ (1857-1926), psychologue et docteur en Pharmacie à Troyes, pratiquait l'hypnose à l'aide de sa célèbre méthode basée sur l'autosuggestion : « *la méthode COUÉ* ». Il était réputé pour être très à l'écoute des plaintes de ses patients et il exerçait un « suivi psychologique » en réalisant des consultations gratuites au sein de son officine.

Voici un court extrait qui résume sa méthode d'autosuggestion : « *C'est toujours l'imagination qui l'emporte sur la volonté. Si vous vous persuadez à vous-même que vous pouvez faire une chose quelconque, pourvu qu'elle soit possible, vous la ferez, si difficile qu'elle puisse être. Si, au contraire, vous vous imaginez ne pas pouvoir faire la chose la plus simple du monde, il vous est impossible de la faire [...]. Je connais certaines personnes qui prédisent à l'avance qu'elles auront la migraine tel jour, dans telles circonstances données elles la ressentent. Elles se sont elles-mêmes donné leur mal, de même que d'autres se guérissent par autosuggestion consciente.* » (119) Émile COUÉ insiste sur l'importance de l'action de l'inconscient et/ou de l'imagination sur notre organisme et il explique également comment l'autosuggestion permet d'y remédier.

Le pharmacien d'officine est un véritable professionnel et acteur de santé publique. Il doit « *informer, dialoguer, conseiller, éduquer et orienter les patients* »(120). Le devoir de conseil est primordial lors de la dispensation des médicaments afin d'expliquer le bon usage des produits, qu'ils soient prescrits ou non. Cependant, de nos jours, le métier d'officinal ne peut plus se résoudre à la simple dispensation des médicaments.

Avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de 2009 (121), le métier de pharmacien d'officine a beaucoup évolué. Cette loi a apporté de nouvelles missions au pharmacien telles que les soins de premiers recours, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou encore les entretiens pharmaceutiques. Ainsi, le pharmacien est davantage impliqué dans la prise en charge du patient (122). La loi HPST a permis de valoriser la profession et de renforcer la place du pharmacien dans le système de soins afin d'améliorer la coordination des soins entre les différents professionnels de santé. L'officine est une porte d'entrée privilégiée dans le parcours de soins de par son maillage territorial et son accessibilité (123).

« L'image de proximité, sa liberté et sa neutralité font du pharmacien un interlocuteur naturel pour tout patient qui a une question sur sa santé »(123).

Lorsqu'un patient entre dans une officine, le pharmacien doit avant tout être capable d'évaluer la gravité de la situation. Si la demande du patient ne relève pas de ses compétences, il doit alors orienter ce dernier vers un médecin (ou vers un autre professionnel de santé adapté). Cependant, il arrive que des patients franchissent la porte de l'officine dans un état de panique et de détresse (exemple : une maman qui amène son enfant qui vient de tomber et qui présente une plaie, une crise d'angoisse...) et l'hypnose peut s'avérer très utile pour le pharmacien à ce moment-là. Face à un patient angoissé ou paniqué, le pharmacien peut proposer dans un premier temps de s'installer dans l'espace de confidentialité de l'officine. Puis il va ensuite essayer de focaliser l'attention du patient grâce aux méthodes d'induction.

Dans le cadre de douleurs aiguës, par exemple une blessure superficielle (coupure, brûlure, égratignure...), dont le soin peut être plus ou moins douloureux (notamment chez les enfants), le pharmacien peut évoquer un endroit agréable avec son patient afin que ce dernier puisse focaliser son attention sur autre chose que les soins. Les techniques de communication ont toutes leur importance (langage verbal, para-verbal et non verbal). Le soignant parle doucement, de façon rassurante, sans s'arrêter afin de distraire les pensées du patient et l'empêcher de penser au soin. Par exemple, lorsque le soignant souhaite désinfecter la peau, il peut évoquer la sensation des vagues fraîches de la mer sur la peau ou encore les flocons qui tombent s'il est à la neige, l'aspect humide et piquant du désinfectant est ainsi atténué et cela permet au patient d'oublier le soin en cours. Le but est d'associer les sensations que va ressentir le patient durant le soin à l'histoire qui est racontée en utilisant des métaphores.

Dans les douleurs chroniques, le pharmacien peut aussi avoir recours à l'hypnose. Par exemple dans le cas d'un patient migraineux pour qui le traitement médicamenteux n'est pas efficace. Plusieurs études ont montré l'efficacité de l'hypnose pour soulager ou prévenir les migraines (diminution du nombre de crise, diminution de l'intensité, mais également diminution de l'anxiété provoquée par la douleur) (124). Le pharmacien peut faire s'allonger le patient dans l'espace de confidentialité et demander au patient de décrire sa douleur (intensité, durée, sensation...) et la représentation qu'il s'en fait avec ses propres mots. En utilisant l'hypnose, le soignant va pouvoir moduler la douleur du patient (en utilisant les métaphores par exemple).

Actuellement aucun texte juridique ne permet au pharmacien de réaliser des consultations d'hypnose au sein de l'officine. En effet, l'hypnose à visée antalgique est codifiée comme un acte technique médical au regard de la nomenclature des actes médicaux (code ANRP001) (125). Cependant, les formations d'hypnose sont ouvertes à tous les professionnels de santé. Un pharmacien d'officine pourrait donc se former et ainsi utiliser l'hypnose conversationnelle au comptoir lors de son exercice professionnel au quotidien.

D'autre part, le chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié : « *les pharmaciens d'officine peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.* » (cf. alinéa 8 de l'article 38 de la loi HPST) (121). Il ne reste plus qu'à attendre le décret d'application. Cela permettrait de diversifier et de développer l'activité officinale. Il peut en attendant élargir ses missions en réalisant par exemple des séances d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) avec les patients douloureux chroniques dans un espace de confidentialité à l'officine afin d'améliorer leur prise en charge.

Enfin, le pharmacien peut orienter un patient dans l'impasse (exemple : efficacité insuffisante d'un traitement médicamenteux dans le cadre de douleurs aiguës ou chroniques, sevrage tabagique, anxiété en vue d'un examen médical à réaliser...) vers un professionnel de santé formé à l'hypnose, grâce à la liste des hypnothérapeutes sur le site internet de l'Institut Français d'Hypnose (www.hypnose.fr). En effet, étant donné sa grande proximité avec les patients, le pharmacien d'officine est un acteur de santé idéal pour faire connaître l'hypnose.

Conclusion

La douleur est un phénomène complexe auquel sont confrontés chaque jour patients et soignants. Sa prise en charge est devenue un réel enjeu de santé publique. En effet, certaines douleurs demeurent réfractaires aux nombreux traitements antalgiques, entraînant des répercussions parfois importantes dans la vie quotidienne des patients, tant sur le plan physique que psychique.

Face à cette impasse, ces dernières années ont vu l'émergence de nouvelles thérapeutiques non médicamenteuses permettant de moduler la douleur. L'hypnoanalgésie a démontré son efficacité dans de nombreuses publications, comme nous l'avons identifié tout au long de cette étude. L'hypnose, en permettant une autonomie du patient et une valorisation du thérapeute est une thérapeutique qui améliore profondément la relation soignant-soigné. Le patient n'est plus considéré uniquement comme objet algique, mais bien comme un sujet à part entière, pris en charge dans sa globalité.

L'hypnose nous fait également prendre conscience de l'importance et du retentissement que peuvent avoir les mots que nous utilisons au quotidien pour communiquer. En effet, il s'agit d'un outil de communication particulier avec lequel le soignant guide le patient dans son inconscient afin qu'il exploite ses propres ressources pour soulager sa douleur. Lors d'une séance d'hypnose, le patient est pleinement actif dans le soin. Il peut ainsi transformer une expérience douloureuse en un moment agréable.

Finalement, l'hypnose peut s'avérer être un outil thérapeutique utile pour tous les professionnels de santé, y compris les pharmaciens qui souhaiteraient mieux gérer des patients présentant des douleurs aiguës ou chroniques au sein de leurs officines. Cela permettrait une revalorisation de la pratique officinale avec un développement et une diversification de l'activité.

Bibliographie

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J Off. 2002;4118-59.
2. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. [Internet]. [Consulté le 3 mars 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
3. SERRIE A, MOURMAN V, TREILLET E, et al. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait. Elsevier Masson SAS; 2014;15(3):106-14.
4. CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CNRD). Le plan de lutte contre la douleur 2006-2010 [Internet]. [Consulté le 3 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Le-plan-de-lutte-contre-la-douleur.html>
5. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. [Consulté le 26 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
6. WROBER J. Aspects psychologiques de la douleur chronique. A Editoria. Paris; 2003. 162 p.
7. INSTITUT UPSA. Comprendre la douleur : expérience subjective d'un désordre physique. :8-11.
8. BOUREAU F. Dimensions de la douleur. Pratique du traitement de la douleur. Doin. Paris; 1988.
9. SOCIETE FRANCAISE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR. La douleur aiguë [Internet]. [Consulté le 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-aigue>
10. BOUREAU F. Du symptôme au syndrome douloureux chronique. Pratique du traitement de la douleur. Doin. Paris; 1988.
11. CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CNRD). Prévention de la douleur provoquée par les soins chez la personne adulte et/ou âgée. [Internet]. 2004 [Consulté le 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Prevention-de-la-douleur-provoquee.html>
12. COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD). Douleur induite par les soins [Internet]. [Consulté le 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.chu-angers.fr/data/info/22394-chu_angers_enquete_douleur_2008.pdf
13. INSTITUT NATIONAL DU CANCER. Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer. 2012;
14. ASSOCIATION SPARADRAP. Dossier de presse : Comment éviter ou soulager, chez l'enfant, les douleurs provoquées par les soins? 2000;1-13.
15. PEDIADOL. Douleur des soins [Internet]. [Consulté le 6 août 2015]. Disponible sur: <http://www.pediadol.org/-Douleur-des-soins,256-.html>
16. BOUHASSIRA D, ATTAL N, TOUBOUL C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008;136(3):380-7.
17. BREIVIK H, COLLETT B, VENTAFRIDDA V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence,

- impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. mai 2006;10(4):287-333.
18. AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (AETMIS). Management of Chronic (Non-Cancer) Pain : Organization of Health Services. Montréal; 2006. 106 p.
 19. OSPINA M, HARSTALL C. How prevalent is chronic pain? Pain Clin Updat. 2003;11(2):1-4.
 20. MEYER-ROSEBERG K. Peripheral neuropathic pain : a multidimensional burden for patients. Eur J pain. 2001;5(4):379-89.
 21. SMITH GR. The Epidemiology and Treatment of Depression When It Coexists with Somatoform Disorders , Somatization , or Pain. Gen Hosp Psychiatry. 1992;14:264-72.
 22. O'REILLY A. La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux. J Thérapie Comport Cogn. nov 2011;21(4):126-31.
 23. MARCHAND S. Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner. Masson. Paris; 2009. 378 p.
 24. VIBES J. Guide de la douleur, le syndrome douloureux chronique. ESTEM. Paris; 2001. 519 p.
 25. LE BARS D, WILLER J. Physiologie de la douleur. Encyclopédie Médico chirurgicale. 2004. p. 227-66.
 26. BEAULIEU P. La douleur, guide pharmacologique et thérapeutique. Maloine. Montréal; 2013. 228 p.
 27. BOUCHER Y, PIONCHON P. Douleurs orofaciales : diagnostic et traitement. collection. Paris; 2006.
 28. Psychophysiologie de la sensorialité [Internet]. 2010 [Consulté le 16 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.delapsychologie.com/1-categorie-11938335.html>
 29. SAINT MAURICE C, MULLER A, MEYNADIER J. La douleur : diagnostic, traitement et prévention. Ellipses. Paris; 1995. 320 p.
 30. WILLIS W. The pain system : The neural basis of nociceptive transmission in the mammalian nervous system. Pain Headache. 1985;8:1-346.
 31. BERNARD F, VIROT C. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Arnette. Rueil-Malmaison; 2010. 285 p.
 32. PRICE DD. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. Science. 2000;288(5472):1769-72.
 33. BOLY M, FAYMONVILLE M, VOGT B, et al. Hypnotic regulation of consciousness and the pain neuromatrix. Dans: JAMIESON G, éditeur. Hypnosis and Conscious States. Oxford Uni. New-York; 2007.
 34. BOSSY J. Neuroanatomie, Anatomie clinique : Formation reticulaire. Paris; 1990. 149-157 p.
 35. LANNES B, MICHELETTI G. Relations anatomofonctionnelles des systemes moteurs avec les systemes de veille et de sommeil. Neurophysiol Clin. 1994;24:108-30.
 36. NETTER. Mémo-fiches anatomie : tête et cou, 2è ed. Masson. Paris; 2007.
 37. Neuromedia. Le système limbique [Internet]. [Consulté le 15 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.neuromedia.ca/le-systeme-limbique/>
 38. LE BARS D, BESSON J-M. Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). Effects on dorsal horn convergent neurones in the rat. Pain. 1979;3:283-304.

39. GINIES P. Atlas de la douleur. LEN Médica. Paris; 1999. 318 p.
40. LANGLADE A, SERRIE A, THUREL C. Le dictionnaire de la douleur. Phase 5. Paris; 2001. 124 p.
41. BOUREAU F. Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs. Med-Line. Paris; 2004.
42. BOUHASSIRA D. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. Pain. 2004;108(3):248-57.
43. ASSOCIATION NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. 2000;1-18.
44. LAURENT B, PEYRON R. Intégration centrale de la douleur chronique et apport de l'imagerie fonctionnelle. Douleurs. 2009;10:35-44.
45. KOYAMA T. The subjective experience of pain: where expectations become reality. PNAS. 2005;102(36).
46. BARBER J. Toward a new theory of pain : relief of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebos and hypnosis. Psych Bull. 1959;56:430-60.
47. MELZACK R, CASEY K. Sensory, motivational and central control determinants of pain : a new conceptual model. The Skin Senses. Illinois: Thomas; 1968. p. 423-43.
48. PRICE DD, BARBER J. An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia. J Abnorm Psychol. févr 1987;96(1):46-51.
49. QUENEAU P, OSTERMANN G. Le médecin, le malade et la douleur. Masson. Paris; 2004. 648 p.
50. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO's pain ladder [Internet]. [Consulté le 2 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
51. VUILLET-A-CILES H, BUXERAUD J, NOUAILLE Y. Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier II. Actual Pharm. 2013;52(527):27-30.
52. VUILLET-A-CILES H, BUXERAUD J, NOUAILLE Y. Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier III. Actual Pharm. 2013;52(527):31-4.
53. ATTAL N. Avancées dans le traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. Rev Neurol (Paris). Elsevier Masson SAS; 2011;167(12):930-7.
54. CHAUFFOUR-ADER C, DAYDE M. Comprendre et soulager la douleur. Lamarre. Rueil Malmaison; 2012.
55. POITRAS S, BROSSEAU L. Evidence-informed management of chronic low back pain with transcutaneous electrical nerve stimulation, interferential current, electrical muscle stimulation, ultrasound, and thermotherapy. Spine (Phila Pa 1976). 2008;(1):226-33.
56. GUYONNAUD J-P. L'hypnose qui guérit. Jacques Gr. Paris; 1989.
57. SALEM G, BONVIN E. Soigner par l'hypnose. 4^e éd. Masson. Paris; 2007. 323 p.
58. BENHAIEM J-M. L'hypnose médicale. 2^e éd. Med-Line. Paris; 2012. 252 p.
59. HOAREAU J. Hypnose clinique. Masson. Paris; 1992. 238 p.
60. BRAID J. Neurohypnologie, Traité du Sommeil Nerveux ou Hypnotisme. (Traduit par Jules Simon) Delahaye et Lecrosnier, éditeur. Paris; 1883.
61. CHERTOK L. L'hypnose - problèmes théoriques et pratiques. La technique. Masson. Paris; 1963.

62. GODIN J. Hypnothérapie. Ed. Techniques - Encyclopedie medico-chirurgicale. Paris; 1991. 10 p.
63. BERNHEIM H. De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris, Douin; 1886.
64. ERICKSON M.H. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. Irvington, New-york; 1980.
65. GAY M-C. Les théories de l'hypnose. Ann Médico-psychologiques, Rev Psychiatr [Internet]. nov 2007 [Consulté le 28 juin 2014];165(9):623-30. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448705002635>
66. ERICKSON M.H. The use of hypnosis in anaesthesia : a master class commentary. Int J Clin Exp Hypn. 1989;47:211-8.
67. WEITZENHOFFER A. Traditional and semi-traditional techniques and phenomenology. John Wiley. New-York; 1989.
68. COUNCIL J. Measures of hypnotic responding. Dans: Capafons A; Kirsch I ; Cardena BE ; Amigo S, éditeur. Clinical Hypnosis and self regulation, Cognitive Behavioral Perspectives. APA. Washington, DC; 2002. p. 119-41.
69. KIHLSSTROM JF. Stanford hypnotic susceptibility scale, form C [Internet]. [Consulté le 1 juill 2014]. Disponible sur: <http://ist-socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/PDFfiles/Hypnotizability/SHSSC Scoresheet.pdf>
70. VIROT C, BERNARD F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Arnette. Rueil-Malmaison; 2010. 285 p.
71. ASSOCIATION FRANCAISE POUR L'ETUDE DE L'HYPNOSE MEDICALE (AFEHM). Formations à l'hypnose médicale [Internet]. [Consulté le 15 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.hypnose-medicale.com/formation-a-lhypnose-medicale>
72. PELLEGRINI M. L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait. avr 2008;9(2):65-70.
73. CASTEL A, PEREZ M, SALA J, et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. Eur J Pain. mai 2007;11(4):463-8.
74. LEVINE JD, GORDON NC, JONES RT, et al. The narcotic antagonist naloxone enhances clinical pain. Nature. 27 avr 1978;272(5656):826-7.
75. GRACEY RH, DUBNER R, WOLSKEE PJ, et al. Placebo and naloxone can alter post-surgical pain by separate mechanisms. Nature. 1983;306(5940):264-5.
76. LIPMAN J, MILLER B. Peak B endorphin concentration in cerebrospinal fluid : reduced in chronic pain patients and increased during the placebo response. Psychopharmacology (Berl). 1990;102(1):112-6.
77. GUY-COICHARD C, BOUREAU F. Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. Rev Med Interne. 2005;26:236-32.
78. SPANOS N, PERLINI A, ROBERTSON L. Hypnosis, suggestion and placebo in the reduction of experimental pain. J Abnorm Psychol. 1989;98:285-93.
79. BINGEL U, LORENZ J, SCHOELL E, et al. Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network. Pain. 2006;120(1-2):8-15.
80. BIOY A, MICHAUX D. Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications. Dunod.

Paris; 2007. 496 p.

81. BERNARD F. L'hypnose conversationnelle, une autre manière de communiquer avec le patient. *Oxymag*. 2009;22(109):4-7.
82. FAYMONVILLE M, PALMARICCIOTTI V. L'apprentissage d'auto-hypnose dans un problème de douleur chronique. *La douleur chronique : une approche interdisciplinaire*. Les Presse. Montreal; 2011. p. 27-35.
83. MUBIRI M-A, RICHARD M, BIOY A. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs Eval - Diagnostic - Trait*. Elsevier Masson SAS; 2015;16(3):116-23.
84. WATZALAWICK P, HELMICK J, JACKSON DD. Une logique de la communication. Ed du Seui. Paris; 1967.
85. GOLEMAN D. Milton Erickson, un génie de l'hypnose. *Psychologie*. 1982;144:23-6.
86. ERICKSON M.H. une introduction à l'étude de l'hypnose pour la maîtrise de la douleur. *Cah Anesthesiol*. 1966;14:189-202.
87. MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine. Paris; 2007.
88. MALAREWICZ J., GODIN J. M.H Erickson. ESF. Paris; 1989.
89. KEROUAC M. La métaphore thérapeutique et ses contes. MKR editions. 2000. 24-30 p.
90. ERICKSON M.H. L'hypnose thérapeutique. ESF. Issy-les-Moulineaux; 2013. 204 p.
91. DELBOEUF J. Quelques considérations sur la psychologie de l'hypnotisme. *Rev l'hypnotisme expérimental thérapeutique*. 1893;
92. MICHAUX D. Douleur et Hypnose. Imago. Paris; 2013. 336 p.
93. RAINVILLE P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Théologiques*. 2004;12(1-2):15.
94. MAQUET P, FAYMONVILLE ME, DEGUELDRE C, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 1999;45(3):327-33.
95. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, PAUS T, et al. Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *J Cogn Neurosci*. 1999;11:110-25.
96. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, BUSHNELL MC, et al. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*. 2002;14(6):887-901.
97. MIRON D, DUNCAN G, BUSHNELL M. Effects of attention on the intensity and unpleasantness of thermal pain. *Pain*. 1989;39:345-52.
98. ELKINS G, JENSEN M, PATTERSON D. Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007;55(3):275-87.
99. GAY M, PHILIPPOT P, LUMINET O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *Eur J Pain*. 2002;6(1):1-16.
100. ELKINS G, MARCUS J, PALAMARA L. Can hypnosis reduce hot flashes in breast cancer survivors? *Am J Clin Hypn*. 2004;47(1):29-42.
101. McCAULEY JD, THELEN MH, FRANK RG. Hypnosis compared to relaxation in the outpatient management of chronic low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 1983;64(11):548-52.

102. DINGES D, WHITEHOUSE W, ORNE E. Self-hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease. *Int J Clin Exp Hypn*. 1997;45(4):417-32.
103. SIMON E, LEWIS D. Medical hypnosis for temporomandibular disorders: Treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral Surg*. 2000;90(1):54-63.
104. HAANEN H. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1991;18(1):72-5.
105. DANZIGER N, FOURNIER E, BOUHASSIRA D, et al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study. *Pain*. mars 1998;75(1):85-92.
106. KIERNAN BD, JOSEPH RD, PHILLIPS LH, et al. Hypnotic analgesia reduces RIII nociceptive reflex. *Pain*. 1995;60:39-47.
107. EVANS F. Hypnosis and sleep : Technique for exploring cognitive activity during sleep. *Hypnosis : developments in research and new perspectives*. Adline. New-York; 1979. p. 139-83.
108. GORTON B-E. Physiology of hypnosis : a review of literature. *Psychiatr quarterly*. 1949;23(2):317-43.
109. FAYMONVILLE ME, LAUREYS S, DEGUELDRE C, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*. mai 2000;92(5):1257-67.
110. HOFBAUER RK, RAINVILLE P, DUNCAN GH, et al. Cortical Representation of the Sensory Dimension of Pain. *J Neurophysiol*. 2001;86:402-11.
111. RAINVILLE P, DUNCAN GH, PRICE DD, et al. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*. 1997;277(5328):968-71.
112. WIK G, FISCHER H, BRAGEE B, et al. Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *Eur J Pain*. mars 1999;3(1):7-12.
113. INSTITUT UPSA. L'expérience douloureuse et sa modulation cognitive [Internet]. [Consulté le 24 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/PERIODIQUES/lud/institut-upsa-douleur-periodique-lettre-iud-22.pdf>
114. FAYMONVILLE ME, ROEDIGER L, DEL FIORE G, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cogn Brain Res*. 2003;17(2):255-62.
115. BENHAIEM JM, ATTAL N, CHAUVIN M, et al. Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. *Pain*. janv 2001;89(2-3):167-73.
116. DOMANGUE B., KAJI H. Biochemical correlates of hypnoanalgesia in arthritic pain patients. *J Clin psychiatry*. 1985;46(6):235-8.
117. SPIEGEL D, ALBERT LH. Naloxone Fails to Reverse Hypnotic Alleviation of Chronic Pain. *Psychopharmacology (Berl)*. 1983;81(2):140-3.
118. DUFRAY E. Pharmacienne au Centre Hospitalier de Lunéville. Journée régionale de l'OMEDIT, 28 juin 2012.
119. COUE E. La méthode Coué ou la maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente. *Manucius*. Houilles; 2006. 182 p.
120. ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. Rapport d'activité : Une année avec l'Ordre National des Pharmaciens. Paris; 2011. 34 p.

121. FRANCE. Code de la santé publique. Article 38 créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. JORF n°0167 du 22 juillet 2009. NOR: SASX0822640L.
122. RIOLI M. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins. Actual Pharm. 2009;48(491):4-6.
123. MATTEI J-F. Evolution des pratiques professionnelles en pharmacie d'officine. Rapp l'Académie Natl Pharm. 2005;2.
124. EVANS F. Hypnosis in chronic pain management. International Handbook of Clinical Hypnosis. 2001. p. 247-60.
125. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Classification commune des actes médicaux [Internet]. [Consulté le 20 avr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20160008_0001_p000.pdf
126. OMEDIT centre. Echelles d'évaluation de la douleur chez les adultes coopérants [Internet]. [Consulté le 26 oct 2014]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Echelle_evaluation_douleur_Adulte.pdf
127. SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION (SFAR). Sujet âgé non-communicant [Internet]. [Consulté le 30 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou07/html/d07_01/dou07_01.htm
128. INSTITUT UPSA. Echelle Douleur Enfant San Salvador [Internet]. [Consulté le 12 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/ECHELLES/Echelles-handicap/institut-upsa-douleur-echelle-san-salvador.pdf>
129. INSTITUT UPSA. Echelle Algoplus [Internet]. [Consulté le 12 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/ECHELLES/Echelles-seniors/institut-upsa-douleur-echelle-algoplus.pdf>

Annexes

Annexe 1 : Les outils d'évaluation de la douleur (5)

- Le Q.D.S.A (Questionnaire Douleur Saint Antoine) (126)

Utilisation : Le patient coche et annote les cases qui correspondent à sa douleur

A	Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pulsations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Etirement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Distension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En éclairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	Inquiétante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oppressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arrachement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Irradiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G	Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Torturante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H	Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Supplicante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fouillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	Génante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ecrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Source	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J	Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	Enervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Epuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ereintante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Homéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								P	Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1^{ère} case = cocher

2^{ème} case = mettre une note

0 : Absent	1 : Faible	2 : Modéré	3 : Fort	4 : Extrêmement
à	à	à	à	à
Pas du tout	Un peu	Moyen	Beaucoup	Extrêmement fort

- ECPA: Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée (127)

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date : Service :
Heure : Nom du Cotateur :

SCORE

- Échelle DOLOPLUS-2 (127)

Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____
Prénom : _____
Service : _____

DATES

--	--	--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES	• pas de position antalgique	0	0	0	0
AU REPOS	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. MIMIQUE	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. SOMMEIL	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. COMMUNICATION	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

--	--	--	--

- Échelle San Salvador (128) :

ECHELLE DOULEUR ENFANT SAN SALVADOR

ETIQUETTE

Date :

Remplie par :

Avec :

INFORMATIONS DE BASE

ITEM 1 : L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances ?
..... Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?

ITEM 2 : Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ?
Si oui, lesquelles (sursaut, accès tonique, trémulations, agitation, évitement) ?

ITEM 3 : L'enfant est-il habituellement souriant ? Son visage est-il expressif ?

ITEM 4 : Est-il capable de se protéger avec les mains ? Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?

ITEM 5 : S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?

ITEM 6 : S'intéresse-t-il à l'environnement ? Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ?

ITEM 7 : Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ?
Si oui, dans quelles circonstances (donner des exemples)

ITEM 8 : Est-ce qu'il communique avec l'adulte ? Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ?

ITEM 9 : A-t-il une motricité spontanée ? Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ?

ITEM 10 : Quelle est sa position de confort habituelle ?
Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ?

La cotation est établie de façon rétrospective sur 8 heures et selon le modèle suivant :

- a. 0 : Manifestations habituelles
 - b. 1 : Modification douteuse
 - c. 2 : Modification présente
 - d. 3 : Modification importante
 - 4 : Modification extrême
- En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes. Lorsqu'un ITEM est dépourvu de signification pour le patient étudié, il est coté au niveau zéro.

• Échelle Algoplus (129) :



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5						
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

MICHARD Gaëlle

La prise en charge de la douleur chronique par l'hypnose

RÉSUMÉ

La prise en charge de la douleur est devenue une priorité de santé publique. En effet, certains patients ne sont pas soulagés par les nombreux traitements antalgiques, entraînant des répercussions parfois importantes dans leur vie quotidienne, tant sur le plan physique que psychique. Face à la complexité des syndromes algiques, de nouvelles thérapeutiques non médicamenteuses, telles que l'hypnose, se sont développées. Longtemps décriée, l'hypnothérapie est de plus en plus utilisée et intégrée dans le système de soins. Elle est d'ailleurs actuellement reconnue officiellement comme moyen de lutte antidouleur. L'hypnose s'avère être une alternative thérapeutique intéressante, permettant de moduler la douleur et ainsi de diminuer le recours aux antalgiques et la survenue d'effets secondaires. D'autre part, elle permet de renforcer l'alliance thérapeutique soignant-soigné par l'implication active des patients dans leur traitement et l'amélioration de la communication. L'hypnose est donc un outil thérapeutique utile pour tous les professionnels de santé, y compris les pharmaciens qui souhaiteraient mieux gérer des patients présentant des douleurs aiguës ou chroniques ou encore d'autres situations (ex. : sevrage tabagique) au sein de leurs officines. Cela permettrait une revalorisation de la pratique officinale avec un développement et une diversification de l'activité.

Mots-clés : Hypnose, Douleur, Hypnothérapie, Analgésie, Auto-hypnose

The management of chronic pain through hypnosis

ABSTRACT

The management of pain has become a public health priority. Indeed, some patients are not relieved by numerous analgesics, sometimes causing significant impact in their daily lives, both physically and mentally. Given the complexity of pain syndromes, new non-drug treatments, such as hypnosis, have developed. Long criticized, hypnotherapy is increasingly used and integrated into the care system. Moreover, it is now officially recognized as a means of pain control. Hypnosis is proving to be an interesting therapeutic alternative for modulating pain and so reduce the use of analgesics and the occurrence of side effects. Furthermore, it strengthens the doctor-patient therapeutic alliance with the active involvement of patients in their treatment and improving communication. Hypnosis is a useful therapeutic tool for all health professionals, including pharmacists who wish to better manage patients with acute or chronic pain or other situations (eg. smoking cessation) in their community pharmacies. This would allow a revaluation of community pharmacy practice with development and diversification of the business.

Keywords : Hypnosis, Pain, Hypnotherapy, Analgesia, Self-hypnosis