

LA DOULEUR EN HÉMODIALYSE PEUT-ELLE ÊTRE SOULAGÉE PAR L'HYPNOSE MÉDICALE ?



Christine LARUAZ, Infirmière, Service de néphrologie et hémodialyse, Hôpitaux Universitaires, GENÈVE, SUISSE

Chez le patient hémodialysé, la douleur est souvent présente, mal connue ou sous-estimée et rajoute un impact négatif sur la qualité de vie et sur l'état psychoaffectif.

Dans ce contexte de soins, parfois difficile, les équipes soignantes sont fréquemment confrontées à la douleur, à l'angoisse et à l'anxiété, souvent masquées, peu mesurées et dont les traitements classiques ne sont pas toujours efficaces.

Ainsi, souvent amenée à faire mal pour faire du bien, l'infirmière pourrait-elle apporter du bien-être ?

La pratique de l'hypnose médicale pourrait-elle soulager les douleurs chez le patient hémodialysé et être un outil complémentaire à l'antalgie classique ?

OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE

J'ai cherché à identifier la douleur chez le patient hémodialysé et déterminer si cette douleur, aiguë ou chronique, peut être soulagée par la pratique de l'hypnose médicale ! Pour comprendre la nature complexe de la douleur, j'ai débuté cette réflexion en éclaircissant les mécanismes et les impacts de la douleur.

Dans un deuxième temps, j'ai cherché à savoir ce qui caractérise l'hypnose et l'intérêt de sa pratique.

Ces deux domaines étant très complexes, je n'ai fait qu'un rapide survol de ces disciplines !

ALORS LA DOULEUR... QU'EST-CE QUE LA DOULEUR ?

C'est sans doute l'expérience humaine la plus partagée, rencontrée à tous les âges de la vie. Personne ne peut se dire ignorant vis-à-vis d'elle, ni dire qu'il la connaît mieux qu'un autre.

Nous pouvons dire que la douleur est une sensation connue de tous, présente dans notre quotidien et très personnelle.

C'est aussi un symptôme anormal qui se caractérise par une sensation subjective de souffrance physique ou morale.

Et c'est un procédé de défense de l'organisme, en sorte, une alarme... qui informe notre système nerveux de la présence d'une agression externe ou interne.

Alfred de Musset disait « L'homme est un apprenti,

la douleur est son maître, et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert ».

Actuellement, la définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP)¹ qui redéfinit en 1994 la douleur ainsi : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ».

Cette définition témoigne de la nature subjective de la douleur et met en évidence son caractère multidimensionnel et plurifactoriel, donc son caractère complexe.

Pour autant, elle ne mentionne pas la notion de durée. Car, c'est selon sa durée d'évolution que la douleur peut être décrite comme aiguë ou chronique.

► La douleur aiguë

La douleur aiguë est intense, souvent brève, transitoire et liée à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme, lésion inflammatoire...). C'est un signal d'alarme dont le but est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité et de le protéger.

Sa localisation est précise, c'est celle que l'on ressent en se coupant le doigt, par exemple.

► La douleur chronique

Une douleur est dite chronique lorsque la sensation douloureuse persiste après 3 mois d'évolution et devient ré-

currente. Elle n'a plus cette fonction d'alerte et ne protège plus l'organisme.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS)², la douleur chronique est définie en 2008 comme un syndrome multidimensionnel :

« Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur évolue depuis plus de 3 mois avec une réponse insuffisante au traitement, et avec une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie quotidienne ».

► *La douleur aiguë en hémodialyse*

Aujourd'hui, le traitement de l'hémodialyse est de haute qualité. Néanmoins, le bénéfice de cette thérapie a de multiples désagréments qui altèrent passablement la qualité de vie du patient.

Pour les patients équipés d'une Fistule Artério Veineuse (FAV), la ponction répétée (en moyenne 300 fois par an), avec des aiguilles de gros calibre, représente un geste invasif et agressif.

Il est potentiellement douloureux, d'intensité variable selon les patients et selon le soignant qui réalise le geste. Une enquête réalisée dans l'ouest de la France³ sur 628 patients (répartis dans 38 unités de dialyse du Centre Ouest) porte sur la ponction de la FAV.

Elle rapporte que :

- 30% des patients ressentent une douleur intense à extrêmement intense, le plus souvent au moment de la ponction, malgré l'utilisation de patchs anesthésiants.
- Pour les autres, la douleur est dite moyenne, et est améliorée par l'utilisation de patchs anesthésiants.
- La douleur est également liée à la façon de ponctionner dans 42,5% des cas.
- La connaissance de l'abord vasculaire, les précisions apportées par les schémas de piquage et la formation qui s'acquiert par l'expérience sont nécessaires pour que le soignant puisse aborder le piquage dans de bonnes conditions. La confiance du patient accordée au soignant qui le prend en charge est très importante.

Cette enquête sur une grande échelle, représente bien la présence de la douleur aiguë en hémodialyse, celle de la ponction de la FAV à des degrés variables et individuels.

Cette enquête est double puisqu'elle concerne aussi les soignants, quant à leur prise en charge de la douleur.

La prévention par l'utilisation d'anesthésiques locaux (Emla®, spray anesthésiant) s'avère être un moyen efficace, mais insuffisant pour un certain nombre de patients. Le soulagement de la ponction est donc un objectif à atteindre pour améliorer la prise en charge.

► *La douleur chronique en hémodialyse*

La douleur chronique en hémodialyse est bien souvent masquée ou négligée. Particulièrement mal connue, les données sur sa prise en charge sont peu nombreuses.

Une étude réalisée en 2013 en Suisse⁴, a cherché à mettre en évidence les principaux problèmes de santé rencontrés chez 123 patients, âgés de 36 à 90 ans, dialysés depuis plus de trois ans.

Arrivent au premier plan, les douleurs ostéo-articulaires et du dos, comme les plus gênantes et selon lesquelles le mouvement est déclencheur de douleurs. Il est difficile de dire si la dialyse influence ces douleurs car d'autres facteurs physiopathologiques sont impliqués dans la douleur osseuse chez le patient insuffisant rénal.

Les céphalées et les crampes, directement associées à la dialyse, apparaissent pendant ou après la séance et peuvent être liées au déséquilibre des électrolytes qui survient pendant la dialyse.

Les douleurs neuropathiques essentiellement présentes chez les patients diabétiques se rajoutent aux autres douleurs.

La fatigue est un symptôme directement associé et très courant, étant présent chez 44% des patients.

Quant aux troubles du sommeil, fréquents, ils sont déclenchés par les symptômes précédents. Ils se manifestent essentiellement par des réveils nocturnes, des difficultés d'endormissement ou de réveil et des cauchemars. L'amélioration de la qualité du sommeil entraînerait une diminution de la fatigue.

L'anxiété et la dépression sont présentes dans 10% des cas et sont en corrélation avec cette douleur chronique.

Ces données nous montrent bien que la douleur chronique représente un vrai problème chez les patients hémodialysés et que ces douleurs altèrent indéniablement la qualité de vie du patient, dont l'état psychoaffectif est déjà fragilisé par la dialyse et ses contraintes.

► *Impact de la douleur sur la vie quotidienne des patients hémodialysés*

Une étude transversale réalisée en 2008 au Maroc⁵, a montré que la douleur chronique a un retentissement important sur l'activité quotidienne des patients.

Dans cette étude, la douleur est responsable d'une gêne de l'activité quotidienne dans 67,7% des cas. Une gêne à la marche, des troubles du sommeil ou de l'humeur et une altération de l'état général qui ont un retentissement sur l'activité professionnelle ou dans les relations sociales. Le recours régulier et périodique aux antalgiques permet la disparition de la douleur dans seulement 35% des cas, ce qui est peu efficace. Toutes ces douleurs, en lien avec l'insuffisance rénale, et inhérentes aux contraintes du traitement par hémodialyse sont traitées par des antal-

giques adéquats, néanmoins difficiles à adapter chez ces patients.

Force est de constater que ce type d'approche n'est pas toujours suffisant et que parfois on se trouve face à une impasse. C'est pourquoi, une prise en charge non médicamenteuse de ces douleurs pourrait être une alternative, l'hypnose en est-elle une ?

ALORS L'HYPNOSE... QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

Hypnos, dans la mythologie grecque, est le dieu du sommeil et le père de Morphée, divinité des rêves.

Cette étymologie, proposée par James Braid, faisait référence à l'attitude de ses patients pendant une séance d'hypnose ; l'immobilité, une modification respiratoire et l'indifférence aux stimuli.

Ce terme sera source de confusion pour le futur, pourtant il ne sera jamais remplacé.

Il n'est pas simple de définir l'hypnose, raison pour laquelle il existe de nombreuses définitions, chacune étant fonction de l'idée que son auteur se fait du processus hypnotique.

Selon Bioy, Célestin et Wood⁶, l'hypnose pourrait se définir de la façon suivante : « Un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi ».

L'American Psychological Association (APA)⁷ a révisé la définition de l'hypnose ainsi : « Un état de conscience impliquant une attention focalisée et une sensibilité à l'environnement réduite caractérisée par une capacité accrue de réponse à la suggestion ».

Ces définitions ont en commun la notion « d'état de conscience modifié ».

► *Caractéristiques neurophysiologiques de l'hypnose*

En 1949, grâce à l'EEG (Gorton)⁸, il est confirmé que l'hypnose n'est ni un sommeil, ni un coma. En effet, sous hypnose, les ondes enregistrées ne sont pas celles du sommeil ou d'un coma, mais d'un état de veille.

Le sujet est éveillé, donc conscient, mais dans un état de conscience particulier dit de « conscience modifiée ».

Plus récemment, l'imagerie cérébrale confirme que ce n'est pas un phénomène paranormal mais un processus cérébral particulier. Le cerveau n'est pas au repos car, sous hypnose, le réseau de la conscience de l'environnement est déconnecté.

En revanche, d'autres régions du cerveau sont très actives : la région visuelle, de l'émotion et de la motricité.

En 1993, le Pr Faymonville⁹, anesthésiste au Centre Hospitalier Universitaire de Liège, a cherché à identifier l'existence d'un état cérébral hypnotique spécifique. Elle sera

la pionnière dans ce domaine. Une de ses nombreuses études s'est portée sur la remémoration d'un souvenir agréable chez des sujets en état d'imagerie mentale, puis sous hypnose.

En éveil, le sujet active surtout les lobes temporaux droit et gauche en se remémorant un souvenir. Sous hypnose, ces mêmes régions ne s'activent pas.

En revanche, s'il revit ses vacances, sous hypnose, les régions de la vision, de la sensation et de la motricité sont activées, comme s'il voyait, sentait et bougeait, alors qu'il est immobile.

► *L'hypnose et les mécanismes de la douleur*

Rainville¹⁰, professeur en neuropsychologie de la douleur, s'est penché sur l'utilisation de l'hypnose pour faire ses recherches sur les dimensions sensorielles et affectives de la douleur.

La matrice corticale de la douleur (comprenant l'insula, le cortex cingulaire antérieur et le thalamus) est fortement activée lors d'une stimulation douloureuse. Ces mêmes zones, sous hypnose, le sont nettement moins.

La diminution de la perception douloureuse est induite par l'hypnose, la douleur parvient au cerveau, mais est interprétée autrement. La douleur n'est plus ressentie comme insupportable ou désagréable, les signaux de la douleur sont modifiés sous hypnose.

Une autre étude réalisée par le Pr Faymonville¹¹ et son équipe portait sur la sensation douloureuse à la chaleur.

L'hypnose a réduit de 50% la sensation douloureuse, comparée à l'état de repos. L'hypnose agit réellement sur l'activité du cortex cingulaire antérieur, impliqué dans le ressenti de la douleur, en réduisant la réponse sensorielle et affective suite à une stimulation thermique douloureuse. Ainsi, l'hypnose pourrait traiter la douleur en reprogrammant la perception que nous avons d'une situation ou d'une sensation, en abaissant le seuil de tolérance ou en diminuant sa composante émotionnelle.

LE PROCESSUS HYPNOTIQUE¹²

Très rapidement, l'hypnose est un état naturel de transe, que nous rencontrons tous lorsque nous sommes plongés dans nos rêveries ou dans la contemplation d'un paysage, d'une photo...

Donc, pour une séance d'hypnose, nous devons faire appel à notre imaginaire pour s'isoler du monde environnant en se focalisant sur un point précis. C'est la phase d'induction.

Cette isolation permet une séparation mentale du corps et de l'esprit, le corps devient analgésique, c'est l'effet recherché en anesthésie. Il s'agit de la phase de dissociation. Puis la capacité de suivre et d'accepter les suggestions du professionnel dans le but de mobiliser ses ressources pour

résoudre un problème : perceptude ou suggestibilité. Il n'y a pas d'amnésie au réveil. Cette capacité de vivre un autre rapport à son corps et à l'environnement serait innée. Nous possédons tous ce talent, nous y avons tous accès mais les aptitudes à le développer sont variables d'un individu à un autre. Il semble que nous soyons tous hypnotisables, seuls 10% des gens seraient réfractaires à l'hypnose.

L'HYPNOSE EN HÉMODIALYSE

On sait que le patient en hémodialyse est confronté à de nombreuses situations anxiogènes et douloureuses, ayant un lourd impact sur sa qualité de vie. D'où l'intérêt d'une telle méthode...

Il existe assez peu d'études réalisées dans ce domaine, mais celles que j'ai pu trouver montrent un réel bénéfice de l'hypnose sur la douleur et sur les états anxiodépresseurs.

Récemment, des centres lyonnais ont établi un programme d'hypnose conversationnelle pour la prise en charge de la douleur et l'anxiété en début de dialyse. Cette étude portait sur 30 patients, et le programme d'hypnose conversationnelle a été évalué sur la douleur à la ponction de la FAV et sur l'anxiété¹³.

L'étude a montré une baisse de l'anxiété en début de séance ainsi qu'une diminution significative de la douleur à la ponction.

69% des patients ayant eu une ponction sous hypnose n'ont aucune angoisse, contre 36,8% pour la prise en charge traditionnelle.

55% cèdent leur douleur à 0, contre 35,5% pour la prise en charge traditionnelle.

Cette étude confirme l'intérêt de l'hypnose en améliorant la qualité de prise en charge de ces patients.

QUEL IMPACT SUR LE PERSONNEL SOIGNANT ?

Cette pratique va au-delà du bénéfice pour le patient, puisqu'elle a également un impact sur le personnel soignant.

Une étude à Clermont Ferrand¹⁴ s'est intéressée à la perception des soignants sur la pratique de l'hypnose dans leurs soins. Le résultat de cette enquête rapporte que l'utilisation de l'hypnose est un outil thérapeutique supplémentaire et qu'elle devrait être davantage proposée aux patients. L'équipe soignante a relevé une diminution de l'appréhension et de la perception de la douleur de la part des patients, qui ont pour effet de diminuer le stress du soignant.

Toute l'équipe soignante est satisfaite de ce nouvel outil et

reconnaît l'effet positif sur le patient et sur leur pratique. Cette étude montre l'implication du soignant pour une meilleure qualité des soins et le développement de cette technique.

CONCLUSION

Suite aux différents points abordés sur la douleur liée à l'hémodialyse et sur son impact sur la vie quotidienne, il ne fait aucun doute que l'hypnose a bien sa place dans un service d'hémodialyse. Cette capacité innée que nous possédons tous, serait un outil supplémentaire pour aider le patient à retrouver une qualité de vie acceptable.

Les arguments scientifiques, démontrés par la recherche clinique, confirment la réelle efficacité de l'utilisation de l'hypnose et de son intérêt en médecine.

Sur un plan économique, il est important de rappeler que la pratique de l'hypnose est peu coûteuse. Le coût de la santé est toujours plus élevé, et les bénéfices qu'apporte l'hypnose en antalgie, en anesthésie avec l'hypno sédation et donc en chirurgie laissent entrevoir des horizons prometteurs.

Créer une ambiance calme, détendue, en faisant abstraction du patient d'à côté, de l'espace environnant, est indispensable. L'organisation des soins est très spécifique, la notion de temps est extrêmement précieuse, la proximité des locaux (proximité des patients et bruits des générateurs) est peu propice à la pratique, il est absolument indispensable de repenser l'organisation.

Néanmoins, la solution miracle n'existe pas, l'hypnose peut très bien ne pas être efficace, l'amélioration attendue peut ne pas avoir lieu et dans ce cas la pratique doit être stoppée. C'est un traitement complémentaire reconnu mais il doit être pratiqué dans de bonnes conditions avec beaucoup de rigueur, car même si tout le monde est dit hypnotisable, certains patients peuvent émettre des réticences, voire refuser cette thérapie.

Générer une alliance thérapeutique différente en activant les propres ressources du patient, voire lui enseigner l'autohypnose. Cela afin de lui permettre de découvrir et de développer de nouveaux outils personnels, de retrouver un certain contrôle sur la prise en charge de la douleur, de mobiliser ses propres ressources et ainsi de retrouver une autonomie. Il devient sujet et acteur dans la prise en charge de ses soins. En se responsabilisant, le patient s'autonomise et se valorise.

BIBLIOGRAPHIE

1. International Association for the Study of Pain (IASP), 1994, Pain terms. https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf
2. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), La douleur chronique. www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique
3. S. Coupel, M. Legendre, M. C. Saulnier, D. Besnier et C. Colomb - Résultats d'une enquête prospective patients/soignants sur la douleur de ponction de fistule artérioveineuse en hémodialyse chronique. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2012,8(5), p321.
4. C. Gamondi, N. Galli, C. Schonholzer, C. Marone, H. Zwahlen, L. Gabutti, O. Giannini, (2013). Frequency and severity of pain and symptom distress among patients with chronic kidney disease receiving dialysis. *Swiss Med Wkly*, 143(1), 1-11.
5. T. Bouattar, Z. Skalli, H. Rhou, F. Ezzaitouni, N. Ouzedoun, R. Bayahia, L. Benamar, (2009). Évaluation et analyse de la douleur chez les hémodialysés chroniques. *Néphrologie & thérapeutique*, 5(7), 637-641.
6. A. Bioy, I. Célestin-Lhopiteau, C. Wood, (2010). L'aide-mémoire d'hypnose : en 50 notions. Dunod.
7. APA Division 30 Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. Advancing research and practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. G. R. Elkins, A. F. Barabasz, J. R. Council, D. Spiegel, (2015). www.tandfonline.com
8. H. Musellec, F. Bernard, Bases neurophysiologiques de l'hypnose.
9. M. E. Faymonville, P. Maquet, S. Laureys, (2005). La recherche, N°392. Comment l'hypnose agit sur le cerveau ? Université de Liège. www.algologie.ulg.ac.be/page10/files/comment%20hypnose%20agit.pdf
10. P. Rainville, B. Carrier, R. K. Hofbauer, M. C. Bushnell, G. H. Duncan, (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82(2), 159-171.
11. M. E. Faymonville, L. Roediger, G. Del Fiore, C. Delguedre, C. Phillips, M. Lamy, S. Laureys, (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*, 17(2), 255-262.
12. J. M. Benhaiem, (2006). L'hypnose pour le contrôle de la douleur. *Douleur et analgésie*, 19(4), 75-80.
13. P. Hallonet, A. Guerraoui, M. Lino-Daniel, S. Citarda, J. M. Poux, R. Galland, A. Caillette-Beaudoin, (2017). Évaluation d'un programme d'hypnose conversationnelle pour la prise en charge de la douleur et l'anxiété en début de dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*, 13(5), 321.
14. M. W. Fat, C. Pultz, (2017). Perception de la pratique de l'hypnose pendant les soins par les infirmières d'hémodialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*, 13(5), 339.