

# Quel est l'effet de l'hypnose et de la méditation pleine conscience sur la douleur chronique ?

## Référence

Williams RM, Day MA, Ehde DM, et al. Effects of hypnosis vs mindfulness meditation vs education on chronic pain intensity and secondary outcomes in veterans: a randomized clinical trial. *Pain* 2022;163:1905-18. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002586

## Analyse de

Elien Cornelis, huisarts; participante à la journée des écrivains de Minerva  
Absence de conflit d'intérêt avec le sujet.

## Question clinique

Quel est l'effet de l'hypnose ou de la méditation pleine conscience, par rapport à l'éducation à la douleur, sur la réduction des douleurs chroniques de différentes étiologies ?

## Contexte

Près de 18% de la population souffrirait de douleurs chroniques modérées à sévères ayant un impact majeur sur la qualité de vie (1). À côté des options de traitement médicamenteux, il existe également de nombreuses interventions non médicamenteuses (1). Une étude de bonne qualité méthodologique a montré que la prise en charge de la douleur chronique par des séances de thérapie cognitivo-comportementale ou d'éducation, menées en groupe et dans un format simplifié, proposées à un public économiquement vulnérable, était faisable et au moins aussi efficace que la prise en charge classique (2,3). Une autre étude unicentrique randomisée a montré que, chez les hommes et les femmes toxicomanes, une intervention comportementale pour la prise en charge de la douleur était associée à une meilleure gestion de la douleur, notamment en termes de tolérance à la douleur chez les hommes et en termes d'intensité de la douleur chez les femmes (4,5). L'effet de l'hypnose (6,7) et de la méditation pleine conscience (8-10) dans la gestion de la douleur chronique a également été étudié à plusieurs reprises.

## Résumé

### Population étudiée

- recrutement des participants dans deux centres de santé pour anciens combattants aux États-Unis sur recommandation d'un prestataire de soins, examen des dossiers médicaux (suivi d'un contact par lettre ou par téléphone) ou candidature volontaire
- critères d'inclusion :  $\geq 18$  ans ; intensité moyenne de la douleur autodéclarée (ou intensité moyenne de la douleur (*average pain intensity*, API))  $\geq 3$  et intensité de la douleur la plus élevée (ou pire intensité de la douleur (*worst pain intensity*, WPI))  $\geq 5$  sur une **échelle d'évaluation numérique** (de 0 à 10) au cours de la semaine précédente ; douleur présente depuis  $\geq 3$  mois ; douleur présente  $\geq 75\%$  du temps, être capable de lire, parler et comprendre l'anglais ; la possibilité d'inclusion a été vérifiée à l'aide d'un examen du dossier médical, d'un questionnaire rempli par le participant et d'une sélection par un psychologue
- critères d'exclusion : troubles cognitifs graves, symptômes psychiatriques ou comportementaux instables/sévères au cours des 6 derniers mois ; trouble psychotique, hospitalisation psychiatrique pour une autre raison que des idées suicidaires ou meurtrières (idées de tuer un autre) ou qu'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) au cours des 5 dernières années ; trouble du comportement qui interfère avec une participation sûre ou efficace à un groupe, idées suicidaires actives ou idées délirantes, difficultés à communiquer au téléphone, utilisation quotidienne moyenne autodéclarée d'une dose équivalente  $> 120$  mg de morphine
- inclusion finale de 328 participants, âge moyen de 51 à 55 ans, environ 75% d'hommes, 25% de femmes et 0 à 3% de transgenres ; suspicion de douleurs neuropathiques chez 45 à 53%,

douleurs non neuropathiques chez 24 à 25% et douleurs d'origine indéterminée chez 23 à 30% ; l'intensité moyenne de la douleur (API) était de 5,7 à 5,9 sur une échelle de 0 à 10.

### Protocole d'étude

Étude randomisée contrôlée (11), à trois bras, menée en ouvert, l'évaluation étant réalisée en aveugle :

- bras « hypnose » (n = 110) : enseignement de l'autohypnose au moyen d'un scénario d'induction d'hypnose et de suggestions hypnotiques et post-hypnotiques pour plus de confort, des pensées plus ajustées sur la douleur ou la signification de la douleur, l'amélioration de symptômes supplémentaires tels que l'humeur, la relaxation, la qualité du sommeil
- bras « méditation pleine conscience » (n = 108) : pratique de méditation pleine conscience (3 à 45 minutes) visant à accepter la douleur
- bras « éducation à la douleur » (n = 110) : instruction et discussion guidée sur des sujets tels que le modèle biopsychosocial, l'hygiène du sommeil et l'humeur, dans le but de renforcer les connaissances sur la douleur et la croyance en l'autogestion de la douleur
- toutes les interventions ont été réalisées en 8 séances de groupe de 90 minutes pendant 8 à 10 semaines ; chaque séance de groupe a été enregistrée sur bande audio pour une pratique ultérieure à la maison ; les séances ont été encadrées par différents intervenants (n = 50) : psychologues (n = 10), psychologues en formation (n = 25), infirmier/ères (n = 4), ergothérapeutes (n = 4), logopèdes (n = 3), médecin (n = 1), assistant(e) social(e) (n = 1), chiropraticien(ne) (n = 1) et kinésithérapeute (n = 1) ; ces prestataires de soins avaient été formés au préalable par une autoformation et une formation individuelle de deux jours, et ils étaient ensuite supervisés tous les deux mois
- les patients ont été invités à poursuivre les soins habituels pour la douleur et les autres affections
- suivi : par téléphone à la semaine 0 (avant le traitement), aux semaines 2, 4, 6 (pendant le traitement ; aucune communication de ces données) et 8 (à la fin du traitement) et 3 et 6 mois après le traitement.

### Mesure des résultats

- principal critère de jugement : différence entre les groupes quant à la variation de l'intensité moyenne de la douleur (API) de la semaine 0 à la semaine 8 (fin du traitement) ; l'intensité moyenne de la douleur a été calculée en déterminant, 4 jours par semaine, la douleur moyenne au cours des dernières 24 heures
- critères de jugement secondaires : la différence entre les groupes en termes de variation de l'intensité moyenne de la douleur (API) entre la semaine 0 et 3 ou 6 mois après le traitement ; différence quant au nombre de participants avec une amélioration cliniquement significative de l'intensité de la douleur (définie comme une réduction  $\geq 2$  de l'API, correspondant à une amélioration de 30 % par rapport au départ) ; changement de l'API au fil du temps
  - différence entre les groupes quant à l'influence de la douleur sur le fonctionnement, sur les symptômes dépressifs, sur les troubles du sommeil, sur les symptômes d'anxiété, sur les symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) après le traitement, après 3 mois et après 6 mois
  - différence entre les groupes concernant la satisfaction à l'égard du traitement (0 = très insatisfait à 4 = très satisfait), la variation de l'intensité de la douleur, la variation de la capacité à gérer la douleur, la variation de l'influence de la douleur sur le fonctionnement après le traitement par rapport au début du traitement (1 = nettement amélioré à 7 = nettement aggravé)
  - différence entre les groupes en ce qui concerne l'intensité de la douleur la plus élevée (*Widespread Pain Index*, WPI) et le nombre de participants utilisant des opioïdes après le traitement, à 3 mois et à 6 mois
- les patients ont été interrogés sur les effets indésirables à chaque séance de l'intervention.
- analyse en intention de traiter.

## Résultats

- après le traitement, l'intensité moyenne de la douleur était passée de 5,8 à 5,3 dans le groupe éducation à la douleur, de 5,7 à 5,2 dans le groupe psychose et de 5,9 à 5,1 dans le groupe méditation pleine conscience ; il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes quant à la diminution de l'intensité moyenne de la douleur
- à 3 mois après le traitement, la diminution de l'intensité moyenne de la douleur était plus importante, et ce de manière statistiquement significative, avec l'hypnose qu'avec l'éducation à la douleur, mais ce n'était pas le cas avec la pleine conscience par rapport à l'éducation à la douleur
- à 6 mois après le traitement, la diminution de l'intensité moyenne de la douleur était plus importante, et ce de manière statistiquement significative, avec l'hypnose et avec la pleine conscience qu'avec l'éducation à la douleur, et un plus grand nombre de patients avaient une amélioration cliniquement pertinente de l'intensité moyenne de la douleur (*voir tableau*)
- à 6 mois après le traitement, certains autres résultats secondaires ont montré une amélioration statistiquement significative avec l'hypnose et/ou la pleine conscience par rapport à l'éducation à la douleur (*voir tableau*).
- pas de différence entre les groupes quant à la satisfaction vis-à-vis du traitement.
- un événement indésirable grave est survenu (visite au service des urgences à cause de douleurs, de maux de tête et de vomissements) ; 24% des patients ont signalé au moins un événement indésirable non grave possiblement lié aux interventions, tel qu'un inconfort nouveau, inhabituel ou qui s'aggrave sur le plan physique (13 %) ou psychologique (11%) ; 12%, 9% et 3% des patients respectivement du groupe hypnose, du groupe pleine conscience et du groupe éducation à la douleur, ont signalé un effet indésirable possiblement lié à l'intervention.

**Tableau.** Critères de jugement secondaires à 6 mois.

	<i>hypnose versus éducation à la douleur</i>	<i>méditation pleine conscience versus éducation à la douleur</i>	<i>méditation pleine conscience versus hypnose</i>
Variation de l'intensité moyenne de la douleur (différence moyenne, DM) après 6 mois	<b>-0,79 (-1,21 à -0,37)*</b>	<b>-0,56 (-0,98 à -0,15)*</b>	0,23 (-0,22 à 0,68)
Amélioration cliniquement pertinente de l'intensité moyenne de la douleur (risque relatif, RR) après 6 mois	<b>2,85 (1,35 à 6,00)*</b>	<b>2,35 (1,09 à 5,08)*</b>	0,83 (0,39 à 1,26)
Variation de l'influence de la douleur sur le fonctionnement (DM) après 6 mois	<b>-2,32 (-3,81 à -0,82)*</b>	<b>-2,09 (-3,83 à -0,35)*</b>	0,23 (-1,30 à 1,76)
Variation des symptômes dépressifs (DM) après 6 mois	<b>-2,69 (-4,59 à -0,80)*</b>	-1,98 (-4,02 à 0,07)	0,72 (-1,18 à 2,62)
Troubles du sommeil (DM) après 6 mois	-0,50 (-2,60 à 1,61)	-0,51 (-2,68 à 1,67)	-0,01 (-2,08 à 2,07)
Symptômes d'anxiété (DM) après 6 mois	-0,99 (-2,86 à 0,91)	-1,68 (-3,80 à 0,44)	-0,69 (-2,72 à 1,34)

Symptômes de TSPT (DM) après 6 mois	-2,28 (-5,47 à 0,92)	-2,23 (-5,55 à 1,08)	0,04 (-2,91 à 3,00)
Différence d'intensité de la douleur la plus forte (DM) après 6 mois	<b>-0,74 (-1,23 à -0,25)*</b>	-0,43 (-0,89 à 0,02)	0,31 (-0,20 à 0,81)
Utilisation d'opioïdes (RR) après 6 mois	1,17 (0,87 à 1,57)	0,85 (0,58 à 1,24)	0,73 (0,47 à 0,98)

\* Le test omnibus était statistiquement significatif, et l'intervalle de confiance de la différence entre les deux interventions ne comprend pas le zéro.

### Conclusion des auteurs

Cette étude suggère qu'à la fin du traitement, toutes les interventions (hypnose, méditation pleine conscience et éducation à la douleur) ont apporté bon nombre d'avantages, mais que les avantages de l'hypnose et de la méditation pleine conscience persistent au-delà de la fin du traitement, tandis que les améliorations associées à l'éducation à la douleur disparaissent au fil du temps. Des recherches futures sont nécessaires pour déterminer si les différences entre les interventions qui ont émergé après le traitement sont fiables, s'il y a des avantages à combiner les interventions et pour étudier les facteurs modérateurs et médiateurs.

### Financement de l'étude

Soutien d'organisations gouvernementales (National Center for Complementary and Integrative Health) : aucune participation à la conception ou à la conduite de l'étude, ni aux décisions ou activités de diffusion ; soutien partiel de l'hôpital des anciens combattants (VA Puget Sound Health Care System) et de l'Université de Washington.

### Conflits d'intérêt des auteurs

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

## Discussion

### Evaluation de la méthodologie

Le recrutement, l'inclusion et l'exclusion des participants ont été effectués de manière transparente. Lors de la randomisation des participants, le secret de l'attribution a été préservé. Malgré une randomisation correcte, l'utilisation d'opioïdes dans le groupe hypnose au début de l'étude était néanmoins plus faible, et ce de manière statistiquement significative. Il est donc difficile d'interpréter correctement la différence entre les groupes quant à l'utilisation d'opioïdes au cours de l'étude. La mise en aveugle des patients et des exécutants des interventions n'était pas possible, mais les résultats ont été traités et analysés en aveugle. Les résultats ont peut-être été influencés du fait que les patients savaient quelle intervention ils recevaient. Cependant, les patients n'étaient pas au courant des résultats attendus des diverses interventions. Pour le calcul de la puissance, les chercheurs, s'appuyant sur des recherches antérieures (12), ont supposé qu'à la fin du traitement, on observerait une diminution de l'API de 0,3 point avec l'éducation à la douleur, de 0,8 à 1,4 point avec l'hypnose et de 0,6 à 1,0 point avec la pleine conscience. Le nombre de participants à la fin du traitement était suffisant pour atteindre cette puissance.

Les interventions étaient comparables quant à leur durée, à l'attention portée aux participants et à la manière de les constituer. Sur la base d'un échantillon de 25% des séances, l'adhésion au protocole de l'étude a été évaluée à 97%. La comparaison n'a eu lieu qu'avec un traitement actif, et il a été demandé à tous les groupes de poursuivre les soins habituels au cours de l'étude. Il est dommage que seule la consommation d'opioïdes ait été davantage enregistrée. Les effets indésirables ont été identifiés par autodéclaration pendant les séances, ce qui n'est pas parfaitement fiable. Une analyse en intention de traiter a été effectuée, et les données manquantes ont été imputées.

## Évaluation des résultats de l'étude

Pour le principal critère de jugement, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes quant à la variation de l'intensité moyenne de la douleur (API) de la semaine 0 à la semaine 8 (fin du traitement). En termes de réduction de la douleur, l'hypnose et la pleine conscience ont apporté de meilleurs résultats que l'éducation à la douleur après 6 mois, mais il s'agissait d'une mesure de résultat secondaire qui est donc simplement hypothétique. L'effet sur d'autres critères de jugement secondaires, tels que le fonctionnement et les symptômes dépressifs, est également utile pour des recherches futures. Par ailleurs, l'extrapolation de ces résultats obtenus auprès des vétérans à la population générale pose problème. Les critères d'inclusion et d'exclusion stricts sont également importants ici, de même que le fait que 57% ont refusé de participer à l'étude, souvent en raison de l'investissement en temps considérable associé aux interventions. Il est donc possible que les participants étaient plus motivés que la population générale pour participer aux séances.

En revanche, les personnes souffrant de douleur chronique d'origine mixte ont été incluses, ce qui apporte de la diversité et est conforme à la définition actuelle de la douleur chronique (1). Les interventions sont réalisables en pratique car elles ont été effectuées par différents prestataires de soins ayant reçu une formation supplémentaire limitée, contrairement aux recherches antérieures (10,12).

## Que préconisent les guides de pratique clinique ?

De nombreuses approches non médicamenteuses sont préconisées pour le traitement de diverses formes de douleurs chroniques (1). Par exemple, il est recommandé que les patients souffrant de douleur chronique reçoivent une brève éducation pour les aider à rester au travail (grade 2C) (1). La thérapie cognitivo-comportementale peut également être envisagée dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique (grade 2C) (1). Le guide de NICE recommande également une thérapie comportementale (et cognitive) pour le traitement de la douleur chronique, à condition qu'elle soit proposée par un personnel de santé professionnel bien formé (13).

## Conclusion de Minerva

Cette étude randomisée contrôlée, menée en ouvert, qui a été menée correctement d'un point de vue méthodologique, montre que l'hypnose, la méditation pleine conscience et l'éducation à la douleur conduisent à une réduction limitée de la douleur chez les anciens combattants souffrant de douleurs chroniques d'origines diverses. Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre les interventions à la fin du traitement. L'hypnose et la méditation pleine conscience ont entraîné une plus grande réduction de la douleur et d'autres résultats secondaires 6 mois après l'arrêt du traitement, par rapport à l'éducation à la douleur. Des recherches supplémentaires avec des critères de jugement principaux cliniquement pertinents semblent donc certainement utiles.

**Références :** voir site web

Cet article a vu le jour lors de la journée des écrivains de Minerva en septembre de cette année. Sous la tutelle de membres expérimentés du comité de rédaction, de nouveaux auteurs, médecins et paramédicaux, ont travaillé à l'interprétation d'un article sélectionné par Minerva. Comme toujours ce texte a été révisé par les pairs de la rédaction.