

Yoga-thérapie et consultation douleur à l'hôpital

Jocelyne Kuhner-Borel

Médecin Urgentiste – Yogathérapeute - DUMMN
Centre hospitalier Simone VEIL - 95600 EAUBONNE
Jocelyne.Borelkuhner@ch-simoneveil.fr



Résumé

En 2012 une consultation atypique pour la prise en charge de la douleur est ouverte dans un centre hospitalier francilien. Travaillant au sein d'une société savante sur la douleur et devenue passionnée de yoga, l'idée d'une approche non médicamenteuse de traitement de la douleur, accréditée sur le plan scientifique, m'est venue durant une réunion du comité de lutte contre la douleur pour offrir une nouvelle approche aux patients en échec thérapeutique sur leur douleur. Ainsi la consultation yoga-thérapie douleur (CSYTD) est née.

Une méthodologie scientifique a été menée dès le début et l'approche purement physique (corps et respiration), non palliative, a été volontairement privilégiée. La prise en charge est individuelle, avec des techniques simples (en apparence) pour être réalisables. Toutes soulignent l'importance de la sensorialité dans ce corps pourtant douloureux. La consultation est associée à une vue intégrative du patient qui y participe activement. La CSYTD agit ainsi en synergie avec les traitements allopathiques plus classiques du patient. Ce dernier devient actif et presque son propre médicament. D'abord presque confidentielle et « expérimentale », les résultats dépassant très vite les attentes et la technique s'affinant, elle accueille de très nombreux malades algiques venant de différentes spécialités (*rhumatologie, médecine interne, immunologie, neurologie, oncologie etc.*).

Douleur, yoga, neuromédiateurs, sensorialité

INTRODUCTION

A l'hôpital Simone Veil à Eaubonne dans le val d'Oise, dans le bâtiment Jean-Pierre Changeux, une consultation médicale douleur « yoga-thérapeutique » a été ouverte, en 2012 à l'initiative des médecins du CLUD (Comité de lutte contre la douleur). Nous n'avons pas choisi par hasard cette approche non médicamenteuse de la douleur. En effet, de par ma spécialité d'urgentiste, je travaillais avec la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) depuis 2006 sur un projet d'observation de la prise en charge de la douleur au cœur de la pratique des services d'urgence français (hospitalier, militaire ou privés) (Guéant *et al.*, 2010).

Nous avons évalué plus de 50 services sur 5 ans et publié les résultats (Taleb *et al.*, 2010 ; Guéant *et al.*, 2011). Les conclusions de cette étude m'ont incitée à chercher un point de vue totalement différent de l'approche traditionnelle pour tenter de comprendre pourquoi il existait toujours une oligo-analgésie importante dans ces services, où 70% des motifs de recours

sont douloureux (Taleb *et al.*, 2010 ; Guéant *et al.*, 2011 ; Guéant *et al.*, 2010).

Ainsi je me suis intéressée à une formation de yoga-thérapie (Borel-Kuhner, 2012 ; Coudron, 2010) alors que je ne pratiquais pas le yoga. J'ai immédiatement entrevu l'ouverture possiblement scientifique de cette approche. J'ai suivi cette formation sur 2 ans, pratiqué parallèlement le yoga et renforcé le tout par la formation du DUMMN (DU Médecine, Méditation et Neurosciences - Université de Strasbourg). Ensuite j'ai adapté ces acquis pour traiter les pathologies douloureuses chroniques sévères. L'engouement pour cette thérapie complémentaire que j'ai exposée à mes collègues médecins du centre de la douleur m'a encouragé dès le début dans cette voie « expérimentale ».

La consultation de yoga-thérapie était destinée initialement aux patients suivis par les spécialistes de l'hôpital pour des douleurs chroniques sévères, invalidantes (polyarthrites rhumatoïdes (PR), spondylarthrites ankylosantes (SPA), douleurs neuropathiques diverses, etc.). Elle s'ouvre désormais petit à petit vers l'extérieur.

RAPPELS ET DÉFINITIONS

L'association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage.* »

☛ Vocabulaire

- Nociception : *Mécanisme physiologique de transmission de la douleur*
- Douleur : *Sensation ressentie*
- Souffrance : *Intégration des dimensions émotionnelles, cognitives et sociales*

☛ La douleur sensation, sensorielle, émotionnelle, liée à la conscience, met en jeu :

- des récepteurs présents dans tout l'organisme (*la peau, les organes, les muscles, etc.*)
- des nerfs qui conduisent l'information vers la moelle épinière (*corne dorsale*) puis le cerveau, et des régions du cerveau où elle est analysée, évaluée et où elle provoque des réactions et des émotions (*cortex cérébral, hypothalamus, amygdale cérébrale*)
- des neuromédiateurs (*bradykinines, histamine, substance P, sérotonine, dopamine, neuro-stéroïde, enképhalines, opioïdes endogènes, etc.*)

☛ La douleur chronique est à la fois sensorielle (*composante neurologique à l'origine de la sensation douloureuse*) et psychologique (*variante individuelle*)

☛ La transmission douloureuse, implique des mécanismes électro-physiologiques et neurochimiques où 4 étapes vont se succéder

- l'élaboration de l'influx au niveau du nocicepteur et sa transmission dans la fibre nerveuse périphérique
- le relais et la modulation au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière
- le relais thalamique
- l'intégration au niveau du cerveau qui le transforme en message conscient

☛ 3 principaux systèmes inhibiteurs de la douleur

- gate control (*décrit sous le nom de théorie du « gate control », par Patrick Wall et Ronald Melzack en 1965*) niveaux spinal et supra-spinal
- inhibition centrale (*neuromédiateurs circulants*)
- réponse descendante du cerveau (*cortex, thalamus et tronc cérébral*) vers la périphérie

DE LA DOULEUR AU YOGA ET À LA CONSULTATION DE YOGA-THÉRAPIE

Nous savons que :

☛ l'intensité de la douleur peut être modulée par la balance entre l'activité des fibres nociceptives et l'activité d'autres afférences (*afférences médullaires ou afférences descendantes*) et que c'est la **balance entre inhibition et excitation** qui va régler le niveau de décharge des neurones convergents et donc *in fine* le message douloureux

☛ la douleur chronique met en mémoire sur le long terme, la sensation. Elle influence ainsi l'épigénétique (*expression des gènes*) en faveur d'une synthèse protéique pro-nociceptive en même temps elle **implique le système immunitaire** engendrant chronicité, par des processus persistants pro-inflammatoires (*interleukines, interféron, TNF.*) qui à leur tour sensibilisent le système nerveux

☛ de nombreuses publications scientifiques ont montré que le yoga : (Black, 2013 ; Lutz *et al.*, 2013 ; Nègre, 2013 ; Zeidan *et al.*, 2011)

- agit sur la sécrétion des substances algogènes (*ions H⁺, sérotonine*)
- agit sur le para-sympathique, le sympathique et leurs neurotransmetteurs (*acetylcholine (AC), noradrénaline (NA), corticoïdes,...*)
- module la sécrétion de certains opioïdes endogènes (*enképhaline, béta endorphine etc.*)
- favorise la sécrétion de dopamine (D)
- diminue la synthèse de substances pro-inflammatoires (*cytokines*)

☛ que l'exercice physique libère des enképhalines et de la NA, etc.

Ainsi tout naturellement il m'a semblé logique d'utiliser l'outil yoga, dans toute sa dimension, pour une action thérapeutique ciblée sur la douleur. En privilégiant l'approche corporelle, dans un but d'emblée affiché non palliatif ou sophrologique et ceci en gardant, de par ma formation de médecin urgentiste hospitalier, une démarche scientifique avec le suivi d'indicateurs.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Les processus de respiration, d'attention, d'intention associés à certains mouvements utilisés en yoga-thérapie permettent de recruter des régions cérébrales (Bourgeois *et al.*, 2001 ; Lutz *et al.*, 2013).

En extrapolant aux régions qui participent à la gestion de la douleur cela aboutit à une meilleure évaluation nociceptive (*sensorielle, cognitive*) et une action sur le contrôle inhibiteur diffus par la stimulation des sécrétions des neuromédiateurs.

La consultation qui dure en moyenne une quarantaine de minutes, a lieu dans un box au centre des consultations médicales de l'hôpital. Les patients attendent en salle d'attente avec d'autres consultants qui viennent pour l'oncologie, l'anesthésie, la dermatologie...

C'est une consultation médicale classique qui débute par une écoute et un examen clinique. Les techniques choisies au décours sont simples (en apparence) pour être réalisables malgré la douleur et les handicaps associés. Postures, respirations, synchronisation des postures et des respirations, relaxation et méditation. Toutes soulignent l'importance et la recherche de la sensorialité dans ce corps pourtant douloureux.

La consultation est en permanence associée à une vue intégrative du patient (*son histoire, ses habitudes, son sommeil, son*



alimentation, ses différents traitements en cours, etc.). Dès le début, le patient participe activement et pratique chez lui tous les jours. Ceci est le garant de l'efficacité. Les

quels échecs enregistrés jusqu'à présent ont toujours été en rapport avec des patients adhérant peu à cette contrainte (grand âge, dépendance toxicologique sévère, incompréhension, environnement social, etc.) ou à l'espacement important des séances. La prise en charge individuelle et globale permet au patient de se responsabiliser, d'être le sujet et l'acteur du soin, elle vise à harmoniser l'unité du corps avec sa pathologie et ainsi rétablir un cercle « vertueux » de confiance et de bienveillance (Borel-Kuhner, 2015 ; Borel-Kuhner, 2012 ; Nègre, 2013).

Par exemple : les postures ont une action locale mécanique (*auto-étirements*) mais aussi émotionnelle et générale. Le contrôle de la respiration influence la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) en augmentant la cohérence cardiaque (*indicateur du système nerveux autonome (SNA)*), agit sur le cerveau limbique (*siège des émotions*) modifie le Ph sanguin et abaisse le niveau de stress. Les techniques de relaxation et de méditation associées, souvent proches de l'hypnose thérapeutique, agissent sur le tonus vagal et modulent les sécrétions des nombreux neuromédiateurs. Des mesures diététiques y sont associées si besoin, pour répondre aux sollicitations de l'organisme dans la synthèse de toutes les molécules antalgiques ou pro-anti-inflammatoires et de construction cellulaire. En particulier pour l'efficacité du système nerveux central (SNC), une attention particulière sera apportée à l'équilibre omega6/omega3. Les rythmes circadiens (veille/sommeil) ne sont pas oubliés pour éviter les désynchronisations qui perturbent sur le long terme les sécrétions de mélatonine et donc de sérotonine (*son précurseur*).

En pratique : les patients sont adressés par un confrère médecin pour le traitement d'une douleur rebelle.

Durant la première consultation, l'objectif est ciblé sur la plainte principale, elle débouchera sur une prise en charge individualisée pendant une dizaine de consultations. Puis une évaluation intermédiaire des résultats sera réalisée à 5 séances. Les objectifs sont le plus souvent rapidement atteints (*entre 3 et 5 séances*) y compris sur les pathologies les plus complexes. Les consultations suivantes visent à renforcer la compréhension et l'autonomisation du patient face à la méthodologie.

LES RÉSULTATS À 3 ANS

Ils sont très encourageants, le taux d'échec total est estimé à 10%. Le pourcentage d'augmentation d'activité est de 300%.

Le sexe ratio s'est normalisé (*autant de femmes que d'hommes*)
L'âge moyen est de 47 ans (*biais de sélection*)

CONCLUSION

Ce type de prise en charge globale, par un outil lui aussi intégral par définition, avec une approche thérapeutique médicale selon une formation accréditée, est possible malgré les contraintes environnementales (*locaux hospitaliers, dates des rendez vous, etc.*) et thérapeutique (*perfusions, prothèses etc.*).

La Consultation Yoga-thérapeutique telle que je la pratique agit en synergie avec les autres prises en charge de la pathologie du patient. Ce dernier devient participatif, actif et presque son propre médicament en accord avec ses traitements allopathiques plus classiques. Le plus souvent son enthousiasme entraîne la collaboration confiante des autres acteurs de soins dans cette démarche.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Black D.S., Cole S.W., Irwin M.R., Breen E., St Cyr N.M., Nazarian N., Khalsa D.S., Lavretsky H. (2013) Yogic meditation reverses NF-κB and IRF-related transcriptome dynamics in leukocytes of family dementia caregivers in a randomized controlled trial, *Psychoneuroendocrinology*, 38(3): 348-55.
- Borel-Kuhner J. (2012) *De la douleur à la souffrance. Le souffle de la vague*, Mémoire de yogathérapie, Faculté de Médecine Lariboisière St Louis, 46 p. <https://www.yumpu.com/fr/document/view/17477089/...douleur.../5>
- Borel-Kuhner J. (2015) Yogathérapie à l'hôpital en consultation et aux urgences, in Isabelle Célestin-Lhopiteau (éd.), *Soigner par les pratiques psycho-corporelles. Pour une stratégie intégrative*, Paris, Editions Dunod, Chapitre 22, 198-204.
- Bourgeois L., Monconduit L., Villanueva L., Bernard J.F. (2001) Parabrachial internal lateral neurons convey nociceptive messages from the deep laminae of the dorsal horn to the intra-laminar thalamus, *J Neuroscience*, 21: 2159-65.
- Coudron L. (2010) *La yogathérapie*, Paris, Editions Odile Jacob, 304 p.
- Guéant S., Taleb A., Borel-Kühner J., Raphael M., Cauterman M., Nathan G., Ricard-Hibon A. (2010) *Evaluation de la qualité de prise en charge de la douleur en urgence : audit multicentrique sur 50 services d'urgence (SU)*, Projet SFMU-MEAH, ONDU (Observatoire National de la Douleur). http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_944119/gp292
- Guéant S., Taleb A., Borel-Kühner J., Cauterman M., Raphael M., Nathan G., Ricard-Hibon A. (2011) Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study, *Eur J Anaesthesiol*, 28 (2): 97-105.
- Lutz A., McFarlin D.R., Perlman D.M., Salomons T.V., Davidson R.J. (2013) Altered anterior insula activation during anticipation and experience of painful stimuli in expert meditators, *Neuroimage*, 64 : 538-46.
- Nègre I. (2013) Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action, *Docteurs*, 14 (3): 111-118
- Taleb A., Guéant S., Borel-Kühner J., Raphael M., Cauterman M., Nathan G., Ricard-Hibon A. (2010) *Evaluation de la qualité de prise en charge de la douleur en urgence : audit multicentrique rétrospectif sur dossiers dans 50 services d'urgence*, Congrès Urgences et Winfocus, Paris, 2 – 4 juin 2010.
- Zeidan F., Martucci K.T., Kraft R.A., Gordons N.S., McHaffie J.G., Coghill R.C. (2011) Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation, *J Neuroscience*, 31 (14): 5540-48.