

Maryse Davadant, Wassim Raffoul



Maryse Davadant

L'hypnose : Un apport de choix dans la prise en charge du patient gravement brûlé.

Hypnose... un mot qui ne laisse personne indifférent... qui suscite des réactions très variées... de la curiosité, parfois un sourire ou de la crainte et souvent de l'étonnement, surtout quand on dit qu'on l'utilise dans le service de réanimation d'un hôpital universitaire...

Mais qu'est-ce qu'est l'hypnose ?

Si l'hypnose provoque encore de telles réactions c'est peut être à cause son passé chaotique, de la confusion provoquée par l'hypnose de spectacle mais sans doute aussi, à cause de la méconnaissance de son fonctionnement. Même si les recherches dans ce domaine avancent, l'hypnose garde une part de mystère, et il est très difficile de la décrire. Parmi les multiples définitions qui existent, j'en retiendrai deux qui me paraissent intéressantes. Celle d'Antoine Bioy qui relève les deux éléments clefs de ce phénomène: l'état hypnotique et la question de la relation thérapeutique : «l'hypnose est un état modifié de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi» et celle de Joseph Barber plus ancienne, où les notions de suggestion et de modification de perception sont présentes : « l'état hypnotique est caractérisé par une réceptivité nettement augmentée pour la suggestion, par la capacité de modifier les perceptions et la mémoire ainsi que la possibilité de contrôler des fonctions physiologiques habituellement involontaires ». Il faut savoir que l'hypnose est un état naturel que l'on connaît tous, que c'est l'état dans lequel nous nous trouvons lorsque nous sommes tellement absorbé par quelque chose ou par quelqu'un, que nous arrivons à faire abstraction de l'environnement et en perdons même la notion du temps. La conséquence logique de cela est que tout le monde est « hypnotisable » à condition d'être motivé et capable d'un minimum de capacité de concentration. Or ces paramètres ne sont pas toujours présents dans une unité de réanimation, puisque les patients peuvent avoir des phases de confusion rendant la concentration difficile. Par ailleurs il est facile de comprendre que la motivation du patient sera différente si c'est lui qui prend

rendez vous pour une séance d'hypnose ou si on vient la lui proposer.

Que savons-nous de l'hypno-analgésie ?

Benhaiem la défini ainsi: « l'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de supprimer, d'atténuer ou de mieux vivre une pathologie douloureuse aiguë ou chronique. »

L'effet analgésique de l'hypnose est aujourd'hui reconnu et prouvé. En avril 2000, The Lancet publiait les résultats d'une étude menée à Boston sur 241 patients volontaires. Elle y décrit les effets positifs de l'hypnose sur le niveau de la douleur, le niveau d'anxiété, la consommation de médicaments, la fréquence des complications, la durée des interventions, ainsi que le bilan financier [1] Une autre équipe Montréalaise [2] avait déjà montré que l'hypnose peut agir sur deux aspects distincts de la douleur : la sensation et l'émotion. Ces deux composantes coexistent à différents niveaux dans tout stimulus douloureux : une phlyctène au pied fait mal mais n'inquiète guère, tandis qu'une douleur abdominale, même modérée, peut être très anxiogène. Ces deux composantes sont aussi particulièrement présentes chez le Grand brûlé.

Grâce à l'amélioration des techniques de neuroimagerie fonctionnelle, nous parvenons à

mieux comprendre les mécanismes cérébraux sous-jacents de l'hypnose [3]. Ces études ont démontré que les cortex cingulaire antérieur et préfrontal étaient impliqués dans les processus de modulation de la douleur [4]. Elles démontrent objectivement l'effet de l'hypnose sur la perception de la douleur et soulignent l'intérêt de cette technique dans la pratique clinique. Les



Resumé

L'hypnose :

Un apport de choix dans la prise en charge du patient gravement brûlé.

Les brûlures sont extrêmement douloureuses et sources de troubles psychologiques.

L'hypnose Ericksonienne est reconnue pour son action antalgique et anxiolytique. Durant l'année 2006 Une étude a été menée au centre des grands Brûlés romands de Lausanne afin d'évaluer le rôle et l'intérêt que pouvait avoir l'hypnose dans de telles situations graves. L'hypnose a été pratiquée par des infirmières spécialisées qui prennent en charge ces patients tout au long de leur hospitalisation. Les résultats obtenus ont été excellents. Les patients ont considéré que les soins sans anesthésie sont confortables malgré une réduction des médicaments antalgiques. Aussi nous avons put démontrer, que la cicatrisation était acquise plus rapidement, que la durée de séjour était diminuée aboutissant à un impact économique positif sur les coûts de la santé.

Mots clés:

Hypnose- patients brûlés- douleur

Abstract

Hypnosis:

A contribution of choice in the management of severely burned patients

Burns are extremely painful and sources of psychological disorders.

Ericksonian Hypnosis is recognized for its analgesic and anxiolytic effect.

In 2006 a study was conducted at the Lausanne Burn center in order to assess the role and the interest hypnosis could have in such serious situations. Hypnosis has been practiced by nurses who take care of these patients throughout their hospitalization. The results were excellent. Patients treated without anesthesia considered their different treatments as comfortable despite a reduction of the analgesic medication. This study demonstrates that the healing time was shorter, the hospital stay was reduced resulting in a positive economic impact on healthcare costs.

Key Words

Hypnosis- Burn patients- pain

RÉFÉRENCES

- 1 Lang E, et al.: Ad-junctive non pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomized trial *The Lancet*. 2000; CCCLV.
- 2 Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, et al.: Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999; 11,110-125
- 3 Derbyshire S, Whalley MG, Stenger V.A, Oakley D.A: Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage* 2004, XXIII, 1.
- 4 Faymonville ME, Laurey S, Degueldre C, Del Fiore G, Luxen A, Franck G, Lamy M, Maquet P: Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis, *Anesthesiology* 2000 ; 92, 5,

études de ce phénomène sont en plein développement et nous promettent de découvrir et de comprendre toujours plus de choses sur l'hypnose.

Introduction de l'hypnose au centre romand des grands brûlés à Lausanne

Pourquoi ?

La particularité de la douleur du patient gravement brûlé est qu'elle est présente de façon continue et est exacerbée à de multiples reprises, chaque jour, par la mobilisation, les soins et la chirurgie réparatrice (débridement des zones de peau saine pour greffer les zones profondément brûlées).

Nous savons aussi que la douleur est une expérience subjective où les composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives, affectives et comportementales interagissent : en résumé c'est un phénomène très complexe il n'existe pas un seul centre de la douleur mais plusieurs structures interagissent. Ceci explique pourquoi une douleur peu persister malgré l'arsenal pharmacologique à disposition.

Mais au delà de la douleur physique le patient brûlé est véritablement un patient souffrant. Les retentissements psychologiques d'une brûlure sont important, dans un premier temps le patient doit lutter pour sa survie dans un contexte agressif comme l'unité de réanimation, la douleur mal gérée peut générer des états d'anxiété, des problèmes d'insomnies voir de dépression, et l'atteinte de la peau conduit à une altération de l'image corporelle et de tout ce qui en découle : problème d'identité, d'estime de soi, de relation à autrui. Dans ce contexte l'hypnose nous a paru comme un outil indispensable et unique puisqu'elle active les ressources propres du patient qui lui permettent d'avoir un comportement d'adaptation à la situation. Le magnifique travail de Milton Erickson le montre bien[5]. Par ailleurs les nombreuses publications de Patterson sur les bénéfices procurés par l'hypnose chez les patients brûlés [6; 7; 8] nous ont permis de renforcer notre désir d'améliorer leur prise en charge par cette technique.

Comment ?

Nous n'avions pas besoin de prouver l'efficacité de l'hypnose puisque cela était déjà fait depuis bien longtemps, mais il nous semblait intéres-

sant de voir ce que cette technique apporterait de plus à notre prise en charge habituelle. Pour cela nous avons mené une étude pendant un an ou nous avons comparé et évalué les résultats obtenus chez deux groupes de patients selon un certains nombres de critères d'évaluation, les patients ont également été interrogés sur leur vécu des soins réalisés sans anesthésie.

46 patients adultes brûlés admis dans l'unité des soins intensifs ont été inclus dans cette étude. Parmi eux 23 ont bénéficié de l'hypnose, alors que les 23 autres patients ont été traités conventionnellement sans hypnose. Les deux groupes étaient comparables sur plusieurs points : sexe, âge, surface totale brûlée et le score de gravité (Score de Ryan) [9].

Pratiquement l'hypnose est pratiquée par une infirmière spécialisée. Elle est introduite dès que possible et poursuivie tout au long de l'hospitalisation aussi longtemps que le patient en a besoin. Les séances se font dès que le patient est capable de communiquer et de se concentrer. La première séance peut intervenir dès son arrivée en salle de déchoquage, soit quelques heures ou jours après son extubation puisque nombreux sont les patients qui doivent être intubés pendant plusieurs jours ou semaines. Le type de séances est adapté en fonction des besoins du patient, de son évolution et selon l'appréciation de l'infirmière qui guide la séance. Aucun test d'évaluation de l'hypnotisabilité (type échelle de Stanford) n'est réalisé. Tous les patients qui sont d'accord d'utiliser la technique peuvent en bénéficier. Des études montrent que quelle que soit « l'hypnotisabilité » les résultats sont parfois inchangés [10] car intervient à ce moment là la capacité de coping du patient et la relation thérapeutique [11], et il n'y a pas de différences significative sur la réduction de la douleur pour les sujets peu ou très hypnotisables lorsqu'on utilise des techniques indirectes tel que l'hypnose Ericksonienne [12].



Résultats

L'analyse des résultats publiés [13] montre qu'à partir du moment où les patients sont capable de pratiquer l'hypnose, ils sont plus confortables et reçoivent nettement moins d'antalgie, tout en étant moins anxieux ceci a comme conséquence directe de réduire drastiquement le nombre d'anesthésie générale dont a besoin le patient, mais aussi de simplifier les soins qui peuvent être dispensés dans la chambre du patient et non plus en salle d'intervention. La réduction de l'usage des produits anesthésiants et antalgique abouti directement à une diminution de leurs effets secondaires et complications (constipation, confusion, trouble de la mémoire...)

La crainte des soins dispensés par les soignants sans anesthésie disparaît laissant place à du confort et une partie des patients décrivent même leurs soins comme étant agréables. Ceci a comme conséquence la facilitation du travail des soignants.

Ce point est particulièrement important quand on sait que la prise en charge des grands brûlés est une des tâches les plus lourdes que l'on peut rencontrer dans les différentes unités de soins. Les équipes soignantes sont clairement moins stressées pendant les soins. Cet aspect sera évalué de façon objective ultérieurement.

Autres résultats important que nous avons put mesurer est une accélération de la cicatrisation aboutissant à une réduction de la durée de séjour. Cette observation peut paraître surprenante mais actuellement l'effet du stress sur la cicatrisation est clairement démontré (en particulier par l'effet sur la cicatrisation du cortisol et de l'adrénaline sécrétés par le patient), or les patients brûlés présentent un stress profond et prolongé.

L'utilisation de l'hypnose dans la prise en

charge du patient grand brûlé fait du patient un partenaire directement impliqué dans ses traitements. Ceci a comme conséquence sur le patient : une réappropriation de son corps, de son mental mais aussi de son destin puisque le patient pourra rapidement pratiquer l'autohypnose et de ce fait mieux gérer ses angoisses, ses douleurs et son stress. Ceci est la meilleure préparation que nous pouvons dispenser à des patients gravement atteints dans leur corps et leur âme pour les aider à affronter ce qui les attend à la sortie de l'hôpital, « le monde et la vie d'après brûlure ».

Si les plaies guérissent plus vite, si la douleur est mieux gérée et le nombre d'anesthésie diminué, le patient peut alors quitter plus rapidement le service de réanimation et l'hôpital. Ceci génère alors une diminution des coûts de la prise en charge. C'est ce que révèle l'analyse financière. Dans notre hôpital il suffit que 9 patients bénéficient annuellement de l'hypnose pour que l'impact économique soit positif (ceci correspond au salaire annuel de l'infirmière qui pratique l'hypnose).

Conclusion

Cette étude nous a montré que l'hypnose est un outil complémentaire de choix dans la prise en charge des patients gravement brûlés, que son application dans un service de réanimation est tout à fait réalisable par des soignants spécialisés et que les bénéfices sont énormes tant pour les patients que pour les soignants.

L'expérience positive que nous avons eue dans la prise en charge des grands brûlés nous encourage à aller de l'avant et appliquer cette technique simple efficace et économique chez d'autres patients sévèrement atteint tel que les patients polytraumatisés.

Maryse Davadant¹, Wassim Raffoul²

1 – Infirmière spécialisée en soins intensifs et en hypnose. Service de médecine intensive adulte centre universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse.

2- Chef de service de chirurgie plastique du centre hospitalier universitaire vaudois et professeur de l'université de Lausanne, Suisse.

- 5 Erickson M H: Collected papers
- 6 Patterson DR, Ptacek JT. Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:60-7.
- 7 Patterson DR, Hoffman HG, Weichman SA, Jensen MP, Sharar SR. Optimizing control of pain from severe burns: a literature review. *Am J Clin Hypn* 2004;47:43-54.
- 8 Patterson DR, Jensen MP: Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin* 2003; 129,495-521.
- 9 Ryan CM, Schoenfeld DA, Thorpe WP, Sheridan RL, Cassem EH, Tompkins RG. Objective estimates of the probability of death from burn injuries. *New Engl J Med* 1998;338: 362-6.
- 10 Spanos NP, Kennedy SK, Gwynn MI: Mederating effects of contextual variables on the relationship between hypnotic susceptibility and suggested analgesia. *Journal of abnormal psychology* 1984 :93,3,285-294.
- 11 Price DD, Barber J: An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia. *Journal of abnormal psychology* 1987; 96,1, 46-51
- 12 Maurer C, Santangelo M, Claiborn CD: The effect of direct versus indirect hypnotic suggestion on pain in a cold pressor task. *The international journal of clinical and experimental hypnosis* 1993; XLI 4,305-316
- 13 Mette M. Berger, Maryse Davadant, Christian Marin, Jean-Blaise Wasserfallen, Christophe Pinget, Philippe Maravic, Nathalie Koch, Wassim Raffoul, René L. Chiolerio : Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns* 2010; 36, 5, 639-646.