

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>BPA</b>	Bureau de Prévention des Accidents
<b>BSPAS</b>	Burn Specific Pain Anxiety Scale
<b>CAS</b>	Certificate of Advanced Studies
<b>CHUV</b>	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
<b>EN</b>	Echelle Numérique
<b>ESAS</b>	Edmonton Symptom Assessment Scale
<b>EVA</b>	Echelle Visuelle Analogique
<b>HEdS - GE</b>	Haute Ecole de Santé, Genève
<b>HUG</b>	Hôpitaux Universitaires de Genève
<b>IASP</b>	International Association for the Study of Pain
<b>IRHYS</b>	Institut Romand d'Hypnose Suisse
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>MPQ</b>	McGill Pain Questionnaire
<b>NAEMT</b>	National Association of Emergency Medical Technicians
<b>OMEDIT</b>	Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OFS</b>	Office Fédéral de la Statistique
<b>PET scan</b>	Positron Emission Tomography
<b>RIA</b>	Rapid Induction Analgesia
<b>SFETD</b>	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
<b>SHCAS</b>	Stanford HealthCare Alliance
<b>SRS</b>	Stress Reducing Strategies
<b>STAI</b>	State-Trait Anxiety Inventory
<b>TAS</b>	Tellegen Absorption Scale
<b>VAS</b>	Visual Analogue Scale

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT .....	25
Tableau 2. Equations de recherche.....	26
Tableau 3. Impact of a pain protocol including hypnosis.....	33
Tableau 4. A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care.....	34
Tableau 5. <i>Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients</i> .....	35
Tableau 6. <i>Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care</i> .....	36
Tableau 7. <i>Hypnosis delivered through immersive virtual reality for burn pain: a clinical case series</i> .....	37
Tableau 8. <i>Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy</i> .....	38

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Règle des 9 de Wallace.....	12
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	27

# TABLE DES MATIERES

<b>DECLARATION .....</b>	<b>ii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>12</b>
1.1. Contexte épidémiologique .....	12
1.2. Grand brûlé.....	12
1.3. Douleur .....	14
1.3.1. Douleur et brûlure.....	14
1.3.2. Douleur procédurale.....	15
1.3.3. Evaluation de la douleur .....	16
1.4. Approches pharmacologiques .....	16
1.5. Approches non-pharmacologiques .....	18
1.5.1. Relaxation.....	18
1.5.2. Analgésie par induction rapide .....	18
1.5.3. Réalité virtuelle .....	19
1.5.4. Stratégies de réduction de stress.....	19
1.5.5. Hypnose.....	19
<b>2. MODELE THEORIQUE.....</b>	<b>22</b>
2.1. Modèle théorique retenu.....	22
2.2. Ancrage disciplinaire.....	23
2.3. Métaconcepts .....	24
2.4. Modèle théorique et problématique .....	25
<b>3. QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	<b>27</b>

<b>4. METHODE .....</b>	<b>27</b>
4.1. PICOT .....	27
4.2. Diagramme de flux.....	28
4.3. Critères d'inclusion .....	30
4.4. Critères d'exclusion .....	30
<b>5. RESULTATS.....</b>	<b>31</b>
5.1. Résultats par thème.....	31
5.1.1. Impact de l'hypnose sur la douleur .....	31
5.1.2. Impact de l'hypnose sur l'anxiété .....	32
5.1.3. Impact de l'hypnose sur l'administration d'antalgiques.....	33
5.1.4. Hypnose et niveau de réceptivité à l'hypnose .....	33
5.1.5. Impact de l'hypnose .....	34
5.1.5.1. Sur les coûts .....	34
5.1.5.2. Sur le souvenir du traumatisme .....	34
5.2. Tableau comparatif.....	35
<b>6. DISCUSSION.....</b>	<b>41</b>
6.1. Gestion des symptômes .....	41
6.2. Rôle infirmier vis-à-vis de l'hypnoanalgésie.....	43
6.3. Qualité de vie.....	45
<b>7. CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
7.1. Apports et limites du travail.....	48
7.2. Recommandations.....	49
7.2.1. Pour la recherche .....	49
7.2.2. Pour la formation .....	50
7.2.3. Pour la pratique.....	50
<b>8. REFERENCES .....</b>	<b>52</b>
8.1. Liste de références bibliographiques .....	52
8.2. Bibliographie .....	59
<b>9. ANNEXES.....</b>	<b>60</b>
9.1. Fiches de lecture .....	60

## INTRODUCTION

La rédaction de ce travail de Bachelor a été réalisée en binôme dans le cadre d'études HES-SO en soins infirmiers. Il clôt la formation et se présente sous la forme d'une revue de littérature partant d'une problématique clinique mise en lien avec l'ancrage d'une théorie infirmière.

La prise en soin de la douleur est un sujet pertinent car, dans sa pratique, l'infirmière<sup>1</sup> travaille quotidiennement avec des personnes en souffrance. De plus, la gestion de la douleur est une des priorités des Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] : l'établissement a créé le « Réseau douleur », prônant la lutte contre la douleur. Ses objectifs principaux sont l'amélioration de la prise en charge de la douleur, la formation continue dans le domaine de la douleur et la promotion de la qualité de la prise en charge de la douleur en tant que critère de soins (HUG, 2016).

Le patient<sup>2</sup> sévèrement brûlé ressent des douleurs<sup>3</sup> de manière continue qui sont exacerbées au quotidien par de nombreux soins (Davavant & Raffoul, 2011, p. 6). Ainsi, selon Latarjet (2002), le grand brûlé vit « une des expériences les plus pénibles qu'il soit donné de rencontrer en clinique humaine » (p. 1) et, de ce fait, certains patients « rendent compte de leur séjour hospitalier comme la pire expérience douloureuse qu'ils aient jamais vécue » (p. 3). La prise en soin de la douleur des grands brûlés est donc un véritable enjeu et est d'actualité. Or, en tant que futures infirmières diplômées, l'un des rôles essentiels de la profession nous semble être celui d'administratrice de soins de qualité, l'infirmière assurant et veillant au bien-être du patient. Un tel objectif peut être atteint en mettant en place, un partenariat avec le patient gravement brûlé, des stratégies visant à le soulager durant les soins.

Dans cette optique, l'hypnose est une approche paramédicale qui a démontré de réels bienfaits analgésiques en ce qui concerne la douleur des grands brûlés (Davavant & Raffoul, 2011, p. 5). L'une des plus-values de l'hypnose en milieu hospitalier est qu'elle permet d'humaniser les soins, puisqu'elle demande d'entendre le patient et de l'aider à trouver ses propres ressources lorsqu'il en ressent le besoin. Une telle approche renvoie le soignant<sup>3</sup> aux sources de son propre engagement, soit l'autonomie, la justice, la non-malfaisance, la bienveillance, alors que le métier d'infirmière a énormément évolué durant ces dernières

---

<sup>1</sup> Lire ce terme également au masculin dans l'intégralité du texte

<sup>2</sup> Lire ce terme également au féminin dans l'intégralité du texte

<sup>3</sup> Lire ce terme également au féminin dans l'intégralité du texte

années en devenant très technique et en ayant parfois tendance à s'éloigner de la dimension humaine (Bellet, 2015, p. 204).

Dans cette revue de littérature, la problématique du travail ainsi que le modèle théorique seront explicités, développés et mèneront à la question de recherche. Ensuite, la partie méthodologique justifiera la sélection et l'analyse des études retenues. Les résultats des recherches étudiées seront décrits par thèmes et le chapitre portant sur la discussion consistera à porter un regard critique sur les résultats ainsi qu'à les interpréter en lien avec la question de recherche et le modèle théorique. Enfin, la conclusion permettra d'impliquer certaines recommandations pour la formation, pour la pratique infirmière et d'évoquer les éventuels besoins en matière de recherche ainsi que les limites du travail.

# 1. PROBLEMATIQUE

## 1.1. Contexte épidémiologique

Considérées comme « les blessures les plus redoutables et les plus effrayantes qui soient » (Association américaine des techniciens médicaux d'urgence [NAEMT], 2012, p. 368), les brûlures sont la source d'un véritable enjeu sanitaire : selon l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2014), chaque année elles engendrent quelque 265'000 décès dans le monde. De plus, la NAEMT relève que « dans notre vie de tous les jours, nous avons tous subi une brûlure plus ou moins grave et expérimenté la douleur intense et l'anxiété qui sont associées à ce type de lésion, aussi mineure soit-elle » (2012, p. 368). En effet, les brûlures touchent une population très large : 77% des personnes brûlées ont entre 17 et 64 ans (Bureau de prévention des accidents [BPA], 2013, p. 19). Ces blessures sont généralement engendrées par des accidents de la vie quotidienne et/ou domestique.

L'OMS définit la brûlure comme « une lésion de la peau ou d'un autre tissu organique principalement causée par la chaleur ou les rayonnements, la radioactivité, l'électricité, la friction ou le contact avec des produits chimiques » (OMS, 2014).

En 2011, on estimait que chaque année, en Suisse, 16'700 personnes étaient brûlées (Flavie, 2011) et, en 2014, selon De Buys Roessingh & Jung, entre 150 et 200 patients bénéficiaient de traitements au Centre Romand des Grands Brûlés, à Lausanne.

En effet, la Suisse possède deux centres de soins aux grands brûlés, l'un au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] et l'autre à Zurich. Le temps d'hospitalisation d'un grand brûlé est compris entre 0,7 à 1 jour par pourcentage de surface corporelle brûlée, soit presque 1 mois pour une personne brûlée à 30% (CHUV, 2007, p. 4). Cela implique un coût d'hospitalisation conséquent : en 2005, le montant total de la prise en soin d'un patient brûlé s'élevait à 24'793 CHF en moyenne (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2007) et le coût d'une journée à 4'000 CHF. Cela représente plus du double d'une journée d'hospitalisation en soins aigus (CHUV, 2007, p. 9).

## 1.2. Grand brûlé

Les brûlures sont classées par degré, en fonction de la profondeur des tissus touchés. Le 1er degré est une lésion épidermique, entièrement superficielle. La brûlure du 2ème degré, superficielle ou profonde, est une lésion de l'épiderme et de la partie supérieure du derme.

La brûlure du 3<sup>ème</sup> degré, elle, touche la totalité de l'épiderme et une grande partie du derme. De ce fait, la vascularisation n'est plus présente (Echinard & Latarjet, 2010, p. 24-25).

La méthode appliquée le plus couramment pour l'estimation de la surface corporelle brûlée est la règle des 9 de Wallace (Figure 1), qui octroie un multiple de neuf à chaque partie du corps de l'adulte, à savoir : 9% pour la tête et le cou, 9% pour chaque bras, 18% pour chaque jambe, 18% pour le tronc ainsi que pour le dos et 1% pour le périnée (Echinard & Latarjet, 2010, p. 27 ; NAEMT, 2012, p. 374).

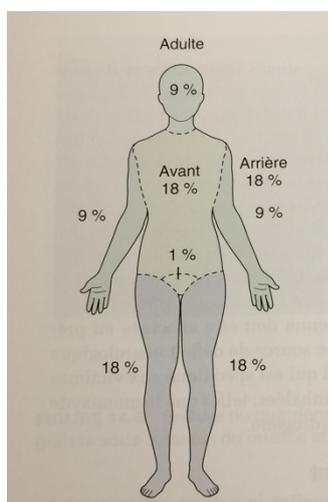


Figure 1. Règle des 9 de Wallace

Tirée de : NAEMT, 2012

Une personne adulte est considérée comme un « grand brûlé » lorsque l'étendue de sa surface corporelle lésée dépasse 20% de sa surface corporelle totale, qu'il s'agisse de brûlures du 2<sup>ème</sup> ou du 3<sup>ème</sup> degré (Raffoul & Berger, 2006, p. 246).

Les critères d'hospitalisation englobent toutes les brûlures du 3<sup>ème</sup> degré et celles du 2<sup>ème</sup> degré s'étendant sur plus de 20% de la surface corporelle (pour les adultes) ainsi que les brûlures du visage, des mains, des pieds et des organes génitaux (Berger, Raffoul, Maravic, Séchet & Chioléro, 2004, p.938). Cependant, tous les types de brûlures engendrent des douleurs.

### 1.3. Douleur

La douleur est une expérience subjective causée par les récepteurs sensoriels du derme et de l'épiderme appelés nocicepteurs. Ceux-ci répondent aux stimuli externes pouvant être dangereux pour l'organisme tel que « la chaleur intense, le froid extrême, la pression excessive » (Marieb & Hoehn, 2010, p. 557). Ces stimuli sont déchiffrés comme étant de la douleur via l'information sensorielle transmise au cerveau par les nocicepteurs.

Selon l'Association Internationale d'Étude de la Douleur [IASP], la douleur est définie comme étant « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur [SFETD], 2014).

En ce qui concerne les grands brûlés, les douleurs ressenties sont différentes en fonction du degré de la brûlure. Elles ont la particularité d'être considérablement intenses et difficiles à maîtriser, d'où la complexité de la prise en charge de la douleur des grands brûlés (Bordenave, 2012, p. 40).

#### 1.3.1. Douleur et brûlure

Suite au choc de la brûlure, la douleur est dite aiguë car elle « est liée à une atteinte tissulaire brutale » (SFETD, 2014). En fonction du degré de cette dernière, les douleurs ressenties sont différentes : suite à une lésion du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> degré, le ressenti de la douleur est intense (Fondation des brûlés, s.d.). Dans la croyance commune, la brûlure du 3<sup>ème</sup> degré est, dans un premier temps, peu douloureuse à cause de la destruction des fibres nerveuses sensibles (Meaume, Téot & Dereure, 2005, p. 91). Cependant, les zones périphériques des brûlures du 3<sup>ème</sup> degré sont également douloureuses puisqu'elles sont entourées de brûlures partielles et superficielles, zones où les fibres nerveuses sont toujours intactes (NAEMT, 2012, p. 370). De plus, le ressenti évolue avec le temps (Latarjet, 2002, p.3). Explicité ci-après :

**L'hyperalgésie** est une réponse inflammatoire exagérée, survenant presque immédiatement après la brûlure ; ce type de douleur exacerbe l'intensité de la souffrance au niveau de la lésion et de l'entourage de celle-ci (Latarjet, 2002, p. 2).

Les brûlures peuvent également engendrer **une douleur de type neuropathique** qui est déclenchée par l'atteinte des fibres neuronales périphériques. La douleur neuropathique entraîne une douleur continue au niveau des brûlures cicatrisées et est semblable à une

sensation de broiement permanent ; elle peut également être accompagnée de dysesthésies, telles que des fourmillements (Meaume et al., 2005, p. 262). Ce type de douleur peut être dû à des anomalies de la régénérescence des fibres nerveuses ou à une insuffisance de l'innervation (Latarjet, 2002, p. 2).

Lorsque la phase aiguë est passée, le patient ressent **une douleur dite de fond ou continue**, au niveau de la brûlure et des sites de prélèvement de greffes de peau. Cette douleur est d'intensité modérée et est relativement bien maîtrisée par les traitements pharmacologiques, mais est aggravée lors de la mobilisation (Latarjet, 2002, p. 2 ; Bordenave, 2009, p. 40).

Durant l'hospitalisation, la douleur de fond est augmentée par les actes thérapeutiques. Ce type de douleur, appelé **douleur procédurale**, est caractérisé par une extrême intensité qui peut être expliquée par la stimulation nociceptive que les soins nécessaires à la cicatrisation et à la rééducation engendrent, ainsi que par leurs récurrences (Bordenave, 2009, p. 41 ; Latarjet, 2002, p. 3).

### **1.3.2. Douleur procédurale**

Il est important de se pencher sur la douleur induite par les soins chez les grands brûlés : la douleur procédurale est présente lors des prises en charge des grands brûlés et semble être sous-évaluée par le personnel soignant. En effet, suite à une étude menée dans trois hôpitaux parisiens, 30 à 65% des patients rapportent avoir souffert suite à un acte médical. (Coutaux & Collin, 2008, p. 127). Chez les grands brûlés, les actes thérapeutiques tels que le débridement (« décapage »), la réfection du pansement, la physiothérapie et les interventions chirurgicales, comme les greffes de peau, induisent de fortes douleurs. De telles sollicitations infirmières et médicales sont quotidiennes (deux fois par jour ou plus) et se font sur une longue période ; pourtant, dans de nombreux cas, ce type de douleur d'une extrême intensité est mal maîtrisé (Echinard & Latarjet, 2010 ; Latarjet, 2002, p. 3).

Cette mauvaise gestion de la douleur procédurale peut engendrer de nombreuses conséquences néfastes pour le grand brûlé. D'abord, la répétition de soins douloureux, sans antalgie satisfaisante pour le patient, peut provoquer une augmentation de son anxiété, ce qui est délétère pour son adhésion aux traitements. Un tel état anxieux peut également entraîner un épuisement physique et psychique, état pouvant même engendrer des douleurs chroniques car les fibres nerveuses enregistrent la douleur (Bordenave, 2009, p. 41). De plus, dans certains cas, ces douleurs procédurales peuvent mener à une perte d'espoir dans

le processus de rétablissement du patient (Richardson & Mustard, 2009), voire même à des troubles psychiques sérieux, tels que des symptômes dépressifs. D'autre part, l'anticipation d'un soin douloureux accroît également le ressenti de la douleur et entraîne ainsi un cercle vicieux (Eunok, Hyunjin & Taiem, 2013, p. 1101).

La gestion insuffisante de la douleur peut être expliquée par la crainte d'induire des effets secondaires suite à l'administration de dérivés morphiniques, comme la détresse respiratoire. En effet, nombreux sont les soignants qui semblent être réticents face à l'administration de doses morphiniques nécessaires pour les patients brûlés, surtout chez les enfants (Latarjet, 2002, p. 3). Par ailleurs, la crainte d'induire une dépendance et une accoutumance à de tels traitements est également présente chez certains soignants, malgré le fait qu'aucun cas de toxicomanie iatrogène n'ait été, à ce jour, objectivé (Latarjet, 2002, p. 3).

### **1.3.3. Evaluation de la douleur**

Afin d'administrer un traitement antalgique adéquat, il est primordial, dans un premier temps, d'évaluer la douleur au mieux : en milieu hospitalier, cela se fait quotidiennement. Pour les patients pouvant communiquer, les échelles d'auto-évaluation sont majoritairement utilisées. En effet, selon Mahar et al. (2012), l'échelle numérique (EN) ainsi que l'échelle visuelle analogique (EVA), sont les moyens les plus couramment appliqués pour objectiver la douleur des grands brûlés car ils sont simples et rapides d'utilisation. Toutes deux allant de 0 à 10, 0 étant « *l'absence de douleur* » et 10 la « *pire douleur imaginable* ».

Il existe également des échelles plus spécifiques à cette population telles que la *Burn Specific Pain Anxiety Scale* [BSPAS]. Elle est constituée de cinq items pour lesquels le patient doit quantifier sa douleur entre 0 et 100, 0 équivalant à « *aucune douleur* » et 100 à « *la pire douleur imaginable* » (Aaron, Patterson, Finch, Carrougner & Heimbach, 2001, p. 331). Elle permet de donner une vision globale de l'évolution de la douleur tout au long de la journée. L'évaluation d'un haut niveau d'anxiété chez un patient peut présager la présence d'une douleur procédurale élevée, une moins bonne participation aux soins ainsi que la nécessité d'une plus forte dose de médication (Aaron et al., 2001, p. 330). Après avoir évalué la douleur, il est alors possible d'instaurer un plan de soins adéquat et individualisé.

## **1.4. Approches pharmacologiques**

L'OMS a conçu une classification des traitements analgésiques, selon trois paliers, à administrer en fonction de l'intensité de la douleur évaluée (Vargas-Schaffer, 2010, p. 203).

Les traitements antalgiques de premier choix des grands brûlés, que ce soit pour soulager les douleurs continues ou pour les douleurs induites par les soins, sont les opiacés de type morphiniques, répertoriés dans le troisième palier, catégorie des antalgiques les plus puissants (Bordenave, 2009, p. 42).

L'utilisation de la morphine par voie intraveineuse, par exemple, permet de soulager rapidement une douleur sévère : l'effet se fait 10 minutes après l'injection contre 60 à 90 minutes si la molécule est administrée par voie orale (Richardson & Mustard, 2009, p. 926). Administrer du fentanyl est également indiqué pour diminuer l'intensité de la douleur procédurale (pendant les changements de pansements, notamment), à condition que ce traitement s'administre sur une courte durée, à cause du risque de détresse respiratoire et d'accoutumance (Richardson & Mustard, 2009, p. 926).

Afin de majorer l'efficacité des traitements, il est fréquent que plusieurs molécules soient associées comme, par exemple, du paracétamol avec de la morphine (Bordenave, 2009, p. 42).

L'administration de dérivés morphiniques implique une surveillance infirmière continue des paramètres vitaux et de l'état de conscience ; il est ainsi possible d'objectiver des éventuels signes de douleur ou, au contraire, de sédation excessive (Nicolas & Arnon, 2015, p. 37).

Fréquemment présente chez les grands brûlés, l'anxiété, si elle n'est pas traitée, diminue la tolérance à la douleur. Ainsi, l'utilisation de benzodiazépines, traitements anxiolytiques, a sa place au sein de ce type de prises en soins. En effet, bien que ces molécules n'aient pas de propriété analgésiante, elles permettent de réduire la perception de la douleur du patient anxieux (Richardson & Mustard, 2009, p. 928).

Les conséquences néfastes que les opioïdes peuvent engendrer sont nombreuses et ne sont pas négligeables : détresse respiratoire, altération de l'état de conscience, nausées et vomissements, constipation, hallucinations visuelles (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques [OMEDIT], 2007).

Il est donc pertinent de chercher à réduire le risque d'effets indésirables en explorant des méthodes antalgiques alternatives, sans toutefois remettre en cause le rôle et la place centrale qu'a la pharmacologie dans cette thématique. Le but est l'amointrissement des effets secondaires et, bien sûr, la diminution de la douleur.

## **1.5 Approches non-pharmacologiques**

Un élément essentiel dans la prise en soin et la gestion de la douleur des patients grands brûlés réside dans l'accompagnement infirmier relationnel et psychologique (Bordenave, 2009, p.41). En effet, comme vu précédemment, la dimension psychologique influe significativement la perception de la douleur (Berger et al., 2010, p. 640). Il est donc pertinent d'explorer des méthodes à associer à des traitements pharmacologiques pour la diminution de la douleur induite par les soins chez les grands brûlés.

Il existe plusieurs approches non-pharmacologiques permettant de diminuer la douleur du patient brûlé durant les soins. Selon la revue systématique de De Jong, Middelkoop, Faber & Van Loey (2007), 21 méthodes ou associations de méthodes alternatives ont été recensées ; cinq d'entre elles vont être développées ci-dessous.

### **1.5.1 Relaxation**

La relaxation est une « détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse ». Cette détente est obtenue par l'application d'une méthode ayant pour but de contrôler consciemment le « tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet » (Larousse, s.d).

Deux formes de relaxation peuvent être identifiées : l'état de calme, dans lequel la pensée et les actions sont plus réfléchies et efficaces que dans une situation de stress, et la relaxation profonde, semblable à l'état de sommeil et très proche de l'hypnose (Planète santé, 2011). La relaxation recense de multiples pratiques qui engendrent une décontraction musculaire et mentale, menant à un relâchement physique et à une mise en « veille » de l'organisme. Le terme de relaxation englobe de nombreuses méthodes permettant d'atteindre cet état de sérénité et de prise de conscience, tant physique que psychique. Les approches respiratoires engendrant une respiration lente et profonde, la focalisation sur les ressentis de pesanteur et de chaleur de chaque partie du corps, ou encore la sophrologie, faisant appel à l'imagerie visuelle de l'individu, sont des méthodes de relaxation (Planète santé, 2011).

### **1.5.2 Analgésie par induction rapide**

L'analgésie par induction rapide est une procédure de contrôle de la douleur en plusieurs étapes, qui a pour but d'engendrer un effet antalgique par une relaxation musculaire en un minimum de temps imparti, soit approximativement une dizaine de minutes. En premier lieu,

le thérapeute doit obtenir la coopération du patient et lui donner des explications quant au processus. Suite à cela, l'induction de la relaxation profonde peut être réalisée par des techniques de respiration, de suggestion et de visualisation. La visualisation d'un escalier comportant vingt marches que le patient, au fur et à mesure de son état de relaxation, gravit au cours de la séance, est un exemple que le praticien peut réaliser pour aboutir à l'induction hypnotique (Barber, 1977, p.142-147).

### **1.5.3 Réalité virtuelle**

La réalité virtuelle (RV) est définie par « l'ensemble des techniques et systèmes qui procurent à l'homme le sentiment de pénétrer dans des univers synthétiques créés sur internet ». Elle permet de faire ressentir à l'utilisateur un certain nombre de sensations visuelles, auditives et sensitives (Réalité-Virtuelle.com, 2017). Cette approche est passablement pratiquée dans le domaine des jeux électroniques et du cinéma, mais aussi dans le monde de la santé. En effet, la réalité virtuelle est notamment utilisée dans le cadre du traitement des phobies, du syndrome de stress post-traumatique ainsi que dans la gestion de la douleur. Chez le grand brûlé, la réalité virtuelle peut être appliquée dans le but de détourner son l'attention du soin douloureux en surchargeant le cerveau d'informations visuelles, auditives et kinésiques ce qui permettra de diminuer sa douleur ou comme méthode d'induction hypnotique en facilitant la visualisation par le biais d'images (Réalité-Virtuelle.com, 2015).

### **1.5.4 Stratégies de réduction de stress**

Les stratégies de réduction de stress sont des méthodes de relaxation basées sur une respiration profonde, un état de relaxation et sur le fait de se focaliser sur un souvenir agréable. En effet, l'évocation d'un souvenir positif peut aider le patient à éprouver un état émotionnel agréable et permettre de compenser certains effets néfastes liés à la douleur. Le but de cette approche est de diminuer l'anxiété ainsi que l'intensité de la douleur liée à celle-ci (Frenay et al., 2001 ; De Jong, Middelkoop, Faber & Van Loey, 2007).

### **1.5.5 Hypnose**

L'une des approches complémentaires qui se distingue actuellement des autres et qui est en pleine croissance dans le domaine de la recherche, et particulièrement pour la gestion de la douleur, est l'hypnose thérapeutique. Il s'agit d'un « état particulier de conscience, différent

de l'état ordinaire, dans lequel la personne va puiser les ressources enfermées dans son inconscient ». Le terme « hypnose » provient du dieu grec du sommeil, « Hypnos » (Gratz & Charpak, 2012, p. 28). Bien que ces méthodes alternatives s'apparentent, l'hypnose mène à un état de naturel dans lequel tout individu plonge au quotidien, mais qui peut également être conduit, à but thérapeutique, par un hypnopraticien.

Le psychiatre américain Milton Erickson (1901-1980) est le pionnier de l'approche de l'hypnose basée sur la relation. L'hypnose ericksonienne est la forme d'hypnose la plus pratiquée dans le monde car elle est facilement expérimentable et peut s'appliquer à des problématiques somatiques ou psychiques (Gratz & Charpak, 2012, p. 28). Cette approche donne une grande part d'autonomie au patient puisqu'elle l'amène à trouver des ressources enfouies dans son histoire personnelle, lui permettant ainsi de résoudre certains problèmes (Bioy, Célestin-Lhopiteau, Wood, 2016, p. 28). En effet, Erickson perçoit l'inconscient comme un réservoir capable de stocker un grand nombre d'informations bien supérieur à celles engrangées consciemment (Gratz & Charpak, 2012, p. 28).

De ce fait, l'hypnose ericksonienne est caractérisée par une attention centrée sur le patient et par l'importance de la communication entre ce dernier et le thérapeute (Bioy et al., 2016, p. 27). Ainsi, le soignant favorise l'accès aux ressources du patient en utilisant des outils de communication adaptés à celui-ci, tels que des suggestions, des images métaphoriques ou des associations d'idées (Gratz & Charpak, 2012, p. 28).

L'état de conscience modifiée, la « transe hypnotique », dans laquelle la personne est plongée par le praticien durant une séance d'hypnose, est un état physiologique que l'on expérimente tous lorsqu'on laisse aller son imaginaire en regardant les nuages ou en se laissant absorber par un film (Gratz & Charpak, 2012, p. 28). Les caractéristiques de l'état hypnotique sont une sensation d'apaisement, la perte de la notion du temps et de l'espace ainsi qu'une forme de lâcher prise (Bioy et al., 2016, p. 20).

L'induction hypnotique se fait principalement par la vision et par l'audition. Le patient doit faire abstraction du monde extérieur en focalisant son attention sur l'un de ses sens. Par exemple, dans le cadre de l'induction visuelle, le patient pourrait se concentrer sur un point en le fixant et en laissant sa vision devenir floue (Bioy et al., 2016, p. 52). Les suggestions utilisées par le thérapeute peuvent être constituées d'images ponctuelles ou de véritables récits par le biais de métaphores basées sur le monde interne du patient, en adéquation avec les symptômes décrits par celui-ci (Bioy et al., 2016, p. 95).

L'induction hypnotique doit être pratiquée par un personnel formé. En Suisse romande il existe une formation continue débouchant sur un CAS (*Certificate of Advanced Studies*) en «

Art en techniques hypnotiques dans les domaines de la santé et du social » (Institut Romand d'Hypnose Suisse [IRHYS], 2017). Une infirmière formée peut donc pratiquer l'hypnose en Suisse.

L'institut Milton Erickson de la région lémanique, « Hypsos », se situe dans le canton de Genève et a été créé en 1990. Cet organisme propose, lui aussi, une formation reconnue délivrant un titre en hypnothérapie traditionnelle. Celle-ci s'obtient après 36 jours de cours. Cet enseignement s'adresse aux professionnels de la santé et ainsi que de l'enseignement, de l'entreprise et du sport (Institut Milton Erickson de la Région Lémanique, s.d.).

En plus de l'usage de l'hypnose dans le cadre psychothérapeutique et d'autres multiples domaines, elle a également fait ses preuves dans la gestion de la douleur. En effet, divers travaux ont prouvé l'efficacité de l'hypnoanalgésie dans le traitement de douleurs aiguës ou chroniques (Bioy et al., 2016, p. 31), notamment par des techniques d'imagerie cérébrale, telles que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou le PET scan. Des effets de l'hypnose sur la modulation cérébrale de la douleur ont ainsi pu être mis en évidence (Bioy et al., 2016, p. 132). Il semble donc que l'hypnose puisse s'avérer très utile en cas de douleurs aiguës ou prolongées mais, pour ce faire, l'adhésion du patient à l'hypnose est primordiale (Bioy et al., 2016, p. 139).

Dans ce contexte, il est nécessaire de prendre en compte la douleur selon deux composantes, la sensation et l'émotion ; ainsi, l'hypnothérapeute peut agir sur les sensations désagréables (douloureuses) vécues par le patient ainsi que sur son ressenti émotionnel (Bioy et al., 2016, p. 134).

Il est nécessaire que le thérapeute tienne compte de la composante anxieuse du patient et qu'il emploie donc un ton de voix calme et rassurant. De plus, selon l'intensité de sa douleur physique et psychique, il est possible que le patient ait des difficultés à suivre les mots du praticien. D'autres sens, comme le toucher, peuvent alors être stimulés afin de capter l'attention du patient et que celui-ci ne soit plus focalisé sur la douleur provoquée par un soin (Bioy et al., 2016, p. 140).

« L'hypnose n'aide pas à comprendre la situation mais à la vivre autrement » ; c'est une manière différente de faire face à un symptôme et non pas de modifier le symptôme en tant que tel (Gratz & Charpak, 2012, p. 28). Cependant, il est à relever qu'il est presque impossible de supprimer totalement la douleur, l'objectif étant de la rendre beaucoup moins pénible (Bioy et al., 2016, p. 154).

L'hypnose peut également être induite sans la présence d'un thérapeute : il s'agit de l'auto-hypnose, qui garantit l'autonomie du patient dans la gestion de sa douleur. Cette méthode peut être enseignée et va permettre à la personne d'induire elle-même une transe

hypnotique (Bellet, 2015, p. 204). Un tel apprentissage s'acquiert toutefois après plusieurs séances d'hypnose avec un praticien (Bioy et al., 2016, p. 62), mais il peut être pertinent dans le but de rendre le patient « acteur de sa propre santé ». En résumé, l'hypnose a la propriété de pouvoir atténuer l'intensité de la douleur, l'anxiété et le stress liés aux interventions douloureuses ainsi que de diminuer l'administration de traitements pharmacologiques, la durée des soins et les coûts liés (Davadant & Raffoul, 2011, p.5). A partir de ces faits reconnus, l'hypnoanalgésie semble être une approche complémentaire pertinente dans la prise en soin de la douleur procédurale des grands brûlés.

Ainsi, en lien avec ces connaissances, l'utilisation de la théorie infirmière de la gestion des symptômes peut être introduite, celle-ci plaçant un symptôme, vécu comme étant négatif par le patient, au centre de la prise en soin. Ce modèle a pour but d'atténuer le symptôme et d'améliorer la qualité de vie du patient après avoir mis en place des stratégies et des interventions infirmières adaptées aux besoins spécifiques du patient (Baeriswyl, Delmas, Cohen, Python & Eicher, 2013, pp. 56-57), notamment, par l'utilisation de l'hypnose.

## **2. MODELE THEORIQUE**

Les théories de science infirmière représentent un ensemble de concepts tendant à définir le processus de soin. Les différents modèles théoriques se basent sur quatre concepts fondamentaux : l'individu, le soin, la santé et l'environnement. Les ancrages théoriques sont des références tant pour la pratique que pour le développement du savoir et de la recherche en science infirmière.

### **2.1. Modèle théorique retenu**

La théorie de gestion des symptômes est une approche théorique élaborée en 1994 par Janice Humphreys au sein de la faculté des Sciences Infirmières de l'université de Californie, à San Francisco (Baeriswyl et al., 2013, p. 57).

Cette théorie fait partie du paradigme interactif intégratif selon Newman, impliquant une prise en charge holistique du patient. C'est une théorie intermédiaire qui permet « à la fois la production des recherches, le développement d'interventions professionnelles et une utilisation concrète dans la pratique des soins » (Baeriswyl et al., 2013, p. 57). Elle fait partie de l'école des besoins, tout comme la théorie des autosoins développée par Dorothea Orem (1991) dont elle est inspirée. L'autosoin étant défini par « une action délibérée de prendre

soin de soi ou d'une personne dépendante, et de l'action de l'infirmière à combler tout déficit d'autosoin » (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.55).

## **2.2. Ancrage disciplinaire**

La théorie de la gestion des symptômes est applicable à la problématique du travail, ce modèle théorique ayant pour objectif de « placer l'expérience vécue de la personne malade à la base du processus de soins infirmiers » (Eicher et al., 2013, p. 15) afin d'aboutir à une diminution de la détresse du patient, à une amélioration de ses soins ainsi qu'à un meilleur travail interprofessionnel. Comme vu précédemment, la douleur est une notion subjective qu'il est essentiel de prendre en compte de façon individualisée. Or, le symptôme, expérimenté par la personne, est décrit comme étant subjectif et pouvant modifier certains comportements individuels (Smith & Liehr, 2014, p. 141). De plus, selon Dodd, Janson et al. (2001), cités par Eicher et al. (2013), un symptôme peut engendrer un bouleversement dans le fonctionnement bio-psycho-social de l'individu. De plus, il peut être provoqué par « les atteintes fonctionnelles liées à la maladie, les thérapies médicamenteuses ou par d'autres interventions thérapeutiques » (Baeriswyl et al., 2013, p. 57).

L'approche infirmière de Humphreys est constituée de trois concepts centraux :

**L'expérience du symptôme** est le vécu personnel du patient face à un changement de fonctionnement, une sensation inhabituelle. L'estimation d'un symptôme se fait en fonction de sa gravité, de sa cause, de ses possibilités de traitement et de son impact sur la vie quotidienne. Il implique la perception, l'évaluation du patient ainsi que sa réponse face au symptôme (Dodd et al., 2001, p.671).

**Les stratégies de gestion du symptôme** sont les moyens mis en place par le patient, avec ou sans l'aide d'un soignant, afin d'éviter, d'atténuer ou de repousser l'expérience de son symptôme. La mise en place des stratégies passe par l'évaluation personnelle de l'individu (Dodd et al., 2001, p.673). Afin de mettre en place ces stratégies spécifiques il est important de spécifier les interventions en posant les questions suivantes : Qui ? Comment ? Où ? Quand ? Quoi ? (Smith & Liehr, 2014, p.143) Pourquoi ? Combien ? (Dodd et al., 2001, p.673).

**Les résultats obtenus sur l'état du symptôme** découlent de la mise en place des stratégies. Tout changement ayant une répercussion sur le symptôme va être mesuré afin de déterminer la pertinence de la ou des stratégie(s) adoptée(s). Le résultat est objectivé par la diminution de la récurrence, de l'intensité ou de la pénibilité. De la diminution du symptôme

résultent une meilleure activité physique et psychique, une qualité de vie augmentée, une réduction du séjour en milieu hospitalier ainsi qu'un retour plus rapide dans le monde du travail ; tout cela implique donc une diminution des coûts du système de santé (Eicher et al., 2013, p.18 ; Smith & Liehr, 2014, p. 143).

Selon, Dodd et al., (2001) cité par Eicher et al. (2013), six hypothèses sont proposées afin de permettre une bonne compréhension des trois concepts de la théorie de la gestion des symptômes :

- L'évaluation des symptômes doit se baser sur la perception de l'individu qui expérimente le symptôme et qui l'auto-évalue ;
- Ce modèle s'applique aux personnes qui vivent une expérience de symptômes mais il peut être aussi utilisé pour les personnes susceptibles de développer des symptômes à cause de l'influence de variables contextuelles telles que les conditions de travail, par exemple. Dans ce cas, des stratégies d'intervention préventives peuvent être initiées ;
- Lorsque les personnes ne peuvent pas s'exprimer verbalement, les soignants doivent tenir compte de l'interprétation de l'expérience des symptômes proposés par les proches ;
- Tout symptôme gênant doit être géré ;
- Les stratégies de gestion de symptômes peuvent s'adresser à la personne, une famille, un groupe ou un environnement de travail ;
- La gestion des symptômes est un processus dynamique qui peut être modifié par les résultats obtenus par la personne et par les interrelations entre la personne, la santé/maladie et l'environnement, trois notions capitales dans le domaine des sciences infirmières (p.16).

### 2.3. Métaconcepts

L'individu est perçu comme un être bio-psycho-social spirituel et culturel, composé de données démographiques, psychologiques, physiologiques et de développement, formant un tout indivisible (Eicher et al., 2013, p. 17). Par ce qu'il est, il influence la perception de son propre vécu du symptôme. Un patient grand brûlé a vécu un traumatisme qu'il est indispensable de prendre en compte, tout comme sa personnalité et son caractère.

L'environnement, lui, est externe à la personne et comprend son milieu physique (logement, travail), social (relations interpersonnelles) et culturel (croyances, valeurs, religion).

La santé est liée à l'individu et englobe l'état de santé, les facteurs de risque, les antécédents, les maladies, les traumatismes ainsi que les handicaps (Smith & Liehr, 2014, p. 144).

Le soin se définit par l'application d'une stratégie visant à diminuer un symptôme désagréable. Il est centré sur l'individu et doit être prodigué « en tenant compte de ses valeurs, ses préférences et ses besoins » (Baeriswyl et al., 2013, p. 57). Le soin est prodigué dans le but de rendre l'individu autonome, afin qu'il réponde de manière naturelle à ses propres besoins et qu'il développe des compétences d'autogestion face au symptôme auquel il est confronté (Baeriswyl et al., 2013, p. 57).

En effet, ce modèle théorique a pour objectif final la mise en œuvre de ressources et de stratégies par le patient lui-même. Cependant, lorsque celui-ci n'est pas en mesure de pouvoir faire une telle démarche (comme c'est le cas pour les patients sévèrement brûlés souffrant de douleurs induites par les soins), l'infirmière peut, en collaboration avec le patient, tenir ce rôle en étendant ses propres compétences et, ainsi, répondre à ses besoins de manière à traiter son symptôme. Ainsi, un objectif, pour le patient grand brûlé, pourrait être que ce dernier soit en capacité de pratiquer, à long terme, l'auto-hypnose afin de soulager, ses propres douleurs ressenties durant les soins, bien que, dans certains cas, les douleurs et la situation clinique sont telles que le patient n'est pas à même de pouvoir le faire.

## **2.4 Modèle théorique et problématique**

Le concept d'expérience du symptôme est propre à chaque individu, tout comme l'anxiété liée aux soins et le ressenti de la douleur. C'est pourquoi les stratégies de gestion des symptômes sont adaptées à chaque patient en fonction des symptômes de celui-ci.

Afin d'obtenir une prise en soin optimale, l'infirmière a pour rôle principal d'inviter le patient à la réflexion ainsi qu'à l'expression de son expérience. Il est aussi de son devoir de mettre en évidence un ou plusieurs symptôme(s) incommodant(s) et de concevoir, en partenariat avec le patient, une stratégie personnalisée dans le but de résoudre la problématique de santé retenue et de procurer un soulagement.

Pour ce faire, il est nécessaire que l'infirmière considère les connaissances du patient, ses ressources et le symptôme qu'il décrit. Il est également capital qu'elle ne banalise pas l'expérience du patient, de manière à prodiguer des soins centrés sur ce dernier, tout au long de sa prise en soin (Baeriswyl et al., 2013, p. 59). Ensemble, patients et soignants mettent en place plusieurs stratégies et interventions adaptées et personnalisées en fonction du patient afin d'avoir un effet positif sur le symptôme en question. L'infirmière et le patient

collaborent à l'élaboration de ces stratégies, mais il se peut également que le patient trouve lui-même la stratégie adéquate. Voici un exemple tiré de Baeriswyl et al. (2013) : “Madame A., en période de ménopause, a des bouffées de chaleur. Elle transpire abondamment. Pour faire baisser la température de son corps, elle se rafraîchit, ce qui lui permet de diminuer le symptôme ou de mieux le supporter selon les circonstances dans lequel il apparait” (p.56).

L'application de ce modèle théorique est pertinente pour les patients souffrant de maladies chroniques ou présentant des symptômes récurrents (Baeriswyl et al., 2013, p. 57). Rapportée aux grands brûlés, la théorie de la gestion des symptômes prend tout son sens ; cette population est quotidiennement exposée à des douleurs intenses sur le long terme. Il est essentiel de gérer le symptôme qu'est la douleur en diminuant le symptôme douloureux jusqu'à ce qu'il devienne « tolérable » pour le patient. Ainsi, une meilleure chance de guérison peut s'obtenir et des complications sur le long terme peuvent être évitées.

### 3. QUESTION DE RECHERCHE

Le but de cette revue de littérature est d'identifier l'impact de l'hypnose dans la diminution de la douleur procédurale du grand brûlé hospitalisé, selon la théorie de la gestion des symptômes. Compte tenu de cette problématique, la question de recherche est la suivante :

**Quel est l'impact de l'hypnose dans la gestion du symptôme perçu comme douloureux induit par les soins chez le grand brûlé adulte hospitalisé ?**

### 4. METHODE

Pour tenter de répondre à cette question de recherche, une revue de littérature a été réalisée selon l'équation de recherche nommée PICOT (Population, Intervention, Comparaison *Outcome* et Temporalité).

Afin d'obtenir des résultats pertinents, des mots-clés ont été sélectionnés. Ceux-ci ont été traduits en anglais par HONsélect, un outil de *Fondation Health On The Net* permettant de cibler la recherche d'informations médicales (HONsélect, Health On The Net Foundation, 2008). Ce processus a permis de relever des MeSH-Terms (*Medical Subject Headings*) liés à la problématique. Les mots-clés (en anglais) ont ensuite été entrés dans les deux bases de données que sont Pubmed et Cinahl et six articles pertinents et spécifiques à la question de recherche ont été retenus.

#### 4.1. PICOT

Tableau 1

*PICOT*

PICOT	Concepts-clés	MeSH terms
P (population)	Grand brûlé	Burn patient
I (intervention)	Hypnose	Hypnosis
C (comparaison, contexte)	Douleur procédurale	Procedural pain
O (outcome)	Gestion de la douleur	Pain management
T (temporalité)	Hospitalisation	Hospitalization

## 4.2. Diagramme de flux

Le diagramme de flux permet de visualiser le processus d'identification des articles scientifiques dans les bases de données ; il représente, de manière graphique, la recherche d'articles liés la problématique. Grâce à cet outil ainsi qu'aux équations de recherche effectuées il est possible de suivre le processus de sélection et d'exclusion d'articles. En se basant sur la méthode PICOT, et en l'appliquant à la problématique du travail, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés afin que les articles soient pertinents par rapport à la question de recherche.

Tableau 2.

*Equations de recherche*

Base de données	Equations de recherche	Filtres	Résultats
Pubmed	Burn AND pain		971
	Burn AND pain AND hypnosis		23
	Burn AND pain AND hypnosis	19 ans et + Publications à partir de 2000	10 dont 5 retenus
Cinahl	Burn AND pain		1327
	Burn AND pain AND hypnosis		28
	Burn AND pain AND hypnosis	19 ans et + Publications à partir de 2000	11 dont 6 retenus 5 identiques retrouvés sur Pubmed

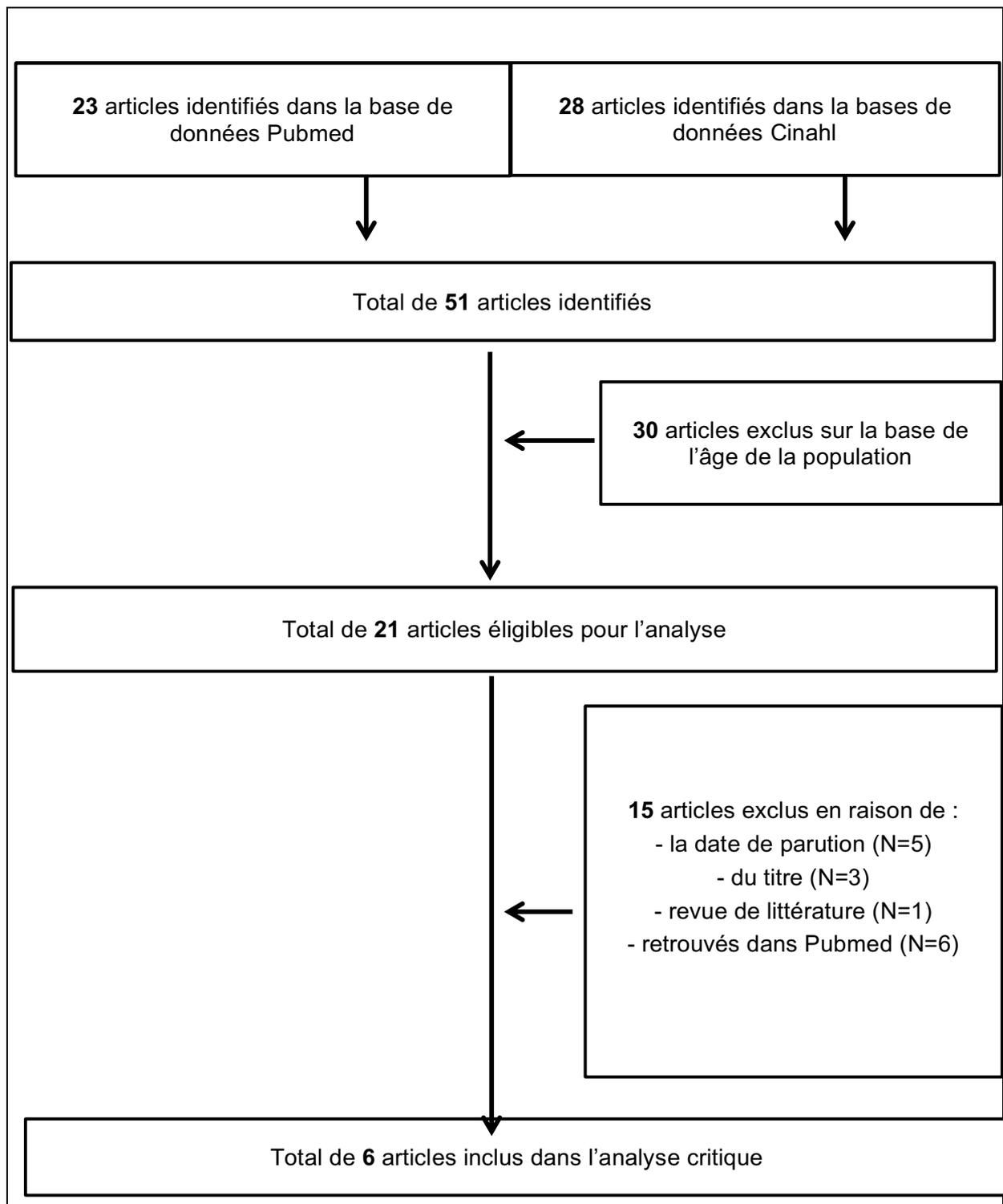


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

### **4.3. Critères d'inclusion**

Le plus ancien article sélectionné a été publié en 2000 dans la perspective d'être au plus près de la réalité du terrain. Tous les articles prennent en compte une population adulte et l'un des six (Shakibaei et al., 2008) étudie également des enfants de plus de cinq ans, mais la moyenne d'âge des participants est de 23,6 ans. Par ailleurs, ont été sélectionnées les études concernant l'hypnose et sa comparaison avec d'autres méthodes non-pharmacologiques et des nouvelles technologies entraînant également l'induction hypnotique.

### **4.4. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion de ce travail sont les publications parues avant 2000, celles comprenant uniquement une population infantile ou des individus n'étant pas en milieu hospitalier (en ambulatoire ou à domicile, par exemple). Enfin, les méta-analyses ainsi que les articles traitant uniquement de méthodes non-pharmacologiques autres que l'hypnose ont également été exclus.

## 5. RESULTATS

Les six recherches retenues ont été lues et synthétisées. Il s'agit de quatre essais contrôlés randomisés (Wiechman Askay, Patterson, Jensen & Sharar, 2007 ; Shakibaei, Harandi, Gholamrezaei, Samoei & Salehi, 2008 ; Wright & Drummond, 2000 ; Frenay, Faymonville, Devlieger, Albert & Vanderkelen, 2001), d'une étude rétrospective (Berger et al., 2009) et d'une série de cas (Patterson, Wiechman Askay, Jensen & Sharar, 2006).

Les articles sélectionnés pour cette revue de littérature sont analysés et synthétisés sous forme de tableaux présentés ci-dessous (Tableaux 3, 4, 5, 6, 7 et 8). Ceux-ci permettent d'avoir une vision globale et mettent en avant les thèmes en lien avec la question de recherche.

### 5.1. Résultats par thème

L'analyse et la comparaison des publications ont mis en évidence cinq thèmes essentiels. Ceux-ci permettent de discuter la problématique de cette revue de littérature. Les points communs émergeant des articles vont être mis en évidence et confrontés entre eux.

Les thèmes développés sont les suivants :

- L'impact de l'hypnose sur la douleur
- L'impact de l'hypnose sur l'anxiété
- L'impact de l'hypnose sur l'administration d'antalgiques
- L'hypnose et le niveau de réceptivité à l'hypnose
- L'impact de l'hypnose sur d'autres items

#### 5.1.1. Impact de l'hypnose sur la douleur

Le thème de la douleur procédurale est récurrent dans cinq articles retenus (Berger et al., 2009 ; Wright & Drummond, 2000 ; Patterson et al., 2006 ; Frenay et al., 2001 ; Wiechman Askay et al. 2007). Quatre d'entre eux traitent d'alléger l'intensité de la douleur suite à l'hypnose ou à des méthodes dérivées telles que l'analgésie par induction rapide et la réalité virtuelle. En effet, l'étude suisse de Berger et al. (2009) démontre que le score quotidien d'auto-évaluation de la douleur est significativement plus bas pour le groupe bénéficiant d'hypnose que pour le groupe témoin ( $p < 0.0001$ ). La recherche de Wright & Drummond (2000), elle aussi, présente une diminution de l'intensité de la douleur procédurale chez les sujets recevant les séances d'analgésie par induction rapide ( $p < 0,001$ ) entre la mesure de

base et la première intervention reçue. Enfin, Patterson et al. (2006) affirment que les niveaux d'intensité de la douleur ont manifestement diminué chez les patients entre le premier et le troisième jour d'étude : l'évaluation de la pire douleur imaginable des patients a baissé de 20%.

L'étude de Frenay et al. (2001) a la particularité d'évaluer deux groupes recevant une intervention psychologique (hypnose ou stratégie de réduction de stress). En comparant ces deux approches entre elles, aucune diminution statistiquement significative de la douleur n'a pu être objectivée avant, pendant et après les soins de la plaie. Cependant, dans ces deux groupes, une baisse de l'intensité de la douleur a été constatée après les interventions psychologiques. Wiechman Askay et al. (2007) évaluent eux aussi deux approches psychologiques (hypnose et relaxation), démontrent une diminution conséquente de la douleur chez le groupe recevant de l'hypnose, mais aussi une atténuation sensible entre le début et la fin de l'étude pour le deuxième groupe.

La douleur de fond est une autre forme de douleur qui est évaluée dans deux articles retenus. En effet, Shakibaei et al. (2008) étudient l'efficacité de l'hypnose sur la douleur de fond, et durant la cinquième séance d'hypnothérapie, les patients démontrent un niveau de douleur plus faible que dans le groupe contrôle. L'étude qui a été menée par Wright & Drummond (2000) est la seule qui conçoit la douleur de fond selon deux dimensions, affective et sensorielle. L'évaluation de la composante affective de la douleur de fond est plus importante dans le groupe d'analgésie par induction rapide que dans le groupe contrôle lors de la première mesure, mais ceci a disparu durant les deux séances de soins.

### **5.1.2. Impact de l'hypnose sur l'anxiété**

Cinq des six articles sélectionnés abordent également l'impact positif de l'hypnose sur l'anxiété (Wiechman Askay et al., 2007 ; Berger et al., 2010 ; Frenay et al., 2001 ; Patterson et al., 2006 ; Wright & Drummond, 2000). L'anticipation anxieuse augmente le ressenti de la douleur et une forte douleur crée encore plus d'anxiété chez les patients. En diminuant le niveau d'anxiété, l'hypnose permet donc de rompre ce cercle vicieux.

Dans l'étude de Frenay et al. (2001), les patients ayant reçu des séances d'hypnose étaient statistiquement moins anxieux avant et pendant les soins de plaies par rapport au groupe de stratégie de réduction du stress (SRS). Selon Wright & Drummond (2000), les patients ayant bénéficié d'analgésie par induction rapide (RIA) ont aussi vu leur niveau d'anxiété ainsi que leur détresse ressentie avant le second traitement diminuer sous RIA. Dans l'étude de Berger et al. (2010) une diminution significative de l'anxiété après les soins a été constatée. Il en va de même pour Patterson et al. (2006) qui observent une diminution de 26% de

l'anxiété par rapport aux données de base récoltées après les premiers soins de plaies.

En revanche, Wiechman Askay et al. (2007) ne démontrent pas de différence révélatrice au niveau de l'anxiété, le seul score statistiquement différent entre les deux groupes étant la douleur procédurale.

### **5.1.3. Impact de l'hypnose sur l'administration d'antalgiques**

Parmi les articles sélectionnés, quatre d'entre eux étudient le lien entre l'administration de traitements antalgiques et l'approche hypnotique (Wiechman Askay et al., 2007 ; Berger et al., 2010 ; Patterson et al., 2006 ; Wright & Drummond, 2000). La plupart des études (trois sur quatre) relèvent une diminution notable des doses d'antalgiques demandées par les patients après introduction de l'hypnose ou d'approches semblables.

En effet, Berger et al. (2010) constatent que les demandes d'administration en fentanyl et en propofol sont fortement réduites suite à l'hypnose ( $p < 0.0001$ ), tout comme Patterson et al. (2006), qui relèvent 50% d'opioïdes administrés de moins le troisième jour en comparaison à la mesure de base. Les résultats de l'étude de Wright & Drummond (2000) vont également dans ce sens : la consommation d'antalgiques (paracétamol et codéine) est atténuée dans le groupe d'antalgie par induction rapide ( $p < 0,01$ ), contrairement au groupe témoin. En revanche, Wiechman Askay et al. (2007) objectivent une baisse non-significative quant à l'administration d'opioïdes chez le groupe « hypnose » par rapport au groupe « relaxation ».

### **5.1.4. Hypnose et niveau de réceptivité à l'hypnose**

Wiechman Askay et al. (2007), Wright & Drummond (2000) ainsi que Patterson et al. (2006) mesurent le niveau de relaxation et de transe hypnotique des patients selon la *Tellegen Absorption Scale* et/ou la *Stanford Hypnotic Clinical Scale*, échelles spécifiques dans ce domaine.

Un élément intéressant soulevé par Wright & Drummond (2000) est qu'il existe une corrélation entre la réduction de la douleur et les scores d'absorption hypnotique, c'est à dire le niveau de transe hypnotique ( $p < 0,05$ ). Cette étude relève donc que plus la capacité d'absorption est élevée, plus la douleur est diminuée, ce qui signifie que l'effet est subjectif et propre à chacun. Or les études de Patterson et al. (2006) et de Wiechman Askay et al. (2007) démontrent toutes les deux un niveau modéré d'absorption chez les patients étudiés.

### **5.1.5. Impact de l'hypnose**

#### **5.1.5.1. Sur les coûts**

L'étude de Berger et al. (2010) est la seule retenue des six à tenir compte de l'aspect financier lié à une intervention hypnotique. Les auteurs observent que des économies conséquentes ont été réalisées pour le groupe ayant reçu de l'hypnose par rapport à la durée d'hospitalisation : en moyenne, cinq jours d'hospitalisation en soins intensifs de moins par patient et six jours d'hospitalisation totale en moins.

De plus, le nombre d'anesthésies reçues baisse, lui aussi, significativement, puisque chaque patient en a reçu, en moyenne, deux en moins. Les auteurs relèvent qu'il est toutefois nécessaire de prendre en compte les frais liés à l'infirmière hypno-praticienne. Cependant, au final, l'économie annuelle liée à l'hypnoalgésie est estimée à 174'640 euros. Il est également probable qu'une réduction de traitements antalgiques administrés engendre une diminution des coûts de la santé.

#### **5.1.5.2. Sur le souvenir du traumatisme**

L'étude de Shakibaei et al. (2008) a pour objectif second d'évaluer l'efficacité de l'hypnose sur le souvenir du traumatisme chez des grands brûlés. Celle-ci s'est faite en relevant le nombre de fois où les patients ont ressenti un souvenir intense de l'événement traumatique par tranches de 24h, avant le début de l'expérience et durant la troisième et la cinquième séance d'hypnothérapie. Le groupe d'hypnothérapie obtient un score significativement amoindri entre la mesure de base et la troisième séance ainsi qu'entre la mesure de base et la cinquième expérience d'hypnose, contrairement au groupe témoin qui ne démontre, lui, pas de diminution.

## 5.2. Tableau comparatif

Tableau 3

*Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns*

Auteurs/ année	Population/ Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Berger, M.M., Davadant, M., Marin, C., Wasserfallen J.B., Pinget, C., Maravic, P., Koch, N., Raffoul, W. & Chiolerio, R.L. (2009).	46 adultes sévèrement brûlés hospitalisés aux soins intensifs, au CHUV (Lausanne), pour une durée de plus de 24 heures, acceptant d'expérimenter l'hypnose  Etude rétrospective	Evaluer l'impact de l'hypnose sur l'intensité et l'anticipation de la douleur induite par les soins. Représenter informatiquement les degrés de douleurs ressenties et les doses d'opioïdes reçues Estimer les économies réalisées suite à l'utilisation de l'hypnose	Un groupe (N=23) recevant des séances d'hypnose est comparé au groupe (N=23) recevant les soins standard  VAS : auto-évaluation de la douleur (0 à 100) ESAS : auto-évaluation de la douleur (dont anxiété et dépression, notamment) Convertisseur informatique d'opioïdes en morphine Questionnaires à la fin de leur hospitalisation pour évaluer la perception de leur douleur procédurale	Douleur : réduction de la VAS pour le groupe hypnose. Anxiété : allégement du score ESAS après chaque séance d'hypnose. Administration d'opioïdes et de sédatifs fortement réduits après introduction de l'hypnothérapie. Diminution significative du nombre de consultations psychiatriques pour le groupe hypnose. Amoindrissement des coûts financiers pour le groupe hypnose (durée d'hospitalisation et nombre d'anesthésies reçues)	Taille de l'échantillon : 23 des 40 participants seulement ont pu terminer l'étude, donc l'hypnose n'est pas applicable à tout patient en soins intensifs (délirium, etc.) Etude non randomisée : les données n'ont pas été récoltées durant les mêmes périodes (groupe contrôle entre 2002 et 2006 et groupe expérimental entre 2006 et 2007), ce qui engendre un biais de contrôle.

Tableau 4

*A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care*

Auteurs/ année	Population/ Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Wiechman Askay, S., Patterson, D., Jensen, M. & Sharar, S. (2006).	<p>46 participants hospitalisés pour une durée de 3 jours minimum atteints de brûlure(s) et requérant des soins de plaie quotidiens.</p> <p>Essai contrôlé randomisé</p>	Comprendre les effets de l'hypnose sur les différentes composantes de la douleur, comparer l'efficacité de l'hypnose à celle de la relaxation	<p>Les participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes, l'un recevant de l'hypnose et l'autre de la relaxation. La récolte de données a été réalisée sur deux jours et les interventions (relaxation ou hypnose) ont eu lieu durant le troisième jour par des psychologues formés</p> <p>Version écourtée du <i>McGill Pain Questionnaire</i> : auto-évaluation de la douleur clinique (sensorielle, affective et autres composantes qualitatives)  <i>Graphic Rating Scales</i> : auto-évaluation de la douleur (0 à 100)            BSAS : auto-évaluation de l'anxiété spécifique aux brûlés (0 à 100); évaluée durant les soins.            SHCS : évaluation de la sensibilité à être hypnotisé            TAS : auto-évaluation de la susceptibilité à être hypnotisé.  <i>Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire</i> : questionnaire évaluant la capacité de dissociation d'un individu et les symptômes d'anxiété liés à un traumatisme.</p>	<p>Douleur : diminution sensible entre le début et la fin de l'étude pour les deux groupes ; différence significative de l'intensité de la douleur selon le questionnaire MPQ pour le groupe hypnose, mais pas pour les autres variables.            Administration d'opioïdes : réduction sensible pour le groupe hypnose par rapport au groupe de la relaxation.            Satisfaction de 80% des participants</p>	<p>Absence d'un troisième groupe qui n'aurait reçu aucune intervention non-pharmacologique, afin d'éviter les biais : il aurait permis d'établir des conclusions concernant les effets relatifs de la relaxation et de l'hypnose.            Taille restreinte de l'échantillon : avec un échantillon plus grand, des différences plus significatives entre les deux groupes auraient pu être relevées.</p>

Tableau 5

*Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients*

Auteurs/ année	Population/ Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Shakibaei, F., Harandi, A. A., Gholamrezaei, A., Samoei, R. & Salehi, P. (2008).	44 patients âgés de plus de 5 ans (moyenne d'âge : 23,6 ans)  Essai contrôlé randomisé	Evaluer l'efficacité de l'hypnose sur la douleur et sur l'évocation du souvenir du traumatisme chez les grands brûlés	Les participants ont été répartis aléatoirement en 2 groupes (N=22) : un groupe recevant des séances d'hypnothérapie complémentaires aux soins et l'autre, uniquement les soins de brûlures « standards ». Le groupe interventionnel a reçu cinq séances d'hypnose sur une semaine. Des variables relatives à la douleur et au nombre d'évocations du traumatisme ont été mesurées au début de l'étude et durant la troisième et cinquième séance dans les deux groupes.  Echelle d'auto-évaluation de la douleur de fond (0 à 5) Evaluation de la ré-expérience du traumatisme : relevé du nombre de fois où les patients ont eu un souvenir intense de l'événement traumatique par tranches de 24h, avant le début de l'expérience et durant la troisième et la cinquième séance. Les données liées à l'âge ont également été évaluées	Douleur : durant la cinquième séance, le groupe hypnose relève un niveau de douleur plus faible que le groupe contrôle. Evocation du traumatisme : le groupe hypnose a un score significativement réduit entre la mesure de base et la troisième et cinquième séance, contrairement au groupe témoin qui ne démontre pas de diminution.	Taille restreinte de l'échantillon : la douleur de fond a été évaluée à certains moments précis uniquement, et non sur un intervalle de temps plus large, ce qui ne reflète pas exactement la douleur chronique. La mesure du niveau d'évocation du traumatisme est peu détaillée et il ne s'agit pas d'une échelle en tant que telle. De plus, il est possible que la consigne de comptabiliser ces pensées mène à une accentuation de leur fréquence

Tableau 6

*Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care*

Auteurs/ année	Population/ Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Wright, B.R. & Drummond, P.D. (2000).	30 participants, dont 8 femmes et 22 hommes. Ils sont âgés entre 18 et 48 ans.  Essai contrôlé randomisé	Evaluer l'effet de l'analgésie par induction rapide sur les douleurs, l'anxiété et sur l'administration de traitements antalgiques	La récolte des données s'est faite sur deux sessions.  Echelle STAI (auto-évaluation) pour mesurer l'anxiété. Evaluation verbale (de 0 à 10) de la douleur de fond, procédurale sur une dimension sensorielle et affective. Evaluation du niveau de relaxation entre 0 à 10	L'anticipation anxieuse et la composante affective de la douleur diminuent, impliquant moins de détresse avant les soins lors de la deuxième session. L'intensité de la douleur baisse également pendant les soins pour les sujets bénéficiant de la RIA.	Probable biais de désirabilité sociale : il est possible que l'hypno-praticien, qui à la fois propose les séances et évalue les variables que sont l'anxiété et la douleur, se présente sous un « meilleur jour » pour les patients

Tableau 7

*Hypnosis delivered through immersive virtual reality for burn pain: a clinical case series*

Auteurs/ année	Population/ Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Patterson, D.R., Wiechman Askay, S.A., Jensen, M. & Sharar, S.R. (2007).	13 patients de plus de 16 ans (moyenne d'âge : 38 ans).  Série de cas	Tester la réalité virtuelle en tant qu'hypnoalgésie en milieu clinique et évaluer les effets de l'induction de l'hypnose par la RV chez 13 patients atteints de brûlures.	Avant les soins de plaie, durant le deuxième jour, une induction hypnotique audiovisuelle dans un monde virtuel ( <i>Snow World</i> ) a été réalisée par un ordinateur tridimensionnel.  Echelle GRS (échelle abrégée de la BSPAS) : contient 5 items et utilise une échelle visuelle analogique (de 0 à 100). TAS : échelle d'auto-évaluation de 34 items avec des réponses « vrai/faux » : évaluation de la susceptibilité hypnotique SHCAS : détermine le niveau d'hypnotisabilité	Les niveaux d'intensité de la douleur ont diminué de 20% et ceux d'anxiété de 26%, dans le groupe « RV », par rapport aux données de référence. De plus, la consommation en opioïdes a été considérablement réduite chez ces patients. Ces chiffres sont significatifs pour une population présentant des niveaux extrêmement élevés d'anxiété et de douleur.	Biais de sélection (12 participants sur 13 sont des hommes) 38% d'abandon Absence d'un groupe contrôle

Tableau 8

*Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy*

Auteurs/ année	Population/ Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Frenay, M.-C., Faymonville, M.-E., Devlieger, S., Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001).	30 participants, dont 4 du groupe « hypnose » n'ayant pas terminé l'étude et 15 dans le groupe « SRS ». Il s'agit d'hommes et de femmes ayant entre 18 et 65 ans.  Etude prospective randomisée	Comparer les deux techniques de soutien psychologiques que sont l'hypnose et la SRS et évaluer l'impact que ces interventions ont sur l'intensité de la douleur et de l'anxiété des patients lors de changements de pansements.	Les données ont été enregistrés sur des intervalles de deux jours, avant, pendant et après les changements de pansements. Les interventions psychologiques ont été proposées au jour 8 et 10 pour les deux groupes. Chaque jour, une prémédication analgésique a été injectée à tous les participants 20 minutes avant le soin.  VAS : échelle d'auto-évaluation (de 0 à 10) par paramètre (anxiété, contrôle de la douleur et satisfaction à supporter le changement de pansement). Cette évaluation s'est faite avant, pendant et après chaque changement de pansement.	Diminution significative du niveau d'anxiété chez le groupe « hypnose », avant et pendant les soins. Les scores de la douleur sont également plus bas pour le groupe hypnotisé avant, pendant et après les soins ; cependant, la différence n'est pas statistiquement significative. Le soutien psychologique baisse significativement la douleur et augmente la satisfaction dans les deux groupes.	Absence d'un groupe contrôle 4 personnes du groupe « hypnose » n'ont pas pu terminer l'étude (donc 26 participants). Utilisation de la VAS comme seul outil de récolte de données Antalgie intramusculaire (IM) uniquement : l'hypnose n'a pas été associée à une sédation intraveineuse contrôlée par le patient. Il est donc probable que l'injection IM standard avant le changement de pansement n'était pas suffisante pour contrôler la douleur. Or une trop intense douleur empêche les patients de maintenir la transe hypnotique.

## 6. DISCUSSION

Dans le but de répondre à la question de recherche : « **Quel est l'impact de l'hypnose dans la gestion du symptôme perçu comme douloureux induit par les soins chez le grand brûlé adulte hospitalisé ?** », les résultats précédemment présentés par thèmes vont à présent être discutés. Il a été mis en lumière que l'hypnose est une méthode alternative démontrant des résultats positifs dans la gestion de ce dernier. En plus de diminuer ce symptôme, cette méthode a un impact également sur l'anxiété, souvent associée à la douleur, ainsi que l'administration d'antalgique.

Afin d'émettre quelques pistes de réflexion et de propositions de réponse, la discussion s'articule en trois parties. La première reprenant les principes-clés de la théorie de la gestion des symptômes et les met en lien avec la problématique ; la deuxième aborde le rôle infirmier vis-à-vis de l'hypnoanalgésie. La troisième partie, quant à elle, traite de la thématique des patients et de leur qualité de vie.

### 6.1. Gestion des symptômes

Avant d'aboutir à la question de recherche, un questionnement a été effectué au préalable, à savoir : pourquoi tant de douleur dans cette population ? Pourquoi les traitements pharmacologiques ne suffisent-ils pas à la calmer ? Par les recherches épidémiologiques, physiopathologiques et pharmacologiques effectuées, ces questions ont pu être explicitées. Cependant, en tant qu'infirmière, quel est son rôle propre dans la gestion de la douleur du grand brûlé ?

Par l'application de la théorie de gestion des symptômes, l'infirmière agit de manière autonome en se basant sur les trois concepts principaux de la théorie, à savoir, l'expérience du symptôme, la stratégie de gestion du symptôme et les résultats obtenus sur le symptôme.

Chez le patient sévèrement brûlé, **l'expérience du symptôme douloureux**, est une perception subjective, influencée par son vécu, ses représentations, sa culture, ses valeurs etc. De plus, la douleur est difficile à évaluer car variable en intensité ainsi qu'en récurrence. Elle représente un élément central dans le travail infirmier puisque, la douleur impacte considérablement la qualité de vie du patient. Dans la phase initiale de prise en soin, le rôle de l'infirmière est d'accompagner le patient grand brûlé dans l'identification de ses douleurs et des facteurs les influençant. Par l'utilisation d'outils, comme des échelles d'évaluation de

la douleur, son regard critique et son évaluation clinique, elle va objectiver le symptôme, le quantifier, mesurer son intensité, le localiser, le temporaliser afin d'avoir une vision globale de l'impact que cela a sur le patient. Son évaluation doit se faire avant, pendant et après les soins, dans le but de mettre en place des actions ou stratégies adaptées et personnalisées au patient.

En plus des traitements pharmacologiques administrés avant toutes procédures de soins, réfections de pansements, mobilisation etc. l'hypnose est une **stratégie** complémentaire permettant de gérer la douleur. C'est une ressource abordable dans le sens où il suffit d'un thérapeute pour la mettre en application. De plus, les contre-indications sont les limites dans lesquelles le praticien travaille, la surdité, la barrière de la langue et le refus du patient.

Il est toutefois important de souligner qu'en aucun cas cette approche n'est perçue en tant qu'unique méthode antalgique. Il est également bon d'avoir conscience qu'elle n'est pas forcément adaptée à chacun : elle dépend notamment de l'hypnotisabilité de l'individu ; de ce fait, pour les personnes réfractaires, d'autres alternatives seraient à explorer, telles que la relaxation, la musicothérapie, la sophrologie par exemple.

C'est pourquoi, avant de mettre en place des séances, il s'agit, pour l'infirmière de se poser certaines questions : qui est le bénéficiaire de cette stratégie ? Est-il volontaire ? Comment cette stratégie va-t-elle être appliquée ? Quand, à quel moment de la journée et durant quelle procédure de soins va-t-elle être dispensée ? A quelle fréquence ? Dans quel cadre ? Pourquoi le choix de cette méthode ? Ces interrogations sont en lien avec la théorie de gestion des symptômes et aident à définir au mieux la pertinence de la stratégie à appliquer. Suivant les réponses le soignant adapte ou propose une stratégie alternative plus adéquate en fonction du patient.

Les **résultats obtenus** sur l'état du symptôme impliquent une réévaluation infirmière adéquate avec les outils cités précédemment de façon à apprécier l'efficacité de la stratégie élaborée et de la réadapter au besoin. Mesurer la récurrence de l'apparition de la douleur et la diminution de sa pénibilité sont de bon facteur de réévaluation du symptôme. En centrant sa pratique sur le ressenti du patient, l'infirmière peut ainsi adapter, ajuster ou modifier, si besoin, la stratégie choisie.

Cela correspond à la **première hypothèse de la théorie de la gestion des symptômes** : « l'évaluation des symptômes doit se baser sur la perception de l'individu qui expérimente le symptôme et qui l'auto-évalue » (Dodd et al. 2001).

**La deuxième hypothèse** retenue est que " tout symptôme gênant doit être géré " (Dodd et al. 2001). L'une des fonctions premières de la profession infirmière est de garantir le bien-

être du patient. Afin de gérer les symptômes de ce dernier, l'infirmière doit faire preuve de créativité en proposant diverses stratégies afin qu'il ait le choix et que sa prise en soin soit individualisée. Se renseigner quant à des approches reconnues par la recherche littéraire, comme l'hypnose, ainsi que de garder une certaine ouverture et curiosité dans sa pratique a donc tout son intérêt dans ce contexte.

Au contraire, ne pas pallier le symptôme incommodant et entravant le confort du patient irait à l'encontre des quatre principes éthiques que sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice, indissociables du métier infirmier.

Finalement, **la troisième hypothèse** développée est la suivante : “ la gestion des symptômes est un processus dynamique qui peut être modifié par les résultats obtenus par la personne et par les interrelations entre la personne, la santé/maladie et l'environnement (...) ” (Dodd et al. 2001). Il arrive parfois que la stratégie appliquée ne permette pas au symptôme d'être nettement diminué, que sa fréquence ne soit réduite et que la gêne ou la souffrance qu'il provoque ne soit pas apaisée. Par exemple, dans le cadre de l'hypnose, un environnement bruyant peut entraver le processus d'induction hypnotique ; dans ce cas, il s'agirait alors de trouver des solutions comme une salle silencieuse et reposante, spécialement prévue pour ces séances. Cependant, toutes ces modifications de stratégies sont à réaliser en étant à l'écoute du patient, ce qui peut se faire, par exemple, en lui posant des questions non-suggérées, en laissant de la place aux silences et en utilisant la technique de reformulation.

Les trois dernières hypothèses de la théorie de la gestion des symptômes sont les suivantes : la première se base sur des stratégies mises en place pouvant s'adresser à un patient mais aussi, parfois, à un groupe de personnes. La deuxième, utilisée lorsque les patients ne peuvent pas communiquer oralement, amène les soignants à interpréter les symptômes vécus selon ce que les proches du patient expriment. Enfin, la dernière hypothèse est que cette théorie est également utilisée lorsque des personnes développent des symptômes dans le contexte de leur travail.

Celles-ci ne sont pas développées dans la discussion car semblent être moins en lien avec la problématique du travail.

## **6.2. Rôle infirmier vis-à-vis de l'hypnoalgésie**

Le rôle infirmier durant l'application de l'hypnothérapie n'a pas été explicité par les auteurs. Comme vu précédemment, cette dernière occupe une place centrale dans la planification

des soins, l'évaluation et la gestion des signes et symptômes ainsi que dans l'évaluation des stratégies mises en place. De plus, en Suisse, l'infirmière peut pratiquer de manière autonome l'hypnose après avoir suivi une formation continue. En dispensant ses soins, elle mobilise constamment, sept compétences, propres à cette profession. C'est pourquoi, les sept rôles KFH (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, 2012), vont être explicités ci-après. Il s'agit des rôles d'expert, de communicateur, de collaborateur, de manager, de promoteur de la santé, d'apprenant formateur et de professionnel.

Par son **rôle d'expert**, l'infirmière a la responsabilité d'évaluer l'état de santé du patient à l'aide d'outils adaptés et de lui procurer des soins optimaux afin d'améliorer sa qualité de vie. Dans le but d'anticiper et de soulager la douleur procédurale des grands brûlés, elle pratique des auto et/ou hétéro-évaluations quotidiennes de la douleur et administre une antalgie adaptée avant toute mobilisation, soin d'hygiène ou de plaie. L'infirmière peut également proposer au patient des méthodes complémentaires aux traitements pharmacologiques, telles que l'hypnose, dans le but de majorer l'effet antalgique et d'obtenir une EVA au plus proche de 0. Avec le patient, le soignant élabore donc des projets de soins individualisés, les réalise de manière efficace et réévalue leur pertinence.

La **compétence de communication** de l'infirmière implique une posture professionnelle basée sur la confiance, le respect et l'empathie envers le patient ainsi qu'envers son entourage. Pour ce faire, il est important que l'infirmière soit à son écoute, qu'elle démontre une distance thérapeutique, qu'elle adapte son discours en fonction des besoins de la personne brûlée et qu'elle prenne des décisions en partenariat avec cette dernière. Comme vu précédemment la seule condition d'application de l'hypnose est le consentement et la compliance du patient face au soin, d'où l'importance de mettre au premier plan ses besoins et de s'assurer de sa compréhension. De plus, une induction hypnotique ne peut se faire qu'après instauration d'une relation de confiance entre le praticien (ou l'infirmière) et le patient.

En tant que **collaboratrice**, elle se doit de défendre, face à une équipe interprofessionnelle, une prise en soin individualisée et optimale en faveur du patient, ainsi que mettre à disposition ses compétences professionnelles, en incluant également les proches de la personne soignée.

A travers son **rôle de manager**, l'infirmière va organiser, hiérarchiser et prioriser ses interventions de manière efficace, afin de dispenser des soins de qualité. D'autre part, les actions visant à diminuer le symptôme vont être mise en place conjointement avec le patient

et va s'assurer afin d'en faire un partenaire de soins. De la réalisation du soin aux résultats obtenus, elle va porter un regard critique sur sa pratique et évaluer ce que cela implique pour le patient.

En tant que **promotrice de la santé**, elle intègre la notion de qualité de vie du patient dans les projets de soins et promeut son autonomie en fonction de ses choix et de ses possibilités. Elle a également pour fonction de pratiquer l'éducation à la santé. Par cette compétence et en intégrant la théorie de gestion des symptômes dans sa prise en charge, elle fait de la prévention secondaire, qui peut être définie comme une « mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès » (OMS, 2001, p.65).

En lien avec le rôle précédent, par la **compétence d'apprenant et de formateur**, elle va notamment effectuer l'apprentissage de l'auto-hypnose auprès du patient dans le but de le rendre autonome cela peut devenir une ressource supplémentaire dans l'avenir. De plus, elle va régulièrement actualiser ses connaissances comme par la formation en hypnose, ainsi que se questionner sur sa pratique face aux situations de soins rencontrées.

Enfin, en démontrant une attitude respectueuse de l'éthique de la profession et en s'engageant auprès du patient et de ses proches, le soignant exerce son **rôle de professionnel**.

### 6.3. Qualité de vie

Les auteurs des articles sélectionnés ont prouvé que l'hypnothérapie, lorsqu'elle est utilisée en complément de traitements pharmacologiques, constitue une aide efficace dans la gestion des symptômes invalidants des personnes hospitalisées sévèrement brûlées. En effet, l'hypnothérapie ou l'analgésie par induction rapide, amène une diminution de la douleur procédurale, de l'anxiété anticipatoire, de la consommation d'antalgiques et, par conséquent, des effets indésirables. Ces méthodes engendrent donc indirectement une augmentation du bien-être des patients brûlés.

Le bien-être du patient peut être assimilé à ce qui se nomme qualité de vie, selon Formarier (2007), « avant de parler de qualité de vie d'autres termes, retrouvés dans la littérature, étaient utilisés : Bien être, satisfaction, être heureux, bonheur, équilibre, être bien dans sa peau, avoir la santé... » (p.3). En effet, la qualité de vie est un concept large et complexe

alliant subjectivité et multi-dimensionnalité (Cella, 2007, p.26). Afin de rendre plus limpide ce concept, la définition de l'OMS a été retenue :

La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement (Mercier & Schraub, 2005, p.418).

En effet, la multitude de facteurs sont inter-reliés et affectent la qualité de vie du grand brûlé. La santé physique du patient est affectée par l'étendue et la profondeur de ses blessures ainsi que par la limitation de ses capacités fonctionnelles. Son état psychologique que sont ses émotions, ses sentiments et ses affects peuvent être altérés par le stress, l'anxiété et l'anticipation liés aux soins douloureux. De plus, son niveau d'indépendance pour les actes de la vie quotidienne étant limité, cela impact également sur le bien-être.

L'hypnose a déjà prouvé son efficacité dans le monde médical, les auteurs des articles sélectionnés ont appuyé ce fait par les résultats significatifs mis en évidence. Toutefois, la composante de la qualité de vie n'apparaît pas dans les bénéfices mis en lumière. Selon l'étude de Teike Luethi, Currat, Spencer, Jayet & Cantin (2012), l'hypnose est un outil permettant aux patients d'explorer leurs émotions tout en étant encadré et soutenu par un thérapeute et cela leur a permis d'exprimer du bien-être, de la légèreté, du lâcher prise et de la paix intérieure. De plus, les patients mettent en avant la relation de confiance privilégiée avec le thérapeute et la décrivent comme essentielle afin de se sentir en sécurité (p.83). D'autre part, les patients trouvent que les soins retrouvent plus d'humanité car la méthode est centrée sur la personne et non sur la maladie (p.85). Tout ceci améliore la qualité de vie. D'autre part, le fait de rendre le patient plus autonome en appliquant le concept d'empowerment : « processus par lequel une personne (...) acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (p.87) améliore également la qualité de vie. Un témoignage cité dans l'étude illustre bien ce fait : « Ce que j'ai apprécié, c'est cette liberté de pouvoir aller rechercher des choses dans moi-même » (p.84).

Au travers de cet article, il est clairement mis en évidence que la qualité de vie des patients est améliorée par cette approche centrée sur l'humain. C'est pourquoi un questionnement se pose à propos de la réalité virtuelle. Malgré les résultats probants mis en évidence par la

méthode cela ne risque-t-il pas de gommer ce côté humain ? Les patients se sentiront-ils toujours autant soutenus et compris ? L'utilisation de cette nouvelle technologie ne va-t-elle pas rendre les soins encore plus techniques qu'ils ne le sont déjà ? Cependant, si des études complémentaires sur le sujet venaient à prouver l'efficacité de la technique de la réalité virtuelle, sans effacer l'aspect humain celle-ci pourrait constituer un outil intéressant, notamment pour des personnes présentant des troubles auditifs ou se montrant moins facilement hypnotisables, l'induction se faisant par des images, ce qui n'est pas le cas de l'hypnose traditionnelle.

## 7. CONCLUSION

### 7.1. Apports et limites du travail

Cette revue de littérature démontre, à partir de données probantes, les bienfaits que l'hypnose peut engendrer chez des patients sévèrement brûlés. Cette revue de littérature permet donc de proposer certaines pistes de réflexion concernant la pratique infirmière des approches complémentaires aux traitements pharmacologiques.

Le travail comporte toutefois certaines limites et faiblesses. Le premier constat est que l'hypnoanalgésie est encore peu étudiée et ne semble que peu pratiquée en milieu hospitalier : il y a un manque d'études traitant de la thématique de la gestion de la douleur procédurale des grands brûlés par l'hypnose. La majorité des recherches ne sont pas très actuelles : les six articles que nous avons étudiés ont été publiés entre 2000 et 2009, à défaut de publications plus récentes. L'hypnose est également utilisée dans d'autres domaines que la douleur aiguë ou chronique et avec d'autres populations que le grand brûlé. Des études ont été menées dans le cadre de la gestion des troubles anxieux et phobiques.

Le premier constat issu de cette analyse de la littérature est le nombre très limité de publications portant spécifiquement sur les effets de l'hypnose dans les troubles anxieux. En incluant tous les articles rapportant des données cliniques, individuelles ou expérimentales, le total ne dépasse pas 25 publications au cours des 35 dernières années (Pelissolo, 2016, p.288).

Cependant, l'hypnose a été étudiée dans des recherches moins anciennes : l'étude de Bouzinac, Delbos, Mazières, Rontes & Manenc (2012), par exemple, a évalué l'effet de l'hypnose associée à une technique d'anesthésie chez trois patientes atteintes d'un cancer du sein. La méthode a été appliquée durant une segmentectomie, une chirurgie conservatrice du sein. L'hypnose a diminué l'anxiété peropératoire et a amélioré le confort des trois patientes. De plus, deux d'entre elles n'ont pas nécessité de dose supplémentaire d'opioïde.

L'hypnose peut également être utilisée pour le syndrome du côlon irritable, pour les acouphènes, pour accompagner la grossesse et l'accouchement, pour gérer les symptômes de la ménopause, pour aider à l'arrêt du tabac, chez les enfants, ainsi que dans les syndromes de stress post traumatique et les insomnies (Passeportsanté.net, 2009).

Par ailleurs, les articles retenus comportent des échantillons de population de petite taille (entre 8 et 46 participants en ce qui concerne les articles analysés pour ce travail). De plus, il

n'a pas été possible de se concentrer uniquement sur l'effet de l'hypnose ericksonienne, faute d'études suffisamment nombreuses : certaines des recherches choisies portent sur la réalité virtuelle et l'analgésie par induction rapide. L'état obtenu, par ces méthodes, est toutefois comparable à l'état de transe hypnotique ericksonienne, comme nous avons pu le développer précédemment.

En outre, parmi les six articles analysés dans ce travail, quatre auteurs se retrouvent dans deux d'entre eux. Il s'agit de Patterson, Wiechman Askay, Jensen et de Sharar. L'avantage peut être qu'il s'agit d'experts dans ce domaine, mais l'inconvénient est qu'il n'y a donc pas une grande diversité parmi les auteurs des études analysées dans ce travail. Toutefois, ces quatre auteurs ont, dans l'un de ces articles, comparé l'hypnose à la relaxation et, dans l'autre, étudié la réalité virtuelle. Ces deux procédures se distinguent donc l'une de l'autre.

Une imprécision à propos du degré de brûlures des populations étudiées peut également être relevée : aucun des auteurs ne traitent uniquement de grands brûlés, soit de personnes ayant une surface corporelle brûlée de 20% ou plus. Ceci peut être expliqué par le fait que de telles situations sont, heureusement, relativement rares dans les pays des recherches publiées.

Par ailleurs, une différenciation de la douleur (procédurale ou de fond) aurait pu être plus souvent précisée, tout comme l'impact de l'hypnotisabilité des patients. En effet, ce niveau diffère selon les individus et, selon Wright & Drummond (2000), influence la sensibilité à la douleur. Il est également à soulever que la profession ainsi que la formation reçue des hypnothérapeutes de cinq articles sur six ne sont pas précisées ; le professionnalisme n'est donc pas forcément garanti, ce qui pourrait influencer le niveau d'hypnose et donc son efficacité.

Enfin, tous les articles analysés étaient en anglais, qui n'est pas notre langue maternelle. Certains termes ou expressions présents dans les articles n'ont donc probablement pas pu être traduits au plus proche de leur signification. Un effort méticuleux a cependant été fourni pour respecter le sens des auteurs.

## **7.2. Recommandations**

### **7.2.1. Pour la recherche**

Les résultats de l'application clinique de ces approches non-pharmacologiques apparentées à l'hypnose qui sont pour la plupart positifs, sont surprenants et souvent méconnus. Le fait de mener des études récentes dans ce secteur, en utilisant notamment des essais contrôlés randomisés avec trois groupes (un groupe d'hypnose, une autre technique non-pharmacologique et un groupe contrôle), serait pertinent. De plus, selon Berger et al. (2010),

l'hypnothérapie engendre une diminution des coûts financiers et du nombre de greffes de peau, mais il ne s'agissait pas de l'objectif principal de cette étude. Or, réaliser une recherche permettant de mesurer les économies que l'hypnoanalgésie permet dans le contexte des grands brûlés, serait donc intéressant.

### **7.2.2. Pour la formation**

Inclure une introduction à l'hypnothérapie au sein de la formation d'infirmier-ère HES-SO nous semble être une perspective réellement intéressante. En ce qui nous concerne, nous avons pu bénéficier d'une sensibilisation à l'hypnose en cours magistral durant la troisième année de formation. Or, si une base théorique est bien sûr indispensable, proposer des ateliers pratiques serait instructif. Effectivement, nombreux sont les étudiants en soins infirmiers qui ignorent les avantages que l'hypnose intégrée aux soins peut avoir. Peut-être confondent-ils l'hypnothérapie avec l'hypnose de « spectacle », dont l'aspect sensationnel induit une image faussée de l'hypnose thérapeutique. Il serait d'ailleurs intéressant de sensibiliser les étudiant(e)s des possibilités de formation reconnues existantes, afin d'orienter ceux et celles qui souhaiteraient l'utiliser de manière professionnelle.

### **7.2.3. Pour la pratique**

Les résultats démontrés dans ce travail suggèrent d'étendre l'hypnothérapie dans d'autres domaines de soins et pour d'autres types de populations éprouvant quotidiennement des douleurs, comme en milieu oncologique, post-opératoire ou en soins palliatifs. Par ailleurs, il serait intéressant de proposer aux soignants d'expérimenter l'hypnose et d'informer les infirmières (par exemple dans le cadre de la formation continue) des bienfaits de cette approche afin que ces dernières pensent à faire appel à un hypno-praticien lorsqu'une douleur n'est pas maîtrisée, par exemple. De plus, la formation continue d'hypnothérapie pourrait interpeller certains soignants intéressés à utiliser eux-mêmes cette pratique. Cela permettrait alors l'accès à un outil supplémentaire et complémentaire aux différentes stratégies de coping dont l'infirmière dispose déjà et éviterait les coûts liés à l'embauche d'un spécialiste de l'hypnose. Il faudrait tout de même considérer que, si l'hypnothérapie est ajoutée aux tâches infirmières, il s'agira de tenir compte de la durée que cette prestation engendre sur sa charge de travail.

Pour conclure, nous pensons que l'évaluation de la douleur doit être une priorité dans la pratique infirmière. D'autre part, nous considérons que porter attention aux ressentis personnels des patients est primordial afin que nous puissions adapter des stratégies

efficaces et individualisées atténuant la souffrance. Par la diversité des formations complémentaires disponibles, l'infirmière dispose d'une palette de méthodes alternatives, notamment l'hypnose, pouvant être mises à disposition des soignés. En ce sens, l'infirmière met au service du patient son savoir esthétique, à savoir sa créativité et son sens de l'empathie. Le soin prodigué est ainsi individualisé car il tient compte de la singularité de chaque patient.

Reste à savoir comment l'hypnose serait perçue par la totalité des soignants et des patients si celle-ci s'affirme réellement en milieu hospitalier et qu'on lui reconnaisse la place qu'elle devrait occuper...

## 8. REFERENCES

### 8.1. Liste de références bibliographiques

- Aaron, L. A., Patterson, D. R., Finch, C. P., Carrougher, G. J., & Heimbach, D. M. (2001). *The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospectively predict pain and function: a comparative analysis*. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 27(4), 329-334. doi : 10.1016/S0305-4179(00)00143-1
- Association américaine des techniciens médicaux d'urgence. (2012). *PHTLS Secours et soins préhospitaliers aux traumatisés* (4e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Baeriswyl, C., Delmas, P., Cohen, C., Viens Python, N. & Eicher, M. (2013). *La gestion des symptômes : théorie, recherches et applications : Gros plan sur l'expérience du patient*. *Soins infirmiers*, 56-60. Accès [http://www.heds-fr.ch/FR/ecole/actualites/Documents/Article%20Symptom%20ASI\\_S56\\_60-03\\_13.pdf](http://www.heds-fr.ch/FR/ecole/actualites/Documents/Article%20Symptom%20ASI_S56_60-03_13.pdf)
- Barber, J. (1977). *Rapid induction analgesia : a clinical report*. *American Journal of Clinical Hypnosis*. doi: 10.1080/00029157.1977.10403860
- Bellet, P. (2015). *L'hypnose pour réhumaniser le soin*. Paris : Odile Jacob.
- Berger, M.M., Davadant, M., Marin, C., Wasserfallen J.B., Pinget, C., Maravic, P., Koch, N., Raffoul, W. & Chioloero, R.L. (2009). *Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns*. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 36(5), 639-646. doi : 10.1016/j.burns.2009.08.009
- Berger, M.M., Raffoul, W., Maravic, P., Séchet, V., Chioloero, R. (2004). *Pourquoi deux Centres de Brûlés adultes en Suisse, dont un au CHUV ?* *Bulletin des médecins Suisses*. Accès [http://www.chuv.ch/brulures/pourquoi\\_deux\\_centres\\_de\\_brules\\_adultes\\_en\\_suisse\\_dont\\_un\\_au\\_chuv.pdf](http://www.chuv.ch/brulures/pourquoi_deux_centres_de_brules_adultes_en_suisse_dont_un_au_chuv.pdf)

- Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I. & Wood, C. (2016). *Hypnose : Aide mémoire*. Paris : Dunod.
- Bordenave, C. (2012). *Le traitement de la douleur chez un grand brûlé*. Soins, 767, 40-42.  
doi : 10.1016/j.soins.2012.05.016
- Bordenave, C., Berger, V., Grocq, M., Benillan, N., Gerson, P., Coroller, M-D., Echevarne, R., Perro, G. (2009). *L'amélioration de la prise en charge de la douleur des patients grands brûlés*. Soins, 738, 27-30. doi : SOINS-09-2009-54-738-0038-0814-101019-200906020
- Bouzinac, A., Delbos, A., Mazières, M., Rontes, O. & Manenc, J.-L. (2012). Hypnose et bloc paravertébral échoguidé dans la chirurgie du cancer du sein. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 644-645. doi : 10.1016/j.annfar.2012.03.011
- Bureau de prévention des accidents. (2013). *Prévention et épidémiologie des brûlures*. Accès [http://vbsf.ch/sites/vbsf.ias/files/dateien/258213\\_2013-10-01\\_ssps.pdf](http://vbsf.ch/sites/vbsf.ias/files/dateien/258213_2013-10-01_ssps.pdf)
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2007). *Face à la brûlure. Journée portes ouvertes au CHUV*. Accès [http://www.chuv.ch/brulures/chuv\\_chuvmag2\\_0708\\_extrait1.pdf](http://www.chuv.ch/brulures/chuv_chuvmag2_0708_extrait1.pdf)
- Coutaux, A. & Collin, E. (2008). *Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs*. Douleur et Analgésie, 21, 126–138. doi : 10.1007/s11724-008-0103-6
- Davadant, M. & Raffoul, W. (2011). *L'hypnose : un apport de choix dans la prise en charge du patient gravement brûlé*. Emergency Medicine Journal, 7, 5-7. Accès [http://www.chuv.ch/brulures/hypnoseun\\_apport\\_de\\_choix\\_dans\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_du\\_patient\\_gravement\\_brule.pdf](http://www.chuv.ch/brulures/hypnoseun_apport_de_choix_dans_la_prise_en_charge_du_patient_gravement_brule.pdf)
- De Buys Roessingh, A. & Jung, C. (2014). *Centre romand des brûlés, filière commune enfant et adulte*. Bulletin des médecins suisses, 95, 22-23. Accès <https://www.flavie.ch/upload/editor/02717-de-centre-romand-2.pdf>

- De Jong, A., Middelkoop, E., Faber, A. & Van Loey, N. (2007). *Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: a systematic literature review*. *Burns*, 33, 811-827. doi: 10.1016/j.burns.2007.01.005
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, ES., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). *Advancing the science of symptom management*. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668-678. doi : 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Echinard, C. & Latarjet, J. (2010). *Les brûlures*. Issy-Les-Moulineau: Elsevier Masson.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C. & Python, N. (2013). *Version française de la théorie de gestion des symptômes (TGS) et son application*. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 14-25. doi : 10.3917/rsi.112.0014.
- Eunok, P., Hyunjin, O. & Taiem, K. (2013). *The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care*. *Burns*, 39, 1101-1106. doi : 10.1016/j.burns.2013.01.006
- Frenay, M.-C., Faymonville, M.-E., Devlieger, S., Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001). *Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy*. *Burns*, 26(8), 793-799. Accès : <http://www.algologie.ulg.ac.be/page8/page30/page24/files/psycho%20approaches.pdf>
- Flavie. (S.d). *Association suisse romande pour les victimes de brûlures*. Accès <http://www.flavie.ch/>
- Fondation des brûlés. (S.d). *Degrés de gravité*. Accès <http://www.brulures.be/index.php/degres-de-gravite/fr/>.
- Formarier, M. (2007). *La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé*. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 3. doi : 10.3917/rsi.088.0003
- Gratz, B., Charpak, N. (2012). *Les médecines complémentaires*. Lausanne : Presses polytechniques et Universitaires Romandes (PPUR).

Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012, Filière de formation en soins infirmiers*. Delémont : HES-SO.

HON Select. (2008). *Health On the Net Foundation*. Accès  
[https://www.hon.ch/HONselect/index\\_f.html](https://www.hon.ch/HONselect/index_f.html)

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2016). *Réseau douleur*. Accès  
<http://www.hug-ge.ch/reseau-douleur>

Institut Milton Erickson de la Région Lémanique. (S.d).  
Accès : <https://www.hypnose-suisse-formation.ch/>

Institut Romand d'Hypnose Suisse. (2017). Accès  
<http://www.irhys.ch/casartettechniqueshypnotiques1415>

Larousse. (s.d). *Relaxation*. Accès  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relaxation/67860?q=relaxation#67108>

Latarjet, J. (1999). *Epidémiologie et prévention de la brûlure*. *Urgence pratique*, 33. Accès  
<http://lyonwd.free.fr/abc/ftp/latarjet.pdf>

Latarjet, J. (2002). *La douleur du brûlé*. Accès <http://www.sante.dz/saetd/donnees/pub28.pdf>

Mahar, P. D., Wasiak, J., O'Loughlin, C. J., Christelis, N., Arnold, C. A., Spinks, A. B., Danilla, S. (2012). *Frequency and use of pain assessment tools implemented in randomized controlled trials in the adult burns population: a systematic review*. *Burns*, 38, 147-154. doi: 10.1016/j.burns.2011.09.015

Marieb, E. N. & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. Québec : Éditions du Nouveau Pédagogique Inc.

Meaume, S., Téot, L. & Dereure, O. (2005). *Plaies et cicatrisations*. Paris : Masson.

Mercier, M. & Schraub, S. (2005). *Qualité de vie : quels outils de mesure ? 27es journées de la SFSPM, Deauville*. Accès  
[http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9760/SFSPM\\_2005\\_14\\_418.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9760/SFSPM_2005_14_418.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nicolas, J. & Arnon, C. (2015). *Douleur et soins au patient brûlé*. La revue de l'infirmière, 209(3). doi : 10.1016/j.revinf.2014.12.015

Office fédéral de la statistique. (2007). *La médecine hautement spécialisée en Suisse Cas traités, fournisseurs de soins et coûts des traitements en 2005*.

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques. (2007). *Effets indésirables des morphiniques*. Accès <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/APIMED/uploads/pdf/Morphiniques/Fiche%20effets%20indesirables%20morphiniques.Omedit%20Centre%202007.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 : La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Accès [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1)

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Brûlures*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/fr/>

Passeportsanté.net. (2009). *Hypnose – Applications thérapeutiques*. Accès <http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=hypnotherapie-th-applications-therapeutiques-de-l-hypnose>

Patterson, D.R., Wiechman, S.A., Jensen, M. & Sharar, S.R. (2006). *Hypnosis delivered through immersive virtual reality for burn pain: a clinical case series*. International journal of clinical experimental hypnosis, 54 (2), 130-142. doi : 10.1080/00207140500528182

Pelissolo, A. (2016). *L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques*. La presse médicale, 45(3), 288-290. doi : 10.1016/j.lpm.2015.12.002

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> éd.). Québec : Chenelière éducation.

Planète santé. (2011). *Les méthodes de relaxation*. Accès <https://www.planetesante.ch/Magazine/Cardiovasculaire/Prevention-cardiovasculaire/Les-methodes-de-relaxation>

Raffoul, W. & Berger, M., M. (2006). *Les brûlures : de l'ébouillement à l'électrisation – définitions et traitements*. Accès  
<http://medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2006/2006-10/2006-10-534.pdf>

Réalité-virtuelle.com : le magazine de la réalité virtuelle & augmentée. (2017). *Définition RV – Qu'est-ce que la réalité virtuelle ?*  
Accès <http://www.realite-virtuelle.com/definition-realite-virtuelle>

Réalité-virtuelle.com : le magazine de la réalité virtuelle & augmentée. (2015). *La réalité virtuelle révolutionne le monde de la santé*. Accès  
<http://www.realite-virtuelle.com/la-rv-revolutionne-la-sante>

Richardson, P. & Mustard, L. (2009). *The management of pain in the burns unit*. *Burns*, 35, 921-936. doi : 10.1016/j.burns.2009.03.003

Shakibaei, F., Harandi, A. A., Gholamrezaei, A., Samoei, R. & Salehi, P. (2008).  
*Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients*.  
*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 185-197. doi :  
10.1080/00207140701849536

Smith, M.J. & Liehr, P.R. (2014). *Middle Range Theory for Nursing, Third Edition*. New York: Springer Publishing Company.

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur – SFETD. (2014). *Définition*.  
Accès <http://www.sfetd-douleur.org/definition>

Teike Luethi, F., Currat, T., Spencer, B., Jayet, N. & Cantin, B. (2012). L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Etude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 78-89. doi :  
10.3917/rsi.110.0078

Vargas-Schaffer, G. (2010). *L'échelle analgésique de l'OMS convient-elle toujours ?*  
*Canadian Family Physician*, 56(6).

Wiechman Askay, S., Patterson, D., Jensen, M. & Sharar, S. (2007). *A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care*. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 247–253. doi : doi : 10.1037/0090-5550.52.3.247

Wright, B. & Drummond, P. (2000). *Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care*. *Burns*, 26(3), 275-282. doi :10.1016/S0305-4179(99)00134-5

## 8.2. Bibliographie

- Carrougher, G., Ptacek, J., Honari, S., Schmidt, A., Tininenko, J., Gibran, N., Patterson, D. (2006). *Self-reports of anxiety in burn-injured hospitalized adults during routine wound care*. *Burn care & research*, 27, 676-681. doi : 10.1097/01.BCR.0000238100.11905.AB
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2015). *Centre romand des brûlés*. Accès <http://www.chuv.ch/brulures>
- Künzi, W. & Welder, V. (2004). *Guide des brûlures*. Institut Biochimique SA : Pambio Noranco.
- Magalon, G. & Vanwijck, R. (2003). *Du pansement à la chirurgie*. Paris : John Libbey.
- Patterson, D.R. (2006). *Self-reports of anxiety in burn injured hospitalized adults during routine wound care*. *Burn Care & Research*, 27, 676-681. doi : 10.1097/01.BCR.0000238100.11905.AB
- Radio Télévision Suisse. (2007). 36,9 : *Les Epreuves du feu*. [Vidéo en ligne]. Accès <http://www.rts.ch/emissions/36-9/921669-les-epreuves-du-feu.html>
- Renneberg, B., Ripper, S., Schulze, J., Seehausen, A., Weiler, M., Wind, G., ... Liedl, A. (2014). *Quality of life and predictors of long-term outcome after severe burn injury*. *Journal of Behavioral Medicine*, 37. doi : 10.1007/s10865-013-9541-6
- Servant, D. *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques*. (2015). Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes. (2007). *Les brûlures*. Accès <http://sofia.medicalistes.org/spip/spip.php?article158>
- Taal, L. A. & Faber, A. W. (1997). *The burn specific pain anxiety scale: introduction of a reliable and valid measure*. *Burns*, 23(2), 147-150. doi : 10.1016/S0305-4179(96)00117-9

## 9. ANNEXES

### 9.1. Fiches de lecture

#### Fiche de lecture n°1

Berger, M., Davadant, M., Marin, C., Wasserfallen, J.-B., Pinget, C., Maravic, P., Koch, N., Raffoul, W., Chiolero, R. (2009). *Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns*. *Burns*, 36, 639-646.

#### Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Auteurs :

- **M. Berger** : coordinatrice du Centre romand des brûlés, CHUV (Lausanne)
- **M. Davadant** : infirmière spécialiste en soins intensifs, CHUV (Lausanne) ; pratique l'hypnose dans le contexte de la prise en charge de la douleur des grands brûlés.
- **M. Marin** : psychiatre de liaison
- **J.-B. Wasserfallen** : directeur médical du CHUV (Lausanne)
- **C. Pinget** : docteur en économie politique, CHUV (Lausanne)
- **P. Maravic** : infirmier chef de clinique du service de médecine intensive adulte, CHUV (Lausanne)
- N. Koch : médecin, service de chirurgie plastique et de la main, CHUV (Lausanne)
- **W. Raffoul** : médecin-chef du service de chirurgie plastique et de la main ; médecin-chef du Centre romand des brûlés en 2003, CHUV (Lausanne). Auteur de nombreux ouvrages à propos des grands brûlés.
- **R. Chiolero** : médecin, sophrologue (Lausanne)

Nom et type de revue :

La revue « *Burns* » a été créée à Edimbourg en 1965. Elle vise à favoriser l'échange de connaissances entre les professionnels engagés dans la prévention et le traitement des brûlures et a pour but de réduire l'incidence des brûlures et d'améliorer les soins aux patients, en particulier dans les pays développés. Elle est publiée une fois par mois.

Lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée dans le service des soins intensifs, dans le centre romand des grands brûlés, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), à Lausanne.

Objectifs pratiques :

- Mesurer l'impact de l'hypnose sur l'intensité de la douleur des grands brûlés et sur l'anticipation de la douleur liée aux soins
- Représenter informatiquement le niveau de douleur ressenti et les doses d'opioïdes reçues
- Estimer les économies réalisées grâce à l'utilisation de l'hypnose

### **Objet de l'article et cadre théorique**

Objet de la recherche : Les effets de l'hypnose associés à l'administration de traitements opioïdes pour traiter la douleur des grands brûlés hospitalisés.

Question de recherche : Quel impact l'hypnose a-t-elle sur l'intensité de la douleur, l'anxiété liée aux soins, l'évolution clinique des patients et les coûts engendrés d'une telle prise en soin ?

Hypothèse de travail : plusieurs études ont démontré les bienfaits de l'hypnose sur le traitement de la douleur des grands brûlés, mais pas dans une unité de soins intensifs. De plus, les doses d'opioïdes administrées diminuent avec cette approche.

Cadre théorique : /

Principaux concepts et/ou notions utilisé(e)s : les principaux concepts développés sont la douleur et ses conséquences néfastes ainsi que l'induction hypnotique

### **Méthodologie de la recherche**

Outils pour la récolte des données :

- Visual Analog Scale (VAS) : échelle d'auto-évaluation de la douleur (cotée entre 0 et 10)
- Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) : échelle d'auto-évaluation de la douleur englobant l'anxiété, la dépression, les nausées, etc. Utilisée uniquement par le groupe d'intervention.
- Convertisseur informatique d'opioïdes en morphine, afin de comparer les différentes molécules et leur dosage entre elles
- Questionnaire : fin de séjour afin d'évaluer la perception et les souvenirs de la douleur procédurale (« est-ce que le soin était acceptable/confortable ? », etc.)

Population de l'étude : 46 patients de plus de 18 ans.

Les critères d'inclusion sont :

- Présentant des brûlures (27 +/- 15-16% de surface corporelle brûlée)
- Acceptant d'être hypnotisés
- Hospitalisés aux soins intensifs pour plus de 24h

Les critères d'exclusion sont :

- Admis aux soins intensifs plus de 24h après la brûlure
- Espérance de vie de moins de 48 heures
- Refus de participer à l'étude
- Délire ou psychose survenant durant l'hospitalisation

Type d'analyse :

C'est une étude rétrospective, l'un des deux groupes (sans hypnose) ayant été étudié entre 2002 et 2006, l'autre (groupe avec hypnose), entre mai 2006 et avril 2007.

### **Présentations des résultats**

Principaux résultats de l'article :

- Variables cliniques : entre les deux groupes, il n'y a pas de changement significatif concernant le rythme cardiaque, la pression artérielle et la fréquence respiratoire pendant les soins.
- Intensité de la douleur : le score quotidien de VAS est significativement plus bas pour le groupe d'hypnose que pour le groupe témoin.
- Echelle ESAS : utilisée uniquement pour le groupe avant et après les séances d'hypnose. Après chaque séance ce score est significativement réduit (anxiété, dépression, bien-être).
- Les demandes d'administration d'opioïdes et de sédatifs sont fortement réduites après l'introduction de l'hypnose.
- Questionnaires : sur 21 patients hypnotisés, 19 ont dit se sentir confortables, contrairement au groupe contrôle qui ne compte qu'1 patient confortable sur 18.
- Le nombre de consultations psychiatriques pour le groupe recevant l'hypnose a diminué de 5,6 à 2,1 par patient.
- Les besoins en greffes sont plus bas chez le groupe hypnotisé mais le nombre d'interventions chirurgicales ne diffèrent pas entre les 2 groupes.
- Evaluation économique : des économies sont réalisées pour le groupe d'intervention par rapport à la durée d'hospitalisation et au nombre d'anesthésies reçues. Il s'agit toutefois d'une économie à relativiser puisque l'infirmière pratiquant l'hypnose est payée.

Conclusions générales :

- L'utilisation de l'hypnose a réduit l'anxiété et la douleur des patients, accéléré la libération des opioïdes administrés et diminué le besoin de doses d'anesthésie, la durée d'hospitalisation ainsi que les coûts liés à celle-ci.

On peut donc dire que l'hypnose induit des bienfaits dans le cadre de la prise en soin de la gestion de la douleur des grands brûlés, à condition que cette méthode soit appliquée à une population intéressée et réceptive.

### **Ethique**

L'étude a été approuvée par le Comité Institutionnel d'Éthique et les patients ont tous donné leur consentement.

### **Démarche interprétative**

Apports de l'article :

- Cet article met en avant l'importance du rôle infirmier dans la gestion de la douleur des grands brûlés.

Limites de l'article :

- Seulement 23 des 40 patients ont pu réellement participer à l'étude ; cela prouve que l'hypnose n'est pas applicable à « tout » patient (en milieu de soins intensifs, la prévalence de délirium est haute et dans ce cas, l'hypnose n'est pas réalisable).
- De plus, relevons que l'échelle EVA a été utilisée et non pas un outil d'évaluation de la douleur spécifique aux grands brûlés.
- Enfin, cette étude est de type prospectif et n'est pas une étude contrôlée randomisée, les données concernant le groupe sans hypnose ayant été relevées entre 2002 et 2006 et celles concernant le groupe avec hypnose entre 2006 et 2007. Cela engendre donc des biais de contrôle liés à la différence d'années (la comparaison des groupes s'est faite d'après la taille des brûlures, du sexe et de l'âge des participants et selon une seule base de données).

## Fiche de lecture n°2

Wiechman Askay, S.W., Patterson, D.R., Jensen, M.P. & Sharar, S.R. (2007). *A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care*. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 247–253.

### Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Auteurs :

- **Shelley Wiechman Askay** : professeure en psychologie dans deux services pédiatriques au sein du *Harbourview Medical Center* (Seattle, Etats-Unis). Spécialisée dans le domaine des approches non-pharmacologiques et, plus particulièrement, de l'hypnose, elle recueille une cinquantaine de publications à ce sujet. Elle est également membre de l'*American Psychological Association* et du conseil d'administration de la *American Burn Association*.
- **David R. Patterson** : professeur en psychologie dans les unités de réadaptation, de chirurgie et de psychologie au sein du *Harbourview Medical Center* (Seattle, Etats-Unis). Il est spécialisé dans le domaine de la gestion de la douleur (il compte environ 200 publications à ce sujet), notamment dans la gestion de la douleur occasionnée par les brûlures et dans l'utilisation de l'hypnose clinique. Il est aussi l'auteur du livre *Clinical Hypnosis for Pain Control* (2010).
- **Mark P. Jensen** : professeur et vice-président pour la recherche du Département de médecine de réadaptation à l'*University of Washington Medical Center Roosevelt* (Seattle, Etats-Unis). Il travaille depuis une trentaine d'années dans le domaine de la gestion de la douleur chronique, notamment par l'hypnose. Il a participé à la rédaction de plus de 400 publications. Il est actuellement rédacteur en chef du *Journal of Pain*.
- **Samuel R. Sharar** : anesthésiste à l'*University of Washington Medical Center Roosevelt* (Seattle, Etats-Unis), spécialisé en pédiatrie et dans le domaine de la gestion de la douleur procédurale des brûlures par les nouvelles approches non-pharmacologiques, telles que la réalité virtuelle.

Nom et type de revue

La revue « *Rehabilitation Psychology* », publiée tous les trois mois, traite essentiellement des nouvelles recherches et pratiques concernant la psychologie en réadaptation. Ce journal nord-américain publie différents types d'études, des sondages et autres articles qui s'adressent à un large public.

Lieu de l'étude

*L'University of Washington Medical School* est une université de médecine renommée aux Etats-Unis. C'est la seule faculté de médecine pour les cinq états que sont Washington, le Wyoming, l'Alaska, le Montana et l'Idaho. Elle se trouve à Seattle et est reconnue pour l'excellence dans la formation des médecins de premier recours et dans le domaine de la recherche scientifique et médicale : cette université a été classée comme l'un des meilleurs sites de formation de médecins du pays. En 2015, US News & World Report la classait comme l'école de médecine de soins primaires en première position.

Objectifs pratiques :

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- Comprendre les effets de l'hypnose sur les différentes composantes de la douleur
- Comparer l'efficacité de la relaxation et de l'hypnose

### **Objet de l'article et cadre théorique**

Objet de la recherche : L'objectif des auteurs est de comprendre les effets de l'hypnose sur les différentes composantes de la douleur dans le contexte des soins aux brûlés et de comparer l'effet de l'hypnose à celui de la « simple » relaxation (p.247).

Question de recherche : Comment l'hypnose peut-elle contribuer à diminuer la douleur des personnes brûlées durant leurs soins ?

Hypothèse de travail : L'administration d'opioïdes engendrant de conséquents effets secondaires le fait d'associer à ce type de molécules des approches non-pharmacologiques, telles que l'hypnose et la relaxation, peut être pertinent vis-à-vis du confort du patient ainsi que pour les coûts de la santé.

Cadre théorique : /

Principaux concepts et/ou notions utilisé(e)s : les principaux concepts développés sont la douleur associée à la brûlure ainsi que l'hypnose analgésique.

### **Méthodologie de la recherche**

Outils utilisés pour la récolte de données :

- Version écourtée du *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) : questionnaire permettant d'obtenir des mesures quantitatives de la douleur clinique, englobant ses

composantes sensorielles, affectives et autres composantes qualitatives. Il a pour but de fournir une mesure complète de la douleur neuropathique et non-neuropathique. Le questionnaire demande aux participants de décrire leur douleur avec 15 mots.

- *Graphic Rating Scales* : échelle d'auto-évaluation de la douleur entre 0 et 100.
- La *Burn Specific Anxiety Scale* a été utilisée pour évaluer l'anxiété durant les soins douloureux prodigués. L'échelle contient 9 items d'auto-évaluation qui peuvent être cotés entre 0 et 100. Cette échelle a été reconnue comme ayant une bonne fiabilité.
- *Stanford Hypnotic Clinical Scale* : évalue la sensibilité d'hypnotisation selon 5 paramètres. L'échelle convient à toute personne de plus de 17 ans.
- *Tellegen Absorption Scale* : il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation comprenant 34 items « vrai/faux » à répondre. Elle a été créée pour évaluer la susceptibilité d'être hypnotisé et est adaptée aux adultes.
- *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* : questionnaire comprenant 30 éléments ; développé pour évaluer la capacité de dissociation d'un individu ainsi que les symptômes d'anxiété suite à un traumatisme. Il a été démontré qu'il s'agit d'un outil valide et fiable (Koopman, Classen, & Spiegel, 1994).

Population de l'étude :

46 personnes au total ont participé à l'étude (moyenne d'âge : 40 ans).

Les critères d'inclusion sont :

- Durée d'hospitalisation de plus de 3 jours au sein de l'unité pour personnes brûlées
- Brûlure(s) requérant des soins de plaie quotidiens (surface corporelle lésée moyenne : 15%)
- Capacité à parler anglais

Le critère d'exclusion :

- Déficit cognitif

Type d'analyse :

Les 46 participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes, l'un recevant de l'hypnose (groupe expérimental, comprenant 19 personnes) et l'autre de la relaxation (groupe témoin, comprenant 27 personnes). Il s'agit donc d'un essai contrôlé randomisé.

### **Présentation des résultats**

Principaux résultats de l'article :

- Diminution sensible de la douleur entre le début et la fin de l'étude pour les deux

groupes.

- Différence significative concernant l'intensité de la douleur selon le questionnaire MPQ pour le groupe hypnose. Pas de différence significative concernant les autres variables (dont l'anxiété).
- Diminution sensible d'administration d'opioïdes pour le groupe hypnose par rapport au groupe de la relaxation.
- 80% des participants ressentent des bénéfices vis-à-vis de l'intervention qu'ils ont reçue.

Conclusions générales :

- L'utilisation hypnotique diminue l'anxiété, favorise la guérison et diminue les coûts de la santé.

### **Ethique**

Un consentement des participants a été obtenu. Il est précisé qu'il n'y a pas eu de groupe ne recevant pas d'intervention non-pharmacologique pour des raisons éthiques, selon les auteurs.

### **Démarche interprétative**

Apports de l'article :

- Le fait d'enseigner aux infirmières des techniques de relaxation serait bénéfique pour les patients ainsi que sur le plan financier. De plus, de telles compétences coïncident parfaitement avec le rôle infirmier.

Limites de l'article :

- L'absence d'un troisième groupe qui n'aurait reçu aucune intervention (pas d'approche non-pharmacologique), afin d'éviter les biais. Ce groupe aurait permis d'établir des conclusions concernant les effets relatifs de la relaxation et de l'hypnose
- La taille restreinte de l'échantillon : avec un échantillon plus grand des différences plus significatives entre les deux groupes auraient pu être relevées.

### Fiche de lecture n°3

Shakibaei, F., Harandi, A. A., Gholamrezaei, A., Samoei, R. & Salehi, P. (2008). *Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 185-197.

#### Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Auteurs :

- **F. Shakibaei** : professeur en hypnothérapie ayant rédigé une dizaine d'articles (*Isfahan University of Medical Sciences, Iran*).
- **A. A. Harandi** : neurologue (*Shahid Beheshti University, Iran*).
- **A. Gholamrezaei** : médecin diplômé en 2010 à l'*Isfahan University of Medical Sciences*, ayant participé à plusieurs recherches. Il a pour intérêt principal la douleur et est actuellement spécialisé dans le domaine des maladies gastro-intestinales au sein de la *Katholieke Universiteit Leuven* (Belgique).
- **R. Samoei** : médecin spécialisé dans les approches psychologiques et psychiatriques à la *Isfahan University of Medical Sciences*.
- **P. Salehi** : professeur en communications informatiques, science de l'information et développement de logiciels au *Sheridan Institute of Technology et Advanced Learning* (Canada).

Nom et type de revue

Cet article a été publié dans le *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, revue paraissant tous les trois mois, reconnue comme étant l'une des plus influentes dans le domaine de l'hypnose. C'est également le journal officiel de la Société pour l'Hypnose Clinique et Expérimentale, l'*American Psychological Association* ainsi que la Société Internationale d'Hypnose.

Lieu de l'étude

La recherche a été menée au sein de l'*Isfahan University of Medical Sciences*, en Iran ; il s'agit d'une université des sciences médicales prestigieuse et renommée en Iran.

Objectif pratique de l'étude :

- Évaluer l'efficacité de l'hypnose sur la douleur ainsi que sur le souvenir du traumatisme chez des grands brûlés

## **Objet de l'article et cadre théorique**

Question de recherche : Quel est l'impact de l'hypnose sur l'intensité de la douleur et du souvenir du traumatisme des grands brûlés ?

Hypothèse de travail : Des séances d'hypnothérapie permettent le soulagement de la douleur et / ou de la ré-expérience du traumatisme des patients brûlés

Objet de la recherche : Le rôle de l'hypnothérapie dans la diminution de la douleur de fond et de l'évocation du traumatisme chez le grand brûlé.

Cadre théorique : /

Principaux concepts et/ou notions utilisé(e)s : hypnose, douleurs engendrées par les brûlures, traumatismes

## **Méthodologie de la recherche**

Outils pour la récolte des données :

- Echelle d'auto-évaluation de la douleur de fond allant entre 0 et 5. Pour les deux groupes la douleur a été évaluée individuellement avant chaque traitement, au début de l'étude et avant la troisième et cinquième session, pour les deux groupes.
- Evaluation de la ré-expérience du traumatisme. Celle-ci s'est faite en relevant le nombre de fois où les patients ont eu un souvenir intense de l'événement traumatique par tranches de 24h, avant le début de l'expérience et durant la troisième et la cinquième séance.

Outils pour l'analyse statistique :

- Le test ANOVA ainsi qu'un test t ont été utilisés pour tester les différences entre les deux groupes par rapport à la douleur et à l'évocation du traumatisme entre les différentes mesures (du début à la troisième séance et du début à la cinquième séance).

Population de l'étude :

43 patients hospitalisés atteints de brûlures du 2 ou 3<sup>ème</sup> degré pour 93% d'entre eux.

Les critères d'inclusion sont :

- Âgé de plus de 5 ans (âge moyen : 23,6 ans)
- Capacité de communication
- Acceptant de recevoir de l'hypnose

Les critères d'exclusion sont :

- Antécédents ou présence de troubles psychiatriques
- Déficience mentale

Type d'analyse :

Les 44 participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes : un groupe recevant des séances d'hypnothérapie complémentaires à la prise en charge pharmacologique et un groupe contrôle recevant les soins et les traitements habituels durant les soins. Il s'agit donc d'un essai contrôlé randomisé.

### **Présentation des résultats**

Principaux résultats de l'article :

- Durant la cinquième séance uniquement le groupe recevant de l'hypnothérapie démontre un niveau de douleur significativement plus faible que le groupe contrôle.
- Concernant l'évocation du traumatisme le groupe d'hypnothérapie a un score significativement réduit entre la mesure de base et la troisième séance ainsi qu'entre la mesure de base et la cinquième expérience d'hypnose, contrairement au groupe témoin qui ne démontre, lui, pas de diminution.

Conclusions générales :

- Les résultats de la présente étude soutiennent l'efficacité de l'hypnothérapie chez les grands brûlés dans la prise en charge de la douleur de fond mais aussi dans la gestion de la réexpérience du traumatisme en comparaison avec le début de l'étude.
- L'étude nous apprend que la réduction significative de la douleur, chez le groupe ayant reçu l'hypnothérapie, s'est faite lors de la 5ème séance. Cela démontre que cette pratique est pertinente, d'autant plus si elle se fait à long terme.

### **Ethique**

L'étude a été approuvée par un comité d'éthique ; tous les participants ont signé un accord de participation à cette étude.

### **Démarche interprétative**

Apports de l'article :

- La dimension psychologique liée à l'anxiété ainsi qu'à l'état de stress post-traumatique est prise en compte dans cet article puisque l'hypnose est utilisée pour réduire le nombre de souvenirs traumatiques liés à la brûlure.

- La gestion de la douleur de fond des personnes brûlées a peu été étudiée

Limites de l'article :

- Taille restreinte de l'échantillon
- La douleur de fond a été évaluée à certains moments précis uniquement et non sur un intervalle de temps plus large, ce qui ne reflète pas totalement la douleur chronique.
- La mesure concernant le niveau d'évocation du traumatisme n'est pas très valide et peu détaillée, et il ne s'agit pas d'une échelle en tant que telle. De plus, on peut imaginer que la consigne de comptabiliser ses pensées mène à une accentuation de leur fréquence.
- La population comprend des âges très différents entre les participants : l'induction hypnotique n'est pas exactement la même pour des enfants ou des adultes

## Fiche de lecture n°4

Wright, B.R. & Drummond, P.D. (2000). *Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care*. *Burns*, 26(3), 275-282.

### Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Auteurs :

- **Bernadette R. Wright** : psychologue clinicienne spécialisée dans la transculturalité de la santé mentale. Elle donne des séminaires dans le but d'améliorer les compétences culturelles dans la pratique clinique et la formation des interprètes. Elle s'occupe essentiellement de personnes migrantes et réfugiées, car elles présentent des problématiques complexes auxquelles s'ajoute une culture différente, ce qui peut diminuer la compliance au traitement (*Royal Perth Hospital, Australie*).
- **Peter D. Drummond** : en 1983, il obtient son doctorat en psychologie à l'université du Queensland. Aujourd'hui il est professeur de psychologie à l'université de Murdoch. Ses recherches ont pour but d'examiner les processus psychologiques sous l'angle physiologique et d'appliquer ces connaissances afin d'examiner le mécanisme et le traitement des problèmes psychologiques et médicaux. Son intérêt porte également sur le mécanisme et le traitement de la douleur chronique, la psychophysiologie des émotions ainsi que leurs impacts sur la santé. Il est auteur de nombreux articles traitant de la douleur.

Nom et type de revue :

La revue « *Burns* » a été créée à Edimbourg en 1965. Elle vise à favoriser l'échange de connaissances entre les professionnels engagés dans la prévention et le traitement des brûlures et a pour but de prévenir l'incidence des brûlures et d'améliorer les soins aux patients, en particulier dans les pays développés. Elle est publiée une fois par mois.

Lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée au sein d'une unité pour patients brûlés, au *Royal Perth Hospital* (Australie). Il s'agit de l'hôpital le plus ancien de l'Australie occidentale (1829), renommé pour sa contribution à l'innovation, à la recherche médicale et pour ses soins aux patients.

Objectif pratique :

- Étudier l'effet thérapeutique de la *Rapid Induction Analgesia* (RIA, en français : analgésie par induction rapide) sur les douleurs procédurales ainsi qu'au repos, sur

l'anticipation anxieuse, sur les niveaux de relaxation et sur la consommation de médicaments chez 30 patients hospitalisés.

### **Objet de l'article et cadre théorique**

Objet de la recherche :

- Comparer les mesures du taux de douleur sensorielle et affective avant, pendant et après les soins de plaies chez les patients ayant bénéficié de la RIA avec les données des patients ayant eu des soins "standards"
- Etudier la relation entre le niveau de relaxation avec la réponse à la RIA et évaluer cet effet sur la prise d'analgésiques

Question de recherche : Quel est l'effet de l'analgésie par induction rapide sur les douleurs, l'anxiété et sur l'administration de traitements antalgiques de 30 patients brûlés adultes hospitalisés ?

Hypothèse de travail : la RAI devrait réduire les tensions, l'anxiété et la sensation de douleur.

Cadre théorique : /

Principaux concepts et/ou notions utilisé(e)s : douleur, brûlure, analgésie par induction rapide.

### **Méthodologie de la recherche**

Outils pour la récolte de données :

- *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) : questionnaire d'auto-évaluation. Donné 5 minutes avant les soins afin de mesurer l'anxiété anticipée du patient face aux soins à venir. Les réponses au questionnaire sont données verbalement
- Les patients ont également évalué verbalement leur douleur de fond sur les dimensions sensorielles et affectives, sur une échelle de 0 à 10 pour les deux dimensions
- Evaluation orale de l'intensité et de la pénibilité de leur douleur durant et après les soins.
- Evaluation du niveau de relaxation sur une échelle de 0 à 10
- *Tellegen Absorption Scale* : échelle d'auto-évaluation de 34 items dont le type de réponse est « vrai/faux ». Elle évalue la susceptibilité hypnotique
- Récolte des données sur deux sessions

Population de l'étude : 30 participants (8 femmes et 22 hommes)

Critères d'inclusion :

- Âgés de 16 à 48 ans (moyenne d'âge 34,8 ans)
- Brûlures représentant entre 1 et 45% de la surface corporelle totale (moyenne de la surface corporelle brûlée 12,5%)

Critères d'exclusion :

- Antécédents de toxicomanie
- Handicap intellectuel
- Incapables d'entendre ou de parler
- Incapables de communiquer en anglais

Type d'analyse : Essai contrôlé randomisé

### **Présentation des résultats**

Principaux résultats de l'article :

- Pas de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe expérimental pour la douleur au repos, procédurale ainsi que l'anxiété par rapport aux données de base
- L'anticipation anxieuse et la douleur affective diminue ; cela implique moins de détresse avant les soins à la deuxième session
- L'intensité de la douleur et la détresse pendant les soins diminue chez les sujets RIA

Conclusions générales : La RIA a eu un impact sur la perception de la douleur, l'anxiété anticipée et l'état de relaxation pendant et après les soins de brûlure.

Les besoins en analgésie ont diminué après la RIA, ce qui suggère que les effets thérapeutiques de l'RIA persistent pendant au moins plusieurs heures après le traitement

### **Ethique**

Les participants ont donné leur consentement et les procédures de la recherche ont été approuvées par le Comité d'éthique *Royal Perth Hospital*.

### **Démarche interprétative**

Apport de l'article :

- Le groupe contrôle a augmenté son niveau d'anxiété anticipatoire entre le premier et le deuxième traitement, ce qui démontre la pertinence de l'utilisation clinique de l'analgésie par induction rapide

- Pas d'impact sur la douleur de fond avant le changement de pansement
- La collaboration a été facilitée entre les patients et l'équipe durant des soins douloureux

Limites :

- Biais de désirabilité sociale : le thérapeute qui a pratiqué l'analgésie par induction rapide a également évalué l'intensité de la douleur des participants (probablement désireux de se présenter sous un meilleur jour)

## Fiche de lecture n°5

Patterson, D.R., Wiechman Askay, S.A., Jensen, M. & Sharar, S.R. (2006). *Hypnosis delivered through immersive virtual reality for burn pain: a clinical case series*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54 (2), 130-142.

### Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Auteurs :

- **David R. Patterson** : professeur en psychologie des départements de réhabilitation en médecine, de chirurgie et de psychologie. Diplômé de l'université Emory avec les honneurs, il a obtenu le titre de docteur en psychologie clinique de l'université de l'État de Floride. Il a développé une expertise dans le contrôle de la douleur et de la récupération des traumatismes physiques, dans le domaine des brûlures et dans d'autres formes de handicaps. Il a publié plus de 200 publications dans des domaines comme le contrôle de la douleur et la récupération des traumatismes. Il est l'auteur du livre *Clinical Hypnosis for Pain Control* et a donné des cours dans plus de 15 pays différents.
- **Shelley Wiechman Askay** : a obtenu sa maîtrise en sciences de l'exercice de l'université de l'Arizona puis est venue à l'Université de Washington afin d'effectuer son doctorat en psychologie. Elle a enseigné à l'École de médecine de l'université de Washington puis a travaillé dans une unité de grands brûlés pendant 15 ans. Actuellement, elle est professeure agrégée et psychologue assistante au service de traumatologie pédiatrique ainsi qu'à la Clinique pédiatrique de soins primaires au *Harbourview Medical Center*. Elle est experte dans la gestion de la douleur non pharmacologique et dans la santé mentale pédiatrique. Elle mène également des recherches sur l'utilisation de l'hypnose afin de diminuer la douleur et la démangeaison. Elle compte plus de 50 publications dans ces domaines. Elle est membre de l'*American Psychological Association* et du conseil d'administration de la *American Burn Association*.
- **Mark Jensen** : professeur à l'université de Washington et vice-président de recherche du Département de réadaptation en médecine. Le Dr Jensen développe et étudie l'efficacité des traitements psychosociaux sur la douleur depuis près de 30 ans. Dans son travail clinique il combine des approches cognitivo-comportementales, hypnotiques et motivationnelles afin d'aider ses clients à mieux gérer la douleur chronique et ses effets sur leur qualité de vie. Son programme de recherche est basé sur le développement et l'évaluation des mesures de la douleur, sur la douleur et les

stratégies d'adaptation de celle-ci, ainsi que sur le développement et l'évaluation des interventions psychosociales contre la douleur. Il est auteur et co-auteur de plus de 400 articles et chapitres de livres. Il a été rédacteur en chef des *Annals of Behavioral Medicine* et a été éditeur associé du *Clinical Journal of Pain* et des *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Il est actuellement rédacteur en chef du *Journal of Pain*.

- **Sam R. Sharar** : spécialiste en anesthésie à Seattle, Washington. Il a obtenu son diplôme d'honneur de l'université *Washington School of Medicine* en 1983. Ses recherches visent à comprendre et à améliorer la prise en charge de la douleur per-opératoire dans les traumatismes ainsi que chez les patients brûlés en utilisant des techniques non pharmacologiques, telles que la distraction et la réalité virtuelle.

Nom et type de revue :

La revue *International Journal of Clinical Experimental Hypnosis* (IJCEH), paraissant tous les trois mois, est depuis plus de 60 ans la principale revue dans le domaine de l'hypnose. Elle a été régulièrement classée parmi les publications les plus influentes dans ce domaine et c'est également le journal officiel de la Société pour l'Hypnose Clinique et Expérimentale, l'*American Psychological Association* ainsi que la Société Internationale d'Hypnose.

Lieu de l'étude :

L'*University of Washington School of Medicine* à Seattle (Washington, USA) a été fondée en 1946; il s'agit de la première école de médecine publique dans l'état de Washington. C'est également l'une des meilleures écoles de médecine du pays.

Objectifs pratiques : utiliser la réalité virtuelle (RV) dans le cadre de l'hypno-analgésie afin de diminuer l'effort que demande l'introduction dans la transe hypnotique et éliminer la présence d'un thérapeute.

### **Objet de l'article et cadre théorique**

Objet de la recherche :

- Développer une réalité virtuelle tridimensionnelle et immersive dans le but de guider le patient dans les mêmes étapes utilisées lors de l'hypnose traditionnelle
- Fournir une nouvelle méthode pour induire l'hypnose par une expérience sensorielle et audiovisuelle riche (les nombreux stimuli sont d'ordinaire plus difficiles à imaginer, car sont induits par un thérapeute).

Question de recherche : L'induction de l'hypnose par la RV reproduit-elle les mêmes effets que l'hypnose traditionnelle sur les patients ?

Hypothèse de travail : La RV est conçue pour être une expérience très attrayante car elle nécessite une attention réduite pour traiter la douleur et maximiser la capacité de la personne à se concentrer sur l'induction hypnotique. Le fait de pouvoir porter moins d'attention à la douleur entraîne une diminution de la perception de celle-ci.

Cadre théorique de la recherche : /

Principaux concepts/notions utilisés : réalité virtuelle, douleur, hypnose

### **Méthodologie de recherche**

Outils pour la récolte de données :

- L'échelle GRS est une échelle abrégée de la *Burn Specific Pain Anxiety Scale* (BSPAS). Elle contient 5 items et utilise une échelle visuelle analogique (de 0 à 100) afin d'associer l'anxiété et de la douleur
- *Tellegen Absorption Scale (TAS)* : échelle d'auto-évaluation de 34 items dont le type de réponse est « vrai/faux ». Elle évalue la susceptibilité hypnotique
- *Stanford Hypnotic Clinical Absorption Scale (SHCAS)* : évalue la sensibilité d'hypnotisation selon 5 paramètres. L'échelle est appropriée pour toute personne de plus de 17 ans

Population de l'étude : 13 patients brûlés

Critères d'inclusion :

- Dès 16 ans, moyenne d'âge 38 ans
- Au moins 3 jours d'hospitalisation
- Nécessitant des changements de pansements

Critères d'exclusion :

- Problèmes cognitifs

Type d'analyse : série de cas

### **Présentation des résultats**

Principaux résultats de la recherche :

- Les niveaux d'intensité de la douleur ont diminué de 20% chez le groupe RV par rapport aux données de base
- Les niveaux d'anxiété ont diminué de 26% après RV par rapport aux données de base (jour 1 sans RV)
- De plus, la consommation d'opioïdes a considérablement diminué
- La diminution des niveaux de douleur et d'anxiété est cliniquement significative pour une population présentant des niveaux extrêmement élevés de douleur

Conclusions générales : diminution de l'effort fourni pour créer une image mentale.

### **Ethique**

Consentement écrit des patients approuvé par l'institution

### **Démarche interprétative**

Apport de l'article : innovation de la méthode d'induction hypnotique. Cette méthode peut aider les personnes ayant des difficultés à être imaginatifs. Cette étude a montré des résultats prometteurs et indique que des recherches plus poussées avec un essai randomisé contrôlé sont justifiées.

Limites : échantillon de 13 patients avec 38% d'abandon, biais de sélection, pas de groupe contrôle, 12 hommes sur les 13 patients

## Fiche de lecture n°6

Frenay, M.-C., Faymonville, M.-E., Devlieger, S., Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001). *Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy*. *Burns*, 26(8), 793-799

### Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Auteurs :

- **Marie-Christine Frenay** : psychologue à l'Hôpital Militaire Reine Astrid, Centre de Brûlés. (Bruxelles, Belgique)
- **Marie-Elisabeth Faymonville** : diplômée docteur à l'université de Liège en 1977, spécialiste en anesthésie et réanimation en 1981. Elle dirige, depuis 2004, le Centre de la Douleur et participe activement, comme médecin référent, à l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Elle développe également, en 1992, une nouvelle technique d'anesthésie, l'hypnosédation. Son activité de recherche originale est axée sur l'investigation des mécanismes neuroanatomiques de différents états de conscience, dont l'hypnose.
- **Sabine Devlieger** : /
- **Adelin Albert** : professeur à l'université de Liège en biostatistique, informatique et en télématique médicale.
- **Alain Vanderkelen** : /

Nom et type de revue :

La revue « Burns » a été créée à Edimbourg en 1965. Elle vise à favoriser l'échange de connaissances entre les professionnels engagés dans la prévention et le traitement des brûlures et a pour but de réduire l'incidence des brûlures et d'améliorer les soins aux patients, en particulier dans les pays développés. Elle est publiée une fois par mois.

Lieu de l'étude :

Centre des brûlés à l'hôpital Militaire Reine Astrid, Bruxelles, Belgique.

Objectifs pratiques :

- Comparer deux méthodes de soutien psychologique (l'hypnose et une stratégie de réduction du stress).
- Vérifier si l'intervention psychologique a marqué une différence sur le confort du

patient lors du changement de pansements.

### **Objet de l'article et cadre théorique**

Objet de la recherche : comparer deux interventions psychologiques, l'hypnose et la *Stress reducing strategies* (SRS) durant la réfection de pansements, chez 30 patients brûlés.

Question de recherche : à eux seuls, les traitements pharmacologiques n'étant pas suffisants pour diminuer significativement la douleur des patients brûlés, une approche psychologique pourrait-elle être utile afin de diminuer significativement le niveau de la douleur ?

Hypothèse de travail : L'assistance psychologique en complément à l'analgésie pharmacologique pourrait être pertinente au sein de la population de patients souffrant de douleurs liées aux soins de brûlures.

Cadre théorique de la recherche : /

Principaux concepts/notions utilisés : douleur, brûlure, hypnose

### **Méthodologie de recherche**

Outils pour la récolte de données :

- *Visual analogic scale* (VAS) : échelle d'auto-évaluation de la douleur entre 0 et 10. Une échelle VAS est évaluée pour chacun de ces paramètres: anxiété, contrôle de la douleur et satisfaction à supporter le changement de pansement

Population de l'étude : 30 patients

Critère d'inclusion :

- Avril 1996 et juin 1997
- De 18 à 65 ans
- Total de surface corporelle brûlée entre 10 et 25%.
- Hospitalisation d'au moins 14 jours
- Ventilation respiratoire de maximum 5 jours.

Critères d'exclusions :

- Présence de troubles psychiatriques
- Dépendance aux drogues ou à l'alcool

Type d'analyse : étude prospective avec randomisation des patients dans les groupes

## Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

- La valeur de l'anxiété est significativement plus basse dans le groupe hypnose par rapport au groupe SRS avant et pendant les soins
- La douleur est diminuée pour le groupe hypnose avant, pendant et après les soins, mais pas significativement : l'évaluation du contrôle de la douleur est donc comparable dans les deux groupes (hypnose et SRS)
- La satisfaction des patients du groupe de l'hypnose est plus élevée mais n'est pas statistiquement significative
- Le soutien psychologique diminue significativement la douleur et augmente la satisfaction dans les deux groupes

Conclusions générales : L'hypnose réduit significativement l'anxiété avant et pendant les changements de pansement. Elle donne au patient la possibilité de s'échapper du cercle vicieux de la douleur et de l'anxiété (anticipation → augmentation de la douleur, forte douleur → plus d'anxiété).

## Ethique

Le comité d'éthique de l'hôpital a approuvé cette étude et un consentement éclairé a été obtenu de la part de tous les patients.

## Démarche interprétative

Apports de l'article : L'étude met en évidence l'importance d'un soutien psychologique lors du changement de pansement car il permet d'améliorer la gestion de la douleur, notamment par la relation étroite qui se tisse entre le praticien et le patient.

Limites :

- Absence de groupe contrôle
- L'hypnose n'a pas été associée à une sédation intraveineuse contrôlée mais s'est faite uniquement par antalgie intramusculaire (IM). Il est probable que l'injection IM standard de médicament avant le changement de pansement n'était pas suffisante pour contrôler la douleur. Or, une trop grande douleur empêche les patients de maintenir la transe hypnotique
- Échelle VAS comme seul outil de récolte de données