

Douleur, hypnose et réalité virtuelle dans les traumatismes physiques

Par **Maximilien Bachelart** (Université Paris Descartes, CHU Bicêtre)

Article commenté :

Virtual reality hypnosis for pain associated with recovery from physical trauma

Patterson D.R., Jensen M.P., Wiechman S.A., Sharar S.R.

Int J Clin Exp Hypn. 2010;58(3):288-300.

[Retrouvez l'abstract en ligne](#)

Cette étude randomisée et contrôlée comprend l'évaluation de vingt et un patients douloureux hospitalisés pour un traumatisme dû à une blessure physique (comme des fractures osseuses ou des lacérations sévères). L'échantillon est divisé en trois groupes correspondant à trois types de prise en charge, en plus des médications habituelles pour le type de pathologies présentées.

Le premier groupe correspond à une prise en charge par réalité virtuelle et hypnose, le deuxième à un programme de réalité virtuelle seul et le troisième correspond à un groupe témoin (prise en charge seulement médicamenteuse). La douleur évaluée est la douleur consécutive au traumatisme physique (est exclue la douleur provoquée par les soins).

Le programme de réalité virtuelle consiste en un logiciel spécifique induisant un effet hypnotique par des suggestions de confort et de soulagement de la douleur, ainsi que des images et sons idoine (ici les sujets s'immergent virtuellement dans un canyon glacial). L'hypnose consistait à proposer des suggestions post-hypnotiques pour la réduction de la douleur voire l'oubli de celle-ci, le calme, un meilleur sommeil, un rappel des expériences positives et un regard vers un meilleur avenir.

Chaque groupe a été évalué avant la prise en charge par les techniques complémentaires, ainsi qu'une heure, puis huit heures après celle-ci. Quatre mesures sont demandées : l'intensité de la douleur actuelle et l'importance de la dimension désagréable ; la douleur moyenne et de la douleur la moins élevée durant les huit heures. Ces mesures sont réalisées à l'aide d'une échelle graphique allant de 0 à 100.

Concernant les résultats, la douleur et la pénibilité de celle-ci sont globalement moindres avec l'utilisation de la réalité virtuelle, en association avec l'hypnose ($p < .05$). Si le niveau minimal de douleur décroît également de façon significative entre T0 (21,67, ET : 20,82) et T+8 (13,33, ET : 20,15), pour autant le niveau moyen de douleur décroît également, mais de façon non significative (T0 : 55, ET = 28,44 ; T8 : 41,67, ET = 23,29).

Les auteurs notent la petite taille de leur échantillon ne permettant pas de généraliser leurs résultats, bien que des différences significatives entre les groupes aient pu être constatées. Ces différences ne sont cependant pas très importantes : diminution d'à peu près 10% sur l'EVA à une heure pour la douleur et d'environ 15% en douleur moyenne sur 8H pour le groupe bénéficiant de la réalité virtuelle avec hypnose. Mais il faut noter que dans le groupe contrôle (médications seules), il n'y a eu non seulement aucun soulagement, mais un accroissement de toutes les mesures à 1H et 8H ; ce qui ne manque pas d'interroger sur l'efficacité des traitements proposés...

Les auteurs notent aussi l'intérêt d'évaluer si des différences peuvent être constatées en proposant plusieurs séances de réalité virtuelle couplées à l'utilisation de l'hypnose ; en effet la séance dans cette étude était unique. Il aurait été intéressant d'évaluer l'influence d'une séance d'hypnose seule, notamment vue les faibles scores de soulagement obtenus ici, au regard de la littérature sur le bénéfice de l'hypnose seule et pratiquée dans un cadre relationnel et non informatique.

Ce d'autant que la « pomme de discorde » vient du fait que les auteurs expliquent que ces résultats pourraient aller dans le sens d'une substitution du thérapeute au profit de la réalité virtuelle, bien pratique du fait du manque de formation du personnel soignant aux techniques d'hypnoalgésie. Or, on ne peut pas vraiment établir une équivalence entre une séance menée par un praticien et celle utilisant un outil informatique, quoiqu'en disent les auteurs (conceptuellement et au regard des résultats obtenus ici).

Cette étude pose finalement la question de l'appel à l'outil technologique comme seul recours thérapeutique complémentaire aux médications. L'intérêt d'un « accompagnant-praticien » est ici évoqué

uniquement pour la compréhension fine d'une problématique liée à des troubles psychiatriques, et donc peut être « oublié » lorsque aucun trouble psychopathologique n'a été décelé ; ce qui est un argumentaire pour le moins curieux.

Certes, expérimentalement, évacuer le facteur humain facilite la procédure d'évaluation en améliorant la standardisation méthodologique. Mais qu'en est-il d'une généralisation à un type de prise en charge au quotidien ? Il pourrait être intéressant de comparer une prise en charge uniquement centrée sur le symptôme comme c'est le cas ici et une prise en charge plus globale, centrée sur un sujet dans un mouvement pluridisciplinaire. Il est possible que ce type d'intervention misant peu sur le facteur humain puisse être mis en place, car s'adressant à des douleurs aiguës, mais doit-on attendre la chronicisation et l'impasse thérapeutique pour proposer un échange avec un humain ? Date de publication : 28-06-2010
11:47:54

Site réalisé et édité par Santor Edition  © tous droits réservés