

RECHERCHE

L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques

Hypnosis as a resource in palliative care. A qualitative study of the contribution of hypnosis to the care of oncology patients

Fabienne TEIKE LUETHI

Infirmière clinicienne consultante, service de soins palliatifs ; chargée de formation, service de la formation continue de la Direction des Soins, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

Thierry CURRAT

Chef de projet, service de soins palliatifs, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

Brenda SPENCER

PD, MER, Responsable de secteur de recherche, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, Suisse

Nicolas JAYET

Infirmier, chargé de communication, Département de médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

Boris CANTIN

Médecin chef de clinique, service de soins palliatifs, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne ; médecin adjoint, unité de soins palliatifs HFR Châtel-St-Denis, Châtel-St-Denis, Suisse

Remerciements

Au service de radio-oncologie, et plus particulièrement à la Dr Alessia Pica, au service de soins palliatifs de l'hôpital universitaire et aux 14 patients qui ont participé à cette étude.

RÉSUMÉ

L'hypnose est reconnue en médecine comme une approche complémentaire efficace. Il existe peu de données qualitatives concernant ses bénéfices. Cette étude qualitative vise à explorer l'apport des séances d'hypnose auprès de patients en phase avancée de leur maladie oncologique.

Les résultats mettent en évidence que l'hypnose est une thérapie efficace et efficiente pour développer les ressources des personnes gravement malades. Après quatre séances en moyenne, les patients expriment retrouver des ressources internes inexploitées et être autonomes dans l'utilisation de cet outil. Le bénéfice majeur a été ressenti au niveau d'une diminution de l'anxiété. Pour les patients souffrant d'anxiété de mort, l'hypnose leur a permis, dans un cadre thérapeutique décrit comme sécurisant, d'explorer différentes facettes de leurs peurs et de développer des stratégies d'adaptation. Hormis une légère fatigue après les séances, aucun effet secondaire n'a été décrit.

Cette étude explorant les effets de l'hypnose a permis d'identifier d'importants bénéfices pour les patients fragilisés par une maladie oncologique avancée. Suite à cette expérience, des études à plus grande échelle devraient être entreprises afin d'établir dans quelle mesure il est possible de généraliser ces résultats et de définir les caractéristiques des patients les plus à même de bénéficier de cette approche thérapeutique.

Mots clés : hypnose, soins palliatifs, cancer, ressources, anxiété.

Pour citer l'article :

TEIKE LUETHI F, CURRAT T, SPENCER B, JAYET N, CANTIN B. L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques. Recherche en soins infirmiers, septembre 2012 ; 110 : 78-89

Adresse de correspondance :

Fabienne TEIKE LUETHI : Teike-luethi@chuv.ch

ABSTRACT

Hypnosis is recognised in medicine as an effective complementary therapy. However, few qualitative data are available concerning the benefits it may bring. This qualitative exploratory study aimed to examine the contribution of hypnosis to the care of advanced cancer patients.

Results demonstrate that hypnosis is an effective and efficient means of developing the resources of people suffering from serious illness. After an average of four hypnotherapy sessions, patients said they were able to locate previously unexploited resources within themselves and were able to become autonomous in the use of self-hypnosis. The major benefit reported concerned a reduction in anxiety. For patients experiencing anxiety about death, hypnosis allowed them, within a therapeutic environment perceived as safe, to explore different facets of their fears and to develop adaptive strategies. Aside from slight fatigue experienced during the sessions, no adverse side-effects were reported.

In conclusion, this study exploring the effects of hypnosis allowed us to identify important benefits for patients suffering from advanced cancer. Consequently, replication on a larger scale is recommended in order to ascertain the extent to which it is possible to generalise from these results and in order better to define the characteristics of patients most likely to benefit from this therapy.

Key words : hypnosis, palliative care, cancer, resources, anxiety.

INTRODUCTION

L'introduction d'une pratique hypnotique pour des patients en soins palliatifs au sein d'un hôpital universitaire soulève plusieurs questions, dont celle centrale du bénéfice pour les principaux intéressés. Le but de cette étude est de documenter le sujet en explorant le vécu des patients.

Le centre hospitalier universitaire où s'est déroulée l'étude a notamment pour mission d'offrir des soins de qualité pour les patients aigus et chroniques, en mettant en œuvre différents programmes. Concernant le programme institutionnel de soins palliatifs, une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) consulte dans les différents services de l'institution pour aider les soignants dans la prise en charge des patients en phase palliative ou terminale de leur maladie. La pratique interprofessionnelle est une plus-value de cette équipe, qui peut ainsi offrir une prise en charge globale aux patients et un accompagnement disciplinaire spécifique aux professionnels de première ligne.

Concernant les symptômes en soins palliatifs, la prévalence est élevée. Jusqu'à cinq symptômes tels que douleur, fatigue, anorexie, dyspnée et anxiété se retrouvent chez plus de 50 % des patients (Teunissen, 2007) [1]. La souffrance de ces patients est déterminée dans une large mesure par la présence et l'intensité des symptômes, qui fluctuent au fil du temps en fonction d'une rémission, d'une récurrence ou d'une maladie réfractaire. Les traitements conventionnels ne soulagent pas toujours de manière satisfaisante ces symptômes, et certains patients tolèrent mal les effets secondaires. En combinant une approche complémentaire comme l'hypnose avec des

thérapies conventionnelles, on peut pratiquer une médecine intégrative (Deng, 2005) [2] et ainsi espérer offrir un meilleur soulagement aux patients.

L'hypnose peut être décrite comme une expérience d'état modifié de conscience, induit par une focalisation prolongée de l'attention en vue d'apporter des changements positifs des perceptions (Salem, 2004) [3]. Cette perception transformée de la réalité peut être utilisée pour réduire la sensibilité à toutes agressions internes ou externes au travers de suggestions thérapeutiques. De nombreuses études montrent que l'état hypnotique est différent de celui d'éveil ou de sommeil et mettent en évidence par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) fonctionnelle la stimulation de différentes aires corticales (Rainville, 1999) [4], (Faymonville, 1997) [5], (Faymonville, 2003) [6], (Cojan, 2009) [7]. La littérature dans le domaine de l'hypnose médicale est en augmentation. Le nombre de publication dans Medline (MESH : hypnosis, dental hypnosis, anesthesia hypnosis) est passé d'environ 200 dans les années quatre-vingts à plus de 600 sur les dix dernières années (2000-2010). L'hypnothérapie a été étudiée dans des essais cliniques pour la douleur et la détresse associée à des procédures interventionnelles (Zeltzer, 1982) [8], (Lioffi, 1996) [9] et en pédiatrie (Tsao, 2005) [10]. En oncologie, l'hypnose peut être utilisée comme traitement complémentaire pour soulager la douleur, l'anxiété et les effets secondaires de la chimiothérapie (Deng, 2005) [2], (Dupuis, 2003) [11], (Marchioro, 2000) [12]. Une méta-analyse de 18 études a révélé un effet hypnoalgésique modéré à fort, soutenant l'efficacité des techniques hypnotiques pour la gestion de la douleur (Montgomery, 2000) [13]. Dans le domaine des soins palliatifs, peu d'essais cliniques ont exploré l'utilité de l'hypnose (Jensen, 2006) [14]. Dans une étude prospective

randomisée, les patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique ont eu moins de douleur et de souffrance totale lorsqu'elles étaient sous hypnose ou auto-hypnose au cours de leur chimiothérapie, comparativement à celles du groupe contrôle qui n'en bénéficiaient pas (Spiegel & Bloom, 1983) [15]. Une réduction significative de la douleur et de l'anxiété au cours des procédures médicales invasives a également pu être observée suite à l'auto-hypnose dans une étude randomisée (Lang, 2000) [16]. L'hypnose améliorerait aussi les stratégies d'ajustement chez les patients qui y recourent (Finlay, 1996) [17]. Bioy constate dans sa pratique que, si l'hypnose est bien connue pour son action analgésique, elle peut aussi aider à la gestion de nombreux autres symptômes, y compris durant la fin de vie. Elle permet aussi au thérapeute d'apporter un soutien au patient à un niveau plus existentiel (Bioy, 2006) [18].

Dans leur pratique quotidienne, deux des auteurs de cet article ont pu observer les nombreux effets positifs de cette approche sur divers symptômes physiques comme la douleur (nociceptive, neuropathique ou fantôme), les nausées, l'insomnie et la dyspnée. Spécialisés en soins palliatifs et formés à l'hypnose ericksonienne, ils notent également que l'hypnose permet aux patients d'envisager autrement leur maladie, de développer des stratégies de coping plus efficaces et d'oser explorer la perspective de la mort d'une autre manière, en augmentant leur sentiment de quiétude. Ces éléments ont également été relevés par d'autres hypnothérapeutes (Bioy, 2006) [18], (Liossi, 1996) [19], (Forster, 2004) [20] et concourent à l'idée d'une forme d'empowerment retrouvé dans la trajectoire des patients. Appliquant un modèle de type thérapie brève (de Shazer, 1999) (20), ces hypnothérapeutes observent aussi qu'un nombre minimum de séances semble

suffire pour que le patient modifie ses perceptions et devienne relativement autonome dans la pratique de l'auto-hypnose.

BUT DE L'ÉTUDE

D'après la revue de littérature réalisée, seules des études quantitatives ont démontré les avantages de l'hypnose en milieu de soins palliatifs, mais aucune publication n'a présenté d'exploration narrative en profondeur de ces bénéfices (Curtis, 2001)[21], (Finlay, 1996) [17]. Cette recherche qualitative interdisciplinaire (Fitzpatrick, 2003) [22], (Grey, 2008) [23] représente une opportunité de mieux comprendre comment l'hypnose est vécue par les patients qui en bénéficient. Cette étude explore plus particulièrement comment les patients en soins palliatifs souffrant de douleur ou d'anxiété vivent l'expérience de l'hypnose par (A) une évaluation immédiate au moyen d'entrevues réalisées directement après les séances et (B) une exploration en profondeur de cette expérience dans sa globalité, par une entrevue finale réalisée à distance des séances d'hypnose.

MÉTHODE

Recrutement

Au moment de la recherche, le centre hospitalier universitaire où s'est déroulé l'étude n'avait pas d'unité de lits de soins palliatifs. La collaboration avec un autre service a donc été requise pour mener cette étude. Le choix de ce service a été fait, d'une part, en fonction du type de patients qui

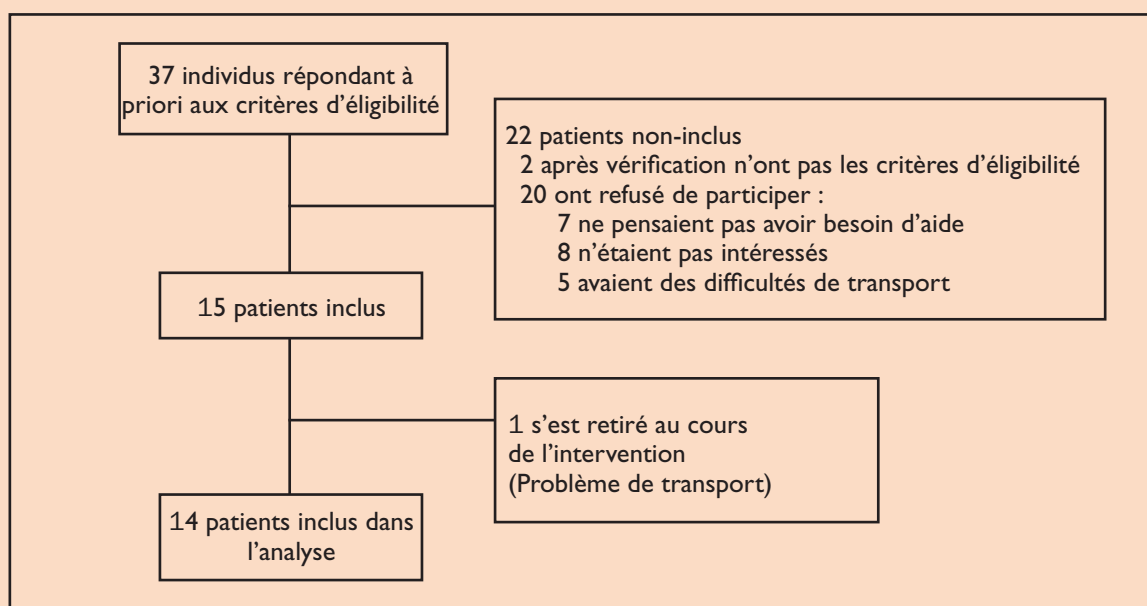


Figure 1. Diagramme de flux des participants à l'étude

L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ?

Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques

correspondaient au mieux aux critères d'inclusion, et d'autre part en fonction du niveau de collaboration préexistant. Le service ambulatoire de radio-oncologie correspondait à ces critères. Des rencontres d'information ont été réalisées pour l'équipe de radio-oncologie afin qu'elle connaisse la procédure à suivre pour le recrutement des patients et qu'elle réfère les patients répondant aux critères d'inclusion au service de soins palliatifs. Une affiche a également été installée dans la salle de colloque afin de rappeler au quotidien la recherche en cours. Suite à un taux insatisfaisant de recrutement, des affiches et des dépliants ont été placés pendant six mois dans chaque salle d'attente et au *desk* d'accueil du service. Ainsi, les patients pouvaient demander au personnel de la radio-oncologie de participer à cette étude. Cette dernière approche a permis de recruter huit patients supplémentaires, s'ajoutant aux six précédemment recrutés.

■ Critères d'inclusion

Les patients devaient être intéressés par une approche complémentaire à leur traitement pharmacologique et interventionnel (radiothérapie). Leurs symptômes (douleur et/ou anxiété) devaient être liés à leur maladie oncologique et mesurés comme modérés à forts (4-7/10 sur l'*Edmonton Symptom Assessment System*) (Bruera, 1991)

(24). Le personnel de radio-oncologie était invité à identifier les patients répondant aux critères d'inclusions au fil de leurs consultations. Chaque patient ainsi présélectionné recevait une documentation écrite sur l'étude, puis un appel téléphonique d'un hypnothérapeute pour répondre à d'éventuels renseignements complémentaires, et examiner d'autres critères d'éligibilité tels que l'âge (plus de dix-huit ans), la capacité cognitive (*TELECOM*¹ < 11/28) et la capacité à comprendre et à parler le français. Les patients inclus dans cet échantillon de convenance acceptaient de ne prendre aucun antalgique ou anxiolytique supplémentaire dans les deux heures précédant chaque séance d'hypnose. Leur consentement écrit était requis. Trois patients oncologiques en situation curative ont aussi été inclus pour enrichir l'échantillonnage (figure 1). Le recrutement s'est arrêté lorsque la redondance des propos a été atteinte (après quatorze patients).

■ Design de l'étude

Chaque patient pouvait bénéficier de trois à cinq séances d'hypnose en fonction de ses besoins et conservait le même hypnothérapeute d'une séance à l'autre. Les séances duraient

¹ Test Élémentaire de Concentration, Orientation et Mémoire

Thèmes	Questions
Motivation	Qu'est-ce qui vous a encouragé à utiliser l'hypnose ?
Attentes	Quelles attentes aviez-vous avant de débiter les séances d'hypnose ?
	Est-ce que cette expérience y a répondu ?
	Aviez-vous éventuellement des interrogations, voire des craintes par rapport à cette démarche ?
	Au terme de cette expérience, avez-vous toujours des interrogations ?
Satisfaction	Globalement, est-ce que ces séances d'hypnose vous ont satisfait ? (échelle entre 1=pas du tout et 5=tout à fait)
	Compte tenu de votre expérience, diriez-vous que vous avez été suffisamment informé avant ? (si non, quelles informations ont manqué ?)
	Est-ce que ces séances se sont déroulées comme vous les avez imaginées ?
	Qu'avez-vous le plus apprécié durant ces séances ?
	Qu'avez-vous le moins apprécié durant ces séances ? (relances : impression que les séances étaient trop courtes, longues, trop espacées, pas assez, etc.)
	Vous êtes vous senti en sécurité ? (contexte, confidentialité, salle, etc.)

Tableau 1
Grille d'entretien final

20 à 50 minutes et étaient réalisées dans la salle de consultations ambulatoires du service de soins palliatifs. Les patients pouvaient opter pour une position assise ou allongée. Même si la demande initiale concernait le soulagement de la douleur ou de l'anxiété, le patient était interrogé au début de chaque séance pour évaluer ses besoins du moment (par exemple : soulagement du symptôme, exploration d'une problématique, développement d'une ressource). La séance « sur mesure » et non préétablie, se faisait au rythme du patient avec une transe plus ou moins profonde. Le thérapeute adaptait alors ses techniques et ses suggestions en fonction de ce qui était partagé verbalement ou non-verbalement, ainsi qu'en fonction de l'objectif initial. Une grande partie du travail se faisait sur la base d'un processus analogique, notamment par l'utilisation de la métaphore. Chaque patient bénéficiait de 3 à 5 séances au rythme de 1 à 2 par semaine en fonction de son agenda et de ses besoins. Pour des raisons éthiques, il était possible pour les patients qui le souhaitaient, de poursuivre des séances en dehors de l'étude.

■ Récolte des données et analyse

Immédiatement après chaque séance d'hypnose, un membre non-hypnothérapeute de l'équipe de soins palliatifs conduisait un bref entretien semi-structuré d'une durée de 5-10 minutes avec le patient. Les réponses étaient relevées de façon manuscrite sans enregistrement audio. Un dernier entretien semi-structuré de 45-60 minutes était réalisé entre une et trois semaines après la dernière séance d'hypnose par un chercheur non-clinicien spécialisé dans la recherche qualitative. Cet entretien était enregistré puis retranscrit. Les verbatims étaient ensuite relus par le chercheur.

Une grille d'entretien semi-directif (tableau 1) a été développée sur la base de l'expérience clinique des hypnothérapeutes. Elle a ensuite été enrichie par une revue de la littérature, puis complétée par le chercheur afin de couvrir les divers champs qui peuvent émerger lorsque l'hypnose est évoquée, tout en laissant la place à l'expérience singulière de chaque participant. Une phase pilote a été menée avec les deux premiers patients de l'étude pour tester l'outil. Cela a permis de formuler les questions de façon plus ouverte, mais aucun changement aux items inclus dans la grille n'a été nécessaire.

Les propos des participants ont été exploités en utilisant une analyse thématique qualitative sans codage préconçu (Graneheim, 2004) [25], (Hickey, 1996) [26], (Malterud, 2001) [27], (Hsieh, 2005) [28]. Les verbatims ont été analysés par trois professionnels issus de milieux différents pour assurer une triangulation suffisante et diminuer le risque de mauvaise interprétation. L'analyse respectait les étapes suivantes :

1. Lecture des verbatims afin d'obtenir une perception générale de l'ensemble et de développer progressivement les thèmes ;
2. Relecture systématique, ligne par ligne, des réponses aux questions afin d'identifier les segments de textes

significatifs, soit les « unités de sens », et développer les codes correspondant ainsi que les catégories préliminaires. Les formulations des patients ont été utilisées autant que possible ;

3. Comparaison des unités de sens de chaque catégorie préliminaire pour en trouver la composante centrale et créer les catégories principales ;
4. Comparaison de ces catégories pour éviter les chevauchements évidents et déterminer les relations avec les autres catégories.

Les thèmes et les catégories ont été arrêtés lorsqu'un consensus a été trouvé par les trois chercheurs. L'ensemble de l'approche qualitative a été supervisée par un chercheur spécialisé dans la recherche qualitative dans le contexte de la santé.

Le protocole de recherche a été approuvé par la commission d'éthique de la Faculté de biologie et médecine de Lausanne.

RÉSULTATS

Au total, 37 patients ont été approchés pour cette étude par le personnel du service de radio-oncologie entre mars 2008 et août 2009. Quatorze patients ont été inclus (11 femmes entre 40 et 78 ans ; 3 hommes entre 39 et 49 ans) et ont bénéficié de trois à cinq séances d'hypnose. La figure 1 présente les raisons de non-participation des 23 autres patients. Au total, 54 séances ont été réalisées (tableau 2).

Diagnostic des patients	Sexe	Age	Nombre de séances d'hypnose
Récidive d'épendimome	F	49	3
Cancer de l'utérus	F	78	3
Cancer du colon	F	66	3
Récidive de plasmacytome	M	49	4
Cancer de l'utérus	F	60	4
Cancer pulmonaire	M	46	5
Récidive de méningiome	M	39	5
Mélanome	F	47	4
Cancer du Sein	F	59	4
Cancer du Sein	F	46	3
Cancer du Sein	F	45	4
Cancer du Sein	F	47	5
Oligodendrogliome multifocal	F	43	4
Cancer de l'utérus	F	40	3
Moyenne		50,1	3,8

Tableau 2
Tableau démographique

L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ?

Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques

Pour la présentation des résultats, une distinction est opérée entre les contenus issus :

A) des entretiens semi-structurés réalisés juste après les séances d'hypnose appelés réactions spontanées ;

B) des entretiens semi-structurés finaux appelés opinions formées.

Les thèmes émergent de ces deux types d'entretien sont présentés séparément puis comparés afin d'en évaluer les similitudes et les différences.

Tableau des thèmes/catégories (Tableau 3 ci-dessous) :

RÉACTIONS SPONTANÉES

■ L'hypnose est un outil utile

Les patients disent acquérir, après une séance déjà, des outils qu'ils pensent pouvoir utiliser d'ici la séance suivante pour pratiquer l'auto-hypnose. Ils soulignent la force de l'utilisation des métaphores. Ils rapportent que l'hypnose les aide à aller à l'extérieur de leur réalité pesante pour un certain temps. Ils apprécient l'influence des (auto) suggestions, qui les aident à faire face aux événements stressants. À plusieurs reprises, ils témoignent d'un sentiment d'autonomie et de contrôle retrouvé grâce à leur capacité imaginaire développée dans le cadre de la pratique de l'hypnose.

■ L'exploration des émotions comme une ressource

Les patients décrivent le bénéfice « d'aller dans les émotions ». Ils peuvent ainsi explorer leurs sentiments dans un contexte où ils se sentent en sécurité car accompagnés par l'hypnothérapeute. Ils disent pouvoir explorer leurs craintes, comme la peur de la mort, avec leurs propres ressources. Ils déclarent tous que ces séances leur apportent une sensation

de bien-être en utilisant des mots comme « légèreté », « calme », « lâcher prise » et « paix intérieure ». Grâce à ces séances hypnotiques, ils racontent qu'ils redécouvrent le goût de prendre soin d'eux et, également, qu'ils modifient leur perception de leur environnement.

■ L'hypnose comme une relation significative

La plupart des patients valorisent l'importance de la synchronisation développée entre eux et l'hypnotiseur pendant la transe hypnotique. Les patients décrivent la relation comme quelque chose d'essentiel et d'harmonieux. Ils disent que la confiance entre eux et l'hypnothérapeute leur permet de se sentir en sécurité. Plusieurs patients ont nommé leur sentiment d'être compris.

■ Effets secondaires

Même si certaines séances ont apporté aux patients un effet positif sur leur fatigue, quelques-uns mentionnent tout de même qu'une séance prend beaucoup d'énergie. Certains sont émotionnellement épuisés après une séance. D'autres relatent également avoir eu une augmentation des symptômes de manière transitoire durant la séance hypnotique. En dehors de cette fatigue émotionnelle, les patients disent repartir avec un soulagement partiel ou complet de leur symptôme. Aucun autre effet secondaire n'est décrit.

OPINIONS FORMÉES

Deux grandes catégories ont émergé de l'analyse : l'hypnose comme outil et les bénéfices de l'hypnose. Cette catégorie a été ensuite subdivisée en trois thèmes principaux recouvrant l'ensemble des sous-thèmes ayant été codés (tableau 3).

Thème vis-à-vis de l'hypnose		
Réactions « spontanées »	Opinions « formées »	
Outil utile	Boîte à outils	Développement de ressources. Rapidement acquise. Facilement réutilisable.
Exploration facilitée des émotions	Anxiolytique puissant	Par rapport à la maladie. Par rapport à la mort. Par rapport à la perte du lien. Par rapport à la claustrophobie.
Relation significative	Lien humain	Focus centré sur la personne et non sur la maladie.
Effet secondaire : fatigue émotionnelle	Bien-être	Moments précieux. Paix intérieure. Calme/détente. Regain d'énergie.

Tableau 3
Tableau synoptique des résultats

■ L'hypnose comme outil

Certains patients se disent surpris de découvrir, ou redécouvrir, des ressources internes qui sont aidantes durant et après la séance. Ils réalisent que ces ressources sont enfouies en eux sans qu'ils aient pensé les utiliser ou sans qu'ils aient su comment les utiliser. Ils arrivent donc à identifier et nommer ces ressources par eux-mêmes et deviennent leur propre « soignant ». Ils se disent étonnés de pouvoir utiliser leur imagination pour se soigner.

« Ces outils sont là, j'ai l'impression de toujours les avoir eus. Je faisais pratiquement déjà comme ça. Mais c'est vraiment l'image de la caisse à outils : il y a un ou deux outils de plus, puis ils sont mieux rangés peut-être aussi. »

D'autres patients décrivent ces ressources comme un moyen de prendre de la distance par rapport à leur problématique, qu'elle soit physique ou émotionnelle. Ils disent percevoir les émotions et les sensations dans leur corps différemment

« Oui, oui, je trouve que je peux gérer mieux cette angoisse. Avant je disais je ne sais pas comment ça va finir, je paniquais face à différents événements et maintenant je me dis, je me calme, je vais chercher mes repères, j'ai trouvé un ou deux repères et j'arrive à... je sens que je suis différente. »

L'utilisation de leur propre imaginaire apparaît comme déterminante, dans la mesure où cela leur permet de retrouver ou reconnaître des ressources personnelles. L'imaginaire lui-même est d'ailleurs parfois décrit comme une ressource.

« (...) Ça m'a été très utile la technique au fait de comment pouvoir centrer son imagination d'un autre côté et pouvoir laisser de côté la douleur (...) avec un résultat oui, c'était des picotements, des dérangements et là... grâce à cela, j'ai pu m'en sortir de cet état pas confortable. »

■ L'auto-hypnose: une boîte à outils rapidement acquise et facile à utiliser

Quand les patients repensent à leurs expériences hypnotiques, ils reconnaissent tous que l'hypnose donne des outils pratiques adaptés à leurs capacités. Une fois la technique de l'auto-hypnose acquise, les patients peuvent « facilement » et « consciemment » utiliser cette ressource à tout moment de la journée avec un sentiment de contrôle et de confiance en soi. Ils disent, par exemple, échapper à des situations stressantes simplement en se remémorant un souvenir comme un « rêve agréable », en faisant appel à une « personne importante » de leur vie actuelle ou passée ou simplement en utilisant leur imagination.

« Ce que j'ai apprécié, c'est cette liberté de pouvoir aller rechercher des choses dans moi-même. La possibilité d'utiliser l'imagination (...). Cette imagination, ça correspond toujours

à des choses vécues, à des choses vues et au fait, je me suis dit que c'était des choses qui me parlaient quelque part. (...) j'ai pu arriver à des choses très profondes en partant de cette liberté d'imagination. »

Pour la plupart d'entre eux, l'auto-hypnose est une nouvelle façon de « faire face » à leur situation et un outil que chacun possède, qui semble être « simple » et « sous-utilisé ». En effet, lorsque la situation est « pesante », il est parfois difficile selon eux de « se rappeler que l'on a ces possibilités ». Les patients expriment avoir retrouvé des compétences enfouies en eux, ce qui leur a permis « d'aller de l'avant ». Certains patients déclarent avoir acquis une « nouvelle arme » qui leur permet de « se rassurer » et de mobiliser la « confiance » qu'ils retrouvent en eux.

Les patients rapportent que le nombre de séances (en moyenne 3,8 sur un maximum de 5 proposées) a suffi pour qu'ils se sentent autonomes dans cette démarche.

LES BÉNÉFICES DE L'HYPNOSE

■ L'hypnose comme un anxiolytique puissant

La gestion de l'angoisse ressort comme le domaine dans lequel les séances d'hypnose produisent le plus de bénéfices, que celle-ci soit liée à la maladie, à la perte du lien, et à la mort ou même qu'elle soit de type claustrophobique. Face à ces angoisses parfois « intenses », chaque patient a investi l'hypnose à sa manière pour se sentir mieux. Certains disent préférer « aller dehors » du problème avec des stratégies de « voyages intérieurs » et de « safe place ».

« J'arrive à me mettre à un moment donné comme dans une situation, un endroit que j'aime beaucoup, que je pense... enfin très souvent... c'est une forêt en Californie, c'était quelque chose d'absolument merveilleux, quand je pense à ça même avant que je fasse de l'hypnose et tout, c'est toujours un truc qui me rappelle des bonnes choses. »

Alors que pour d'autres il est plus bénéfique « d'aller dans » la problématique afin d'en modifier activement l'aspect et donc la perception.

Les angoisses peuvent avoir des origines différentes. Pour certains, elles s'inscrivent en lien avec les conséquences de la maladie et la perte de contrôle qu'elle entraîne. Ils évoquent leurs préoccupations par rapport au temps qui reste et à la manière de l'investir alors qu'ils se sentent démunis et en « perte de repères ». Ils se disent « envahis », « paniqués », voire « désespérés » face à ce type d'angoisse et apprécient de trouver des outils pour développer leurs stratégies d'ajustement, pour mettre l'angoisse « derrière la porte ». « Pour moi ça m'a donné des outils pour ne pas m'engluier dans l'angoisse quand les choses n'allaient pas. »

L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ?

Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques

Concernant l'angoisse de mort, les patients décrivent leur peur face à la rupture du lien, à l'absence de futur, à la sensation de « couler ». Ces séances leur ont permis de pouvoir explorer la nature de ces craintes et de s'y confronter dans un cadre sécuritaire. L'accompagnement hypnotique leur a ensuite permis de modifier la perception de cette peur afin de « l'appivoiser », d'avancer « étape par étape » et de trouver plus de « sérénité ».

« La 3^e [séance], c'est alors beaucoup plus sérieux, on a parlé de la mort, de ma mort et puis alors là c'était bien parce que je crois que je l'ai expliqué, je suis inquiète pour ma mort mais pas tellement pour moi mais pour mes enfants et pour ma petite-fille parce qu'ils auront du chagrin, beaucoup de chagrin et là on en a déduit ensemble avec le thérapeute que dans le fond il fallait les laisser faire leur deuil et que je ne devais pas m'inquiéter de ça. Alors ça m'a soulagée. »

Si la mort est difficile à envisager, elle est également un thème sensible à aborder avec ses proches, le partage des émotions n'étant pas si simple. Même lorsqu'ils ont expliqué à leur famille ce qu'ils font avec l'hypnose, partager des émotions pénibles demeure difficile pour certains. L'hypnose a pu parfois leur servir d'aide pour commencer à parler d'eux-mêmes et de leur vécu, plutôt que de la maladie.

Enfin, grâce à cette technique, certains patients ont rapporté une diminution de leurs angoisses qui leur a permis de retrouver un meilleur sommeil et de limiter la prise de traitement anxiolytique.

« C'était le temps qui fallait pour chercher le sommeil, pour éviter de prendre des pastilles ou comme ça, oui, ça m'a énormément aidée pour presque tous les jours, et ça, c'est bien. »

Pour deux patients souffrant d'une claustrophobie sévère, l'utilité de l'hypnose porte essentiellement sur la gestion de ce problème. Leurs séances de radio-thérapie étaient stressantes, voire impossibles à réaliser. L'auto-hypnose utilisée durant ces traitements a permis de les rendre supportables. Tous deux indiquent que, grâce à cette technique, les traitements ont été plus faciles et qu'ils ont pu les terminer.

« Maintenant j'arrive à me concentrer et puis quand je suis à l'intérieur, je pense à autre chose, je pars dans ma tête à quelque part d'autre sans... je ferme les yeux, je pense plus à être dans cette machine horrible, voilà. »

■ Hypnose : un lien humain dans un univers médical pesant

Les patients disent souffrir du « manque de repères » et « d'humanité » du monde hospitalier de soins aigus. Ils affirment apprécier tout particulièrement ce type d'offre et se montrent agréablement surpris qu'un hôpital tertiaire

propose ainsi une aide centrée sur la personne et non sur la maladie.

« (...) je trouve ça épatant de pouvoir vivre ça dans le cadre du Centre hospitalier universitaire vaudois et tout ça parce que c'est une autre image qu'on associe avec la maladie. »

La possibilité de bénéficier de séances d'hypnose a été vécue comme une opportunité à ne pas manquer et les patients relèvent l'importance de cette offre institutionnelle.

Dans ce contexte particulier, la nature de la relation entre le patient et l'hypnothérapeute durant les séances d'hypnose est décrite comme importante.

« (...) j'ai envie de quelqu'un ici, non l'important pour moi c'est la relation quoi, la relation, la relation aux autres enfin voilà, ça confirmait quelque chose de cet ordre là pour moi cette histoire d'hypnose là. »

Cette qualité de relation est formulée comme une « sensation d'être sur le même niveau », de bénéficier d'une « écoute active », qui permet de se sentir en « confiance » et en « sécurité ». Le sentiment « d'être accompagné », « l'envie de partir plus loin, de continuer », constituent des facteurs positifs permettant, au fil des séances, de « déposer un fardeau ». Les patients reconnaissent l'interaction entre eux et l'hypnothérapeute comme un moyen de construire la séance ensemble. Le style de communication utilisant des métaphores, des images, des histoires et des sentiments, est ressenti comme un moyen pour le patient et le thérapeute de se rapprocher et d'aller dans ce qui est « vraiment important ».

« J'avais l'impression qu'elle avait, comme quand on a un ordinateur et qu'on se branche avec un autre, avec un fil... elle suivait, ou c'était peut-être l'inverse, c'est moi qui suivais mais on était, elle était très attentive au déroulement et puis, à plusieurs reprises quand elle a, comment, elle m'a guidé disons, c'était des choses qui étaient vraiment, qui collaient bien au fil du sujet. (...) On allait dans le même sens. Faut dire, c'est le fait qu'on était les deux à voyager presque en même temps sur la même route. »

■ Le bien-être

Les séances d'hypnose sont également vécues comme des « moments précieux » permettant un nouvel accès au « bien-être », à « la paix intérieure », que ce soit durant la séance elle-même ou lorsque les patients se retrouvent chez eux.

« Pendant et puis après aussi (...) c'est parfait quoi. C'est sûr on est bien détendu avec une voix très douce qui vous parle c'est difficile de faire plus agréable. (...) je veux dire c'est des moments de paix assez extraordinaires quoi. »

« C'est cette béatitude que j'avais en sortant des séances (...) cette imagination infantile qui m'est tout à coup venue (...) c'était comme sur un nuage. »

Les qualificatifs utilisés pour décrire cet état sont « détente », « calme », « se sentir zen », « relaxe », trouver un « regain d'énergie » et du « réconfort en soi ». Cette sensation d'apaisement se traduit également au niveau du corps.

« (...) sa façon de parler, c'était très spécial, très thérapeutique, voilà, dans ce sens (...) guérisseur, au niveau psychique... et puis comme il travaillait certaines choses dans le corps, de se concentrer dans le corps ou de s'apaiser, ça passait tout de suite, ça restait pas que mental, ça avait une prise aussi dans le corps, ça se manifestait avec un apaisement, j'étais détendue, je baillais, je me laissais aller, je pleurais... ».

DISCUSSION

La discussion s'articule en deux temps, le premier est consacré aux aspects méthodologiques et le second aux résultats.

MÉTHODOLOGIE

Comme il a déjà été évoqué précédemment, le recrutement n'a pas été aisé. Il est probable qu'une présence accrue des chercheurs sur le lieu de recrutement aurait été utile et aurait permis d'éviter l'intégration des trois patients non en soins palliatifs ne répondant pas aux critères initiaux d'inclusion. L'analyse des résultats n'a cependant pas mis en évidence de différences fondamentales entre les propos des patients des deux groupes et nous considérons donc que l'assouplissement des critères d'inclusion n'a pas affaibli les résultats. Il est par ailleurs intéressant de faire un parallèle entre la difficulté de recruter des patients pour cette étude et la difficulté qu'ont les équipes de première ligne à solliciter l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) pour les soutenir dans la prise en charge des patients en situation palliative hospitalisés dans leur service. Il est possible d'émettre l'hypothèse qu'un des freins au recrutement est aussi lié au fonctionnement du service de soins palliatifs et au manque de réels partenariats entre l'EMSP et les équipes de première ligne. Cela peut permettre à l'EMSP de repenser ses modes d'intervention.

La stratégie qui a consisté à faire connaître l'étude aux patients par voie d'affiche s'étant révélée plus efficace que celle qui engage des intermédiaires, il serait pertinent à l'avenir de procéder immédiatement de la sorte.

En ce qui concerne les thèmes abordés la comparaison opérée entre les réactions spontanées (A) et les opinions formées (B) n'a pas montré de différence significative. Par contre, sur le plan du vécu des patients, la collecte de données juste après les séances a été perçue comme intrusive, alors que les investigateurs pressentaient ce moment comme

particulièrement favorable au recueil des témoignages. Quant à l'intervention d'un tiers pour mener l'entretien, elle a été ressentie comme une rupture de la relation pré-établie avec le thérapeute et inconfortable du fait de la neutralité requise. Les données ainsi collectées laissent penser qu'il n'est pas aisé pour les patients de devoir rendre si vite conscient un processus qui travaille également avec l'inconscient. Cette option méthodologique visait à limiter les biais de mesure qu'aurait engendrés une évaluation réalisée directement par les hypnotérapeutes. En tenant compte de cela, seules suffiraient des « opinions formées » pour mener une prochaine étude.

Un biais de sélection quant au profil des patients inclus peut également être relevé du fait de l'échantillonnage de convenance pratiqué dans cette étude. Les patients qui y ont pris part volontairement étaient ouverts aux approches thérapeutiques alternatives et avaient une motivation à prendre activement soin d'eux-mêmes. Un autre type d'échantillonnage permettrait, dans une étude ultérieure, d'atteindre également une population moins sensible à ce type d'approche. En fondant le recrutement sur des valeurs partenariales, les patients auraient de toute manière la liberté d'accepter ou de refuser la proposition thérapeutique. L'absence de distinction entre les patients inclus suite à la proposition du radio-oncologue et ceux qui se sont annoncés spontanément après avoir été exposés aux posters/flyers constitue un autre biais de sélection et limite en partie l'analyse. Les biais de sélection relevés peuvent cependant être relativisés puisque cette approche n'est pas destinée à des personnes qui ne la souhaitent pas.

Sur les 37 personnes approchées pour cette étude, 20 ont refusé de participer exprimant qu'elles n'avaient pas besoin d'aide et n'avaient aucun intérêt pour cette approche. D'autres personnes ont évoqué des difficultés de déplacement. Certains patients, contactés sur la proposition du radio-oncologue, se sont dits dérangés par ce type d'approche thérapeutique craignant d'être manipulé par les hypnotiseurs, à l'image des représentations folkloriques caricaturales de l'hypnose. Tout en respectant l'autonomie décisionnelle des patients, il a été difficile pour les auteurs d'amener plus d'informations à ce sujet, les patients ne souhaitaient pas, par téléphone, « perdre du temps avec ça ». Il est vrai que l'hypnose est une approche encore mal connue dans notre milieu. Il est possible qu'avec le temps et de meilleures connaissances au sein de la population comme au sein de la corporation professionnelle, le nombre de refus puisse diminuer.

RÉSULTATS

Concernant les résultats, les éléments principaux que nous allons discuter concernent les questions d'angoisses et douleur totale, de partenariat et d'*empowerment*, de relation et d'effets secondaires.

L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ?

Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques

Principal motif initial de participation à l'étude pour les patients de l'échantillon, la douleur aurait pu émerger comme une thématique centrale de l'étude. Les patients l'ont toutefois peu évoquée au fil des séances et lors des entretiens, laissant souvent place à la dimension émotionnelle de la douleur et à l'anxiété. Cette observation suscite diverses hypothèses. Tout d'abord, on peut imaginer qu'il est plus facile de parler de douleur que d'anxiété pour les patients comme pour les professionnels de la santé. La gestion de la douleur est en effet devenue au fil des ans une thématique prioritaire dans bon nombre d'institution de soins, dont le CHUV², favorisant le diagnostic et l'évaluation. L'anxiété, par contre, relève vraisemblablement davantage de la sphère intime des patients et se heurte à certaines croyances contraignantes susceptibles d'en limiter la verbalisation. La sectorisation par spécialité d'un hôpital universitaire, par exemple, peut avoir pour effet d'inciter les patients à cibler leurs plaintes en fonction de la spécificité du professionnel de la santé qui s'occupe d'eux, les laissant dans le doute quant à l'interlocuteur le plus approprié pour partager leur anxiété. De même, les soignants peuvent se sentir démunis dans l'accompagnement du patient anxieux, n'ouvrant ainsi pas la porte à son exploration plus en profondeur. En vivant l'expérience de la transe hypnotique, qui leur permet d'être au plus près de leurs ressentis, les patients ont pu laisser émerger la problématique la plus importante pour eux sur le moment et, de ce fait, se confronter avec bienveillance à tous ces sentiments et émotions peu ou pas verbalisés jusqu'alors.

On peut également poser la question d'une possible banalisation du lien étroit qu'entretiennent douleur et anxiété, et supposer une probable méconnaissance du concept de douleur totale par les professionnels de la santé. Ce concept, issu des travaux de Cicely Saunders (Saunders, 1993) [29], nomme les répercussions de la douleur sur les dimensions psycho-sociales et spirituelles de la personne, et inversement. L'anxiété peut donc influencer négativement la perception de la douleur. Si les deux sont présentes, alors le soulagement de l'une ne peut se faire sans s'occuper également de l'autre. Cela nécessite donc de la part des soignants d'élargir leur évaluation de la douleur à ses dimensions affectives pour ensuite être en mesure d'offrir au patient un accompagnement plus spécifique.

Les séances d'hypnose proposées offrent tous les éléments fondateurs des soins palliatifs : soulagement des symptômes, accompagnement, interventions centrées sur le patient et adaptées à leurs besoins toujours changeants, prise en soins de la personne dans ses différentes dimensions. Cette approche permet au patient de « poser son fardeau », en partageant ses angoisses et en découvrant des stratégies d'ajustement. L'enquête de Finlay, 1996 [17] corrobore ces résultats en montrant que 67 % des patients en soins palliatifs

ayant bénéficié de l'hypnose rapportent une amélioration des ressources (stratégies de coping). Cela inclut une diminution de l'anxiété et, parallèlement, de l'usage d'anxiolytiques ou de sédatifs.

La claustrophobie affecterait, selon les travaux de Enders et al (2011) (30), 2,5 % (I.C. 95 % 2.0 % à 2.5 %) des patients lorsqu'ils se retrouvent confrontés à une IRM ou une radiothérapie. Ce trouble peut avoir des conséquences graves autant au niveau du diagnostic et des soins qui ne peuvent aboutir, qu'au niveau économique lorsque des examens doivent être interrompus. Dans l'échantillon de cette étude, deux patientes formulaient explicitement la demande d'être aidées par l'hypnose pour supporter leurs séances de radiothérapie sans prise d'anxiolytiques. La souffrance était telle que la question d'interrompre le traitement se posait pour l'une d'elles. Un résultat positif et extrêmement rapide a pu être observé, puisque les deux patientes ont été soulagées en deux séances seulement. L'une a profité des autres séances pour travailler son vécu émotionnel de la maladie, l'autre s'est arrêtée après la 3^e séance. Cette expérience a directement influencé notre pratique dans le sens d'une augmentation des interventions pour ce motif en dehors de l'étude dans les activités cliniques routinières. D'autres études plus spécifiques devraient être menées pour confirmer la claustrophobie comme indication au traitement par l'hypnose pour cette population et en développer plus systématiquement la pratique.

De manière générale, la capacité redonnée au patient de devenir un partenaire actif dans son expérience de la maladie émerge de l'ensemble de cette démarche. Telle que pratiquée dans le cadre de cette étude, l'hypnose favorise l'*empowerment* du patient, soit le « 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. » (Gagnon citée dans Formarier, 2009) [31]. La sensation des patients de pouvoir retrouver des outils qui leur permettent d'agir pour eux-mêmes, de reprendre une forme de pouvoir sur leur vie et de réduire ainsi le sentiment d'impuissance que cette période de la vie peut générer chez eux, s'inscrit dans cette dynamique d'*empowerment*. Dans son rapport de 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2006) [32] valorise l'*empowerment* comme une stratégie importante pour le développement et le maintien de la santé. Elle défend ce concept par le développement de stratégies d'*empowerment* individuelles et collectives en réponse à la complexité du monde actuel. L'hypnose peut donc être non seulement proposée pour la gestion des symptômes, mais également pour le développement des stratégies d'adaptation permettant un meilleur sentiment de contrôle de sa vie.

L'exploration des effets secondaires a confirmé les résultats décrits dans la littérature (Jensen, 2006) [33], (Montgomery, 2000) [13], (Jensen, 2006) [14], à savoir que l'hypnose, hormis

² Programme institutionnel « Evaluation et gestion de la douleur au CHUV », douleur@chuv.ch

une fatigue possible en fin de séance, n'en génère pas. De plus, les patients la trouvent moins confrontante et moins longue qu'une démarche psychothérapeutique. Cette approche peut donc être proposée en toute sécurité aux patients.

Inspirés par le concept de thérapie brève (de Shazer, 1999) [20], les hypnothérapeutes ont supposé que 3 à 5 séances seraient suffisantes pour procurer aux patients les outils nécessaires pour faire face à leur problématique. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse et la notion d'efficacité de cette pratique mérite d'être relevée. En effet, seuls deux d'entre eux ont eu besoin de poursuivre cet accompagnement par l'hypnose après la cinquième séance, souhaitant explorer d'autres aspects de leur souffrance. Les séances ont alors été poursuivies par les mêmes thérapeutes, hors du cadre de l'étude.

Suite à cette recherche clinique, les hypnothérapeutes ont été confrontés à une augmentation des demandes d'intervention, bénéficiant d'un effet de « publicité indirecte » auprès de plusieurs services de l'hôpital. Entre 2008 et 2010, le nombre de séances réalisées par année est passé de 39 à 130 (+233 %). Les patients ont d'ailleurs eux-mêmes relevé l'importance de l'ancrage institutionnel d'une telle prestation. Ils estiment qu'ils n'auraient pas osé cette approche-là sans une certaine forme d'approbation de la part de l'hôpital. L'institution donne ainsi une image d'ouverture et en ressort valorisée aux yeux de ses usagers. Ce constat démontre l'importance de pratiquer l'hypnose de manière officielle au sein d'un hôpital, malgré les résistances liées à la méconnaissance de cette pratique. Sortir l'hypnose de l'ombre bénéficie tant au patient, qu'à l'institution ce qui devrait favoriser d'autres démarches similaires.

CONCLUSION

Cette étude qualitative explorant le vécu des patients atteints d'une maladie oncologique et bénéficiant d'hypnose pour gérer leur douleur et/ ou leur anxiété a fait émerger les thématiques suivantes :

L'hypnose est reconnue comme un outil efficace qui peut s'acquérir aisément et qui permet aux patients de retrouver des ressources favorisant l'*empowerment* dans leur trajectoire de maladie, et plus particulièrement dans la phase palliative de celle-ci.

Les patients apprennent à gérer leur anxiété autrement et peuvent, dans un environnement rassurant, explorer des aspects difficiles de leur maladie, en particulier la séparation et la mort.

Les patients relèvent aussi l'importance du lien qui se crée entre eux et le thérapeute et du soutien que cela représente, en plus du bien-être que procure cette approche tant en présence du thérapeute que lors d'auto-hypnose.

Comme des enjeux importants ont été identifiés par cette recherche, nous pouvons recommander de mener d'autres études à plus grande échelle. Les questions qui se posent sont : comment identifier les patients susceptibles de bénéficier de l'hypnose ? Quelles sont les représentations des patients et des soignants face à cette approche innovante et quelles en sont les conséquences pour le développement de cette prestation ? Quelles sont les variables liées au contexte institutionnel susceptibles d'influencer la faisabilité de l'inclusion de cette prestation dans les soins proposés ? Quel est le degré de pérennisation des acquis pour le patient suite à l'hypnothérapie et comment adapter le suivi en lien avec les compétences acquises ou perdues dans le temps ?

Références bibliographiques

1. TEUNISSEN SC, WESKER W, KRUITWAGEN C, DE HAES HC, VOEST EE, DE GRAEFF A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer : a systematic review. *J Pain Symptom Manage* ; 2007 ; 34(1) : 94-104.
2. DENG G, CASSILETH BR. Integrative oncology : complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA Cancer J Clin* ; 2005 ; 55(2) : 109-16.
3. SALEM G, BONVIN E. 2004.
4. RAINVILLE P, CARRIER B, HOFBAUER RK, BUSHNELL MC, DUNCAN GH. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* ; 1999 ; 82(2) : 159-71.
5. FAYMONVILLE ME, MAMBOURG PH, JORIS J, VRIJENS B, FISSETTE J, ALBERT A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study. *Pain* ; 1997 ; 73(3) : 361-7.
6. FAYMONVILLE ME, ROEDIGER L, DEL FIORE G, DELGUELDRE C, PHILLIPS C, LAMY M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res* ; 2003 ; 17(2) : 255-62.
7. COJAN Y, WABER L, SCHWARTZ S, ROSSIER L, FORSTER A, VUILLEUMIER P. The brain under self-control : modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron* ; 2009 ; 62(6) : 862-75.
8. ZELTZER L, LEBARON S. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *J Pediatr* ; 1982 ; 101(6) : 1032-5.
9. LIOSSI C, MYSTAKIDOU K. L'hypnose et les soins palliatifs. *European Journal of Palliative Care* ; 1996 ; 3(2) : 56-8.
10. TSAO JC, MELDRUM M, BURSCH B, JACOB MC, KIM SC, ZELTZER LK. Treatment expectations for CAM interventions in pediatric chronic pain patients and their parents. *Evid Based Complement Alternat Med* ; 2005 ; 2(4) : 521-7.
11. DUHAMEL F, DUPUIS F. Families in palliative care : exploring family and health-care professionals' beliefs. *International Journal of Palliative Nursing* ; 2003 ; 9(3) : 113-9.
12. MARCHIORO G, AZZARELLO G, VIVIANI F, BARBATO F, PAVANETTO M, ROSETTI F, et al. Hypnosis in the treatment of

L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ?

Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques

- anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology* ; 2000 ; 59(2) : 100-4.
13. MONTGOMERY GH, DUHAMEL KN, REDD WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia : how effective is hypnosis ? *Int J Clin Exp Hypn* ; 2000 ; 48(2) : 138-53.
 14. JENSEN M, PATTERSON DR. Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med* ; 2006 ; 29(1) : 95-124.
 15. SPIEGEL D, BLOOM JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* ; 1983 ; 45(4) : 333-9.
 16. LANG EV, BENOTSCH EG, FICK LJ, LUTGENDORF S, BERBAUM ML, BERBAUM KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised trial. *Lancet* ; 2000 ; 355(9214) : 1486-90.
 17. FINLAY IG, JONES OL. Hypnotherapy in palliative care. *J R Soc Med* ; 1996 ; 89(9) : 493-6.
 18. BIOY A, WOOD C. L'hypnose : les principes d'utilisation et avantages en soins palliatifs. *Journal Européen de Soins Palliatifs*. 2006 ; 13(3) : 117-20.
 19. FORSTER A, CUDDY N, Colombo S. Hypnose et soins palliatifs. *Infokara* ; 2004 ; 19(4) : 143-8.
 20. DE SHAZER S. Clés et solutions en thérapie brève. Bruxelles : Satas ; 1999.
 21. CURTIS C. Hypnotherapy in a specialist palliative care unit : evaluation of a pilot service. *International Journal of Palliative Nursing* ; 2001 ; 7(12) : 604-9.
 22. FITZPATRICK JJ. Multidisciplinary and interdisciplinary research : what it is and what it is not. *Applied Nursing Research* 2002 ; 15(2) :
 23. GREY M, CONNOLLY CA. «Coming together, keeping together, working together»: interdisciplinary to transdisciplinary research and nursing. *Nursing Outlook* ; 2008 ; 56(3) : 102-7.
 24. BRUERA E, KUEHN N, MILLER MJ, SELMSER P, MACMILLAN K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* ; 1991 ; 7(2) : 6-9.
 25. GRANEHEIM UH, LUNDMAN B. Qualitative content analysis in nursing research : concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* ; 2004 ; 24(2) : 105-12.
 26. HICKEY G, KIPPING C. A multi-stage approach to the coding of data from open-ended questions. *Nurse researcher* ; 1996 ; 4(1) : 81-91.
 27. MALTERUD K. Qualitative research : standards, challenges, and guidelines. *Lancet* ; 2001 ; 358(9280) : 483-8.
 28. HSIEH HF, SHANNON SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* ; 2005 ; 15(9) : 1277-88.
 29. SAUNDERS C, BAINES M. La vie aidant la mort, thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale. Paris : Amette ; 1993.
 30. ENDERS J, E. Z, RIEF M, al. E. Reduction of claustrophobia during magnetic resonance imaging methods and design of the «claustro» randomized controlled trial. *BMC Med Imaging* ; 2011 ; 11(4).
 31. FORMARIER M, JOVIC L. Les concepts en sciences infirmières. Lyon : Arsi ; Mallet Conseil ; 2009.
 32. WALLERSTEIN N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen : WHO Regional office for Europe ; 2006.
 33. JENSEN MP, MCARTHUR KD, BARBER J, HANLEY MA, ENGEL JM, ROMANO JM, et al. Satisfaction with, and the beneficial side effects of, hypnotic analgesia. *Int J Clin Exp Hypn* ; 2006 ; 54(4) : 432-47.