

## LISTE DES ABREVIATIONS

|               |  |
|---------------|--|
| <b>ANCOVA</b> | Analyse de la covariance                                 |
| <b>CINAHL</b> | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| <b>HADS</b>   | Hospital Anxiety and Depression Scale                    |
| <b>HEDS</b>   | Haute Ecole de Santé                                     |
| <b>MBT</b>    | Mind Body Therapy  |
| <b>MVCN</b>   | Mount Vernon Cancer Network                              |
| <b>NHMRC</b>  | National Health and Medical Research Council             |
| <b>OCSTAT</b> | Office Cantonal de la Statistique                        |
| <b>OFS</b>    | Office Fédéral de la Statistique                         |
| <b>OMS</b>    | Office Mondial de la Santé                               |
| <b>RSCL</b>   | The Rotterdam Symptom Checklist                          |
| <b>SP</b>     | Soins Palliatifs   |
| <b>SSPO</b>   | Société Suisse de Psycho Oncologie                       |

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICO utilisé pour la recherche

Tableau 2. Mesh-Terms

Tableau 3. Equations de recherches

Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues

Tableau 5. Tableau synoptique

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Hiérarchie des connaissances selon Fawcett

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

Figure 3. Modèle actuel des Soins Palliatifs

# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <u>1. INTRODUCTION.....</u>  | <u>9</u>  |
| <u>2. PROBLEMATIQUE.....</u>   | <u>9</u>  |
| 2.1. Vieillessement de la population.....  | 9         |
| 2.2. Le cancer.....  | 10        |
| 2.3. Hypnose.....  | 13        |
| <u>3. ANCRAGE DISCIPLINAIRE.....</u>   | <u>17</u> |
| 3.1 Hiérarchie des connaissances.....  | 17        |
| 3.1.1. Métaparadigmes ou métaconcepts.....   | 18        |
| 3.1.2. Philosophies.....   | 18        |
| 3.1.3. Modèles conceptuels.....  | 18        |
| 3.1.4. Théories.....   | 18        |
| 3.1.5. Indicateurs empiriques.....   | 18        |
| 3.2. Paradigmes.....   | 19        |
| 3.2.1. Particulier-déterminé / Catégorisation / Réaction.....                          | 19        |
| 3.2.2. Interactif-intégratif / Intégration / Interaction réciproque / Totalité.....    | 20        |
| 3.2.3. Unitaire-transformatif / Transformation / Action simultanée / Simultanéité..... | 20        |
| 3.3. Théorie de Jean Watson.....   | 22        |
| 3.3.1 Métaconcepts – Métaparadigmes.....   | 22        |
| 3.3.3. Méthodologie de la pratique.....  | 22        |
| 3.4. Question de recherche.....  | 23        |
| <u>4. METHODE.....</u>   | <u>24</u> |
| 4.1 Pico et Mesh-Terms.....  | 24        |
| 4.2. Les sources d'informations et stratégies de recherche documentaire.....           | 25        |
| 4.3. Diagramme de flux.....  | 26        |
| <u>5. RESULTATS.....</u>   | <u>27</u> |
| 5.1 Analyse critique des articles retenus.....   | 27        |
| 5.2. Tableau comparatif des études retenues.....                                       | 32        |
| <u>6. DISCUSSION et PERSPECTIVES.....</u>  | <u>40</u> |
| <u>7. CONCLUSION.....</u>  | <u>49</u> |
| 7.1. Apports et Limites du travail.....  | 50        |
| 7.2. Recommandations.....  | 51        |
| <u>8. REFERENCES.....</u>  | <u>53</u> |
| <u>9. ANNEXES.....</u>   | <u>57</u> |

## **1. INTRODUCTION**

Ce travail de Bachelor met en avant le thème de la maladie cancéreuse et plus particulièrement les conséquences qu'elle engendre et comment nous, en tant qu'infirmière, nous pouvons accompagner et soutenir au mieux ces personnes. Nous avons remarqué que les traitements pharmacologiques se focalisent essentiellement sur la partie organique du cancer et s'occupe peu des autres dimensions qui composent un être humain. Nous nous sommes donc intéressées aux moyens complémentaires qui existent et qui pourraient apporter une approche plus globale du patient. C'est au travers d'une approche humaniste que nous allons questionner les bénéfices de l'hypnose sur la qualité de vie des patients adultes et âgés atteints d'un cancer avancé.

## **2. PROBLEMATIQUE**

### **2.1. Vieillesse de la population**

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], la proportion des 60 ans et plus va quasiment doubler entre 2015 et 2050 et représentera 1/5 de la population mondiale en 2050. Selon l'Office Fédéral de la Statistique [OFS], le peuple suisse suit l'évolution démographique mondiale puisqu'elle est l'une des populations qui vieillie le plus dans le monde avec une proportion de personnes âgées de 84%. A Genève, selon l'OFS et l'Office Cantonal de la Statistique [OCSTAT], le nombre de personnes de 80 ans et plus va doubler d'ici 2040.

Pour les soins infirmiers, cette prévalence signifie qu'une grande partie de nos patients seront des personnes âgées. L'âge d'une personne est une question de perspective. Tout d'abord il existe l'âge dit « chronologique » qui est objectivable. Puis l'âge « biologique » qui peut être le reflet de l'état de santé de la personne lié à la sénescence qui conduit au vieillissement. Ensuite, l'âge « sociopolitique » qui indique le statut social d'une personne. L'âge « psychologique » quant à lui est une donnée qualifiée de subjective. Enfin, le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> ou grand âge qui précède la vieillesse où le fait « d'être vieux ou vieille » (Lonita & Testori, communication personnelle [Support de cours], 24 avril 2018). De ce fait, repérer le moment de l'entrée dans la vieillesse peut être délicat. Pour certains, il s'agira d'une question d'âge, pour d'autres ce sera l'apparition des premiers signes de dépendance (Deschavanne & Tavoillot, 2007 cités par Favre, S., communication personnelle [Support de cours], 2015). Enfin, il y a le parcours de vie de la personne qui lui est propre, unique et subjectif. De plus, « à côté du corps biologique, médical, il y a le corps dans lequel la

personne habite et dans lequel elle se sent plus ou moins bien. Ce corps investit affectivement en termes plaisir-déplaisir ou jouissance-souffrance » (Dubrey, s.d, p.30).

Selon Erik Erikson, psychologue, le développement humain est fait de huit stades de développement psychosociaux, passant de l'enfance à la vieillesse (Aumont, s.d, p.1). Le dernier stade est nommé : « la phase de l'intégrité personnelle ou du désespoir ».

Selon Aumont (s.d) :

Cette huitième étape dans le développement de l'homme est caractérisée par une forme d'évaluation de sa vie et de ses accomplissements. Si l'évaluation s'avère être positive, il y a intégrité et continuité. C'est donner place à la sagesse pour les années à venir. En revanche, si le bilan est négatif, on assiste alors à une détérioration du moi sous plusieurs formes. Il y a d'abord la perte du sens de l'existence et puis la naissance du sentiment d'une vie perdue qui aurait pu être différente. (...) Le désespoir naît des regrets, des remords et du sentiment que la vie n'a pas de sens (p.9).

La sagesse découle alors de ce conflit entre intégrité et désespoir, ce qui représente la forme adaptative de cette étape de vie (Houde, 1986, p.38 cité par Aumont, s.d, p.9). Ce dernier stade de la vie est naturellement propice à une auto-évaluation de soi, de son contexte de vie, de sa qualité de vie, etc. La perception de toutes ces notions peut être influencée par de nombreux facteurs (Aumont, s.d).

## **2.2. Le cancer**

Cette lecture est particulièrement importante pour les infirmières qui sont amenées à rencontrer ces personnes dans un contexte de maladie. Selon l'OFS, les maladies chroniques les plus courantes sont : les maladies cardiovasculaires (17.3 millions décès/an), les cancers (7,6 millions décès/an), les maladies respiratoires chroniques (4,2 millions décès/an) et le diabète (1,3 million décès/an). De plus, selon Di Silvestro & al., (2011) :

Les maladies cardio-vasculaires, les maladies cérébro-vasculaires et les cancers représentent 60% des décès chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cependant, (...), nous assistons à une diminution de la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaire, augmentant ainsi l'impact de la mortalité liée aux cancers (p.1149).

Le cancer représente donc la deuxième cause de mortalité et le nombre de nouveaux cas de cancer devrait augmenter de 70% environ au cours des 2 prochaines décennies (OMS, 2017). « En Suisse, 46% des cancers apparaissent après 70 ans (...) cette incidence augmente avec l'âge, avec un pic entre 80-84 ans » (Di Silvestro & al., 2011, p.1150). De ce fait, « chaque année en Suisse, on diagnostique 35'000 nouveaux cas de cancer » (Di

Silvestro & al., 2011, p.1149). Ceci est accompagné d'un taux de mortalité qui s'élève à 16'000 décès par année (Di Silvestro & al., 2011, p.1150). Cette catégorie de patients représente environ 77'174 hospitalisations recensées en 2013 par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS, 2015). La prise en charge de ces patients se fait essentiellement en soins palliatifs puisqu'en Suisse, 88% des patients de ce service sont atteints d'un cancer (OFS, Inventaire des données sur les soins palliatifs, p.10).

Selon un article issu de la revue canadienne de soins infirmiers en oncologie écrit par Fitch (2005), le cancer engendre un certain nombre de changements physiques liés à la maladie et à ses symptômes ainsi qu'aux traitements et à leurs effets secondaires. Cet article fait l'inventaire des différents besoins qui peuvent naître chez le patient atteint d'un cancer avancé. Il s'agit des besoins d'ordre : physique, psychologique, social, émotionnel, spirituel, informationnel et pratique. Les deux derniers besoins cités ne seront pas traités dans ce travail.

#### Les besoins physiques :

Le cancer provoque une panoplie de symptômes qui peuvent varier en fonction du type et du stade du cancer dont les plus courants sont : la douleur, la perte d'appétit, la fatigue, la faiblesse, la perte de poids, la constipation, la gêne respiratoire, le désarroi, la nausée, les vomissements, la toux, et la sécheresse ou les ulcérations de la bouche (Fitch & Steele, 2003; Ashbury, Findley, Reynolds et McKerralehen, 1998 cités par Fitch, 2005, p.237). De plus, la plupart des patients peuvent éprouver plusieurs types de symptômes physiques à la fois. De récentes recherches montrent aussi qu'une détresse émotionnelle peut apparaître voire augmenter si leurs symptômes physiques ne sont pas correctement gérés et, par conséquent, leur qualité de vie diminue (Edmonds, Karlsen, Khan et Addington-Hall, 2001 cités par Fitch, 2005, p.237). Beaucoup de patients « déclarent qu'à leur avis, leurs symptômes n'ont pas été convenablement traités » (Fitch, 2005, p.236).

#### Les besoins psychologiques :

Un sentiment de vulnérabilité et de perte de contrôle sur la vie apparaissent généralement au cours de l'expérience du cancer. En effet, « les patients indiquent qu'ils ont l'impression que les événements se produisent autour d'eux et qu'ils se sentent emportés par eux, sans y participer réellement » (Fitch, 2005, p.239). Un changement de l'image corporelle peut survenir, tout comme une altération du concept de soi, de l'identité personnelle et de l'estime de soi. « Lorsqu'une personne ne peut satisfaire ses propres attentes, ne peut réaliser les

objectifs qui lui sont chers ou ne peut entretenir de relations importantes, il peut s'ensuivre une détresse psychologique » (Fitch, 2005, p.239). Cette détresse psychologique peut se caractériser par de l'anxiété ou de la dépression et peut être vécue à un niveau d'intensité différent (Fitch, 2005).

#### Les besoins émotionnels :

Ensuite, la personne atteinte d'une maladie cancéreuse est aussi amenée à vivre une large gamme d'émotions durant cette période.

Selon Fitch (2005) :

Chaque personne réagira à sa façon. Il peut y avoir un choc et de l'incrédulité (...) de la colère (...) ou de l'acceptation que l'heure ait sonné. Toute une gamme d'inquiétudes fait habituellement surface lorsque la personne commence à imaginer la fin de sa vie et ce qui arrivera aux êtres qu'elle aime (p.240).

Puis, il y a d'autres types d'émotions qui peuvent être vécus comme la culpabilité, les remords, les regrets, la frustration et la peur (Fitch, 2005). Il peut également y avoir la peur de la mort, de souffrir, de perdre le contrôle de leur corps, de leur esprit, de leur capacité à prendre des décisions, de leur vie et de la manière dont ils passeront leurs derniers jours (Fitch, 2005). Chaque individu s'adaptera à sa situation de manière différente tout en suivant son propre rythme. Les personnes souffrant d'un cancer avancé vivant avec la menace de la mort et dans l'incertitude, tendent à vivre au jour le jour et d'y trouver leur équilibre (Fitch, 2005).

« Chez les personnes atteintes d'un cancer avancé dont la mort est imminente, chaque journée est une recherche d'équilibre (...). C'est une période d'émotions intenses pour plusieurs personnes » (Fitch, 2005, p.240).

#### Les besoins sociaux :

Il faut aussi mentionner que le soutien social est important lorsqu'il s'agit d'adaptation, notamment lors d'une situation stressante (Fitch, 2005). Ce soutien touche à quatre domaines: instrumental (biens et services tangibles), émotionnel (affection, empathie, amour, confiance), informationnel (faits, résolution de problèmes, rétroaction sur les résultats), et évaluatif (affirmation, approbation) (Fitch, 2005). C'est donc au travers des interactions avec les membres de la famille, les amis, les pairs et les prestataires de soins que ce soutien prend forme (Fitch, 2005). De plus, la qualité de ces relations compte plus que leur nombre (Maunsell, Brisson et Deschenes, 1995 cités par Fitch, 2005, p.240).

### Les besoins spirituels :

Pour continuer, la perspective d'une mort proche est généralement propice à l'émergence de questions d'ordre spirituel par rapport au sens et de la signification de sa vie: Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Pourquoi de cette façon ? Ces questions, lorsqu'elles se retrouvent sans réponse, peuvent mettre à mal le concept de l'espoir. Il est important que les patients puissent continuer à nourrir leur espoir et de trouver un sens à ce qui leur arrive. (Schlesselman, 1998 cité par Fitch, 2005). En effet, même si une guérison n'est plus envisageable, l'espoir peut se retrouver dans de plus petits objectifs, notamment en se focalisant sur le moment présent (Schlesselman, 1998 cité par Fitch, 2005). L'espoir est défini comme étant « une puissance intérieure dynamique qui permet de transcender une situation actuelle et stimule une nouvelle prise de conscience positive de la raison d'être » (Fitch, 2005, p.239). L'espoir implique aussi le fait de croire en un futur positif tout en admettant que la mort est omniprésente. Ainsi, une croissance personnelle et un sentiment de paix peuvent être favorisés (Fitch. 2005, p.239).

Selon Fitch (2005) :

Pour prodiguer des soins efficaces, il est très important d'adapter les interventions en fonction des perspectives et des buts uniques du patient. Il est primordial d'établir une relation de confiance avec chaque patient si l'on veut mieux comprendre ses buts et ses valeurs (...) il est essentiel que les buts et les valeurs de ces derniers soient au cœur du processus de planification des soins (p.241).

Essayer de répondre à ces besoins permet aux patients d'avoir une meilleure qualité de vie. Selon Cella (2007), « le concept de la qualité de vie englobe deux composantes fondamentales : subjectivité et multi-dimensionnalité » (p.26). Toujours selon Cella (2007), « par subjectivité, on se réfère au fait que la qualité de vie ne peut être comprise que dans la perspective du patient » (p.26). La multi-dimensionnalité comprend entre autre le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel, social (Cella, 2007). Il y a également d'autres aspects qui entrent en considération et qui varient suivant les auteurs comme la spiritualité, la satisfaction liée aux traitements et la sexualité (Cella, 2007).

### **2.3. Hypnose**

Afin d'améliorer la qualité de vie des patients, la Société Suisse de psycho-oncologie [SSPO] a décidé de mettre en place plusieurs directives afin de pallier au besoin d'un soutien psychologique. Toutes ces « contraintes d'ordre psycho-social que subissent les patients oncologiques se répercutent considérablement sur leur qualité de vie et influencent de façon significative la gestion de leur maladie et leur adhésion thérapeutique » (National



Health and Medical Research Council [NHMRC], 2003 cité par SSPO, 2014, p.8). Ces conséquences créent un besoin d'aide en matière de soutien psychologique à la suite de bouleversements dus à la maladie et/ou à son traitement.

La SSPO a mis l'accent sur l'un des six besoins cités de l'article ci-dessus afin d'améliorer la qualité de vie des patients. En effet, selon Sperner-Unterweger (2011) cité par la SSPO (2014) :

Les interventions psycho-oncologiques tendent à soutenir le vécu de la maladie au moyen de stratégies adéquates, par le renforcement des ressources, du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie et en détectant et traitant les réactions de stress psychique des patients, de leur entourage et de l'équipe de soins (p.4).

La dimension subjective et singulière est également prise en compte notamment à travers la directive n°5: « les interventions psycho-oncologiques doivent s'adapter aux besoins individuels des patients et, en cas de besoin, être proposées le plus tôt possible » (Weis et al., 2008 cités par la SSPO, 2014, p.10). D'après la Ligue suisse contre le cancer (S.d), les médecines complémentaires font partie des offres de ces interventions psycho-oncologiques, permettant ainsi une prise en charge plus globale.

Parmi toutes les médecines complémentaires qui existent l'une d'elles a attiré notre attention car elle travaille avec le domaine de l'inconscient ; il s'agit de l'hypnose.

Cette méthode est souvent sous-estimée car l'expliquer par les sciences ou par une méthode scientifique reste difficile (Cowles, 1998, traduction libre, p.357). Elle est aussi rapidement associée à un côté mystique et mystérieux qui peut faire peur (Elam, 1964 cité par Cowles, 1998, traduction libre, p.357). L'influence des scientifiques se répercute aussi sur le personnel soignant exerçant sur le terrain car ce dernier est alors moins enclin à en faire usage auprès de leurs patients (Cowles, 1998, traduction libre, p.357). L'argument avancé relève du manque de preuves scientifiques et une méconnaissance sur ce qui se passe lors de l'état de transe (Cowles, 1998, traduction libre, p.357). Pourtant, plusieurs études détaillent les effets positifs de l'utilisation de l'hypnose au cours de nombreuses pathologies (Cowles, 1998, traduction libre, pp.357-358).

De ce fait, lorsque ces préjugés sont mis de côté, on s'aperçoit que l'hypnose pourrait être un outil médical précieux (Elman, 1964 cité par Cowles, 1998, traduction libre, p.357). Selon

Meyer (2014), l'hypnose est communément définie comme :

un état dans lequel le patient a une perception élargie de ses propres potentiels, ressources et capacités. Il peut alors les avoir à sa portée pour les mettre en application dans un processus de guérison ou de mieux-être par exemple (p.21).

En effet, lorsque l'orientation générale réelle du sujet est suspendue, notre conscience est alors dépourvue de sens d'interprétation (Shor cité par Cowles, 1998, traduction libre, p.359). Pendant la transe, le sujet crée activement une expérience subjective en dehors de l'état de conscience. Ce processus est volontaire et motivé par les intentions/projets du sujet. Lorsque la structure mentale est éliminée ou réduite, la frontière entre l'imagination, l'illusion et la réalité devient floue. Les expériences imaginaires suggérées par le thérapeute deviennent ainsi réelles. La faculté critique ou la conscience de soi critique du sujet est court-circuitée et la pensée sélective est établie (Kihlstrom et al., 1989 cités par Cowles, 1998, traduction libre, p.360).

La sélectivité est un concept important qui est souvent mal compris. En effet l'hypnothérapeute parvient à induire un état de transe uniquement lorsque le sujet est consentant (Cowles, 1998, traduction libre, p.360). Ce consentement est impératif pour le processus car aucune suggestion ne sera acceptée par un sujet qui est réticent à recevoir cette dernière (Shor, 1970, p.95 cité par Cowles, 1998, traduction libre, p.360). Il faut noter que la personne peut entendre, sentir, voir et parler pendant la transe. Dans son état modifié de conscience, le sujet est alors capable de coopérer et de participer mais l'exception réside dans la faculté critique (Elman, 1964 cité par Cowles, 1998, traduction libre, p.360). En effet, si la suggestion plaît au sujet, lui semble émotionnellement/moralement juste pour lui, il va l'accepter même si dans d'autres circonstances, il en aurait été incapable (Elman, 1964 cité par Cowles, 1998, traduction libre, p.360).

Tout au long de sa vie, l'esprit humain est bombardé par des stimuli venant du monde extérieur ainsi que d'autres sources telles que les expériences passées, notre dynamique interne et nos impulsions (Cowles, 1998, traduction libre, p.360). Tous ces aspects viennent alors influencer les individus au-delà de la conscience (Cowles, 1998, traduction libre, p.360). Ce sont donc des pulsions inconscientes qui influencent un individu en dehors de son schéma cognitif (Cowles, 1998, traduction libre, p.360).

Elman et Erickson décrivent la transe comme un état naturel que tous les individus sont amenés à vivre de manière spontanée dans leur vie de tous les jours à travers la rêverie par

exemple (Cowles, 1998, traduction libre, p.360). La conscience étant ralentie, ceci nous permet de diriger notre esprit vers une pensée particulière, un but, un focus (Brown & Fromm, 1986 cités par Cowles, 1998, traduction libre, p.361).

Enfin, l'homme est vu comme une unité. En effet, l'esprit et le corps ne font qu'un dans notre vie de tous les jours mais sont dissociés par nos schémas cognitifs (Merleau-Ponty, 1963, p.233 cité par Cowles, 1998, traduction, p.362). Dans cette approche, l'étude de l'hypnose aurait besoin d'une nouvelle approche du corps et de l'esprit.

La pertinence de l'apport de l'hypnose dans les soins infirmiers sera discutée plus bas car dans un premier temps, il est nécessaire de comprendre ce que sont les soins infirmiers.

### 3. ANCRAGE DISCIPLINAIRE

Les soins infirmiers sont une profession et une discipline. Une discipline professionnelle est définie comme un « domaine d'investigation orienté vers la pratique professionnelle » (Donaldson et Crowley, 1978 ; Litchfield & Jonsdottir, 2008 cités par Pepin, Ducharme & Kérouac, 2010, p.3). La discipline infirmière comme les autres disciplines professionnelles, « développent des connaissances qui servent à définir et à guider les activités dans leurs différents champs que sont la pratique, la recherche, la gestion, la formation et la politique » (Pepin & al, 2010, p.3).

#### 3.1 Hiérarchie des connaissances

Selon Pepin et al. (2010), certains concepts sont récurrents, il s'agit de : « PERSONNE », « ENVIRONNEMENT », « SANTE », et « SOIN ». « Ces concepts sont présents parfois dans les écrits de manière implicite, mais très souvent de manière explicite » (Pepin & al., 2010, p.5). De plus, c'est précisément grâce à la façon particulière qu'ont les infirmières d'aborder la relation entre la personne, l'environnement, la santé et le soin qui clarifie le domaine de la discipline infirmière (Pepin & al., 2010, p.5).

Les fondements de la discipline infirmière se trouvent sous la forme d'une structure hiérarchique des connaissances proposée par Fawcett :

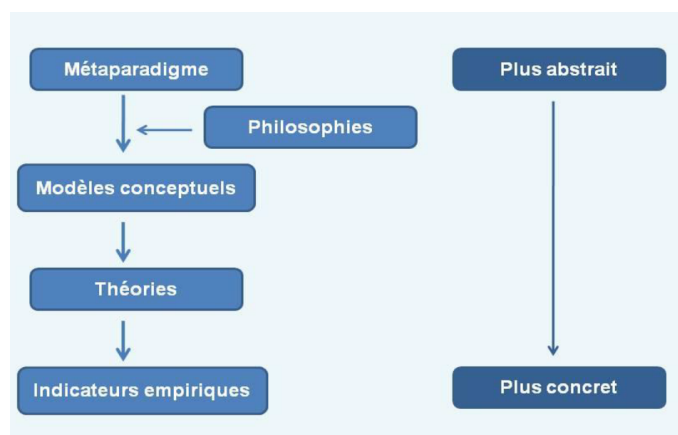


Figure 1. Schéma de Maillard Struby, F. 2011, traduction libre de Fawcett, J. 2005 cité par Da Rocha, G. 2015.

### **3.1.1. Métaparadigmes ou métaconcepts**

Un métaparadigme se situe au plus haut / grand niveau d'abstraction et il précise les principaux centres d'intérêt de la discipline infirmière. Il comprend les quatre métaconcepts (personne-santé-soin-environnement) qui sont définis selon les auteur(e)s de manières différentes. Le métaparadigme représente donc un fondement essentiel de la discipline infirmière. Il guide la pratique (Donaldson et Crowley, 1978), oriente les activités de développement et de savoirs (Fawcett, 2005). C'est ce qui distingue la discipline infirmière des autres disciplines.

### **3.1.2. Philosophies**

Une philosophie est une orientation, une position par rapport à la nature des choses et du monde. « La philosophie d'une science guide les valeurs à la base de l'évolution d'une discipline » (Meleis, 2007, traduction libre, citée par Pepin & al., 2010, p.184).

### **3.1.3. Modèles conceptuels**

Les modèles conceptuels sont des « représentations abstraites qui explicitent une perspective de la discipline infirmière » (Pepin & al., 2010, p.184).

### **3.1.4. Théories**

Les théories, dans la hiérarchie des connaissances selon Fawcett, sont plus « concrètes » que les modèles conceptuels. Selon Pepin et al. (2010) :

Une théorie est un ensemble d'énoncés et de propositions organisés de façon cohérente et systématique qui tente de décrire, d'expliquer ou de prédire un phénomène<sup>1</sup>. Les théories infirmières tendent à explorer, à décrire et à expliquer des phénomènes d'intérêt pour la discipline (p. 186).

### **3.1.5. Indicateurs empiriques**

Ces derniers se situent à un niveau très concret dans la hiérarchie des savoirs de Fawcett. Les indicateurs empiriques sont des instruments qui donnent des données pouvant être classées en catégories qualitatives ou calculées en tant que scores quantitatifs. Ces indicateurs permettent à l'infirmière de savoir exactement quoi faire afin d'avoir des actions infirmières directes et précises (Fawcett, 2013, traduction libre, p.17).

<sup>1</sup> « Un phénomène est une représentation d'une réalité (situation, processus ou groupe d'événements) perçue ou ressentie de façon consciente, et ce, sous plusieurs facettes » (Pepin, 2010, p.184).

De ce fait, lorsque l'on parle de discipline infirmière, nous ne pouvons pas, ne pas aborder la question des PARADIGMES et des différentes ECOLES DE PENSEES.

Selon Pepin (2010), un paradigme est :

(...) un cadre conceptuel général reflétant un ensemble de croyances, de valeurs reconnues par une communauté (...) et admises comme étant communes à tous les individus dans le groupe. Cet ensemble de croyances (...) donne au groupe (ou discipline) la possibilité d'identifier, de structurer, d'interpréter et de solutionner des problèmes disciplinaires et particuliers (p.28).

Ainsi, au sein de la discipline infirmière plusieurs paradigmes se chevauchent, coexistent et s'influencent.

## **3.2. Paradigmes**

### **3.2.1. Particulier-déterminé / Catégorisation / Réaction**

Ce qui caractérise le paradigme de la catégorisation selon Pepin, du particulier-déterminé selon Newman, de la réaction selon Fawcett, c'est surtout un modèle bio-médical qui est utilisé pour aborder les phénomènes de manière linéaire et causale. Dans le domaine de la santé, on va chercher les causes des maladies afin de les éliminer. Ces paradigmes influencent les soins infirmiers en mettant l'accent sur la rationalisation, l'impersonnalité, les règles administratives, la division du travail, le contrôle hiérarchisé, etc.

Selon Pepin (2010) :

Les professionnels (infirmières, médecins (...)) sont considérés comme des experts qui possèdent les connaissances sur les agents nuisibles à la santé et sur ceux qui contribuent à la recouvrer. Il va sans dire que la personne est rarement invitée à participer aux soins. Dans ce contexte, la personne est définie comme un tout formé de la somme de ses parties. Ainsi, nous pouvons séparer la dimension biologique de la dimension psychologique, étudier le système respiratoire indépendamment du système endocrinien (...) (p. 38).

Les **sources théoriques** qui guident la pratique infirmière au sein de ce paradigme sont essentiellement « puisées » dans les sciences biomédicales (Pepin & al., 2010, p.38).

### 3.2.2. Interactif-intégratif / Intégration / Interaction réciproque / Totalité

Ces paradigmes influencent les soins infirmiers en mettant l'accent sur le potentiel des personnes, leurs ressources, capacités adaptatives et sur l'environnement.

Selon Pepin (2010) :

Reconnaissant de plus en plus que le facteur causal est difficile à déterminer, les scientifiques et les praticiens se tournent vers l'évaluation multidimensionnelle, recherchant les interactions entre de multiples facteurs. (...) Sous l'angle du paradigme de l'intégration, le développement des connaissances a donc pour but l'identification de multiples facteurs et leurs interactions. L'application des connaissances vise l'adaptation de ces dernières à un contexte donné. (...) Dans le cadre de ce paradigme, les infirmières se sont appliquées les savoirs spécifiques de leur discipline, reconnaissant que la personne est un être *bio-psycho-social-culturel et spiritualité* en interaction avec son environnement. C'est la période dite « générative » (Newman et autres, 2008), qui a cours encore aujourd'hui (p.29).

Les **sources théoriques** qui guident la pratique infirmière au sein de ces paradigmes sont plus particulièrement « puisées » dans divers sciences humaines telles que : l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, l'épidémiologie avec des auteurs tels que Adler (thérapie axée sur le client), Maslow (pyramide des besoins), Carl Rogers (reconnaissance de l'importance l'être humain), Erikson, les théories psychodynamiques (Pepin & al., 2010, pp 40-41).

### 3.2.3. Unitaire-transformatif / Transformation / Action simultanée / Simultanéité

Ces paradigmes influencent les soins infirmiers en mettant l'accent sur l'être vivant, unique, ayant des valeurs telles que l'authenticité, l'engagement, l'espoir, etc. Selon Newman et autres, 2008, cités par Pepin et al. (2010) :

(...) Matha Rogers a proposé une vision fondamentalement nouvelle : *un tout indivisible personne-environnement* qui se développe dans un processus mutuel et continu. Sa vision a inspiré les théories Health as expanding consciousness de Newman et Human Becoming de Parse (p. 43).

Selon Pepin et al. (2010) :

(...) le changement est perçu comme étant perpétuel, en accélération et unidirectionnel en ce sens qu'on ne peut jamais se retrouver exactement au même point, même si on a l'impression d'un recul. (...) Il s'agit d'un processus itératif (on améliore, on évalue, etc. « roue de la qualité »), réciproque et simultané d'interaction (p.30).

« Le paradigme de la transformation a aussi influencé l'évolution de certaines conceptions de la discipline infirmière comme celles de Leiniger et de Watson (Pepin & al., 2010, p. 43).

« La **personne** a des façons d'être un humain unique, en relation avec elle-même et l'univers. Elle dispose de façon d'être qui forme un modèle dynamique de relation mutuelle et simultanée avec l'environnement » (...) (Pepin & al., 2010, p.44). La personne est vue comme un être unique et singulier porteur de ressources, capable de choix (d'un libre arbitre) qui vont influencer sa trajectoire de vie et de santé (Pepin & al., 2010). « La personne recherche une qualité de vie qu'elle définit selon son potentiel et ses priorités » (Pepin & al., 2010, p.44).

« L'**environnement** est « composé de l'ensemble de l'univers dont la personne fait partie » (Pepin & al., 2010, p.44). L'environnement, diffère de la personne, coexiste avec tout. Comme la personne, l'environnement évolue à un rythme et s'oriente dans des directions imprévisibles (Pepin & al., 2010, p.44). La **santé** est conçue comme une expérience englobant la personne et son environnement et elle est une valeur et une expérience (Pepin & al., 2010, p.44). Elle fait référence au bien-être et à l'exploitation du potentiel de la personne (Pepin & al., 2010, p.44). L'expérience de la maladie fait partie de l'expérience de la santé.

Le **soin** infirmier vise au bien-être de la personne et tel que la personne qui a besoin des soins en question le définit (Pepin & al., 2010, p.43). L'infirmière donne l'importance à la manière de voir de la personne. «Être avec» la personne que l'on soigne (Pepin & al., 2010).

Soigner c'est s'engager, réfléchir et repose sur des connaissances. Autrement dit, soigner c'est s'appuyer sur des connaissances et des savoirs qui guident la pensée et la pratique soignante (Pepin & al., 2010). L'approche de l'infirmière est « heuristique et ses activités découlent des préoccupations premières des personnes/familles qu'elles soignent » (Pepin & al., 2010, p.44).

Les **sources théoriques** qui guident la pratique infirmière au sein de ces paradigmes sont plus particulièrement « puisées » dans les courants philosophiques existentiels et phénoménologiques (Pepin & al, 2010).



### 3.3. Théorie de Jean Watson

#### 3.3.1 Métaconcepts – Métaparadigmes

Le point de vue de la théoricienne Jean Watson et sa théorie du *Caring*, est particulièrement intéressant dans le cadre de notre problématique. Selon Pepin et al. (2010), cette théorie s'installe dans le paradigme de la transformation et fait partie de l'école du *Caring*. Selon Watson, l'orientation de sa théorie est « existentielle, phénoménologique et spirituelle; elle s'inspire de la métaphysique, des humanités, des arts et des sciences » (Pepin et al., 2010, p.72). Elle considère la « **Personne** » comme un être qui est dans le monde, qui vit des expériences et se compose de trois sphères: l'âme, le corps et l'esprit qui cherchent continuellement à rester en harmonie (Pepin et al., 2010, p.72). La « totalité de son expérience (vie antérieure, relationnelle, sociale, etc.) constitue un champ phénoménal unique de réalités subjectives » (Pepin et al., 2010, p.72). Ensuite, le « **Soin** », est justement présent pour aider la personne à atteindre une harmonie (Pepin et al., 2010, p.72). Avec cette harmonie mise en place, la personne sera plus en mesure de ressentir du respect pour soi et donc se sentir en « **Santé** » (Pepin et al., 2010, p.72). Enfin, l'« **Environnement** » est constitué « du monde physique ou matériel, ainsi que du monde mystérieux/spirituel et existentiel » (Watson, 1999a, 1979/2008 citée par Pepin et al., 2010, p.70).

#### 3.3.2. Concepts principaux

L'un des concepts principaux de cette théorie est le « *Human Caring* », qui met en avant une relation « transpersonnelle empreinte de cohérence, d'empathie et de chaleur humaine » (Pepin et al., 2010, p.72).

Il y a également le concept de la « Conscience du moment *Caring* ». Selon Fawcett (2013) et Pepin (2010), il s'agirait de reconnaître, en tant que soignant, lorsque l'on se trouve dans une situation de *Caring*; propice à offrir des soins.

#### 3.3.3. Méthodologie de la pratique

Finalement, J. Watson propose une méthodologie qu'elle nomme « 10 facteurs caratifs » afin de pouvoir concrétiser au mieux sa théorie dans le milieu des soins. Ces facteurs caratifs représentent aussi les valeurs qu'incarne l'infirmière en les mettant en avant.

Selon Watson (1998) :

- 1) Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste
- 2) La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir
- 3) La culture d'une sensibilité à soi et aux autres
- 4) Le développement d'une relation d'aide et de confiance
- 5) La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs
- 6) L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision
- 7) La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel
- 8) La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction
- 9) L'assistance dans la satisfaction des besoins humains
- 10) La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques

Pour conclure, nous trouvons que la théorie de Jean Watson amène une approche plus chaleureuse et humaniste dans le milieu des soins et se détache de la vision qui tend souvent à séparer les différentes composantes de l'être humain.

### **3.4. Question de recherche**

Dans une approche humaniste des soins infirmiers, l'hypnose permet-elle d'améliorer la qualité de vie de personnes adultes et âgées atteintes d'un cancer avancé en soins palliatifs ?

## 4. METHODE

Dans un premier temps, nous avons utilisé la méthode PICO qui nous a permis de définir les concepts à aborder dans nos recherches ainsi que les mots-clés pertinents. Ces mots-clés ont ensuite été traduits en anglais pour définir les Mesh-Terms à entrer dans les bases de données scientifiques.

### 4.1 Pico et Mesh-Terms

Tableau 1. PICO

|           | Population   | Intervention | Comparateur/<br>Contexte | Outcomes                 |
|-----------|--|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Mots clés | Patients adultes et âgés atteints d'un cancer avancé | Hypnose      | Soins palliatifs         | Meilleure qualité de vie |

Tableau 2. MESH-TERMS

| Mots clés            | Mesh-Terms      |
|----------------------|-----------------|
| Cancer avancé        | Advanced Cancer |
| Soins palliatifs     | Palliative Care |
| Hypnose              | Hypnosis        |
| Hypnothérapie        | Hypnotherapy    |
| Oncologie            | Oncology        |
| Fin de vie           | End of Life     |
| Infirmières          | Nurses          |
| Spiritualité         | Spirituality    |
| Besoins des patients | Patient needs   |

## 4.2. Les sources d'informations et stratégies de recherche documentaire

Pour nos recherches, les bases de données CINAHL, Pubmed et Google Scholar ont été consultées pour trouver nos articles demandés grâce aux équations Mesh-Term définies ci-dessous. Les recherches ont débuté avec un filtre recensant les articles de moins de cinq ans mais les résultats ne fournissaient pas assez d'articles répondant à notre question de recherche. Nous avons donc par la suite élargi nos recherches afin de trouver d'autres articles pertinents. Les articles ont été sélectionnés à partir du titre ou du résumé. Nos critères d'inclusion étaient : la population adulte atteintes de cancer ou cancer avancé, le contexte des soins palliatifs, l'utilisation de l'hypnose ou hypnothérapie et les articles en français ou anglais. Nos critères d'exclusion étaient : les articles qui n'étaient pas des études, qui mentionnent des médecines complémentaires autre que l'hypnose et la population pédiatrique.

Tableau 3. Equations Mesh-Terms

| Bases de données | Equations  | Filtres                   | Résultats de la recherche   |
|------------------|--|---------------------------|---|
| Cinhal           | Hypnosis OR<br>Hypnotherapy<br>AND Advanced<br>cancer or<br>Palliative care<br>AND Quality of life | Clinical Trial            | <b>N = 1</b><br>Éliminés selon le titre = /<br>Éliminés selon le résumé = /<br>Eligibles pour l'analyse = 1   |
| Cinahl           | Hypnotherapy<br>AND Palliative<br>care   | /                         | <b>N = 13</b><br>Éliminés selon le titre = 7<br>Éliminés selon le résumé = 2<br>Eligibles pour l'analyse = 4  |
| Pubmed           | ((patient need)<br>AND oncology)<br>AND end of life  | Clinical Trial<br>< 5 ans | <b>N = 19</b><br>Éliminés selon le titre = 18<br>Éliminés selon le résumé = /<br>Eligibles pour l'analyse = 1 |
| Pubmed           | ((nurses) AND<br>oncology) AND   | < 5 ans                   | <b>N = 48</b><br>Éliminés selon le titre = 32   |

|                |                                       |           |   |
|----------------|---------------------------------------|-----------|---|
|                | spirituality                          |           | Éliminés selon le résumé = 8<br>Éligibles pour l'analyse = 8  |
| Google Scholar | allintitle:<br>hypnotherapy<br>cancer | 2000-2018 | <b>N = 27</b><br>Éliminés selon le titre = 23<br>Éliminés selon le résumé = 2<br>Éligibles pour l'analyse = 2 |

#### 4.3. Diagramme de flux

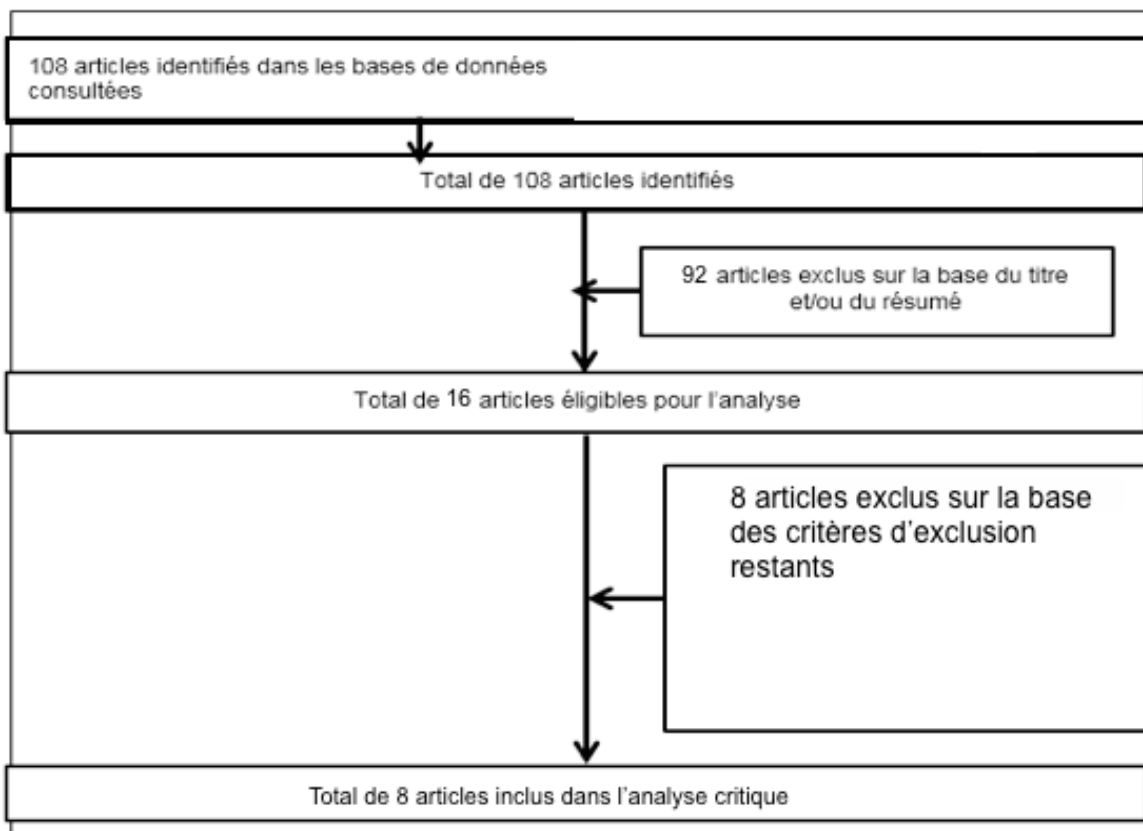


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

## 5. RESULTATS

Parmi les articles retenus pour notre revue de littérature, une étude est de type quantitatif, quatre sont de type qualitatif et une étude comporte un devis mixte.

### 5.1 Analyse critique des articles retenus

L'étude randomisée contrôlée prospective de **Liossi et White** (2001), a été menée selon une approche méthodologique quantitative et qualitative auprès de patients atteints d'un cancer avancé référés pour des soins palliatifs à L'unité de soins palliatifs et de soulagement de la douleur de l'Université d'Athènes (en Grèce). Ces derniers ont tous donné leur consentement pour participer à l'étude. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'hypnose sur l'amélioration de la qualité de vie chez des patients atteints de cancer avancé. Le nombre de participants s'est élevé à 50 patients entre 35-74 ans avec 23 femmes et 27 hommes. Les patients ont par la suite été répartis de manière randomisée soit dans un groupe « soins standards » recevant des soins médicaux standards ainsi que des soins psychologiques, soit dans le groupe « hypnose » qui a bénéficié de quatre séances d'hypnose de 30 minutes en plus des soins standards. La collecte de données s'est ensuite déroulée sur la base d'entretiens semi-structurés d'une durée de 10-15 minutes chacun afin de discuter de l'expérience vécue. Les instruments de mesure utilisés sont : The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) pour mesurer la qualité de vie des patient cancéreux et The Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) pour mesurer l'état d'anxiété et de dépression.

Les résultats post-intervention chez les 2 groupes démontrent une amélioration sur l'anxiété, la dépression, la détresse physique, la détresse psychologique, le niveau d'activité et l'évaluation globale. Sur les scores de l'HADS, selon un ANCOVA réalisé, il existe une diminution significative de l'anxiété pour le groupe HYPNOSE comparé au groupe STANDARD ( $p < 0.01$ ), ainsi qu'une diminution significative de la dépression dans le groupe HYPNOSE comparé au groupe STANDARD ( $p < 0.01$ ). Les scores de l'RSCL montrent une différence statistiquement significative sur le niveau de détresse psychologique pour le groupe HYPNOSE comparé au groupe STANDARD ( $p < 0.01$ ), ainsi qu'une différence statistiquement significative sur le niveau de détresse physique ( $p < 0.01$ ) mais qui n'est pas explicitée. Il existe aussi une différence statistiquement significative sur le niveau d'activité entre les moyennes des 2 groupes post-intervention ( $p > 0.1$ ). Enfin, Un test Chi-2 confirme

que la distribution de l'évaluation du niveau de satisfaction entre les groupes traitements différait ( $p. >0.01$ ).

Cette étude démontre alors que l'introduction de l'hypnose en complément aux soins médicaux peut favoriser la qualité de vie par le contrôle des symptômes. Certains participants ayant bénéficié de l'hypnose déclarent se sentir plus fort, plus confiant, plus en contrôle ou encore une sensation de quitter son corps malade. Certains auraient par exemple souhaité bénéficier plus tôt de cette technique.

L'étude qualitative descriptive de **Peynovska, Fisher, Oliver, et Mathew** (2005), vise à étudier les bénéfices de l'hypnothérapie en tant que thérapie complémentaire dans la prise en charge de patients en phase terminale en observant ses effets sur : la gestion de l'anxiété, la dépression, la colère, la frustration, la douleur, la fatigue, l'insomnie, des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Elle cherche aussi à voir comment la technique de la « visualisation » utilisée peut venir promouvoir l'amélioration de la qualité de vie. Les participants se sont vus offrir 3 sessions d'hypnothérapie sur une période de 10 mois en complément de leur traitement médical. Ces séances ont été construites de manière individualisée en fonction des besoins rapportés par chaque patient. Toutes les informations détaillées à propos de la nature de l'hypnose, du but de l'étude ont été expliqués aux patients.

Cette étude a donc été menée auprès de 22 patients de l'hôpital de jour (Ann Delhom, Wisdom Hospice, Rochester, UK) recrutés par auto-référence ; parmi lesquels 20 ont participé à 3 sessions d'hypnothérapie avec un thérapeute médicalement qualifié et 2 patients n'ont eu que 2 sessions. Par la suite, 12 patients ont participé aux suivis post-intervention car dans les 8 patients restants, 4 sont décédés et 4 étaient dans l'impossibilité d'y assister.

Pour évaluer l'expérience des participants, des entretiens semi-structurés ont été réalisés. Ensuite, The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a été utilisée pour évaluer l'état d'anxiété et de dépression du patient ainsi que la Visual Scale of 0 to 10 pour mesurer l'effet de l'hypnose sur leur état de bien-être. Au final, les participants ont observé des bénéfices sur : leur insomnie, démangeaisons excessives pendant la nuit, diarrhées, douleur, effets secondaires, anxiété, dépression. Tous ont aussi observé une amélioration sur leur état de bien-être ; évalué entre « quelques bénéfices » et « bons bénéfices ». Quant à la dépression, même si l'échelle ne montre aucune amélioration de l'état dépressif des patients, et que la proportion de patients étant (modérément) déprimés reste sensiblement la même

après la troisième séance, tous ont déclaré se sentir mieux et ils n'avaient pas le désir d'insister sur leurs difficultés mais préféraient vivre leur de la meilleure façon possible.

Les auteurs suggèrent que l'introduction de l'hypnose de manière précoce après l'annonce du diagnostic semblerait être le meilleur moment. En effet, ceci pourrait alors permettre aux patients de développer plus tôt de meilleures capacités d'adaptation dans le processus de la maladie ; ce qui aidera à prévenir l'apparition d'une anxiété sévère ou d'une dépression. Ceci pourrait aussi favoriser une meilleure observance du traitement et une meilleure réponse psychologique à leur maladie, qui a été suggérée comme un bon facteur pronostique ayant une influence sur la survie.

L'étude qualitative phénoménologique de **Teike, Currat, Spencer, Jayet, et Cantin (2012)**, vise à explorer l'effet des séances d'hypnose notamment sur la gestion de l'anxiété et de la douleur chez des patients en phase avancée de leur maladie oncologique hospitalisés dans une unité de soins palliatifs. L'étude a été menée auprès de 14 patients, tous atteints de cancer et recrutés par échantillonnage de convenance qui ont accepté de participer. La collecte de données a été réalisée au moyen d'entretiens semi-structurés. Un entretien a eu lieu directement après chaque séance d'hypnose d'une durée de 5 à 10 minutes et un entretien final de 45 à 60 minutes une à trois semaines post-intervention a été planifié. Ce dernier a été réalisé au moyen d'une *Grille d'entretiens semi-directif* développée sur la base de l'expérience clinique des hypnothérapeutes, puis complétée par le chercheur afin de pouvoir formuler des questions plus ouvertes. Les niveaux d'anxiété et de douleur ont été évalués grâce à *L'Edmonton Symptom Assessment System*. Chaque participants a pu bénéficier de 3 à 5 séances d'hypnose d'une durée de 20 à 50 minutes chacune avec une fréquence d'une à deux fois par semaine. La séance a été structurée de manière à répondre de façon individualisée aux besoins des patients.

Les chercheurs ont par la suite divisé les résultats en deux. Dans un premier temps, les résultats provenant des entretiens réalisés directement après la séance ; c'est-à-dire les « réactions spontanées », puis les résultats des entretiens finaux ; c'est-à-dire les « opinions formées ». De cette analyse les chercheurs ont identifié plusieurs thèmes. Tout d'abord, l'hypnose a été considérée comme un outil rapidement acquis et facilement réutilisable permettant de regagner un sentiment de contrôle et d'autonomie. Elle a aussi permis d'aller explorer ses sentiments et ses émotions dans un contexte sécurisant, ou encore de puiser dans ses propres ressources. Les patients mentionnent notamment l'importance de la relation avec l'hypnothérapeute. Ensuite, ils ont décrit cet outil comme un anxiolytique puissant. Certains patients ont cependant éprouvé une fatigue émotionnelle en fin de séance



avec un soulagement partiel ou complet de leur symptôme. L'hypnose leur a donc permis de ressentir un sentiment de bien-être ou encore de détente avec un regain d'énergie.

Dans leur article, Teike et al. (2012) font référence au concept de Total Pain élaboré par Cicely Saunders qui nous démontre que la douleur peut avoir des répercussions sur les dimensions psycho-sociales et spirituelles de la personne et que l'anxiété peut alors influencer de manière négative la perception de la douleur. Cependant, dans les soins, les soignants peuvent aussi se sentir démunis dans l'accompagnement du patient anxieux et ne vont pas toujours chercher à explorer cette dimension. L'hypnose a donc dans ce sens, permis aux patients de s'ouvrir face à cette dimension et de se confronter à leurs sentiments peu ou pas verbalisés. L'hypnose peut aussi être associée au concept de l'Empowerment qui est défini par l'OMS comme « une stratégie importante pour le développement et le maintien de la santé » ; ce qui permettrait au patient de développer des stratégies d'adaptation pour avoir un meilleur sentiment de contrôle sur sa vie.

L'étude qualitative ethnographique de **Van Meurs, Smeets, Vissers, Groot, et Engels (2017)**, cherche à mieux comprendre la manière dont les infirmières observent et explorent les problèmes spirituels des patients hospitalisés atteints de cancer lors des soins. Parmi les 40 infirmiers travaillant dans le service, quatre ont été sélectionnés par choix raisonné afin de participer à l'étude. Une chercheuse, formée et qualifiée pour explorer et cartographier la dimension spirituelle des patients, travaillant au sein de l'Hôpital Universitaire (aux Pays-Bas) en tant que consultante spirituelle a, par observation participante, suivi les quatre infirmiers pendant leurs heures de travail sur 4 horaires différents. Les patients ont aussi donné leur accord pour être observés par la chercheuse qui s'est présentée à eux et leur a fourni des explications en lien avec son rôle et le but de l'étude. La chercheuse a ensuite collecté les données par le biais d'entretiens. L'instrument de mesure utilisé comportait la Dutch Spiritual Care Guideline qui est une liste de 3 questions inspirées du Mount Vernon Cancer Network (MVCN). Les questions étaient les suivantes :

- « Y a-t-il en ce moment quelque chose en particulier qui vous préoccupe? »
- « Où avez-vous déjà trouvé du soutien dans des situations difficiles? (Famille? Vue du monde? Musique?) »
- « xQui aimeriez-vous avoir près de chez vous? De qui voudriez-vous avoir de l'aide? »

Les résultats ont mis en avant que les infirmiers n'ont pas exploré la dimension spirituelle des patients. Les barrières exprimées par les participants étaient : un manque de temps,

lorsqu'ils sont en conflit avec leur état d'esprit et le fait d'être réservé pour parler de ces questions car ils pensent que le patient va le vivre comme une sorte d'intrusion.

Les auteurs de l'article proposent alors de former davantage les soignants pour qu'ils réussissent à aborder davantage cette thématique. En effet, les soins infirmiers s'y prêtent bien pour pouvoir déceler une éventuelle détresse spirituelle.

L'étude qualitative de **Zimmermann, C. & al.** (2016), a récolté des informations sur la perception sur les soins palliatifs des patients et de leurs proches aidants qui ont donné leur consentement éclairé écrit. Elle a été menée auprès de 71 participants qui ont été répartis de manière randomisée soit dans le groupe intervention soit dans le groupe contrôle. La répartition comportait 48 patients (26 intervention, 22 contrôle) et 23 proches aidants (14 intervention, 9 contrôle). La collecte des données a été réalisée grâce à des entretiens semi-structurés individuels d'une durée de 60 minutes. Les thèmes abordés ont été : les perceptions initiales de la signification des soins palliatifs, les sources de perception des soins palliatifs, les premières réactions aux soins palliatifs, les perceptions après avoir reçu des soins palliatifs précoces, renommer ou recadrer les soins palliatifs. Les résultats généraux obtenus par le biais de la Méthode de la Théorisation ancrée sont les suivants : les perceptions initiales des deux groupes étaient la mort, le désespoir, la dépendance et les soins de confort en fin de vie. Ces perceptions ont provoqué la peur et l'évitement chez les participants. Les expériences des personnes de leurs familles ou des amis avec une maladie en phase terminale qui « sont allés en SP », leur propre expérience et les médias ont été cités comme étant les sources de leurs perceptions initiales. Au cours de l'essai, le groupe d'intervention a développé un concept plus large de soins palliatifs nommé «soins continus» améliorant la qualité de vie mais ils en ont jugé que le terme restait stigmatisant.

Cette étude nous montre qu'une stigmatisation associée au terme « soins palliatifs » est encore présente de nos jours malgré les changements de la définition apportés par l'OMS. Ceci laissant à penser que cette stigmatisation est avant tout liée à une plus grande stigmatisation sociétale associée à la mort. Les auteurs mettent en avant l'importance qu'ont les médecins et les autres professionnels de la santé de connaître la définition élargie des soins palliatifs et qu'ils soient capables de l'expliquer à leurs patients.

L'étude qualitative de **Hoeft, F. & al.** (2012) est de type transversal in vivo. Elle cherche à étudier la base cérébrale de l'hypnotisabilité chez un individu. Pour ce faire, les chercheurs ont recruté leurs participants par le biais de conférences sur l'hypnose et des publicités mettant la question suivantes en avant : « Êtes-vous intéressé à savoir comment vous êtes

hypnotisable? ». Les participants se sont alors portés volontaires avec une rémunération en contre-partie. Elle a été approuvée par le groupe scientifique de l'Université de Stanford et le consentement éclairé a été obtenu par chaque participant. L'étude s'est tenue auprès de 24 participants parmi lesquels 12 avaient un haut niveau d'hypnotisabilité et 12 un faible niveau d'hypnotisabilité. Il a été possible de déterminer le niveau d'hypnotisabilité grâce au Profil d'Induction Hypnotique (HIP) qui évalue la réponse subjective et comportementale à la suggestion hypnotique. Les chercheurs ont utilisé divers techniques de neuro-imagerie pour observer certaines structures cérébrales comme : l'IRM fonctionnelle afin de mesurer les réseaux cérébraux de connectivité (réseau de saillance, par défaut et de contrôle exécutif), l'IRM structurelle T1 pour mesurer les volumes régionaux de matières grises et blanches et enfin, l'Imagerie du tenseur de diffusion qui avait pour fonction de mesurer l'intégrité microstructurale de la substance blanche. Les résultats ont mis en évidence que les individus hautement hypnotisables comparés aux individus faiblement hypnotisables, présentent une connectivité fonctionnelle plus importante entre le cortex préfrontal dorsolatéral gauche et le réseau de saillance. Le réseau de saillance se compose de l'insula antérieure, du cortex cingulaire antérieur dorsal, de l'amygdale et du striatum ventral. Il détecte, intègre et filtre des informations somatiques, autonomes et émotionnelles pertinentes.

Cette étude fournit alors une base neuronale qui démontre que les différences d'hypnotisabilité sont reliées principalement à une différence de « style cognitif » présente chez certaines personnes et ceci indépendamment du degré d'entraînement ou d'expérience. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'activation des zones cérébrales en question pourrait servir de base cérébrale pour aider les patients à améliorer le contrôle de leur douleur et de l'anxiété ainsi qu'à contrôler les symptômes cliniquement pertinent, y compris les effets sur le contrôle émotionnel.

## **5.2. Tableau comparatif des études retenues**

Le tableau suivant synthétise l'analyse des différents articles retenus dans notre revue de littérature en reprenant les différents éléments tels que les noms de tous les auteurs, le lieu sur lequel s'est réalisée l'étude, le type d'étude et de population, le but de l'étude, l'intervention, la méthode, les instruments de mesure, les principaux résultats ou encore les limites principales.

Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues

| Titre<br>Auteurs<br>Année<br>Lieu+ pays  | Population<br>Type d'étude<br>But de l'étude  | Méthode/ Instruments de mesure<br>Intervention   | Résultats principaux   | Limites   | Commentaires/<br>Recommandations   |
|--|---|--|--|---|--|
| <p><b>Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients</b></p> <p><b>Auteurs</b><br/>Christina Liossi<br/>Paul White</p> <p><b>Année</b><br/>2001</p> <p><b>Lieu + Pays</b><br/>Unité de soulagement de la douleur et de soins palliatifs de l'Université de Athènes. Grèce</p> | <p><b>Population</b><br/>N = 50 patients atteints de cancer avancé âgés entre 35-74 ans, 23 femmes et 27 hommes</p> <p>Type d'échantillon : randomisé contrôlé en double aveugle (table aléatoire à 2 conditions).</p> <p><b>Type d'étude</b><br/>Qualitative et quantitative</p> <p>Étude randomisée contrôlée prospective : patients attribués dans 2 groupes au hasard</p> <p><b>But de l'étude</b><br/>Évaluer l'efficacité de l'hypnose sur le renforcement de la qualité de vie et de la gestion de l'anxiété + dépression chez des patients souffrant de cancer avancé</p> | <p><b>Méthode</b><br/>Patients avec un cancer avancé référés pendant 6 mois pour des soins palliatifs et assignés au hasard à deux groupes: soins standards et hypnose.</p> <p><b>Instruments de mesure</b><br/>The Rotterdam Symptom Checklist (outil d'auto-évaluation) pour mesurer la qualité de vie +<br/>The Hospital Anxiety and Depression Scale</p> <p>Entretiens individuels semi-structurés de 10-15 min pour les patients avec hypnose afin de discuter de leur expérience</p> <p><b>Intervention</b><br/><u>1er groupe</u> : soins standards<br/>soins médicaux + psychologiques de 4 séances/sem de 30min ( modèle cognitif-existential)<br/><u>2è groupe</u> : soins standards + hypnose<br/>séances de 30min pendant 4 semaines induction, des suggestions pour la gestion des symptômes et renforcement + des suggestions post-hypnotiques pour le confort et le maintien des avantages thérapeutiques au cours de la semaine suivante avec le thérapeute.<br/>Réévaluation par des questionnaires post-interventions</p> | <p><u>Post-interventions</u> :</p> <p>Améliorations observées dans les 2 groupes sur l'anxiété, la dépression, détresse physique et psychologique</p> <p><b>Anxiété</b><br/>différence significative dans la diminution de l'anxiété pour le groupe hypnose comparé au groupe standard (<math>p &lt; 0.01</math>)</p> <p><b>Dépression</b><br/>différence significative dans le groupe hypnose sur la diminution de la dépression comparé au groupe standard (<math>p &lt; 0.01</math>)</p> <p><b>Détresse physique</b><br/>différence significative dans le groupe hypnose<br/><math>p &lt; 0.01</math></p> <p><b>Détresse psychologique</b><br/>différence significative dans le groupe hypnose<br/><math>p &lt; 0.01</math></p> <p><b>Niveau d'activité</b><br/>montre une <math>p &lt; 0.01</math></p> <p><u>Test utilisés</u> :</p> <p>Le test t (<math>p &lt; 0.01</math>), ANCOVA et test <math>\chi^2</math> utilisé</p> | <p>Biais de sélectivité: recrutement intentionnel</p> <p>Patients qui allaient assez bien pour compléter les questionnaires donc biais car ne reflète pas toute la population en soins palliatifs</p> <p>Taux de survie courts, pauvres conditions cognitives des patients en phase terminale</p> <p><b>Certaines notions difficilement évaluable car très subjectives</b> (ex : le sens existentiel) en raison du manque d'outils d'évaluation formels et de la difficulté de quantifier ce type d'information.</p> <p>questionnaires choisis plus adaptés pour les patients en stade précoce ou sous chimiothérapie certains aspects de la qualité de vie non pris en compte ex : financier, spirituel</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <p>Trop malade<br/>Ne pas parler Grec<br/>Survie &lt; 4 mois<br/>Troubles cognitifs sévères, psychotiques</p> | <p>Pour une sous-population de patients en phase terminale, l'hypnose est une option viable et peut faire une différence dans une période de temps relativement courte.</p> <p>complément aux soins médicaux, peut favoriser la qualité de vie en encourageant les patients et les soignants de participer activement au contrôle des symptômes et à l'acquisition de compétences spécifiques qui peuvent réduire les symptômes physiques et psychologiques, augmenter l'auto-efficacité et susciter l'espoir.</p> <p>Certains patients décrivent l'expérience comme spéciale, sensation de quitter son corps</p> <p>D'autres disent qu'ils se sentaient très relaxés</p> <p>Surtout pour l'effet sur les symptômes physiques et psychologiques</p> <p>Les a aidé à se sentir mieux avec eux-même, coping en lien avec cette période stressante de leur vie.</p> |

| Titre<br>Auteurs<br>Année<br>Lieu+ pays   | Population<br>Type d'étude<br>But de l'étude   | Méthode/ Instruments de mesure<br>Intervention   | Résultats principaux:  | Limites  | Commentaires/<br>Recommandations  |
|---|--|--|--|--|---|
| <p><b>Efficacy of hypnotherapy as a supplement therapy in cancer intervention</b></p> <p><b>Auteurs</b><br/>Dr Rumi Peynovska<br/>Dr Jacki Fisher<br/>Dr David Oliver<br/>Prof V.M. Mathew</p> <p><b>Année</b><br/>juillet 2003</p> <p><b>Lieu + Pays</b><br/>Day hospice patients of Ann Delhom Centre, Wisdom Hospice, Rochester, UK.</p> | <p><b>Population</b></p> <p>25 patients âgés entre 28 à 77 ans ont été recrutés</p> <p>échantillonnage intentionnel</p> <p>22 patients au total ont participé à l'étude dont 20 ont bénéficié des 3 séances (2 participants ont eu 2 séances)</p> <p>Sur les 20, 12 patients ont participé aux suivi après 3-4 mois, 4 sont décédés et 4 étaient indisponibles</p> <p><b>Recrutement</b> : participation basée sur de l'auto-référence après une explication préliminaire par les infirmiers sur les objectifs du procès</p> <p><b>Type d'étude</b></p> <p>Étude descriptive (quantitative)</p> <p><b>But de l'étude</b></p> <p>Étudier les bénéfices de l'hypnothérapie dans la prise en charge de patients en phase terminale sur la prise en charge de l'anxiété, dépression, colère, frustration, douleur, fatigue, insomnie, effets secondaires de la chimiothérapie et radiothérapie</p> <p>Visualisation pour promouvoir l'amélioration de la santé</p> | <p><b>Méthode</b></p> <p>3 sessions d'hypnothérapie sur 10 mois proposées en complément de la thérapie médicale avec suivi 3-4 mois après la dernière session</p> <p><b>Instruments de mesure</b></p> <p>Hospital Anxiety and Depression Scale pour évaluer l'état psychologique du patient après chaque séance</p> <p>Visual Scale of 0 to 10 pour évaluer leurs ressentis et l'effet de l'hypnose sur leur bien-être général.</p> <p>Entretiens semi-structurés une semaine après chaque session pour récolter des données sur les effets de l'hypnose sur le bien-être général par une infirmière</p> <p><b>Interventions</b></p> <p><u>1ère séance</u> de 30 min avec informations sur l'hypnose, buts de l'étude et les potentiels bénéfiques, liberté pour poser des questions sur l'hypnose et son mode de fonctionnement, faire l'historique de leur maladie, exprimer leurs préoccupations en lien avec les symptômes physique + psychologique, face à la maladie, effets des symptômes sur leur vie sociale et familiale etc, enseigner aux patients la technique de relaxation des muscles et l'auto-hypnose, stimulation de l'ego en fin de séance</p> <p><u>2è + 3è séances</u> de 1h, individualisées ( symptôme le plus gênant)</p> | <p>Observation d'effets sur la qualité de vie, l'espérance de vie, l'économie de coûts pour l'hôpital en termes de réduction des médicaments et de besoins de soins médicaux.</p> <p>Bénéfices sur : insomnie, démangeaisons pendant la nuit, diarrhées, douleur, effets secondaires, anxiété, dépression. Tous ont aussi observé une amélioration sur leur état de bien-être ; évalué entre « quelques bénéfices » et « bons bénéfices ».</p> <p>aucune amélioration du statut dépressif sur l'échelle mais patients ont tous déclaré se sentir mieux, n'avaient pas envie de s'attarder sur leurs difficultés mais de vivre leur vie de la meilleure façon possible</p> <p>aucun/peu de bénéfice(s) observés chez le groupe plus âgé (plus de 70 ans) car notion scepticisme, pas d'auto-hypnose pratiquée</p> | <p>Méthode de recrutement peu claire, (combien de temps ?, approches?)</p> <p>type d'étude pas à proprement parlé mentionné</p> <p>Pas d'infos sur la manière d'analyser les dires des participants</p> <p>Pièce des séances peu adaptée, distraction par les bruits extérieurs</p> <p>Résultats inconnus pour les personnes qui n'ont pas pu être suivi après 3 mois</p> <p>Échantillon peu significative (nb)</p> <p>Suivi à court terme</p> | <p>De plus en plus de patients se tournent vers l'hypnothérapie pour gérer la douleur et l'anxiété. Plusieurs études suggèrent que l'hypnose est « supérieure » à l'acupuncture, massage, TCC quand utilisée comme un stratégie non-médicamenteuse.</p> <p>Plus de bénéfices pour les patients pratiquant la technique de relaxation apprise et l'auto-hypnose pour renforcer le travail effectué pendant les sessions.</p> <p>l'hypnothérapie est un outil précieux pour améliorer les mécanismes d'adaptation des patients atteints de cancer.</p> <p>Meilleur moment d'introduction de l'hypnothérapie juste après le diagnostic aux patients atteints de cancer</p> <p>Permettre le développement de meilleures capacités d'adaptation plus tôt dans le processus de la maladie, et prévenir l'apparition d'anxiété, de dépression, d'attaques de panique graves.</p> <p>Meilleure observance du traitement, réponse psychologique plus positive à leur maladie ; ce qui a été suggéré comme un bon facteur pronostique ayant une influence sur la survie</p> |

| Titre<br>Auteurs<br>Année<br>Lieu+ pays   | Population<br>Type d'étude<br>But de l'étude  | aMéthode/ Instruments de mesure<br>Intervention  | Résultats principaux:  | Limites   | Commentaires/<br>Recommandations  |
|---|---|--|--|---|---|
| <p><b>L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Etude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques</b></p> <p><b>Auteurs</b><br/>Teike Luethi F.<br/>Currat T.<br/>Spencer B.<br/>Jayet N.<br/>Cantin B.</p> <p><b>Année</b><br/>Septembre. 2012</p> <p><b>Lieu</b><br/>Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)</p> | <p><b>Population</b><br/>37 individus répondants à priori aux critères d'éligibilité<br/>14 patients en phase avancée de leur maladie oncologique du service radio-oncologique du centre hospitalier inclus dans l'analyse.<br/>11 femmes entre 40-78 ans, 3 hommes entre 39 et 49 ans<br/>Échantillonnage par choix raisonné (recrutement des patients par l'équipe radio-oncologique insatisfaisant donc affiche, dépliants dans salle d'attente et accueil du service)</p> <p><b>Type d'étude</b><br/>Qualitative phénoménologique</p> <p><b>But de l'étude</b><br/>Documenter le sujet en explorant le vécu des patients.<br/>Explorer comment les patients en soins palliatifs souffrant de douleur ou d'anxiété vivent l'expérience de l'hypnose.</p> | <p><b>Méthode/Instruments de mesure</b><br/>Évaluation immédiate par un entretien semi-directif après chaque séance de 5 à 10min par un membre non-hypnothérapeute des soins palliatifs<br/>Entretien semi directif 1 à 3x/semaine de 45-60min après la dernière séance d'hypnose par un chercheur non-clinicien spécialisé dans la recherche qualitative pour explorer en profondeur l'expérience dans sa globalité avec réponses enregistrées puis retranscrites, verbatim relues par le chercheur.</p> <p><b>Interventions</b><br/>3 à 5 séances d'hypnose 1 à 2x / semaine de 20 à 50 minutes<br/>Séances par l'hypnothérapeute sur mesure et non pré-établies, au rythme du patient avec une transe plus ou moins profonde.<br/>Technique et suggestions adaptées en fonction de l'objectif initial et de ce qui était partagé verbalement et non verbalement</p> | <p>54 séances réalisées au total<br/>Réculte des résultats juste après la séance(= réactions spontanées) et issus des entretiens finaux (= opinions formées).<br/>Thèmes : outil utile ( ex : sentiment d'autonomie et de contrôle), anxiolytique puissant, lien humain, bien-être<br/>Propos des participants exploités en utilisant une analyse thématique qualitative sans codage préconçu. Verbatims analysés par trois professionnels issus de milieux différents pour assurer une triangulation suffisante et diminuer les risques d'interprétation.<br/>Thèmes et catégories choisis par consensus. L'ensemble de l'approche qualitative supervisée par un chercheur spécialisé dans la recherche qualitative dans le contexte de la santé. Stratégie d'analyse utilisée : révision de texte.</p> | <p>Biais de sélection par le manque de participants, recrutement difficile<br/>Biais de sélection quant au profil des patients inclus<br/>Les patients ayant pris part volontairement étaient ouverts aux approches thérapeutiques alternatives et avaient une motivation à prendre activement soin d'eux-mêmes.<br/>Absence de distinction entre les participants issus des deux méthodes de recrutements.</p> | <p>L'hypnose est reconnue comme un outil efficient, acquis aisément, permettant aux patients de retrouver des ressources favorisant l'empowerment dans leur trajectoire de maladie, particulièrement en soins palliatifs.<br/>Patients apprennent à gérer leur anxiété autrement, peuvent explorer des aspects difficiles de leur maladie comme la séparation et la mort.<br/>Importance du lien crée avec le thérapeute et du soutien que cela représente.<br/>Recommandation : mener d'autres études à plus large échelle</p> |

| Titre<br>Auteurs<br>Année<br>Lieu+ pays  | Population<br>Type d'étude<br>But de l'étude   | Méthode/ Instruments de mesure<br>Intervention   | Résultats principaux:   | Limites   | Commentaires/<br>Recommandations  |
|--|--|--|---|---|---|
| <p><b>Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers</b></p> <p><b>Auteurs</b><br/>Camilla Zimmermann<br/>Nadia Swami<br/>Monika Kryzanowska<br/>Natasha Leigh<br/>Anne Rydall<br/>Gary Rodin<br/>Ian Tannock<br/>Breffni Hannon</p> <p><b>Année</b><br/>Avril 2016</p> <p><b>Lieu + Pays</b><br/>Princess Margaret Cancer Centre - Toronto</p> | <p><b>Population</b><br/>Un total de 85 patients ont été recensés et 71 participants ont accepté de participer incluant 48 patients (26 intervention, 22 contrôle) et 23 proches aidants (14 intervention, 9 contrôle).</p> <p>Échantillonnage intentionnel</p> <p><b>Type d'étude</b><br/>Étude qualitative suite à un essai randomisé contrôlé par grappes visant à comparer les soins palliatifs précoces versus soins standards.</p> <p><b>But de l'étude</b><br/>Récouter des informations sur la perception des patients et leurs proches sur les soins palliatifs. Les objectifs comprenaient l'examen des sources probables de ces perceptions, l'influence potentielle de l'intervention sur ces perceptions et les opinions sur le changement de nom des soins palliatifs.</p> | <p><b>Méthode</b><br/>Entretiens semi-structurés individuels de 60 minutes par un personnel de recherche qualifié (enregistrés + notes retranscrites)</p> <p><b>Instruments de mesure</b><br/>Théorisation ancrée (méthode de recherche qui permet l'élaboration d'une théorie générée à partir de données recueillies)</p> <p><b>Intervention</b><br/>Groupe intervention : soins palliatifs précoces (consultation et suivi dans une clinique de soins palliatifs en oncologie externe au moins une fois par mois pendant la période d'essai de 4 mois, avec des visites supplémentaires au besoin)<br/>Groupe contrôle : soins palliatifs oncologiques standards<br/>Dans cette étude qualitative : prise de contact en personne ou par téléphone pour mesurer la qualité de vie, la satisfaction à l'égard des soins des groupes d'interventions et groupes témoins.</p> | <p><b>Thèmes :</b><br/>perceptions initiales de la signification des SP, sources de perception des SP, les premières réactions aux soins palliatifs, les perceptions après avoir reçu des SP précoces, renommer ou recadrer les soins palliatifs.</p> <p><b>Résultats :</b><br/>perceptions initiales des deux groupes étaient la mort, le désespoir, la dépendance et les soins de confort en fin de vie. Ces perceptions ont provoqué la peur et l'évitement. Au cours de l'essai, le groupe d'intervention a développé un concept plus large de soins palliatifs en tant que « soins continus » améliorant la qualité de vie tout en estimant que le terme était stigmatisant.</p> | <p>Les chercheurs ont recruté les mêmes patients que dans leur étude quantitative.</p> <p>Échantillon peu significatif</p> <p>Étude réalisée que dans un centre</p> | <p>Importance pour les professionnels de la santé de connaître la définition élargie des soins palliatifs et de pour l'expliquer aux patients</p> <p>Stigmatisation associée aux soins palliatifs est liée à une plus grande stigmatisation sociale associée à la mort.</p> |

| Titre<br>Auteurs<br>Année<br>Lieu+ pays  | Population<br>Type d'étude<br>But de l'étude   | Méthode/ Instruments de mesure<br>Intervention  | Résultats principaux:<br>Si devis expérimental<br>résultats par<br>« outcome »  | Limites   | Commentaires/<br>Recommandations   |
|--|--|---|---|---|--|
| <b>Functional brain basis of hypnotizability</b><br><br><b>Auteurs</b><br>Fumiko Hoelt<br>Jonh D.E. Gabrieli<br>Susan Whitfield-Gabrieli<br>Brian W. Haas<br>Roland Bammer<br>Vinos Menon<br>David Spiegel<br><br><b>Année</b><br>2012<br><br><b>Lieu + Pays</b><br><br>Université de médecine de Stanford | <b>Population</b><br><br>12 adultes avec un fort niveau d'hypnotisabilité et 12 patients avec un faible niveau d'hypnotisabilité ; donc un total de 24 participants. Chaque groupe comprenait 6 hommes et 6 femmes<br><br>Échantillonnage par des conférences sur l'hypnose et des publicités<br><br><b>Type d'étude</b><br><br>Étude transversale in vivo de neuro-imagerie<br><br><b>But de l'étude</b><br><br>Étudier l'hypnotisabilité du cerveau en émettant l'hypothèse qu'il y aurait des différences fonctionnelles dans et entre les réseaux cérébraux qui impliquent des régions associées à l'attention et au contrôle exécutif (cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal dorsolatéral) entre les groupes HIGH et LOW. | <b>Méthode/ Instruments de mesure</b><br><br>Répartition dans les groupes selon :<br><br>Profil d'induction hypnotique (HIP; range 0 to 10) évaluant la réponse subjective et comportementale à la suggestion hypnotique<br><br>The Edinburgh Handedness Questionnaire pour savoir quelle était la main dominante de chaque participant.<br><br><b>Intervention</b><br><br>IRM fonctionnelles pour mesurer les réseaux de connectivité fonctionnels au repos<br><br>IRM structurelle T1 pour mesurer les volumes régionaux de matières grises et blanches<br><br>Morphométrie voxel (VBM) des matières grises et blanches<br><br>Imagerie diffusion-tenseur pour mesurer l'intégrité microstructurale de la substance blanche | Les individus hautement hypnotisables comparé aux individus faiblement hypnotisables, présentent une connectivité fonctionnelle plus importante entre le cortex préfrontal dorsolatéral gauche et le réseau de saillance.<br><br>Des analyses supplémentaires ont révélé que les différences fonctionnelles n'étaient pas associées aux différences structurelles | Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas mentionnés<br><br>Échantillon peu significatif<br><br>Le recrutement des données est fondu dans les interventions | Ces résultats apportent de nouvelles preuves que l'hypnose et la capacité à moduler l'expérience sensorielle, y compris la douleur et l'anxiété, impliquent une attention et une concentration concentrées, et que ceux qui en sont capables ont plus de coordination entre les zones d'attention, d'émotion, d'action et d'intention.<br><br>Nous observons des différences d'hypnotisabilité qui ne sont pas liées à l'entraînement ou à l'expérience de l'hypnose, suggérant une différence de style cognitif qui est disponible chez certains plus que d'autres, indépendamment de l'entraînement. |



| Titre<br>Auteurs<br>Année<br>Lieu+ pays  | Population<br>Type d'étude<br>But de l'étude   | Méthode/ Instruments de mesure<br>Intervention  | Résultats principaux:   | Limites   | Commentaires/<br>Recommandations   |
|--|--|---|---|---|--|
| <p><b>Nurses Exploring the spirituality of their patients with cancer</b></p> <p><b>Auteurs</b></p> <p>Jacqueline van Meurs<br/>Wim Smeets<br/>Kris C.P. Vissers<br/>Marieke Groot<br/>Yvonne Engels</p> <p><b>Année</b></p> <p>2017</p> <p><b>Lieu + Pays</b></p> <p>Hôpital Universitaire département d'oncologie aux Pays-Bas</p> | <p><b>Population</b></p> <p>Sur les 40 infirmiers-ères travaillant dans le département, 4 ont été choisis : 3 femmes et 1 homme dont 3 avaient une spécialisations en oncologie</p> <p>Échantillonnage par choix raisonné</p> <p><b>Type d'étude</b></p> <p>Étude qualitative ethnographique</p> <p><b>But de l'étude</b></p> <p>Obtenir un aperçu de la façon dont les infirmières observent et explorent les problèmes spirituels des patients hospitalisés atteints de cancer lors des soins quotidiens</p> | <p><b>Méthode</b></p> <p>Entretiens par une chercheuse formée et qualifiée travaillant au sein de l'hôpital en tant que consultante pour les soins spirituels (enregistrés et retranscrits)</p> <p>Prise de notes pendant l'observation sur les dialogues et enregistrement de certaines situations</p> <p><b>Instruments de mesure</b></p> <p>Dutch Spritual Care Guideline qui est une liste de 3 questions inspirées du Mount Vernon Cancer Network (MVCN) :</p> <p>« Y a-t-il en ce moment quelque chose en particulier qui vous préoccupe? »,<br/>« Où avez-vous déjà trouvé du soutien dans des situations difficiles? (Famille? Vue du monde? Musique?) »,<br/>« Qui aimeriez-vous avoir près de chez vous? De qui voudriez-vous avoir de l'aide? »</p> <p>Observations de la chercheuse basées sur plusieurs questions mentionnés dans l'article</p> <p><b>Intervention</b></p> <p>Observation participante sur 3 horaires du matin et 1 horaire du soir, en accordant une attention à comment, quand et si les infirmières abordaient la dimension spirituelle avec leurs patients.</p> <p>Elle a également observé si les 3 questions de la directive néerlandaise sur les soins spirituels pour le dépistage de la dimension spirituelle ont été utilisées</p> | <p>Mise en avant d'obstacles par les participants empêchant d'aborder le sujet de la spiritualité avec leurs patients :</p> <p>Manque de temps</p> <p>L' état d'esprit des infirmières</p> <p>Sentiment d'intrusion dans la vie privée du patient</p> <p>Difficulté des infirmières de reconnaître spontanément les signes</p> <p>Les infirmières ont eu besoin de la chercheuse pour les aider à reconnaître ces signes.</p> | <p>Manque d'information sur critère éligibilité, d'inclusion et d'exclusion des 4 infirmiers choisis</p> <p>Pas représentatif,</p> <p>Étude a été menée dans seulement 1 département d'un seul hôpital aux Pays-Bas.</p> <p>La chercheuse travaille dans ce service ce qui peut influencer l'observation objective.</p> | <p>Les patients hospitalisés offrent aux infirmières de nombreuses occasions d'explorer les dimensions spirituelles, mais pour diverses raisons, les infirmières n'ont pas tendance à les reconnaître.</p> <p>Les infirmières devraient être formées pour leur permettre d'explorer naturellement la dimension spirituelle des patients et d'identifier le besoin d'un conseil spécialisé ou d'une intervention de crise.</p> <p>Faire attention à l'idée fausse qu'une telle conversation nécessite beaucoup de temps et pour reconnaître les signaux des patients invitant à explorer leurs préoccupations est nécessaire.</p> <p>Cela s'applique certainement aux soins prodigués aux patients atteints de cancer, chez lesquels l'expérience d'une maladie potentiellement mortelle et l'incertitude concernant le diagnostic et la possibilité de faire face à la mort peuvent causer une détresse spirituelle.</p> |

Tableau 5 : **Tableau synoptique**

|                       |           | Intervention – Hypnose  |                           |                        |                        | Soins palliatifs    | Spiritualité         |
|-----------------------|-----------|-------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|
|                       |           | Liossi, C. & al. (2001) | Peynovsk, R. & al. (2005) | Teike, F. & al. (2012) | Hoeft, F. & al. (2012) | Zimmerman, C. & al. | Van Meurs, J. (2017) |
| Qualité de vie        | Autonomie | X                       | X                         | X                      |                        |                     |                      |
|                       | Bien-être |                         |                           | X                      |                        |                     |                      |
|                       | Détente   |                         | X                         | X                      |                        |                     |                      |
| Gestion des symptômes |           | X                       | X                         | X                      |                        |                     |                      |
| Hypnotisabilité       |           |                         |                           |                        | X                      |                     |                      |
| Outil de coping       |           |                         |                           | X                      |                        |                     |                      |
| Lien humain           |           |                         |                           | X                      |                        | X                   | X                    |
| Perception des SP     |           |                         |                           |                        |                        | X                   |                      |
| Ethique               |           | X                       | X                         | X                      | X                      | X                   | X                    |

## 6. DISCUSSION et PERSPECTIVES

Nous avons élaboré notre discussion en considérant les soins infirmiers comme étant une science de *caring*. Nous allons discuter de la problématique de ce travail en regard des facteurs caratifs de la théorie de Jean Watson. Ces facteurs « constituent les fondements provisoires de la science du *caring* en tant que partie intégrante de la discipline infirmière. » (Watson, 1998, pp.21-22). C'est au travers d'une approche humaniste que la discipline infirmière essaie de « comprendre les êtres humains ainsi que leurs stratégies d'ajustements face à la santé et à la maladie. (...) de comprendre comment la santé et la maladie d'une part et le comportement humain d'autre part sont reliés entre eux. » (Watson, 1998, pp.16-17). Une vision humaniste des soins infirmiers se préoccupe des valeurs plus profondes des domaines de l'humain comme la qualité de vie, la qualité de la fin de vie en s'efforçant de comprendre et d'évaluer buts et expériences humaines (Watson, 1998).

La qualité de vie est une notion que seule la personne concernée sera en mesure de définir car il s'agit de quelque chose de subjectif. En effet, « la qualité de vie est ce qu'en dit le patient » (O'Boyle, 2014 cité par Debliche, F. & Delacquis M., communication personnelle [Support de cours], 2018). De plus, « plusieurs variables affectent la vie et le bien-être d'une personne (...). Certaines des variables sont des fonctions tournées vers l'extérieur de la personne (...) et d'autres vers l'intérieur » (Watson, 1998, p.89). Parmi les variables externes, Jean Watson met particulièrement l'accent sur le stress.

Selon Watson (1998) :

Le stress dû au changement est le résultat de tout ce qui provoque une rupture dans les activités habituelles et planifiées de quelqu'un. Le stress augmente en fonction de l'appréciation immédiate et intuitive de la rupture par la personne et lorsque la situation entraîne la prémonition d'un danger-menace ou d'un défi (p.90).

L'expérience du cancer est un bouleversement intérieur et extérieur important. A l'annonce d'un diagnostic de cancer, l'être humain peut réagir de plusieurs façons différentes. Il peut tout d'abord être sous le choc de l'annonce, vivre un moment dans le déni ou vivre des émotions intenses comme de la tristesse, de la colère etc.. En somme, l'être humain peut être amené à vivre et à traverser une multitude d'émotions et de sentiments avec une intensité qui lui sera propre. Ce bouleversement peut amener l'être humain à vivre une crise existentielle par la perspective de ce qu'il devra affronter, par la peur du changement. Un sentiment de perte de contrôle, d'impuissance peut alors émerger.

Le facteur caractif n°8 intitulé : *Création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction*, tient justement compte de tout ce

bouleversement pour que l'infirmière soit en mesure de l'accueillir. Pour ce faire, l'infirmière devra d'abord essayer d'apprécier l'impact qu'a l'expérience du cancer chez le patient, récolter des données subjectives mais aussi objectives.

Pour Watson (1998) :

L'appréciation intuitive, subjective crée des distorsions et des perceptions erronées qui aboutissent à la peur, l'anxiété et la prémonition d'un danger. Une fois en possession des données subjectives, l'infirmière peut réduire l'anxiété du patient par l'écoute, l'acceptation et la compréhension (p.91).

De là, émerge inévitablement l'expression de besoins qui, s'ils ne sont pas suffisamment satisfaits, impacteront la qualité de vie des patients. Comme nous l'avons vu plus haut, selon Fitch (2005), un certain nombre de besoins vitaux pour l'être humain peuvent se voir menacés par l'expérience du cancer. Parmi les sept catégories de besoins énumérées, nous avons décidé de mettre en avant les besoins d'ordre physique et les besoins d'ordre psychologique. Contrairement à Fitch (2005), nous avons décidé de regrouper les besoins émotionnels, spirituels et sociaux sous les besoins psychologiques car ils appartiennent, selon nous, au domaine du monde intérieur possédant une forte composante émotionnelle. *L'assistance dans la satisfaction des besoins humains* représente le facteur caratif n°9. Jean Watson a élaboré sa propre pyramide des besoins, inspirée en partie de celle de Maslow : besoins de survie, besoins fonctionnels, besoins d'intégration, besoins de recherche et de croissance. « Un besoin est généralement défini comme la demande d'une personne qui, lorsqu'elle est satisfaite, soulage ou diminue sa souffrance immédiate ou améliore son sens immédiat d'adéquation et de bien-être » (Watson,1998, p.111). Nous avons constaté au travers de l'article de Fitch (2005), que les besoins énoncés par les patients peuvent aisément se relier aux quatre catégories des besoins de Watson. De plus, ces besoins peuvent naître en tout temps pour diverses raisons qui sont propres au patient.

Selon Watson (1998) :

Souvent, la motivation de comportement découle des efforts déployés pour satisfaire des besoins humains. Il existe de nombreuses façons de satisfaire les besoins humains. Déterminer quels sont les besoins présents et lesquels sont importants à tel ou tel moment est un sujet complexe sur lequel la discipline infirmière ne doit pas cesser de s'interroger (p.110).

De plus, Watson (1998) énonce que :

L'infirmière doit être capable d'identifier et d'anticiper les besoins susceptibles de jouer un rôle important dans les processus de santé-maladie. Il est primordial qu'elle évalue toujours les besoins qui comptent le plus, (...) de son point de vue à lui (p.112).

L'outil sur lequel nous avons décidé de porter notre intérêt est l'hypnose. Dans nos résultats de recherche, **Lioffi, C et al. (2001)** montrent une différence significative de l'utilisation de l'hypnose sur la détresse physique et psychologique. Cette étude met en avant que l'introduction de l'hypnose en complément aux soins médicaux peut favoriser la qualité de vie des patients par un meilleur contrôle de leurs divers symptômes.

Cette étude a mis l'accent sur l'anxiété, la dépression et la détresse physique même si ce dernier point n'est pas explicité. Ensuite, une seconde étude écrite par **Peynovsk, R. et al. (2005)** a permis de mettre en avant les bénéfices de l'hypnose sur divers symptômes physiques tels que l'insomnie, les démangeaisons excessives pendant la nuit et les diarrhées. De bons résultats au sujet des effets secondaires des traitements comme les nausées et une diminution de la perte d'énergie ont été observés. Les auteurs de cet article ont également remarqué des bénéfices sur la gestion de la douleur qui a réduit de manière significative en termes d'intensité, permettant par la même occasion de réduire les doses journalières d'opiacés. En ce qui concerne l'anxiété, une diminution a aussi été montrée. Quant à la dépression, même si l'échelle ne montre aucune amélioration de l'état dépressif des patients et que la proportion de patients étant (modérément) déprimés reste sensiblement la même après la troisième séance, ils ont tous déclaré se sentir mieux et n'avaient pas le désir d'insister sur leurs difficultés mais préféraient vivre leur vie de la meilleure façon possible.

Cependant, pour réussir à tirer des bénéfices positifs sur la qualité de vie en regard de cet outil et des différents besoins à être satisfaits, nos recherches ont souligné l'importance d'établir et de *développer une relation d'aide et de confiance* avec le patient afin de créer un espace où il se sentira suffisamment en sécurité pour s'ouvrir à l'autre. En effet, « les preuves empiriques ont démontré que la qualité d'une relation est l'élément qui détermine l'efficacité de l'aide (Watson, 1998, p.35). Ce facteur caratif n°4 se base sur des valeurs et qualités humaines que l'on pourrait qualifier d'intrinsèque. À savoir : l'empathie, la chaleur humaine et la congruence.

Dans l'étude de **Teike, F. et al. (2012)**, les participants avancent que la relation qu'ils entretiennent avec leur thérapeute est primordiale. En effet, ils parlent d'une « synchronisation » développée entre le patient et le thérapeute, d'une relation harmonieuse et significative qui permet d'apporter un climat de confiance et de sécurité. Les patients évoquent aussi le sentiment de se sentir compris. À travers ces résultats, nous pouvons observer l'importance du lien humain entre le soignant et son patient. Nous soignons avant tout un être humain et non une maladie. Certains patients disent souffrir du manque

d'humanité dans l'environnement hospitalier. Par le biais de l'hypnose, les deux partenaires sont en mesure de « voyager presque en même temps sur la même route » (Teike, F. et al., 2012, p.85). Nous retrouvons ici un des concepts de Jean Watson sur la relation transpersonnelle qui invite à accéder au monde de l'autre. En effet, le « terme trans-personnel traduit une préoccupation pour le monde de la vie intérieure et le sens subjectif de l'autre tout en se déplaçant au-delà de l'ego libre, le moment donné, pour atteindre des connexions plus profondes de l'esprit avec un univers plus large. ».

Ensuite, selon Jean Watson :

La dynamique du soin transpersonnel (guérison) dans un moment de soin est manifeste dans le champ de la conscience. La dimension transpersonnelle d'un moment de soin est touchée par la conscience de l'infirmière dans le moment de soin, qui se répercute sur le champ de l'ensemble. Dans ce contexte, il est reconnu que le processus est relationnel et connecté; il transcende le temps, l'espace et son aspect physique. Le processus est intersubjectif avec des possibilités transcendantes qui vont au-delà de l'instant de soin donné (Watson Caring Science Institute).

Lorsque le patient sent que l'infirmière s'intéresse vraiment à ses besoins et à ses problèmes individuels, il est plus susceptible d'avoir confiance, foi et de l'espoir en elle. Il sera aussi plus enclin à s'ouvrir sur des sujets délicats si l'infirmière dégage une attitude soignante chaleureuse et authentique (Watson, 1998, p.36). De là, l'expression d'émotions, de sentiments négatifs et/ou positifs est possible ce qui représente le facteur caratif n°5 : *la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs*.

Offrir et permettre aux patients d'exprimer la teneur de leur monde émotionnel à une professionnelle de la santé comme une infirmière est bénéfique pour la santé et l'équilibre du patient. « Une mise à plat de l'aspect émotionnelle « non rationnel » d'un événement et des sentiments qu'il peut susciter peut être très utile aux infirmières (...). Les sentiments modifient les pensées et les comportements » (Watson, 1998, p.54). De plus, « la personne recherche habituellement la cohérence affective-cognitive. Une incohérence entre pensées et sentiments peut aboutir à l'anxiété, le stress, la confusion et même l'angoisse » (Watson, 1998, p.54).

L'article de **Teike, F. et al. (2012)** montre que l'hypnose est un puissant anxiolytique par rapport à la maladie, la mort, la perte de lien et la claustrophobie. Cet outil permet aussi d'exploiter avec plus de facilité les émotions des patients en leur offrant un environnement sécurisé avec un professionnel de santé. L'hypnose permet donc d'avoir des répercussions positives sur le concept de « total pain » de Cicely Saunders. Cet article met en lumière le

lien étroit qu'il y a entre la douleur et l'anxiété en montrant que l'anxiété peut influencer négativement la perception de la douleur.

Une récente méta-analyse écrite par Muehsam et al. (2016), démontre le lien qu'il existe entre le monde émotionnel et l'impact qu'ont les émotions sur le système immunitaire. Les auteurs exposent notamment que la dépression et la rumination affectent la sensibilité fonctionnelle des leucocytes à la sur-activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire surrénalien et à l'augmentation de la production de cortisol (Compare et al., 2014, Swaab et al., 2005, cité par Muehsam & al., 2016, traduction libre, p.166). La dépression étant souvent présente chez les patients atteints de cancer; ceci est d'autant plus intéressant que l'incidence de ce stress intense est aussi la résultante d'un processus moléculaire corporel.

Cependant, des changements dans l'état mental et l'affect émotionnel produisent des changements spécifiques dans l'expression des gènes. Par exemple, plusieurs types de changements biologiques thérapeutiquement bénéfiques résultant d'une psychothérapie réussie se sont révélés dépendre des changements dans l'expression génique (Feinstein, 2010, cité par Muehsam, D. & al. 2016, traduction libre, p.166).

Les éléments apportés par cette méta-analyse nous dirigent vers un autre facteur caratif; le facteur caratif n°2 : *La prise en compte et le soutien du système de croyances et d'espoir.*

Les infirmières « ne doivent pas ignorer l'importance du rôle des sentiments de croyances et d'espoir dans la démarche soignante et dans la démarche médicale. Les effets thérapeutiques des sentiments de croyances et d'espoir ont été étayés tout au long de l'histoire» (Watson, 1998, p.27). Deux facteurs ayant une influence sur le traitement des patients ont été identifiés par Lipkin. Il s'agit du « pouvoir de la suggestion et le pouvoir de la relation. L'effet d'hypnose et l'effet placebo, qui sont tous les deux des formes de suggestion (...) Le pouvoir de suggestion (le pouvoir des sentiments positifs) est lié » à ce facteur caratif n°2 (Watson, 1998, p.28).

C'est principalement à travers ce facteur caratif que l'utilisation de l'hypnose prend du sens. L'article de **Teike et al. (2012)** montre également que les séances d'hypnose ont permis à tous les patients de ressentir une sensation de bien-être, de légèreté, de calme, un lâché-prise et une paix intérieure. Cela leur a permis de se reconnecter avec une partie d'eux-même et de leur (re)donner envie de prendre soin d'eux. Ils ont également perçu une modification de la façon dont ils percevaient leur environnement. Cette étude ajoute que l'hypnose avait permis à certains participants de regagner un sentiment de contrôle dans leur vie, de puiser dans leurs ressources personnelles ainsi que d'éprouver une sensation de bien-être. L'hypnose permet alors de favoriser l'empowerment du patient. Ce concept est

défini par l'OMS comme « une stratégie importante pour le développement et le maintien de la santé ». En effet, l'empowerment permet de redonner au patient le sentiment de maîtrise et de contrôle de soi, de leur monde intérieur. Ce qui est réellement porteur d'espoir lorsque l'on a l'impression que « tout est fini ». Ce sentiment contre-balance alors le sentiment d'impuissance généré par la progression parfois incontrôlée du cancer.

Par rapport à la notion d'empowerment, les études de **Teike et al. (2012)** et **Peynovska et al. (2005)**, mentionnent l'apprentissage de l'auto-hypnose aux participants. L'enseignement de l'auto-hypnose permet aussi à l'infirmière de transmettre des connaissances au patient pour qu'il puisse être acteur de ses soins. Ce qui rejoint le processus caritas n°7 qui décrit que *le soignant doit partager l'enseignement et l'apprentissage qui viennent répondre aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne.*

On a notamment observé des résultats plus prononcés chez les participants qui s'investissent dans la thérapie en pratiquant l'hypnose de manière autonome car ces derniers sont en mesure de développer de meilleures stratégies d'adaptation. De ce fait, la transmission de savoirs sur l'apprentissage de l'auto-hypnose peut aider à répondre à certains besoins individuels exprimés par les patients. Ceci les aide à avoir une meilleure réponse psychologique à leur maladie. Les patients ont aussi apprécié le fait que cet outil permet un regain d'autonomie et diminue leur sentiment d'impuissance.

La notion de l'espoir est particulièrement présente en soins palliatifs. Actuellement, les soins palliatifs sont proposés de plus en plus précocement afin d'accompagner au mieux le patient dans sa maladie (Figure 3. « Modèle actuel des SP »). En fonction du type et du stade de cancer, le patient recevra plus ou moins des soins curatifs en parallèle des soins palliatifs. Le modèle actuel des soins palliatifs met en corrélation l'évolution de la maladie cancéreuse avec l'évolution des différents types d'espoirs. Il y a dans un premier temps l'espoir de guérison, puis l'espoir de rémission et lorsque les soins palliatifs se font très présents et que les soins curatifs se retirent, il reste l'espoir de soulagement qui prend une place significative dans l'expérience du cancer (Debbiche, F. & Delacquis M., communication personnelle [Support de cours], 2018).

Cependant, l'introduction des soins palliatifs n'est pas toujours bien perçue par les patients. En effet, l'étude de **Zimmermann et al. (2016)**, montre que les soins palliatifs sont généralement connotés négativement. La plupart des représentations tournent autour de la dépendance, de la mort, de la fin de la vie, de la résignation, du désespoir. Ce qui nous laisse penser que le patient peut générer des émotions et sentiments négatifs vis-à-vis des soins palliatifs. Dans cette étude, il a été rapporté que les participants des deux groupes ont



déclaré se sentir effrayés et choqués lorsque les soins palliatifs ont été instaurés. Ces perceptions ont provoqué de la peur et de l'évitement de leur part. Cependant, les soins palliatifs sont définis par l'OMS (2002) comme tel :

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention de la souffrance identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Le contexte de la maladie cancéreuse rend particulièrement ardue la prise en soins car l'infirmière navigue souvent dans une atmosphère qui peut être lourde ou pesante.

L'étude de **Van Meurs et al. (2017)**, souligne que l'exploration de la dimension spirituelle des patients et la détection des moments clés sont notamment entravées par plusieurs obstacles : un manque de temps, un manque de reconnaissance des opportunités d'aborder ces sujets, le fait que le soignant soit en conflit avec son état d'esprit et finalement le fait d'être réservé pour parler de ces questions qui sont perçues par le soignant comme une intrusion. Jean Watson introduit la notion du « champ phénoménal » qui représente le champ énergétique entourant un être humain. En effet, lorsque l'on accepte d'entrer en relation, nous décidons inconsciemment ou consciemment, d'être immergé par l'autre. Le patient accepte quant à lui aussi d'accueillir (ou non) le soignant et de construire une relation fondée sur le partenariat mutuel. Nous estimons que nous devrions alors être prêtes en tant qu'infirmière à recevoir certes le positif mais aussi le négatif de ce que l'autre nous partage. Cette intention est particulièrement importante pour les personnes âgées car comme Erikson le dit, cette étape du développement humain est caractérisée par un bilan positif ou négatif du parcours de leur vie. Il est donc important de prendre le temps pour aborder les besoins spirituels des patients âgés. Cependant, il est tout à fait compréhensible que cet aspect puisse être difficile pour les soignants. C'est pourquoi l'hypnose peut servir d'outil intermédiaire, d'action infirmière, tant pour le soignant que pour le patient car le plus important au final, c'est de permettre au patient de se narrer et à l'infirmière de l'accompagner dans ce processus.

En effet, l'utilisation de l'hypnose s'est révélée être un bon outil pour explorer la dimension spirituelle vécue par les patients. Cet outil peut aider le patient à aborder les émotions en lien avec une détresse spirituelle présente et/ou non-verbalisée.

L'hypnose permet aussi de donner des techniques aux soignants pour le faire avec plus d'aisance. Ceci serait par exemple, tout à fait propice à un « Moment Caring » qui se traduit, selon Jean Watson, par :

Une occasion de soin se produit chaque fois que l'infirmière et la personne soignée viennent avec leur histoire de vie unique. L'entrée ensemble dans un moment donné devient un point focal dans l'espace et le temps, elle devient transcendante. Le moment d'être ensemble présente pour les deux la possibilité de décider comment être dans l'instant, dans la relation et quoi faire en ce moment. Si le moment de soin est transpersonnel, chacun sent une connexion avec l'autre au niveau de l'esprit; ainsi, le moment transcende le temps et l'espace, ouvrant de nouvelles possibilités de connexion, de guérison humaine à un niveau plus profond que celui de l'interaction physique. Le moment pour prendre soin peut être trouvé à n'importe quelle occasion bienveillante (Watson Caring Science Institute).

Enfin, **Hoefft et al. (2012)** apportent une approche plus scientifique à l'utilisation de l'hypnose. En effet, outre son côté mystique, il a été prouvé par cette étude que certaines régions cérébrales sont responsables du degré d'hypnotisabilité d'un individu. Ce niveau dépend de notre structure cérébrale ; ce qui fait que certaines personnes seront plus en mesure d'être hypnotisées que d'autres. Ces zones cérébrales sont le cortex cingulaire antérieur et le cortex dorsolatéral préfrontal. Les chercheurs observent que les individus hautement hypnotisables comparés aux individus faiblement hypnotisables, présentent une connectivité fonctionnelle plus importante entre le cortex préfrontal dorsolatéral gauche et le réseau de saillance. Ce dernier inclut l'insula, le cortex cingulaire antérieur, le cortex frontal et les structures limbiques qui sont notamment impliqués dans la détection, l'intégration et le filtrage d'informations somatiques (inter-sensitives), autonomes et émotionnelles.

De plus, Muehsam et al. (2016), enrichissent ces propos en montrant que les Mind Body Therapies [MBT] provoquent des changements au niveau de certaines structures cérébrales ou viennent s'activer des zones comme le cortex cingulaire orbitofrontal et antérieur (régulation des émotions), l'insula (conscience corporelle et émotion), l'amygdale et l'hippocampe (apprentissage et mémoire) et le cortex somatosensoriel (réception sensorielle) (p.173).

De ce fait, en considérant les MBT comme une collection d'approches qui unissent l'esprit et la capacité innée du corps à guérir, un vaste thème émerge de la littérature dans laquelle les MBT agissent à la fois en tant qu'interventions neuromodulatrices et immunomodulatrices, apportant un soutien à leur mise en œuvre en tant qu'outils potentiels de mieux-être (Muehsam & al., 2016, traduction libre, p.177).

Pour terminer, Jean Watson considère l'être humain comme un tout intégré et en perpétuel changement. Le corps est un processus dynamique car il échange avec tous les éléments et toutes les forces de l'univers et de la façon dont nous expérimentons le monde au travers de nos cinq sens. Il y a aussi un domaine entier de l'expérience qui est subjective. Il y a un

champ illimité d'expériences subjectives : nos pensées, nos sentiments, nos désirs, notre imagination, notre perception, notre intuition, notre créativité. Ces éléments peuvent représenter l'essence de notre âme. En somme, c'est le niveau le plus profond de notre subjectivité pour lequel la science n'a aucune explication (aspect mystique de la théorie de Jean Watson). Comment le cerveau produit-il l'expérience subjective ? En fermant les yeux, notre esprit peut devenir conscient de cette activité intérieure et ceci influence tout ce qui se passe dans le corps. Le corps est de l'énergie en échange dynamique constant avec l'environnement. Si un déséquilibre apparaît, il y a dysharmonie et nous tombons malade. Ceci s'applique à tous les niveaux : physique, émotionnel, mental car l'esprit et la matière sont inséparables. Il s'agit avant tout d'une question de perception de ce qui nous arrive. De comment est-ce que nous traitons les informations, de comment est-ce que nous réagissons intérieurement face à ce qui se passe à l'extérieur. Si tout est une question de perception, cela veut-il dire que tout n'est qu'illusion ?

Eckart Tolle (2003) a dit un jour :

Je ne suis ni mes pensées, ni mes émotions, ni mes perceptions, ni mes expériences. Je ne suis pas le contenu de ma vie. Je suis la Vie. Je suis l'espace dans lequel tout se produit. Je suis la conscience. Je suis le Présent. Je Suis (p.54). Le sentiment le plus intime de soi, de son essence, est inséparable de calme intérieur. C'est le JE SUIS, plus profond que le nom et la forme (p.15).

## 7. CONCLUSION

Ce travail a permis d'apporter des éléments de réponse face à notre interrogation initiale sur l'utilisation de l'hypnose pour l'amélioration de la qualité de vie de personnes adultes et âgées souffrant d'un cancer avancé.

Ce travail a permis de mettre en avant l'importance de la posture infirmière basée sur la science du *caring* dans une prise en soins aussi complexe que l'expérience de la maladie cancéreuse. L'approche humaniste s'est révélée être au cœur des soins infirmiers prodigués à la personne atteinte d'un cancer avancé. La gestion des besoins d'ordre physique et émotionnel s'est révélée être en réalité la pointe d'un iceberg que représentent l'immensité et la profondeur de l'être humain. L'ébranlement du vécu d'un cancer réveille ou éveille chez l'être humain des besoins qui se révèlent être vitaux pour vivre une qualité de vie acceptable. Ces besoins peuvent osciller d'une demande très concrète, comme le soulagement d'un symptôme physique, à un besoin qui peut être très abstrait pour les infirmières qui ne se sont pas penchées personnellement sur le sujet. Nous pensons notamment à la dimension spirituelle, à la finitude de la vie, à la mort etc. Toutes ces notions qui nécessitent du temps et des expériences de vie propres à chacune d'entre-nous afin de pouvoir en retirer une certaine forme de « sagesse » ou tout du moins une certaine réflexion émanant de son propre vécu. Il y a aussi tout ce qui touche aux émotions et qui ne peut être reconnu par l'infirmière si elle ne les a pas reconnus d'abord pour elle-même. Il s'agit bel et bien d'une interrelation constamment dynamique entre l'infirmière et le patient.

Les approches complémentaires permettent d'apporter ce que les sciences exactes ne peuvent offrir. En particulier les approches qui lient le corps et l'esprit.

L'hypnose, au travers de nos recherches d'études, s'est révélé être un outil complémentaire intéressant afin d'aider l'infirmière et le patient dans leur relation.

De plus, notre revue de littérature montre que l'utilisation de l'hypnose peut avoir des effets bénéfiques sur la qualité de vie en agissant sur différents besoins et aspects de la personne vivant avec une maladie cancéreuse via un meilleur contrôle des émotions. En effet, des bénéfices ont pu être observés sur des besoins d'ordre physique, psychologique, social et spirituel.

Cet outil recèle de nombreux avantages qui, d'après nous, n'ont pas encore pleinement vu le jour. Cependant, cet outil est fortement lié à ce que nous allons appeler le « facteur humain »

de par les compétences intrinsèques qui varient d'une infirmière à l'autre. Cet outil n'est donc pas généralisable au sens d'un protocole rigide, même si les différentes étapes d'une séance d'hypnose peuvent aisément être dictées, car la qualité d'une relation est avant tout amenée par ce qui est de l'ordre du non-palpable, de la sensibilité de chacun. Bien que la variabilité entre les personnes est indéniable, nos études ont cependant confirmé le fait que l'hypnose avait réellement un impact positif sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer avancé. La nuance à relever est que cet impact positif dépend aussi en grande partie de la volonté et de la motivation du patient.

## **7.1. Apports et Limites du travail**

### **Apports**

L'outil de l'hypnose propose un mode de communication essentiellement basé sur une observation fine des états intérieurs du patient. En effet, elle peut aider à l'expression d'émotions parfois enfouies en mobilisant les ressources internes de la personne résultant par la suite sur la réapparition d'un sentiment de contrôle sur sa vie et ainsi un impact bénéfique sur la qualité de vie. Ceci est d'une importance significative chez des patients atteints de cancer qui vivent parfois une crise identitaire ou existentielle. De plus, le fait de redonner du contrôle au patient ou l'Empowerment, nourrit un sentiment d'espoir. Conjointement, l'approche humaniste amène l'environnement chaleureux propice à l'échange soignant-soigné. Un patient se sentant compris, en confiance avec son infirmière pourra partager ses ressentis de manière plus ouverte. En retour, l'infirmière aura les outils pour mieux répondre aux besoins de son patient et ceci de manière globale.

### **Limites**

Tout d'abord, la notion de l'âge des personnes âgées a peu été abordée dans notre revue de littérature. De plus, il était difficile de trouver des études basées principalement sur la personne âgée. En effet, les études comprenaient essentiellement des personnes adultes dans divers âges de la vie. Néanmoins, ceci nous amène à nous interroger sur la pertinence de « l'âge » ; est-ce un facteur indispensable ?

Ensuite, les effets de l'hypnose rencontrés variaient d'un individu à l'autre, car la notion de l'ouverture d'esprit et de la volonté n'étaient pas les mêmes chez tous les participants. En effet, une personne sceptique peut s'abandonner à l'état de transe moins facilement; entravant de ce fait l'action de l'hypnose.

Enfin, nous avons pris la décision de traiter des études qui ne parlaient pas uniquement d'hypnose ou de qualité de vie afin d'amener des éléments aussi en lien avec l'approche humaniste. Une autre limite dans ce contexte réside dans les dates de certaines études. En effet pendant notre recherche, nous nous sommes heurtées à l'ancienneté de plusieurs études traitant de l'utilisation de l'hypnose.

## **7.2. Recommandations**

### **7.2.1. Pour la pratique**

Tout d'abord, pour aborder les patients avec une approche humaniste, il est important de se baser sur nos propres valeurs afin que notre posture d'infirmière prenne du sens pour soi avant tout. De plus, il est aussi important d'avoir la volonté de faire des introspections ; ceci en faisant le plus d'efforts possibles pour être consciente de notre monde intérieur, de nos rouages, de nos conflits. En effet, prendre connaissance de nos valeurs propres et de nos limites nous aidera à devenir de meilleurs soignant(e)s pour nos patients.

Ensuite, afin d'aider l'infirmière en devenir à faire ce chemin, il serait judicieux de promouvoir davantage des activités liant le corps et l'esprit comme le yoga, les méditations, la sophrologie, l'hypnose ou une psychothérapie en fonction des besoins et du parcours de vie de l'infirmière.

Une fois sur le terrain, l'apport de formations continues sur les techniques d'entretien, la manière d'entrer en relation avec l'autre visent l'obtention d'une base solide en termes de psychologie.

L'hypnose offre avant tout à l'infirmière le moyen de mieux connaître son patient en mettant l'accent sur des notions précises que l'infirmière devra observer comme par exemple la mise en lumière d'un ou de deux canaux sensitifs prédominants du patient. Par exemple, en fonction du vocabulaire utilisé par le patient, l'infirmière sera à même de savoir si le patient est plutôt visuel, auditif ou kinesthésique. Une fois le canal sensitif repéré, l'infirmière pourra ajuster son vocabulaire afin que le patient soit plus réceptif aux suggestions ou aux métaphores lors d'une séance d'hypnose.

Indépendamment d'une séance d'hypnose à proprement parlé, l'hypnose aide aussi l'infirmière à adopter un vocabulaire fondamentalement positif ; ce qui permettra au patient de se focaliser plus volontiers sur des stimuli positifs et non négatifs.

### **7.2.2. Pour la recherche**

Poursuivre les recherches sur le domaine de l'hypnose pour apporter des résultats actuels semblerait nécessaire. La réalisation d'une étude tournée sur l'influence de l'hypnose sur les facteurs biologiques pourrait être une piste. En effet, si nous connaissions davantage les mécanismes moléculaires engendrés par l'hypnose, ceci permettrait de reconnaître les personnes qui pourraient en bénéficier de manière précoce. De plus, des preuves scientifiques et des arguments aux personnes sceptiques face à cette approche complémentaire seraient apportés.

Aussi, l'hypnose ne provoque que très peu d'effets secondaires; ce qui n'est pas le cas de nombreux traitements pharmacologiques. De ce fait, investir dans ce domaine pourrait sur le long terme voir apparaître aussi des bénéfices en termes de coûts de la santé.

Rapport-Gratuit.com

## 8. REFERENCES

- Aumont, M. (s.d). Les Dynamismes du vieillissement et le cycle de la vie : L'approche d'Erickson, Accès  
[http://pages.videotron.com/grafitis/PDF/Voc1/Erickson\\_vieillissement.pdf](http://pages.videotron.com/grafitis/PDF/Voc1/Erickson_vieillissement.pdf)
- Cella, F. D. (2007). Le concept de qualité de vie, *Recherches en soins infirmier*, 88(1), 25-32.  
DOI : 10.3917/rsi.088.0025
- Cowles, R. (1998). The Magic of Hypnosis : Is it a Child's Play ?, *The Journal of Psychology*, 132(4), 357-366. <https://doi.org/10.1080/00223989809599270>
- Di Silvestro, K., Pautex, S. & Pugliesi, A. (2011). Cancer et vieillissement : une évidence épidémiologique, *Revue Médicale Suisse*, 7(296), 1149-1153.
- Donaldson, S.K & Crowley, D.M. (1978). The discipline of nursing, *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- Dubrey, M. C. (s.d.). *De l'adulte à la personne âgée*. Accès  
[http://data.over-blog-kiwi.com/0/76/69/57/ob\\_09c02d\\_dvp-adulte-et-personne-agee.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/0/76/69/57/ob_09c02d_dvp-adulte-et-personne-agee.pdf)
- Fitch, M. (2005). Les besoins des patients atteints d'un cancer avancé, *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 15(4), 236-242.
- Hoefl, F., Gabrieli, J., Whitfield-Gabrieli, S., Haas, B.W., Bammer, R., Menon, V. & Spiegel, D. (2012). Functional Brain Basis of hypnotizability. *Arch Gen Psychiatry*, 69(10), 1064-1072. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2190.



Ligue contre le cancer. (S.d). *Qu'est-ce que le cancer ?*. Accès

<https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/quest-ce-que-le-cancer/>

Ligue contre le cancer. (S.d). *Liens concernant les prestations psycho-sociales*. Accès

<https://www.liguecancer.ch/conseil-et-soutien/materiel-dinformation/liens-concernant-les-prestations-psycho-sociales/>

Liossi, C. & White, P. (2001). Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contemporary Hypnosis*, 18(3), 145-160.

<https://doi.org/10.1002/ch.228>

Muehsam, D., Lutgendorf, S., Mills, J. P., Rickni, B., Chevalier, G., Baf, N., Chopra, D. & Gurfein, B. (2017). The embodied mind: A review on functional genomic and neurological correlates of mind-body therapies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73(?), 165-181.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.027>

Meyer, M. (2014). *L'hypnose: Découvrir l'histoire, les mécanismes et les bienfaits du processus hypnotique*. Paris : Eyrolles.

Office cantonal de la statistique Genève. (2016). *Projection Démographiques pour le Canton de Genève*. 1 - 42

Office fédéral de la statistique. (2015). *Le Cancer en Suisse, rapport*.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.assetdetail.40068.html>

Office fédéral de la statistique. (2012). *Inventaire des données sur les soins palliatifs*. 1-14.

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Cancers*. Accès

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Maladies non transmissibles*. Accès  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Soins palliatifs*. Accès  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/fr/>

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3 e  d.)*. Québec :  
Chenali re Education

Peynovska, R., Fisher, J., Oliver, D. & Mathew, V.M. (2005). Efficacy of hypnotherapy as a  
supplement therapy in cancer intervention. *European Journal of Clinical Hypnosis*,  
6(1), 2-7.

Société Canadienne du Cancer. (2018). Accès  
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/what-is-cancer/the-immune-system/?region=qc>

Société Suisse de psycho-oncologie. (2014). *Directives pour la prise en charge psycho-  
oncologique des patients adultes atteints d'un cancer et de leurs proches*. Accès  
<http://www.psychoonkologie.ch/accueil.html>

Teike, 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, 78-89. DOI 10.3917/rsi.110.0078

Tolle, E. (2003). *L'art du calme intérieur : Un livre de sagesse qui nous ramène à l'essentiel*.  
Canada : J'ai Lu

Van Meurs, J., Smeets, W., Vissers, K.C.P., Groot, M. & Engels, Y. (2017). Nurses exploring the spirituality of their patients with cancer. *Cancer Nursing*, 00(0).  
doi: 10.1097/NCC.0000000000000526

Watson, J. (1998). *Le caring : Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris : Editions Seli Arslan

Watson Caring Science Institute. (2018). Accès

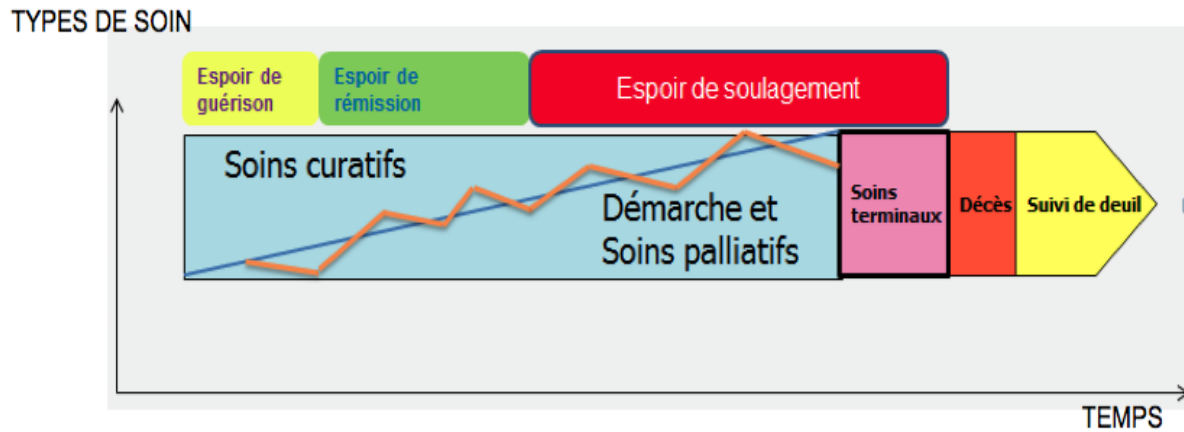
<https://www.watsoncaringscience.org/>

Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I. & Hannon, B. (2016). Perception of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 188(10), 217-227. doi: 10.1503/cmaj.151171.

## 9. ANNEXES

Annexe 1 :

Figure 3. « Modèle actuel des SP »



Tiré de : ASCO 2010 et cairn.info 2012 cités par Debbiche, F. & Delacquis M., communication personnelle [Support de cours], 2018).

## Annexe 2 :

### **Quelques définitions**

Fortin, M.F., (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Canada : Chenelière Education

|   |  |
|---|--|
| <b>Échantillon de convenance</b>  | Contacter des gens jusqu'à avoir une saturation des données liée à la redondance des thèmes  |
| <b>Échantillonnage par choix raisonné</b><br><br><b>ou</b><br><b>Échantillonnage intentionnel</b> | Sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population de l'étude. Par l'insertion d'annonces dans des publications internes ou locales. Diffère légèrement de l'échantillonnage par convenance car il requiert de choisir les personnes et non leur simple disponibilité. |
| <b>Étude Descriptive</b>  | Vise à fournir un portrait détaillé des caractéristiques de personnes, d'évènements ou de populations. Le recueil de données se fait par l'observation, des entretiens, questionnaires.  |
| <b>Étude Ethnographique</b>   | Cherche à comprendre un groupe humain, ses croyances, sa façon de s'adapter aux changements.<br>Les données sont recueillies à l'aide d'observations, d'observation participantes et d'entrevues.  |
| <b>Étude Phénoménologique</b>   | Vise à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en font ou en ont fait l'expérience, décrire l'expérience telle qu'elle est vécue, se base sur les perceptions des patients, des observations, des entretiens.   |
| <b>Prospective</b>  | Étude de cohorte prospective dans laquelle on définit au préalable un facteur et la manifestation du phénomène attendu. Les groupes sont observés pendant une période de temps définie.  |
| <b>Étude Qualitative</b>  | Elle a pour but de rendre compte de l'expérience humaine dans un milieu naturel.   |
| <b>Étude Quantitative</b>   | Le but est de recueillir des faits en utilisant des nombres pour obtenir des mesures précises qui seront analysées par des tests statistiques  |
| <b>Étude transversale</b>   | Comparer des données obtenues en fin d'étude à celles du début de l'étude.   |
| <b>In vivo</b>  | Étude qui est réalisée au sein d'un organisme vivant. Il s'agit d'études principalement utilisées dans le domaine de la biologie et de la recherche médicale.  |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Observation participante</b> | Méthode de collecte de données qui suppose l'immersion total du chercheur dans une étude, au même titre que les participants, en vue d'observer directement comment ceux-ci réagissent aux évènements ou aux situations de la vie courant. |
| <b>Randomisé</b>                | Attribution des participants dans deux groupes au hasard. Le but est de permettre la généralisation des résultats obtenus avec un groupe représentatif de la population visée.   |
| <b>Théorisation Ancrée</b>      | méthode de recherche qui permet l'élaboration d'une théorie générée à partir de données recueillies. On part de l'observation de la réalité pour comprendre un phénomène et construire une théorie.  |