



HAL
open science

L'hypnose en gériatrie : caractéristiques au CHU de Bordeaux, spécificités du patient avec des troubles cognitifs

Laëtitia Pereira

► **To cite this version:**

Laëtitia Pereira. L'hypnose en gériatrie : caractéristiques au CHU de Bordeaux, spécificités du patient avec des troubles cognitifs. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01627116

HAL Id: dumas-01627116

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01627116>

Submitted on 31 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

ANNÉE 2017 - THÈSE N°141

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2017

Par

Laëtitia PEREIRA

Née le 03 Octobre 1989 à Bordeaux

L'hypnose en gériatrie : caractéristiques au CHU de Bordeaux

Spécificités du patient avec des troubles cognitifs

Directrice de thèse

Dr Marie FLOCCIA

JURY

Mr le Pr François SZTARK..... Président
Mme le Pr Nathalie SALLES Rapporteur
M. le Pr Philippe CASTERA..... Membre
Mr le Dr Fabrice LAKDJA Membre
Mme le Dr Marie FLOCCIA..... Directrice de thèse

Remerciements

Aux Membres du Jury,

A Monsieur le **Professeur François SZTARK**,

Professeur des universités et praticien hospitalier

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour l'attention que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mon profond respect.

A Madame le **Professeur Nathalie SALLES**

Professeur des universités et praticien hospitalier

Merci d'avoir accepté de faire le rapport de mon travail et de m'avoir accueilli dans votre service pour la dernière ligne droite de l'internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur **Philippe CASTERA**,

Professeur associé de médecine générale

Chargé d'enseignement et maître de stage

Merci d'avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de ce jury. Merci pour vos enseignements au cours de ces 3 années d'internat.

A Monsieur le **Docteur Fabrice LAKDJA**,

Docteur en anesthésie-réanimation

Président d'honneur et fondateur de l'Association Hypnose33

Fondateur du DU d'hypnose médicale de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Solliciter vos compétences et votre expérience pour juger ce travail m'a semblé une évidence. Merci d'avoir accepté.

A ma directrice de thèse,

A Madame le **Docteur Marie FLOCCIA**,

Praticien hospitalier

Tu m'as fait l'honneur d'accepter d'être directrice de cette thèse et je t'en suis profondément reconnaissante. Tu as su me transmettre ta passion pour l'hypnose. Tu m'as soutenu tout au long de la réalisation de ce travail. Merci pour ton aide et ta disponibilité. Reçois ici toute ma gratitude et l'expression de toute mon admiration.

A tout ceux qui m'ont aidé tout au long de cette thèse,

Au Docteur **Sophie DUC**,

Praticien hospitalier,

Vous m'avez apporté votre aide pour la partie statistique de cette thèse, je vous remercie de votre participation.

A Monsieur **Alain BORDESSOULES**,

Responsable pédagogique du CFPPS

Vous avez su répondre à toutes mes questions concernant la formation hypnose du CFPPS. Un grand merci pour votre disponibilité et votre travail.

A tous les soignants qui ont répondu au questionnaire DxCare®, merci pour votre participation active. Et désolée pour tous les mails...

Aux médecins et équipes médicales rencontrés tout au long de mon internat, tout particulièrement :

A toi Carine, tu as été ma première « chef » quand j'étais encore un bébé docteur. Tu as su à la fois m'accompagner, me soutenir mais aussi me laisser grandir. Tu m'as appris à avoir confiance en moi. Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A toi Joann, c'est en te voyant prendre soin de tes patients que j'ai su que je voulais être gériatre, comme toi. Merci pour tout ce que tu m'as transmis pendant ce premier semestre et encore maintenant.

A Isabelle, la meilleure secrétaire du monde. Sans toi mon premier semestre n'aurait pas été aussi parfait ! Merci pour ton aide et ta disponibilité sans faille.

A Geneviève Pinganaud, je ne saurai comment vous remercier pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés pendant ces 6 mois. Un grand merci à vous.

A toi Laura, merci pour ton soutien au cours de ces 6 derniers mois. Tu es une super chef de clinique, j'espère faire aussi bien que toi dans les mois qui viennent.

Aux équipes médicales et paramédicales tout au long de mon internat, je ne pourrai tous vous citer tellement vous êtes nombreux ! Des infirmières aux aides-soignantes, kinés, psychologues ou brancardiers chacun à votre façon vous avez apporté une pierre à l'édifice. Pour ma part vous faites clairement partie intégrante de notre formation de médecin. Merci à vous tous.

A tous les patients que j'ai rencontré, à ceux qui m'ont marqué, merci de me faire chaque jour aimer mon métier encore plus.

A mes amis,

Ma Beck, depuis la maternelle que l'on se connaît, tu es toujours là et je serai toujours là pour toi. Merci de me laisser faire partie de la vie de ta merveilleuse petite Loulou et de ton formidable mari.

A toi ma Croki, loin des yeux mais près du cœur. La vraie amitié n'est pas d'être toujours ensemble, mais d'être séparés et que rien ne change.

A toi ma Ninie, merci d'avoir été à mes côtés toutes ces années et d'avoir renversé ta bière !

Ma mimi, merci pour ton soutien inestimable pendant cette affreuse D4, je n'oublierai jamais tout ce qu'on a vécu ensemble. J'espère qu'on arrivera à se retrouver malgré la distance.

Angèle et Zaloo, mes poulettes, mes co-internes.

Merci pour votre bonne humeur, pour les sorties entre filles pendant que je galérais à écrire cette thèse. Et vivement les soirées ensemble, même quand je serais à Périgueux.

A Titi et Ririne, les amies de toujours ! Merci pour votre amitié qui a survécu à ces années de médecine...

A mes co-internes, Calimero, Paulette et Batou. Merci de m'avoir supporté pendant toute l'écriture de cette thèse et surtout merci pour votre bonne humeur au quotidien.

Aux copains de Périgueux, merci pour votre joie de vivre et vos blagues pourries, les soirées, Super Besse, la Guadeloupe et tous les moments à venir...

A ma famille,

Papa et Maman, c'est grâce à vous que je suis ici aujourd'hui. Vous m'avez portée, supportée, entourée, chouchoutée et bien plus encore. Une fille ne pourrait pas rêver de meilleurs parents que vous. Je suis fière d'être votre fille. Je vous aime !

Papi et Mamie, vous avez toujours été là pour moi. Merci d'être les grands parents formidables que vous êtes. Je vous aime.

A mon petit frère et Vanessa, merci pour votre soutien tout au long de ces longues études.

A ma famille d'adoption, Isabelle, Jean Marie, Mathilde, Christine et mamie Suzon. Merci de m'avoir accueilli dans votre famille. Vous avez fait en sorte que je me sente comme chez moi je sais à quel point c'est précieux. Merci.

A toi mon Amour, merci d'être entré dans ma vie. Merci d'être toujours là pour moi, de me soutenir et m'encourager dans tout ce que j'entreprends. Je t'aime plus que tout.

Table des matières

Remerciements	2
Table des illustrations : Figures et Tableaux	7
Liste des abréviations	8
Glossaire	9
 INTRODUCTION	 10
 PRE-REQUIS	 11
1- L'hypnose médicale	11
a. Les définitions	11
b. Histoire de l'hypnose	11
c. Imagerie fonctionnelle et études	13
d. L'éthique	19
e. Quelques notions d'hypnose médicale pratique	19
2- La gériatrie	21
a. Epidémiologie	21
b. Fragilité et grands syndromes	23
c. Le pôle de gériatrie du CHU	27
3- L'hypnose et la gériatrie	28
a. Etudes	28
b. Historique de la formation à Bordeaux et au CHU	29
c. La formation sur le pôle de gériatrie	31
 OBJECTIFS DE L'ETUDE	 32
 MATERIEL ET METHODE	 33
1- Schéma d'étude	33
2- Population étudiée	33
3- Lieu de l'étude	33
4- Source des données	34
a. Le questionnaire DxCare®	34
b. L'enquête de satisfaction	34
5- Aspect éthique	34
6- Recueil de données	35
7- Analyse statistique et interprétation des données	37
 RESULTATS	 38
Partie 1 : Etude prospective observationnelle : questionnaires DxCare®	38
1) Description de la population	38
a. Caractéristiques de l'échantillon	38
b. Données sociodémographiques	38
c. Données cliniques	38
2) Réalisation des séances	39
3) Caractéristiques des séances	40
4) Analyse sur le critère de jugement principal : comparaison des caractéristiques des séances en fonction des troubles cognitifs	43

5) Critère de jugement secondaire : comparaison des caractéristiques des séances en fonction des patients communicants ou non	48
Partie 2 : Enquête de satisfaction : questionnaires soignants	50
1) Données sociodémographiques	50
2) Questions fermées	50
3) Questions ouvertes	52
DISCUSSION	54
Partie 1 : Synthèse des principaux résultats	54
1) Etude prospective observationnelle : questionnaires DxCare ®	54
a. Caractéristiques des séances d'hypnose	54
b. Analyse sur le critère de jugement principal : comparaison des caractéristiques des séances en fonction des troubles cognitifs	54
c. Analyse sur le critère de jugement secondaire : comparaison des caractéristiques des séances en fonction des possibilités de communication	55
2) Enquête de satisfaction : les questionnaires soignants	55
Partie 2 : Critiques de l'étude	56
1) Les limites	56
2) Les points forts	57
3) Les hypothèses	57
a. Caractéristiques de séances	57
b. Comparaison des patients avec ou sans troubles cognitifs	58
c. Comparaison des patients communicants ou non	60
d. Satisfaction des soignants	61
4) Les perspectives	62
CONCLUSION	63
REFERENCES	64
ANNEXES	68
Annexe 1 : Charte éthique	68
Annexe 2 : Petit glossaire d'hypnose	70
Annexe 3 : Questionnaire Hypnose sur DxCare®	72
Annexe 4 : Procédure pour accéder au questionnaire Hypnose sur DxCare®	73
Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction soignants	76
Annexe 6 : Témoignages soignants	79
SERMENT D'HIPPOCRATE	81
RESUME EN FRANÇAIS	82
RESUME EN ANGLAIS	83

Table des illustrations : figures et tableaux

➤ Figures

Figure 1 : Vue schématique des zones activées par un stimulus douloureux avec et sans hypnose

Figure 2 : Activité du cortex cingulaire antérieur (CCA) et de l'aire somatosensorielle primaire lors de suggestions hypnotiques

Figure 3 : Déroulement d'une séance d'hypnose thérapeutique

Figure 4 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 selon l'Insee

Figure 5 : Lieux de réalisation des séances

Figure 6 : Profession de la personne ayant réalisé la séance

Figure 7 : Indications des séances

Figure 8 : Nombre de réponses totales à l'ensemble des questions fermées

Figure 9 : Freins à la pratique de l'hypnose évoqués par les soignants

➤ Tableaux

Tableau 1 : Durée des séances

Tableau 2 : Technique utilisée lors des séances d'hypnose

Tableau 3 : Zones sécurisées utilisées en séance d'hypnose

Tableau 4 : Canaux prépondérants utilisés

Tableau 5 : Nombre de canaux utilisés au cours d'une séance

Tableau 6 : Caractéristiques des séances d'hypnose en fonction de la présence ou non de troubles cognitifs

Tableau 7 : Comparaison de l'indication « détournement d'attention » avec ou sans troubles cognitifs

Tableau 8 : Comparaison de l'indication « anxiolytique » en fonction des troubles cognitifs

Tableau 9 : Comparaison des zones sécurisées en fonction des troubles cognitifs

Tableau 10 : Comparaison de la prépondérance du canal olfactif en fonction des troubles cognitifs

Tableau 11 : Comparaison de la prépondérance du canal visuel en fonction des troubles cognitifs

Tableau 12 : Caractéristiques des séances chez les patients communicants et non communicants

Tableau 13 : Nombre de réponses aux questions à choix multiples

Tableau 14 : Freins à la pratique de l'hypnose

Tableau 15 : Regroupement des freins à la pratique de l'hypnose par catégories

Liste des abréviations

ADL/ IADL : Activities of Daily Living/ Instrumental Activities of Daily Living

AGGIR Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

CCA Cortex Cingulaire Antérieur

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves

CFPPS Centre de Formation Permanente des Personnels de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP Comité de Protection des Personnes

DU/ DIU : Diplôme Universitaire/ Diplôme Inter-Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS Haute Autorité de Santé

Hyp-Hop : Hypnose Hôpital

IDE/ IADE : Infirmière Diplômée d'Etat/ Infirmière Anesthésiste Diplômé d'Etat

IMC Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRM Imagerie par Résonance Magnétique

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA Mini Nutritionnel Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAD Pilotage et Analyse de Données

SEP Sclérose En Plaque

SFGG Société Française de Gériatrie et Gérontologie

TEP : Tomographie par Emission de Positons

USLD Unité de Soins de Longue Durée

Glossaire

ADL : Echelle d'évaluation de l'autonomie établie par Katz, elle prend en compte les soins corporels, l'habillement, la toilette, les transferts, la continence et l'alimentation.

CFPPS : Centre de Formation Permanente des Personnels de Santé. Etablissement du CHU de Bordeaux créé en 1987 c'est un organisme de formation ouvert à tous les publics (hospitaliers, salariés du privé, associatifs ou libéraux).

DxCare® : Logiciel médical crée par Medasys. Utilisé sur l'ensemble du CHU de Bordeaux.

IADL : Echelle d'évaluation de l'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne par Lawton. Elle considère l'utilisation du téléphone, la réalisation des courses, la préparation des repas, le ménage, la lessive, l'utilisation des transports, la gestion des médicaments et du budget.

Iatrogénie : Se dit d'un trouble ou d'une maladie provoqué par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin

MMS (Mini Mental State Examination) : test cognitif de base pour apprécier les fonctions cognitives sur la base de 30 questions. Les résultats sont à adapter au niveau scolaire, mais globalement on parle de démence légère entre 20 et 25, de démence modérée à modérément sévère entre 20 et 15 et de démence sévère en dessous de 10.

Troubles cognitifs : Désigne l'altération des processus mentaux tels que la mémoire, l'attention, le raisonnement, les fonctions exécutives ou le langage.
On parle de démence lorsque l'altération des fonctions cognitives est durable et entraîne une altération de l'autonomie dans la vie quotidienne.

INTRODUCTION

L'hypnose définie par Milton Erickson (psychiatre américain) comme « une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne » est un nouvel outil thérapeutique dans la pratique médicale.

L'imagerie fonctionnelle, en étudiant les circuits activés par la douleur et l'hypnose, a permis d'apporter des bases scientifiques. Par la suite de nombreuses études ont démontré une efficacité clinique principalement concernant l'hypnose et la douleur ou l'anxiété.

En ce qui concerne la gériatrie, les patients hospitalisés sont généralement des patients polymédiqués, plus sensibles à la iatrogénie médicamenteuse. L'utilisation de l'hypnose chez les personnes âgées apparaît alors comme une évidente nécessité. Toutefois, il existe très peu d'études concernant l'hypnose chez le sujet âgé et surtout chez le sujet âgé avec des troubles cognitifs.

Depuis 2011, le pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux, développe l'utilisation de l'hypnose en permettant la formation d'un très grand nombre de soignants.

Quelles sont les caractéristiques des séances d'hypnose sur le pôle de gériatrie clinique du CHU ? Existe-t-il une différence entre les séances chez les patients avec ou sans des troubles cognitifs ? chez les patients avec ou sans troubles de la communication ? Les soignants du pôle sont-ils satisfaits de leur utilisation de l'hypnose ? Notre hypothèse de départ était qu'il n'existe pas de différence entre les séances chez les patients avec ou sans troubles cognitifs, ainsi que chez les patients avec ou sans troubles de la communication.

L'objectif principal de cette étude était donc d'observer les caractéristiques des séances d'hypnose réalisées sur le pôle de gériatrie clinique et de comparer les caractéristiques des séances d'hypnose chez les sujets avec ou sans troubles cognitifs.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les caractéristiques des séances chez les patients communicants ou non. Puis dans un second temps d'évaluer l'opinion et la satisfaction des soignants formés à l'hypnose vis-à-vis de ce nouvel outil par le biais d'un questionnaire.

Après un rappel de quelques généralités sur l'hypnose médicale, la gériatrie et l'hypnose en gériatrie nous exposerons la méthodologie adoptée et développerons les résultats avant de les discuter.

PRE-REQUIS

1- L'hypnose médicale

a. Les définitions

Il existe un grand nombre de définitions de l'hypnose médicale ce qui montre la complexité du phénomène.

L'hypnose médicale actuelle est issue de l'hypnose de Milton Erickson (psychiatre américain du début du XXème siècle) qui nous dit : « C'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne ».

Milton Erickson disait « Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils rencontrent leurs besoins ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être. »

Freud (fondateur de la psychanalyse) disait que l'hypnose est une disposition naturelle du psychisme humain. Il s'agit d'un état dynamique d'éveil particulier au cours duquel l'attention et la suggestibilité sont prédominantes.

Plus récemment, le psychanalyste puis hypno-thérapeute François Roustang donne une définition plus moderne. Il décrit l'hypnose comme un état de veille paradoxale (état de sommeil apparent et activité électrique cérébrale de veille), c'est un phénomène naturel et actif où il y a une augmentation du contrôle de soi et non une perte.

Il propose de voir l'hypnose comme une façon de vivre autrement l'ensemble de ses perceptions. « La transe est un moment de partage ici et maintenant ».

L'hypnose utilisée dans un cadre thérapeutique est un état de « transe » volontairement induit. Cet état est alors utilisé pour amplifier les ressources du patient. Le thérapeute ne contrôle pas le patient mais le dirige.

b. Histoire de l'hypnose

Dans l'Antiquité on parlait déjà d'un état de conscience modifiée. On peut trouver dans des écrits sumériens une description des différents états de conscience.

C'est en 1529 que l'alchimiste Paracelse publie un ouvrage où il parle du lien entre le « magne » de la personne saine et celui de la personne malade (1). Il considère que le traitement magnétique des plaies est un don provenant des astres plus qu'un savoir médical. Le malade guérit grâce à un fluide réparateur qui circule d'un être à l'autre.

Au XVIIIème siècle, Franz Anton Mesmer, médecin viennois pose l'hypothèse de l'existence d'un fluide universel. Les pathologies sont alors dues à une mauvaise conductance de ce fluide dans le corps du patient (2). Mesmer parle alors de « magnétisme animal ».

Il a le mérite d'avoir sorti de l'obscurantisme des pratiques qui jusqu'alors appartenaient plutôt au champ de la sorcellerie ou de la magie.

Cette théorie du fluide est toutefois réfutée par l'Académie Royale de Médecine et l'Académie des Sciences en 1784, qui émettent toutes deux un rapport défavorable sur les pratiques de Mesmer en rapport avec le magnétisme. Ils concluent tout de même que l'influence de l'homme sur l'homme doit être pris en compte.

C'est un disciple de Mesmer, le marquis de Puységur qui va reprendre ses théories et tenter de se servir de cette méthode pour guérir. Il se distingue de son prédécesseur en déclarant que le soignant par sa volonté n'est qu'un vecteur, le travail de guérison est effectué par les patients eux-mêmes. Le soignant induit un état de conscience grâce à un fluide magnétique émanant de la personne, mais le patient est acteur de sa guérison. Contrairement à Mesmer, il donne au malade la possibilité d'agir et de parler.

Cela commence à se rapprocher de notre pratique actuelle de l'hypnose médicale.

L'abbé Faria par l'utilisation de la suggestion directe va marquer un tournant décisif dans l'histoire du magnétisme (1). Pour lui le fluide n'existe pas, la cause du sommeil hypnotique réside dans le cerveau du sujet.

C'est au début du XIX^{ème} siècle que le chirurgien écossais James Braid apporte une méthode ayant une valeur scientifique. Il reprend et améliore les théories de Faria en niant l'existence d'un fluide.

Il publiera en 1843 l'ouvrage « Neurohypnologie, traité du sommeil nerveux ou hypnotisme ».⁴ Il affirme que la parole, le regard et les gestes permettent de transmettre la volonté du magnétiseur à son sujet. Il est l'un des premiers à remarquer l'importance de la fixation d'un point pour provoquer une léthargie, puis comprends que des suggestions verbales peuvent provoquer le même effet, nommé sommeil nerveux. Il utilise notamment sa méthode pour obtenir l'anesthésie lors d'interventions chirurgicales. Il est le premier à décrire qu'un individu peut s'hypnotiser seul en fixant un objet brillant à une distance déterminée, ce sont les prémices de l'autohypnose.

Au fur et à mesure, nous sommes passés du pouvoir d'un fluide au pouvoir de l'hypnotisé lui-même.

L'invention du terme « hypnose » est souvent attribuée à James Braid, qui aurait créé ce terme en référence à Hypnos, le dieu grec du sommeil en 1843 (3).

Il semble en réalité que ce soit le baron Etienne Felix d'Hénin de Cuvillers qui ait le premier commencé à utiliser le préfixe « hypn » dès 1819 dans son ouvrage « Archives du magnétisme animal ».

L'apparition du chloroforme (1831) et de l'éther (1846) donne un coup d'arrêt à l'usage chirurgical de l'hypnose (4).

C'est en 1860 que l'intérêt pour l'hypnose refait surface avec les chirurgiens Velpeau et Azam. Toutefois les réussites sont rares ce qui discrédite cette pratique.

L'hypnose à but thérapeutique renaîtra avec Liébault, médecin généraliste qui fonde sa thérapie sur la suggestion verbale. Sa technique est la même que celle utilisée de nos jours.

A la fin du XIX^{ème} siècle le neurologue de la Salpêtrière Jean Martin Charcot, membre de l'Académie de médecine, s'intéresse à l'hypnose. Il pense que cet état modifie la neurologie du sujet et l'associe à l'état pathologique de l'hystérie.

Il a le mérite de faire entrer l'hypnose dans l'hôpital le plus réputé de l'époque mais se trompe en attribuant à nouveau des pouvoirs aux métaux (1).

D'autre part à Nancy, Hippolyte Bernheim s'oppose aux théories de Charcot et démontre que l'hypnose est un phénomène psychologique normal. Il nie peu à peu le phénomène hypnotique au profit de la suggestion et de la suggestibilité « l'influence provoquée par une idée suggérée et acceptée par le cerveau » « il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestibilité ».

Au début de ses traitements psychanalytiques, Freud utilise l'hypnose. Il abandonne peu à peu la suggestion directe, mais continue d'utiliser la suggestion indirecte en demandant à ses patients de s'allonger dans la pénombre.

Enfin, l'hypnose telle qu'on la connaît actuellement est basée sur les fondements de l'hypnose ericksonienne.

Milton Erickson (psychiatre américain), au début du XXème siècle permet à l'hypnose de prendre un essor dans le champ de la psychothérapie mais aussi celui de la somatique (dont la douleur). Il avait compris que l'état de conscience modifiée facilitait la dynamique du changement en facilitant le travail des suggestions thérapeutiques.

En 1955 l'hypnose est réhabilitée officiellement par la British Medical Association.

c. Imagerie fonctionnelle et études

Au-delà de la reconnaissance clinique, l'arrivée de l'imagerie fonctionnelle dans les années 90 a permis d'étudier les circuits neuronaux activés par l'hypnose et la douleur, et ainsi de faire entrer l'hypnose dans les techniques thérapeutiques basées sur les preuves.

La TEP (Tomographie Par Emission de Positron) et l'IRM fonctionnelle procurent des mesures indirectes de l'activité cérébrale par l'évaluation du débit sanguin régional dans le cerveau.

La TEP utilise un traceur radioactif de demi-vie courte injecté par voie veineuse, on mesure alors le niveau d'émission radioactive provenant du cerveau quelques minutes après avoir injecté le traceur. On considère que l'augmentation de l'activité neuronale entraîne une augmentation régionale du débit sanguin cérébral.

L'IRM fonctionnelle utilise l'hémoglobine comme traceur intrinsèque pour évaluer le débit sanguin régional.

La fusion des images d'activation avec des images anatomiques permet d'identifier les structures concernées.

Ainsi a-t-on pu étudier les différentes composantes de la douleur : dimension sensorielle et dimension affective. Les études de TEP suggèrent alors que le cortex cingulaire antérieur a un rôle essentiel dans la composante affective, alors que la dimension sensorielle est plutôt liée au cortex somatosensoriel primaire (5).

Lateral view:

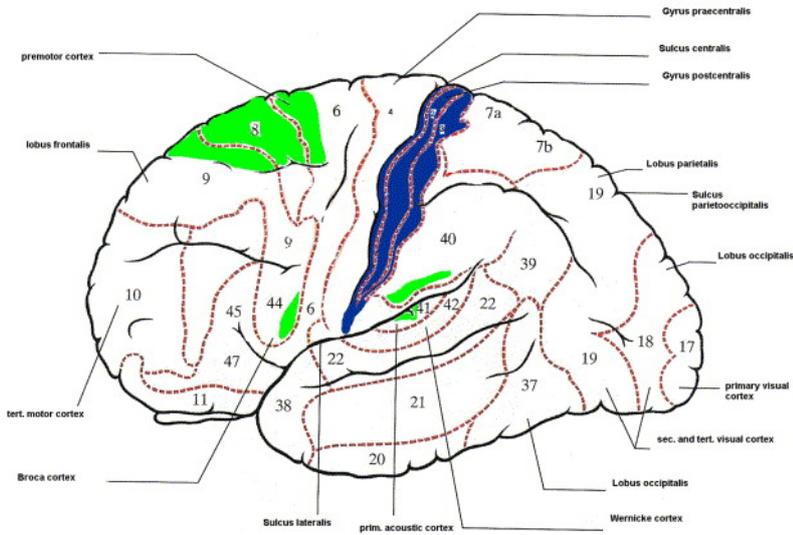
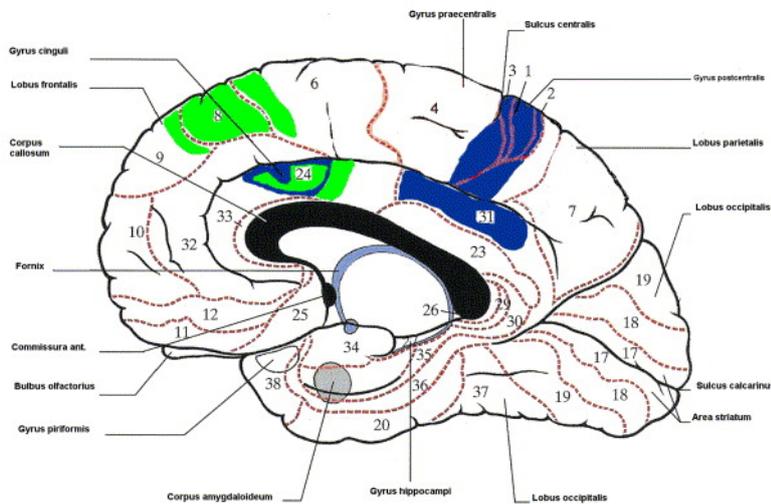


Figure 1 : Vue schématique des zones activées par un stimulus douloureux avec et sans hypnose d'après Schulzstübner S, Krings T, Meister I, Rex S, Thron A, Rossaint R (6)

En vert : activé par l'hypnose
 En bleu : activé par la douleur
 En vert entouré de bleu : activé à la fois par l'hypnose et la douleur

Medial view:



Fin des années 90 début des années 2000, l'hypnose a commencé à être étudiée par Rainville *et al.* qui ont ainsi pu montrer que des suggestions hypnotiques d'analgésie produisent une diminution de l'activité des régions corticales impliquées dans la douleur. Les suggestions visant l'intensité sensorielle diminuent l'activité dans le cortex somatosensoriel primaire et celles visant le désagrément lié à la douleur diminuent l'activité dans le cortex cingulaire antérieur (région associée au système limbique et aux émotions) (7,8).

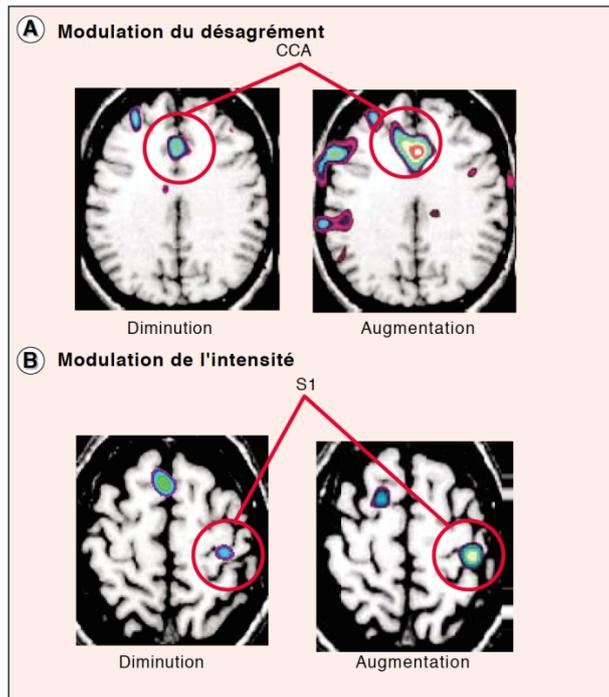


Figure 2 : Activité du cortex cingulaire antérieur (CCA) et de l'aire somatosensorielle primaire lors de suggestions hypnotiques, d'après Rainville P, Duncan GH, Bushnell MC (5).

Dans cette étude des suggestions visant à augmenter ou diminuer le désagrément ou l'intensité de la douleur étaient données.

La modulation du désagrément de la douleur s'accompagne d'une modification du débit sanguin cérébral dans le CCA. (A)

La modulation de l'intensité de la douleur, entraîne des changements de débit sanguin cérébral dans S1. (B)

On a pu constater que les suggestions hypnotiques orientées sur la composante émotionnelle de la douleur peuvent faire augmenter ou diminuer le niveau de souffrance ressentie indépendamment de la perception de l'intensité de la douleur. De plus, lorsque les suggestions modifient uniquement l'intensité de la douleur ce sont l'intensité et l'aspect désagréable qui varient : l'intensité de la douleur influe sur le vécu désagréable (9).

L'hypnose modifie l'activité des régions cérébrales liées à la composante sensorielle et affective d'un stimulus douloureux : le cortex cingulaire antérieur pour l'aspect émotionnel, le cortex pré-frontal pour le contrôle des émotions, l'insula et le thalamus qui participent aux circuits de la douleur et le tronc cérébral impliqué dans les circuits inhibiteurs de la douleur (9,10,11).

Les premières études réalisées ont étudié les composantes de la douleur en utilisant l'hypnose puis se sont développées des études plus spécifiques de l'hypnose en général.

Ces études ont pu montrer qu'il existe un état cérébral particulier sous hypnose avec une augmentation du débit sanguin cérébral dans les structures impliquées dans l'attention (Tronc cérébral ponto-mésencéphalique, thalamus médian, cortex cingulaire antérieur, lobe frontal inférieur et lobe pariétale de l'hémisphère gauche) (11).

Mais également une activation des régions occipitale (comme si le sujet voyait réellement), pariétale (comme si le sujet ressentait des sensations) et précentrale (comme si le sujet bougeait réellement) (12).

Les études suggèrent qu'à l'état normal de veille l'activité corticale des régions sensorielles est sous le contrôle de mécanismes inhibiteurs et que l'hypnose fait diminuer ces mécanismes inhibiteurs permettant ainsi une altération des expériences sensorielles par des suggestions (10,11).

Par la suite, de nombreuses études se sont intéressées à l'hypnose dans la prise en charge de la douleur en pratique clinique.

Plusieurs revues de la littérature (Hypnosis and clinical pain Patterson et Jensen 2003, Hypnotic treatment of chronic pain Jensen et Patterson 2006, Hypnotherapy for the management of chronic pain Elkins, Jensen et Patterson 2007) ont été publiées recensant une vingtaine d'articles sur l'efficacité de l'hypnose en douleur chronique (céphalées, lombalgies, arthrose, fibromyalgie, douleurs liées au cancer) avec une variation de l'efficacité selon le groupe témoin utilisé.

Dans d'autres essais contrôlés concernant l'hypnose et la douleur chronique : l'hypnose se révèle souvent plus efficace comparée à l'absence de traitement ou aux traitements standards (13).

En douleur chronique, par rapport à des interventions « non hypnotique » (thérapies de soutien, contrôle de l'attention) l'hypnose entraîne une plus grande réduction de la douleur.

Pour une étude concernant le syndrome de l'intestin irritable, il a été réalisé un essai contrôlé randomisé de 81 personnes avec un groupe hypnose et traitements standards et un groupe traitement standard seul (14). Dans le groupe hypnose, à 3 mois il a été observé une diminution significative de la douleur comparée au groupe contrôle (même si cette différence n'est pas retrouvée à 12 mois). Toujours dans le groupe hypnose, les patients ont nécessité moins de traitement médicamenteux pour leur maladie et ont déclaré que leur état s'était amélioré.

Dans une étude sur les douleurs thoraciques non cardiaques : un groupe de 15 patients a bénéficié de séances d'hypnose alors que le groupe contrôle a reçu une thérapie de support associé à un médicament placebo (15).

Une différence significative a été constatée : dans le groupe hypnose la douleur était diminuée de 80% contre 23% dans le groupe contrôle. Les patients du groupe hypnose ont diminué leur utilisation de médicaments, tandis que les patients du groupe témoin ont augmenté leur utilisation de produits pharmaceutiques.

Concernant la fibromyalgie, Castel *et al.* ont comparé les effets relatifs de l'hypnose et de la relaxation sur la douleur clinique chez 45 patients atteints de fibromyalgie (16).

Les patients ont été randomisés dans l'un des trois groupes : hypnose avec des suggestions de relaxation (présentée comme de l'hypnose), hypnose avec des suggestions d'analgésie (présentée comme de l'hypnose) et la relaxation (présentée comme telle). Les patients qui ont reçu de l'hypnose avec des suggestions d'analgésie (par exemple, en imaginant un flux bleu, analgésique filtrant dans la zone douloureuse) ont connu des réductions significativement plus importantes de l'intensité de la douleur et de la dimension sensorielle de la douleur que les patients dans l'hypnose avec relaxation (par exemple visualiser une plage agréable) ou des conditions de relaxation. Toutefois, aucune différence significative n'a été trouvée chez les trois groupes en ce qui concerne la dimension affective de la douleur.

Enfin vingt-deux patients atteints de Sclérose En Plaque (SEP) ont été randomisés par Jensen *et al.* pour recevoir soit 10 sessions de formation à l'autohypnose, soit 10 séances de relaxation musculaire progressive (17).

Les patients du groupe hypnose ont connu une diminution significative de l'intensité de la douleur par rapport aux patients du groupe relaxation. Ces résultats ont été maintenus lors du suivi à 3 mois.

En douleur aiguë (douleur du travail pendant l'accouchement) ou induite (réalisation d'un myélogramme, réfection de pansement de brûlure, angioplastie...) une vingtaine d'études montrent que l'hypnose est associée à une diminution de l'intensité de la douleur mais également à une diminution de l'anxiété, de la quantité d'antalgiques utilisée et de la durée d'hospitalisation (13).

Parce que les situations qui provoquent une douleur aiguë associée à des blessures mineures sont souvent imprévisibles, la recherche en hypnose dans ce domaine a porté principalement sur l'utilisation de l'hypnose dans la douleur associée aux procédures médicales programmées.

Montgomery *et al.* ont randomisé 200 femmes qui devaient subir une biopsie mammaire ou une tumorectomie dans 2 groupes : une séance d'hypnose de 15 minutes ou contrôle de l'attention (18).

L'hypnose montrait une efficacité supérieure par rapport au contrôle de l'attention concernant l'utilisation de propofol et de lidocaïne, la douleur (intensité et sensation désagréable), la nausée, la fatigue, l'inconfort et le choc affectif à la sortie.

Harandi *et al.* ont randomisé 44 femmes hospitalisées dans une unité de brûlés avec un groupe intervention (hypnose) et un groupe contrôle (soins standard) pour déterminer si l'hypnose réduirait la douleur et l'anxiété liées à la physiothérapie (19).

À la fin de l'étude, les scores de douleur et d'anxiété avaient considérablement diminué dans le groupe d'hypnothérapie par rapport au groupe témoin.

Lang *et al.* en 2000 ont randomisé 241 patients devant réaliser un examen de radiologie interventionnelle en 3 groupes : traitement standard, traitement standard et attention structurée, traitement standard et relaxation par l'hypnose (20).

La durée de l'intervention était significativement inférieure dans le groupe hypnose par rapport au groupe traitement standard. Il y avait une différence statistiquement significative dans la quantité de traitement reçu entre les 3 groupes, avec une diminution de la quantité de sédatif et antalgiques dans les groupes hypnose et attention structurée par rapport au groupe traitement standard.

Au total, 14 essais randomisés récents ont été répertoriés dans cette revue de la littérature de Stoelb *et al.* concernant l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur aiguë et chronique.

Bien que ces résultats soient plutôt encourageants, certaines questions méthodologiques telles que la standardisation des interventions hypnotiques par exemple restent à renforcer afin d'obtenir des études avec plus de puissance. Même si la standardisation semble contraire à la pratique qui s'adapte à chaque patient.

Certains biais présents dans les études sont difficiles à contourner. Le double aveugle est impossible et l'évaluation du ressenti subjectif des patients concernant l'hypnose n'est pas réalisable par une échelle validée.

Les études en faveur de l'hypnose ont permis aux grandes instances de santé publique de se positionner quant à la pratique de l'hypnose médicale.

L'Académie Nationale de Médecine dans son rapport sur les thérapies complémentaires de Mars 2013 souligne certaines indications intéressantes de l'hypnose :

« L'hypnose s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques qui en garantissent l'authenticité et légitiment d'une certaine façon son utilisation thérapeutique ou les tentatives qui en sont faites.

Dans l'ensemble, les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications » (21).

En Juin 2015, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) publie un rapport sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose.

82 essais cliniques sont cités avec des conclusions favorables notamment en chirurgie, anesthésie et radiologie interventionnelle, mais également en soins dentaires pédiatriques et dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable.

Le rapport souligne les nombreux biais et la difficulté de réalisation d'études concernant l'hypnose.

Une analyse de la sécurité liée à la pratique de l'hypnose a également été réalisée dans ce rapport permettant de conclure qu'il n'a pas été rapporté d'effet indésirable grave attribuable à l'hypnose.

Sont référencées dans ce rapport les formations existantes mais également les revues scientifiques concernant l'hypnose (The american journal of clinical hypnosis, International Journal of clinical and experimental hypnosis, contemporary Hypnosis and integrative therapy, European Journal of clinical Hypnosis, Hypnose et thérapies brèves).

« On le voit, l'évaluation de l'hypnose en médecine soulève de nombreuses questions. Mais la chose est possible et l'on doit se féliciter de voir que de plus en plus d'études sont engagées dans ce domaine, y compris en France » (22).

Enfin, la Haute Autorité de Santé évoque dès les années 2000 l'utilisation de l'hypnose dans différentes recommandations de bonnes pratiques :

- Recommandation Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans (en ligne le 01/03/2000). Elle indique que l'hypnose peut être un des moyens non pharmacologiques employé en complément des antalgiques.
- Protocole National de Soins Epidermolyses bulleuses héréditaires (en ligne le 29/02/2015)
- ALD n°23 Guide médecin sur les troubles anxieux graves (en ligne le 29/11/2016).

d. L'éthique

L'hypnose médicale est une pratique réservée aux professionnels de santé et qui bénéficie d'une charte éthique élaborée par la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB).

De cette façon, les organismes de formations appartenant à la CFHTB (qui fait elle-même partie de la Société Européenne d'Hypnose et de la Société internationale d'hypnose) s'engagent à respecter cette charte.

En voici quelques extraits principaux, la charte dans son intégralité est disponible en annexe (Annexe1) :

« Article 1 : L'intérêt et le bien-être du patient ou du sujet expérimental doivent toujours constituer un objectif prioritaire. »

« L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques (...) L'hypnoticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique. »

« L'hypnoticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession. »

« L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. » (23).

Il est important de préciser que contrairement à certaines représentations de l'hypnose véhiculées par les médias, les personnes sous hypnose ne perdent pas complètement le contrôle de leurs comportements.

e. Quelques notions d'hypnose médicale pratique

Il existe différentes techniques d'hypnose, on peut distinguer l'hypnose conversationnelle de l'hypnose formelle, mais qui s'appuient sur des techniques similaires. L'objectif étant le plus souvent que le patient s'approprie l'hypnose et l'utilise alors seul : c'est l'autohypnose.

- L'hypnose conversationnelle :

C'est une façon de communiquer avec le patient qui utilise les mêmes techniques que l'hypnose formelle.

Elle privilégie l'utilisation de mots simples à consonance positive, un rythme de parole parfois plus lent, parfois plus rapide, une intonation posée. Les formes négatives sont évitées « ne vous inquiétez pas, n'ayez pas peur » au profit de mots bienveillants et apaisants « vous vous sentez en pleine sécurité » « rassurez-vous ».

On favorise le saupoudrage (Annexe 2) de mots bienveillants.

Le para verbal a toute son importance : on utilise la technique du « pacing » c'est-à-dire qu'on accorde son comportement corporel à celui du patient, mais aussi sa respiration (« pacing respiratoire »), en se mettant au même rythme respiratoire que le sujet pour créer une synchronisation, puis on peut progressivement ralentir le rythme de notre propre respiration pour diminuer celui du patient.

Généralement les mots suggestifs sont utilisés lors de l'expiration.

L'évocation d'un souvenir agréable peut être utile pour dissocier la personne du soins douloureux, et ainsi par l'hypnose conversationnelle, il est possible d'entrer naturellement en transe.

- L'hypnose formelle : la transe ou état hypnotique

L'hypnose formelle utilise les mêmes techniques que l'hypnose conversationnelle, et il est possible de passer de l'un à l'autre plutôt comme un continuum que comme une technique différente

Les étapes d'une séance d'hypnose :

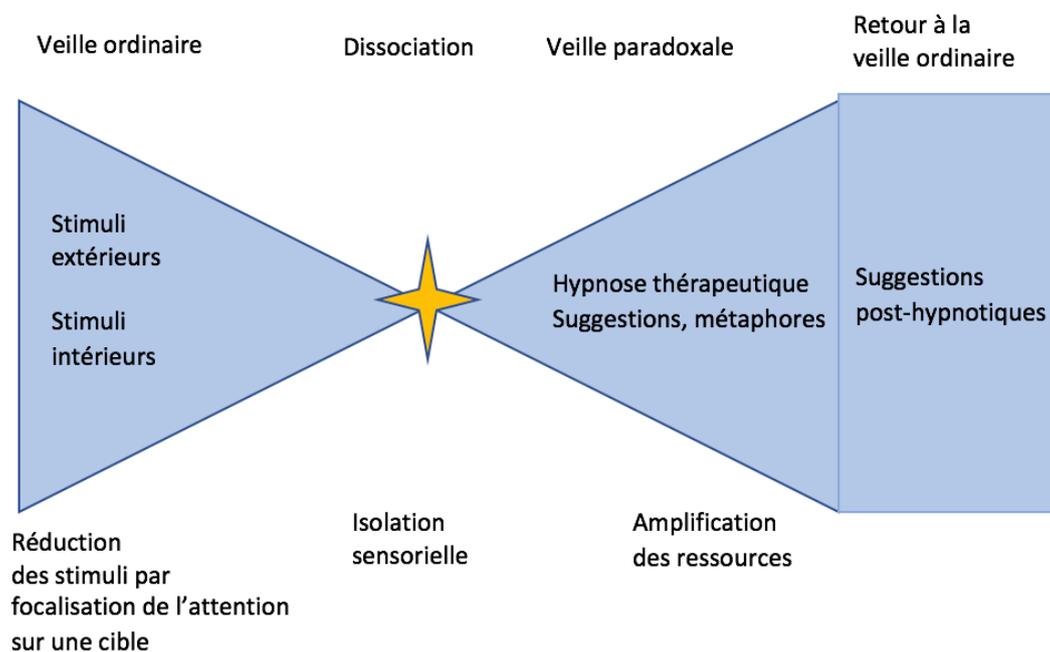


Figure 3 : Déroulement d'une séance d'hypnose thérapeutique (24)

La chronologie d'une séance peut être la suivante :

- *Préparation de la séance* : Connaissance du patient, installation confortable, séquence d'acceptation ou Yes set (Annexe 2). C'est une technique de base d'Erickson fondée sur le recueil d'au moins 3 « oui » consécutifs à partir de truismes (vérités évidentes) c'est-à-dire de propositions avec lesquelles on ne peut être que d'accord « Vous sentez le contact de votre dos sur le fauteuil... vous avez les yeux ouverts... vous entendez ma voix ». Les truismes préparent le sujet à accepter les suggestions futures.

C'est également un moment où la communication non verbale est importante, et le praticien s'installe en pacing (Annexe 2)

- *Induction* : ensemble des techniques permettant la réduction des stimuli extérieurs et la focalisation du patient sur une ou des perceptions issues du VAKOG (Annexe 2).
Exemple : Fixation d'un point lumineux ou sur la respiration. Cela permet d'amener à une dissociation.
- *Phase d'hypnose thérapeutique* : de nombreuses approches sont possibles, mais les suggestions indirectes (Annexe 2) sont une des techniques de base d'Erickson. Cela permet au patient de garder la main et de décider de ses propres changements, mais aussi de contourner les résistances. Ainsi utilisera-t-on des métaphores (Annexe 2) ou la « zone sécurisée » lieu dans lequel le patient se sent en sécurité. Tout en utilisant des mots de bien-être et de confort (saupoudrage) ou de la confusion ou les régressions en âge vers des apprentissages réussis (exemple : apprentissage de l'écriture) etc... Cette modeste liste est très loin d'être exhaustive, et ne se veut être qu'à titre d'exemple. Le patient peut alors utiliser ses ressources personnelles afin d'amorcer un changement : réinterprétation des faits vécus, recadrage, élargissement du champ de perception, rappel des ressources existantes. Cette phase mobilise les ressources du patient à la recherche d'autres points de vue servant à contourner ce qui était perçu comme un obstacle.
Des suggestions directes sont aussi utilisées comme la ratification (Annexe 2) qui permet de valoriser et de conforter le patient dans ses choix sans le culpabiliser de ressentir ce qu'il ressent (exemple : « vous avez raison d'avoir mal » au lieu de : « ce n'est rien »).
Il faut souligner l'importance des suggestions post hypnotiques qui vont permettre au patient, avec l'aide de l'ancrage (cf. glossaire), de réactiver ces ressources quand il en aura besoin : « dans les jours, les semaines à venir, ce sera pour vous très facile de retrouver ces sensations de force, de calme etc., il vous suffira de prendre une grande inspiration... et aussitôt vous retrouverez... ».
- Pour terminer la séance un retour à un état de conscience ordinaire est effectué : « *Et maintenant, que tout va bien, à votre rythme, vous pourrez revenir parmi nous ici et maintenant* »

C'est ainsi que l'hypnose est souvent pratiquée, mais il n'existe ni chronologie fixe, ni plan prédéterminé. Tout est modifiable et adaptable en fonction du patient, du symptôme, du moment, du praticien etc.

2- La gériatrie

a. Epidémiologie

La gériatrie est une discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées malades. Elle touche tous les domaines de la médecine puisque le vieillissement est un processus complexe et multifactoriel.

La vieillesse connaît plusieurs définitions. Selon l'OMS le critère est l'âge supérieur à 65 ans. La définition sociale correspond à l'âge de cessation de l'activité professionnelle, alors qu'en ce qui concerne les services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans semble plus pertinent. Enfin, dans les institutions pour personnes âgées l'âge moyen retrouvé est d'environ 85 ans.

Si l'on s'intéresse de plus en plus à la population âgée c'est que celle-ci est de plus en plus prépondérante.

En effet, le vieillissement de la population française ne cesse de s'accroître : alors que 20,8% de la population vivant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, les prévisions sont de l'ordre de 30,6% en 2035 et 31,9% en 2050 (25).

En 2060, 23,6 millions de personnes seraient âgées de plus de 60 ans soit une personne sur trois. On pourrait compter 200 000 centenaires en 2060.

Selon les projections de l'Insee, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent l'âge moyen de la population résidant en France métropolitaine passerait à 45 ans en 2060, contre 41,2 ans en 2016.

Cette augmentation de la population âgée est en corrélation avec la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans dans les années 2050 sont déjà nées.

L'allongement de la durée de vie ne fait qu'accroître ce phénomène. Même si l'espérance de vie se stabilise, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50% entre 2005 et 2050.

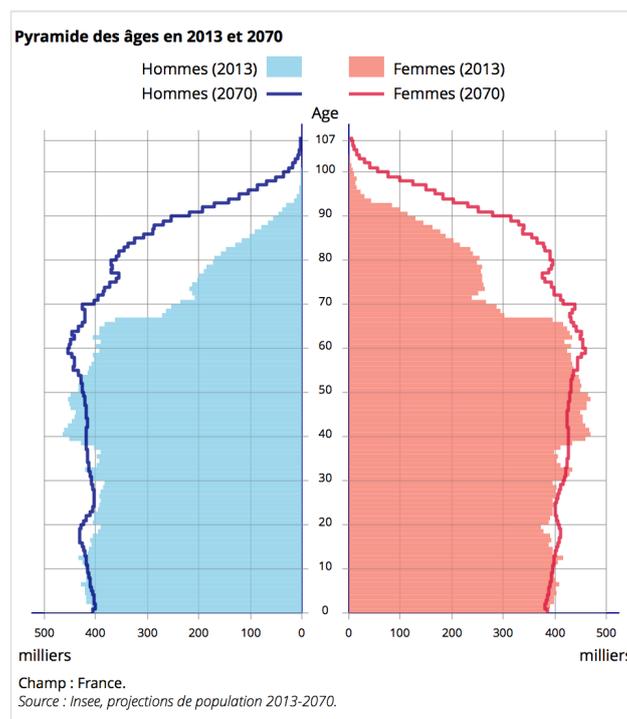


Figure 4 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 selon l'Insee (26)

En Europe, selon les projections de l'Eurostat, la population âgée d'au moins 65 ans serait de 151 millions de personnes (soit 30% de la population) et celle de plus de 80 ans de 61 millions (12%).

Dans le monde, la plupart des gens ont une espérance de vie supérieure à 60 ans. En considérant l'hypothèse que l'espérance de vie ne s'améliorera pas et restera au niveau actuel, la hausse du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus serait quand même forte. D'ici à 2050 on prévoit plus de 2 milliards de personnes de 60 ans et plus, contre 900 millions en 2015 (27). Actuellement, on dénombre 125 millions de personnes âgées de plus de 80 ans dans le monde, en 2050 la Chine à elle seule en comptera presque autant (120 millions).

b. Fragilité et grands syndromes

Ce chapitre permet de faire une présentation du type de patients analysés dans notre étude : les patients fragiles souvent hospitalisés dans le cadre de syndromes gériatriques ainsi que les patients grabataires.

La fragilité

Le vieillissement est caractérisé par une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme, entraînant une moindre capacité d'adaptation face aux situations d'agression.

On remarque qu'à âge égal, l'altération d'une fonction donnée est marquée par une grande variabilité interindividuelle expliquant l'hétérogénéité de la population gériatrique.

On peut distinguer de grands syndromes gériatriques tels que la confusion, les chutes à répétition, la dénutrition, les troubles cognitifs ou la perte d'indépendance fonctionnelle qui sont propres aux sujets âgés.

La capacité de réponse aux différentes agressions varie en fonction de la réserve fonctionnelle de chacun et de son degré de fragilité (robuste, pré-fragile ou fragile).

La fragilité est définie par la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) comme un syndrome clinique traduisant une réduction multi-systémique des capacités physiologiques limitant l'adaptation au stress (28).

La fragilité est définie dans les études comme un facteur prédictif de mortalité, entrée en institution ou diminution de l'autonomie (29).

Le dépistage de la fragilité est un enjeu important pour la prévention, certaines interventions peuvent prévenir ou retarder le déclin de l'autonomie et l'entrée en institution. On considère que la fragilité est un état réversible et doit donc être repéré en médecine générale ou par le biais de l'évaluation gériatrique standardisée.

Dans la littérature deux modèles distincts ont émergé issus de grandes cohortes Nord-américaine.

Le premier modèle est celui du phénotype de fragilité issu de l'étude américaine Cardiovascular Health Study (CHS) (29).

L'étude d'une cohorte de 5317 sujets de 65 ans et plus suivis pendant 4 à 7 ans a permis d'individualiser 5 critères classant en trois états (fragile, pré-fragile ou robuste).

Les cinq critères extraits de l'article de Fried *et al.* sont les suivants :

- Perte de poids involontaire au cours de la dernière année ($> 4,5\text{kg}$ ou $\geq 5\%$ par an)
- Vitesse de marche lente
- Faiblesse/ fatigue ressentie

- Activités physiques réduites, sédentarité (dépense énergétique <383Kcal/ semaine pour la femme et 270 pour l'homme)
- Faible force de préhension

Les sujets présentant au moins 3 critères sont considérés fragiles, ceux n'ayant qu'1 ou 2 critères sont dits pré-fragiles et les sujets ne présentant aucun critère sont considérés robustes.

Cette étude a montré que la fragilité définie selon ces critères était un facteur prédictif indépendant de mortalité, de risque de chute, d'aggravation de la dépendance et d'hospitalisation.

Par exemple, dans la cohorte étudiée 7% des sujets étaient considérés comme fragiles, 47% comme pré-fragiles et 46% robustes. Après 7 ans la mortalité était de 43% pour les fragiles, 23% pour les pré-fragiles et 12% pour les robustes.

Le phénotype de fragilité est un syndrome clinique différent de l'incapacité et des comorbidités, même si les trois se chevauchent.

Si on considère que le dépistage de la fragilité est un moyen de prévenir la dépendance il est nécessaire d'exclure les sujets dépendants dans la population cible.

Ceci explique que dans cette étude les sujets ayant un antécédent de maladie de Parkinson ou d'AVC, un MMSE (Mini Mental State Examination) <18 ou traités par Sinemet, Aricept et antidépresseurs étaient exclus.

Le deuxième modèle est celui du déficit cumulé, issu de l'étude canadienne Canadian Study of Health and Aging (CSHA) (30).

Une cohorte prospective de 2305 participants de plus de 70 ans suivis sur 5 ans a permis d'établir un indice cumulé de fragilité à partir d'une liste de soixante-dix déficits, symptômes ou situations cliniques. La somme de toutes les variables présentes divisée par soixante-dix donne un indice de fragilité compris entre 0 et 1, plus le score est proche de 1 plus la personne est considérée fragile. On retrouve par exemple dans ces 70 variables certaines pathologies chroniques, les antécédents personnels et familiaux ou les chutes. C'est une approche multi domaines et cumulative.

La même étude a également permis la création d'une échelle de fragilité avec :

1. Santé excellente
2. Bonne santé
3. Bonne santé, avec comorbidité traitée et asymptomatique
4. Apparemment vulnérable (ralenti ou morbidité symptomatique)
5. Fragilité légère : Instrumental Activities of Daily Living (IADL) modérément perturbées
6. Fragilité moyenne : besoins d'aide pour les Activities of Daily Living (ADL) et les IADL
7. Fragilité sévère : perte de toutes les ADL ou phase terminale de pathologie.

Ces 2 modèles sont les plus utilisés dans les études, toutefois il existe une multitude de méthode de mesure de la fragilité.

Ce sujet est actuellement l'un des plus débattus de la gériatrie. En effet si le concept de fragilité est reconnu par l'ensemble de la communauté scientifique, il n'existe pas encore d'outils de dépistage internationaux et consensuels.

Les syndromes gériatriques : (31)

Un syndrome gériatrique est une situation de santé définie par quatre critères : (32)

- Sa fréquence augmente fortement avec l'âge,
- Il résulte de facteurs multiples et divers dont des facteurs favorisants, incluant les effets du vieillissement associés à des facteurs précipitants aigus ou intermittents,
- Il a pour conséquence fréquente un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et d'entrée en institution,
- Sa prise en charge est multifactorielle et requiert une approche globale du patient

Parmi les principaux syndromes gériatriques, on peut citer :

- Les chutes à répétition
- La confusion mentale
- Les troubles cognitifs chroniques (démences)
- L'incontinence
- La perte d'indépendance fonctionnelle
- La dénutrition protéino-énergétique
- Les escarres de pression.

Les chutes à répétitions, sont définies par au moins 2 chutes au cours d'une période de 12 mois. Les chutes sont responsables à court terme de nombreux décès et représentent un facteur d'entrée dans la dépendance (33).

On doit rechercher pour chaque chute les facteurs de vulnérabilité (tels que l'âge, les antécédents de chute, la iatrogénie...) et les facteurs précipitants (cardiovasculaire, métaboliques...). Mais il faut également rechercher toutes les conséquences de la chute (traumatiques, rhabdomyolyse, syndrome post-chute).

Les facteurs de risques modifiables doivent être recherchés et traités afin d'éviter la répétition des chutes.

La confusion mentale n'est pas spécifique de la personne âgée toutefois le vieillissement cérébral et les maladies neurodégénératives sous-jacentes rendent le cerveau de la personne âgée plus vulnérable expliquant la fréquence plus importante de la confusion dans cette population. La confusion associe une perturbation de la conscience avec trouble attentionnel, une modification du fonctionnement cognitif avec une désorientation ou une perturbation du langage et une inversion du cycle veille-sommeil. On retrouve également soit une agitation psychomotrice ou au contraire une profonde apathie.

Le début brutal des troubles ainsi que leur fluctuation avec recrudescence vespérale sont caractéristiques.

Le diagnostic différentiel entre démence et confusion mentale repose sur les antécédents et l'anamnèse ainsi que sur les fluctuations des troubles de la conscience.

La confusion mentale doit toujours donner lieu à un bilan exhaustif à la recherche des facteurs déclenchants (infection, syndrome coronarien aigu, Accident Vasculaire Cérébral, iatrogénie, troubles métaboliques, douleur, rétention aiguë d'urines ou fécalome...).

La démence traduit une atteinte des fonctions cognitives ayant un retentissement sur le fonctionnement social ou professionnel avec un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. C'est la cause principale de perte d'indépendance fonctionnelle et d'entrée en institution.

Le test le plus recommandé pour l'évaluation du fonctionnement cognitif est le Mini Mental Status Examination (MMSE).

L'incontinence qu'elle soit urinaire ou fécale pose un problème fréquent et grave pour les sujets âgés.

L'incontinence urinaire atteint un quart des sujets après 85 ans, elle est fortement associée au déclin cognitif.

En premier lieu il faut rechercher une cause réversible (causes fonctionnelles liées à une immobilisation, iatrogénie, infection urinaire ou fécalome). Le bilan urodynamique sera à discuter au cas par cas et réservé aux patients coopérants et motivés.

Le traitement de l'incontinence fécale doit également porter sur les causes curables (constipation ou diarrhée), les étiologies plus complexes d'ordre neurologiques ou traumatiques ne bénéficient pas de traitement spécifiques la plupart du temps.

La perte d'indépendance fonctionnelle, consiste dans l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer les activités de la vie sans aide extérieure.

Les outils d'évaluation les plus utilisés et validés sont les échelles d'activités de vie quotidienne (ADL) et d'activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de Katz et Lawton.

On utilise également la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources (AGGIR) qui évalue l'état fonctionnel dans 6 domaines de la vie quotidienne. Cette grille est notamment utilisée pour l'attribution des aides financières telles que l'Allocation Personnes Agées.

La dénutrition protéino-énergétique, est liée à une diminution des apports et à une augmentation de la dépense énergétique liée à l'hypercatabolisme.

Les critères de dénutrition selon la HAS (2007) sont les suivants : (34)

- Pour la dénutrition :
 - o Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou
 - o Indice de Masse Corporelle (IMC) < 21 ou
 - o Score MNA (Mini Nutritionnel Assessment) global < 17
 - o Albuminémie $< 35\text{g/L}$ (en dehors d'un syndrome inflammatoire)
- Pour la dénutrition sévère :
 - o Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
 - o IMC < 18
 - o Albuminémie $< 30\text{g/L}$

La dénutrition est un facteur de risque d'infection, de mortalité et de perte d'autonomie, elle doit donc être dépistée et prise en compte systématiquement.

Le dépistage le plus efficace étant une mesure régulière du poids avec un calcul de l'IMC, mais on peut également utiliser le questionnaire MNA.

Comme la plupart des syndromes gériatriques il faut rechercher les causes curables telles que le mauvais état bucco-dentaire, la candidose, le syndrome dépressif ou les régimes restrictifs. Il faut prendre en compte l'environnement du malade : qui fait les courses ? qui prépare les repas ?

Des conseils tels que l'alimentation enrichie ou les compléments nutritionnels oraux peuvent être proposés et doivent être adaptés aux goûts et aux troubles de la déglutition potentiels.

Les escarres, sont des lésions cutanées d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (35).

L'escarre une fois installée est un facteur de risque infectieux majeur mais également une source de douleur importante aussi bien physique que morale.

De ce fait l'escarre entraîne une limitation de l'autonomie.

Les facteurs de risques sont nombreux dont certains évitables, l'utilisation d'échelles d'évaluation telle que l'échelle de Braden permet de déterminer le risque de développer une escarre.

Encore, une fois les facteurs de risques modifiables doivent être identifiés et traités (éviter la macération, assurer un équilibre nutritionnel, éviter les appuis prolongés en mobilisant le patient régulièrement...).

c. Le pôle de gériologie du CHU

Le pôle de gériologie clinique regroupe toutes les structures permettant de constituer une filière gériatrique complète.

La structure du pôle est la suivante :

- Un secteur d'Hospitalisation :
 - L'unité de médecine gériatrique post-urgences de l'hôpital Saint André (15 lits)
 - L'unité de médecine gériatrique 1 avec 30 lits dont 15 lits dans l'unité de Soins aigus Alzheimer à Xavier Arnozan
 - L'unité de médecine gériatrique 2 avec 30 lits dont 3 Lits identifiés de soins palliatifs (LISP) à Xavier Arnozan
 - L'Equipe mobile de gériatrie (dans la cité qui intervient en ville, aux urgences Pellegrin et Saint André, dans les services)
 - Les services de Soins de suite et de réadaptation gériatrique 1 et 2 avec chacun 40 lits à Xavier Arnozan
 - Les consultations mémoire et gériatrique de l'hôpital Xavier Arnozan et Lormont
 - L'Hôpital de jour à Xavier Arnozan

- Un secteur de Lieux de vie :
 - L'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Xavier Arnozan Les Jardins de l'Alouette avec 65 lits d'hébergements dont 6 lits d'hébergement temporaire et 7 places d'accueil de jour
 - EHPAD de Lormont (120 lits)
 - L'Unité de Soins de longue durée USLD (106 lits + 14 lits d'UHR dans les locaux de l'EHPAD de l'Alouette)

Les patients hospitalisés sur le pôle ont en moyenne 87 ans. Sur l'année 2016, 2056 patients ont été hospitalisés pour environ 2626 séjours comptabilisés.

Les patients externes vus en consultation ont en moyenne 84 ans et on dénombre 1453 patients avec 2439 venues.

3- L'hypnose et la gériatrie

a. Etudes

Concernant l'utilisation de l'hypnose en gériatrie, très peu d'études sont disponibles dans la littérature.

En 2002, Gay *et al.* évaluent l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge des douleurs liées à l'arthrose. Ils ont ainsi pu montrer une diminution de 50% des douleurs, toutefois la moyenne d'âge des patients sélectionnés était de seulement 65 ans (36).

En 2007, une étude de Lutgendorf *et al.* a pu montrer que l'âge n'influait pas l'efficacité de l'hypnose et que les sujets âgés pouvaient bénéficier de l'hypnose de la même façon que les sujets jeunes. Les patients inclus dans cette étude avaient entre 18 et 92 ans. En revanche ont été exclus de l'étude les sujets avec un MMS < 26, c'est-à-dire les sujets avec des troubles cognitifs (37).

Récemment en 2016, un essai contrôlé randomisé réalisé par Ardigo *et al.* concernant la douleur chez les patients âgés hospitalisés a permis de montrer une diminution de l'intensité de la douleur et de la dépression dans le groupe hypnose par rapport au groupe massage. Les patients inclus étaient âgés en moyenne de 80,6 ans mais encore une fois les sujets avec un MMS < 25 étaient exclus (38).

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude concernant les patients déments réalisée par Duff et Nightingale en 2007. Celle-ci a démontré que l'hypnose permettait une amélioration de la qualité de vie chez des patients déments en comparaison avec une prise en charge traditionnelle et des groupes de discussion. Toutefois le stade de démence n'était pas précisé (39).

Si l'hypnose apparaît comme un outil thérapeutique supplémentaire, les troubles attentionnels évolués ainsi que les troubles de l'audition constituent selon certains auteurs une entrave à l'induction classique (40).

Pour la première fois en 2014, dans un article spécifique concernant l'hypnose en gériatrie J Becchio s'est intéressé aux aidants des patients avec troubles cognitifs sévères. On voit apparaître le fait que l'hypnose ne profite pas seulement au patient mais également aux soignants et aux aidants (41).

Récemment un article de Cordi *et al.* concernant le sommeil chez les sujets âgés a montré que l'hypnose permettait une amélioration du sommeil et par cet intermédiaire une amélioration des fonctions cognitives liées à la qualité du sommeil. On note que la moyenne d'âge des patients inclus était de 67,10 ans (42).

En 2016, Benjamin A. Parris (Université de Bournemouth au Royaume-Uni) a réalisé une revue de la littérature concernant la comparaison de l'utilisation de l'hypnose à l'effet placebo. Il explique que la région préfrontale a un rôle important dans la suggestion (ce qui explique que les sujets âgés qui subissent une atrophie du cortex préfrontal suite au vieillissement sont plus ouverts à la suggestion).

Les recherches utilisant la stimulation magnétique transcrânienne ont montré que l'effet placebo nécessite la participation du cortex préfrontal alors qu'à l'inverse les suggestions hypnotiques sont plus efficaces lorsque le cortex préfrontal est hypoactif. L'hypnose et l'effet placebo n'utilisent donc pas les mêmes circuits neuronaux (43).

Au final, il existe très peu d'études concernant l'utilisation de l'hypnose chez les sujets âgés en particulier chez ceux atteints de troubles cognitifs.

b. Historique de la formation à Bordeaux et au CHU

La formation hypnose a débuté sur Bordeaux avec la création du DU Hypnose en 2007 (2^{ème} DU d'hypnose de France). Créé par le Dr Fabrice Lakdja de l'institut Bergonié, il a permis depuis sa création la formation d'environ 280 soignants avec 149 médecins toutes spécialités confondues dont 6 gériatres, 24 dentistes, 31 IADE (Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat) et IDE (Infirmière Diplômée d'Etat), 26 Internes, 4 kinésithérapeutes, 5 pharmaciens et 14 sages-femmes.

Depuis 2015, la formation a évolué en DIU (Diplôme Inter Universitaire) commun avec les universités de Montpellier 1 et Paris Sud, coordonnée par le Pr François Sztark du CHU de Bordeaux et le Dr Sylvie Colombani de l'institut Bergonié

Le DIU s'adresse aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ainsi qu'aux IADE, IDE, kinésithérapeutes, psychologues universitaires titulaires du DU « Formation des professionnels de la santé à la prise en charge de la douleur ».

La formation est réalisée sur un an à raison d'environ 90 heures réparties en cours théoriques et exercices pratiques.

D'autre part, le CFPPS du CHU de Bordeaux a mis en place une formation hypnose en 2011 sur l'initiative de Nathalie Robinson, cadre de santé formée au DU d'hypnose. Ces formations sont assurées en majorité par des intervenants du DIU ou qui ont une pratique régulière de l'hypnose, après évaluation de leurs capacités à enseigner.

Il existe 2 types de formations :

- Les formations « catalogues » qui sont des formations types accessibles à tous les professionnels soignants issus de structures publiques, associatives et privées avec une formation complète de 8 jours
- Une formation à l'hypnose conversationnelle sur 2 jours et une formation à l'hypnoanalgésie en 2 niveaux de 4 et 3 jours.

Puis les formations « intra-muros » ont été créés. Elles sont construites sur la base des formations catalogues et des projets de pôles, de services ou d'établissements.

Pour le CHU ces formations sont demandées par les pôles et sont adaptées aux spécialités (Pôle pédiatrie, Pole gérontologie, Pôle cardio-thoracique, service de radiothérapie ou encore Pôle imagerie).

Depuis sa création en 2013, le nombre de formations concernant l'hypnose a évolué, passant d'une session de formation à 36 sessions en 2017 réparties en 19 sessions pour le CHU, 13 hors CHU et 4 formations catalogues.

Au total depuis la création de la formation du CFPPS, 839 soignants ont été formés, 335 hors CHU et 504 au sein du CHU.

Le premier pôle du CHU à avoir bénéficié d'une formation à l'hypnose est le pôle pédiatrique en 2012 grâce à une subvention de la Fondation « Apicil agir contre la douleur » complété par un financement du CHU.

Le CHU a eu la volonté de développer l'hypnose médicale en favorisant l'accès à la formation continue, et en soutenant les projets de services.

La pérennisation de la formation des professionnels reste actuellement un objectif du CHU (44).

Au total entre 2013 et 2017, 488 soignants ont bénéficié d'une formation au CHU par le biais du CFPPS.

A savoir, 26 soignants en pédiatrie, 109 soignants en gériatrie, 77 en Imagerie, 30 en Oncologie, 34 en médecine, 33 en cardio-thoracique et également aux urgences, au bloc opératoire ou en néphrologie.

De plus en plus de soignants ont été formés à l'hypnose mais se sont ensuite retrouvés seuls dans leur pratique. C'est ainsi qu'est né l'idée du groupe Hyp-Hop (Hypnose Hôpital), créé en 2015 sous l'égide du CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur). Le groupe est constitué d'un bureau pluridisciplinaire de 14 personnes formées à l'hypnose issues de la majorité des pôles.

211 personnes formées à l'hypnose médicale participent au groupe. Une mailing list permet les échanges d'informations tels que les articles récents, les congrès à venir.

2 réunions plénières ont lieu chaque année avec des informations sur l'actualité de l'hypnose, des retours d'expériences, l'apprentissage de nouvelles pratiques.

Depuis avril 2016 ces réunions sont valorisées en Développement Professionnel Continu.

C'est à l'initiative du groupe Hyp-Hop que l'onglet hypnose dans le logiciel DxCare® a été créé permettant ainsi aux personnes réalisant une séance d'hypnose de transmettre les outils utilisés aux autres soignants susceptibles de réaliser une séance. (Annexe 3)

Des conférences d'information au sujet de l'hypnose destinées aux personnes non formées sont organisées une fois par an par Hyp-Hop.

Un annuaire avec l'ensemble des personnes ressources est en cours d'élaboration avec pour objectif d'avoir un référent hypnose par service.

A la demande de l'Association des Carabins de Bordeaux et dans l'objectif de faire une sensibilisation à l'hypnose médicale aux étudiants en médecine, trois conférences de 2h ont été organisées à la faculté de médecine de Bordeaux en 2017.

Les intervenants principaux ont été le Pr Sztark, le Dr Marie Floccia, le Dr Myriam Cadenne et le Dr Sylvie Colombani.

La première conférence sur les bases de la neuroscience et l'éthique a réuni près de 1000 personnes, la seconde permettait une première approche de l'hypnose conversationnelle et a réuni environ 200 personnes. Enfin, la troisième a permis aux étudiants de découvrir différents retours d'expériences.

c. La formation sur le pôle de gériatrie

La première personne à s'être intéressée à l'hypnose en gériatrie sur le pôle est le Dr Marie Floccia. Elle a bénéficié en 2010/2011 d'une formation par le DU (Diplôme Universitaire) Hypnose et a pu appliquer cette nouvelle technique lors de sa consultation douleur chronique personnes âgées.

Au vu des résultats jugés satisfaisants, elle a également utilisé l'hypnose aux urgences dans le cadre de l'équipe mobile de gériatrie.

C'est ainsi qu'est née l'idée d'un projet de pôle autour de l'hypnose.

En 2013, la première infirmière formée sur le pôle de gériatrie est Myriam Prigent travaillant en USLD. Elle a bénéficié de la formation du CFFPS (Centre de Formation Permanente des Personnels de Santé) de 8 jours. Elle utilise alors l'hypnose pour les soins douloureux mais aussi pour « faire voyager les patients ».

Avec le soutien de la chef de pôle (le Pr Rainfray) et de la cadre supérieure (Mme Baudinet) en 2014, une formation spécifique à la gériatrie est créée au CFPPS. Elle est orientée vers la prévention des douleurs associées aux soins et les troubles du comportement.

La formation s'organise sur cinq jours, axée sur la douleur aiguë ou induite ainsi que les troubles du comportement, c'est le niveau 1.

Depuis 2016, un niveau 2 sur trois jours a été créé, afin d'approfondir les connaissances acquises lors de la première formation. Cette session est axée sur l'anxiété et l'induction rapide. Le pôle de gériatrie a également instauré des groupes d'analyse de pratiques (reconnus Evaluation des Pratiques Professionnelles) tous les 4 mois afin d'échanger sur les pratiques et expériences de chacun en hypnose.

Au total, 49 soignants étaient formés sur le pôle à l'issue de la session de formation de 2016.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Si l'hypnose existe depuis des siècles, l'imagerie fonctionnelle a permis d'apporter une valeur scientifique et d'accroître la légitimité de la pratique de l'hypnose. C'est ainsi que l'hypnose à visée thérapeutique se développe de plus en plus dans le milieu médical.

En gériatrie, l'hypnose apparaît comme une évidence en permettant d'éviter la iatrogénie et la polymédication.

Toutefois, les études concernant les sujets âgés sont peu nombreuses particulièrement lorsqu'il s'agit de patients avec des troubles cognitifs.

On peut alors se poser la question de la faisabilité de l'hypnose chez les patients déments ou avec de multiples déficits sensoriels.

Le manque d'études concernant l'hypnose et le sujet âgé (qu'il ait des troubles cognitifs ou non) a inspiré ce travail de thèse.

Depuis 2012, le CHU de Bordeaux favorise l'utilisation de l'hypnose thérapeutique en permettant la formation des soignants.

Plus particulièrement, sur le pôle de gériatrie clinique, environ 49 soignants étaient formés à l'hypnose fin 2016 et 44 de plus à ce jour (juillet 2017).

Par ce travail nous avons voulu observer l'utilisation de l'hypnose sur le pôle de gériatrie en analysant les différentes caractéristiques des séances réalisées telles que la durée, le lieu de réalisation ou l'indication de la séance, la technique utilisée, mais aussi les canaux prépondérants utilisés et la présence d'une zone sécurisée définie ou non.

Les données étant rares concernant les sujets avec des troubles cognitifs, nous avons également comparé les caractéristiques des séances réalisées chez les patients avec ou sans troubles cognitifs.

De plus, certains articles mettent en avant le bénéfice de l'hypnose pour les soignants. Nous nous sommes donc intéressés au vécu des soignants pratiquant l'hypnose.

L'objectif principal de cette étude était **d'observer les caractéristiques des séances d'hypnose réalisées sur le pôle de gériatrie** et de **comparer les caractéristiques des séances d'hypnose chez les sujets avec ou sans troubles cognitifs**.

Les objectifs secondaires étaient :

- **De comparer les caractéristiques des séances chez les patients communicants ou non**
- **D'évaluer l'opinion et la satisfaction des soignants formés à l'hypnose vis-à-vis de ce nouvel outil par le biais d'un questionnaire.**

Le critère de jugement principal était **l'utilisation de l'hypnose chez les patients ayant des troubles cognitifs**.

Le critère de jugement secondaire était **l'utilisation de l'hypnose chez les patients non communicants**.

MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de notre étude était d'observer les caractéristiques des séances d'hypnose réalisées sur le pôle de gériatrie et de comparer les caractéristiques des séances d'hypnose chez les sujets avec ou sans troubles cognitifs.

Pour améliorer l'interprétation des données dans le cadre de cette thèse, n'étant pas formée à la pratique de l'hypnose j'ai bénéficié de 2 jours de la formation hypnose du CFPPS et assisté à une des réunion hypnose du pôle de gériatrie.

1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive prospective réalisée sur le pôle de gériatrie du CHU de Bordeaux et complétée par un questionnaire de satisfaction rétrospectif auprès des soignants.

2. Population étudiée

a. Le questionnaire DxCare® :

Ont été inclus dans cette étude les patients :

- Hospitalisés, vus en consultation ou résidants sur le pôle de gériatrie
- Ayant bénéficié de séance d'hypnose

N'ont pas été inclus les patients :

- Les patients ayant bénéficié de séances d'hypnose en dehors du pôle de gériatrie.
- Les patients dont les séances n'ont pas été tracées dans l'onglet DxCare®

b. L'enquête de satisfaction :

Ont été inclus dans cette étude :

- Les soignants du pôle de gériatrie ayant bénéficié d'une formation à l'hypnose

Ont été exclus :

- Les soignants dont les coordonnées fournies étaient erronées
- Les soignants formés à l'hypnose n'appartenant pas au pôle de gériatrie

3. Lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique menée sur le pôle de gériatrie du CHU de Bordeaux.

Le pôle de gériatrie comprend 2 services de médecine, le service de médecine post-urgence, 2 services de SSR, l'Hôpital de jour, les consultations gériatriques et mémoire, 2 EHPAD, un

service d'USLD et l'activité des 3 Equipes Mobiles de Gériatrie. Soit au total 155 lits d'hospitalisation et 305 lits d'hébergements.

4. Source des données

a. Le questionnaire DxCare®

Les patients sélectionnés pour l'étude avaient été vus en consultation, hospitalisés ou résidaient sur le pôle de gériatrie et ont bénéficié d'une séance d'hypnose au moins sur une période de 6 mois (du 1^{er} septembre 2016 au 1^{er} mars 2017).

La date de recueil des questionnaires hypnose de DxCare® a été retenue comme étant la date de début de l'étude. (Annexe 3)

La liste des questionnaires concernés a été recueillie par le biais de l'équipe Pilotage et Analyse de Données (PAD) du CHU sur la période voulue.

Les données contenues dans les questionnaires ont été complétées et vérifiées de façon rétrospective par la lecture des compte-rendus disponibles sur le serveur informatique hospitalier DxCare®.

Parmi ces données étaient recensées les caractéristiques démographiques et les caractéristiques de la séances (durée, indication, technique, précision d'une zone sécurisée et canaux prépondérants).

Ce questionnaire a été modifié pour l'étude en ajoutant les items : troubles cognitifs oui ou non, communicant oui ou non.

La case CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux : acte CPAM pour l'hypnoanalgésie) disponible sur le questionnaire ne pouvant être cochée que par un médecin nous avons choisi de ne pas l'utiliser pour le recueil de données.

b. L'enquête de satisfaction

Pour la diffusion du questionnaire de satisfaction nous avons principalement utilisé les adresses mails fournies par le CFPPS.

3 relances pour rappel sur une période de 3 mois du 21 mars au 21 juin ont été envoyées par mail. Nous avons également distribué le questionnaire en version papier lors d'une réunion hypnose du pôle le 24 mai 2017.

Les réponses ont été obtenues soit par transfert numérique, soit par support papier.

5. Aspect éthique

Il s'agit d'une étude observationnelle, et non interventionnelle, par analyse des données recueillies dans le cadre de soins courants du pôle de gériatrie.

L'ensemble des informations a été recueilli en vue d'optimiser la prise en charge du patient.

Aucune information spécifique n'a été fournie aux patients inclus. Néanmoins, les données ont été anonymisées conformément à l'éthique médicale.

Il n'y a pas eu de demande auprès du CPP, la recherche étant non interventionnelle et ayant été mise en œuvre avant l'initiation de la loi Jardé.

En ce qui concerne la partie questionnaire soignant, les soignants ont été informés de l'utilisation de leurs réponses dans le cadre de ce travail de thèse.

6. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé en deux étapes.

a. Une première partie des données a été recueillie de manière prospective sur l'onglet DxCare®, ces données concernaient :

- Date et heure
 - Nom et prénom, fonction (concernant le soignant ayant renseigné le questionnaire)
- Données concernant le patient :
 - Données **démographiques** (âge, sexe...)
 - **Lieu** d'hospitalisation/consultation/hébergement
 - **Troubles cognitifs** : cet onglet a été rajouté pour les besoins de l'étude. Le soignant la remplissait en fonction de la connaissance du patient.
 - Communicant : de même
- **Durée de la séance** d'hypnose : par fourchette entre 0 et 15 minutes jusqu'à > 90 minutes
- **Indication** :
 - Détournement d'attention
 - Visée antalgique
 - Anxiolytique
 - Insomnie
 - Soins palliatifs
 - Addiction
 - Hypnoalgésie
 - Hypnosédation
- **Technique** utilisée entre Hypnose conversationnelle et Transe hypnotique
- **Zone sécurisée** précisée ou pas
- **Canaux prépondérants** utilisés :
 - Auditif
 - Gustatif
 - Kinesthésique
 - Olfactif
 - Visuel
- Commentaires libres

Nous avons informé par mail les soignants du pôle formés à l'hypnose du recueil en cours en leur précisant de bien vouloir renseigner le questionnaire DxCare® lors de chaque utilisation de l'hypnose.

Nous avons également envoyé une procédure rappelant comment accéder au questionnaire sur le logiciel afin de faciliter l'utilisation de l'outil. (Annexe 4)

b. Dans un second temps, nous avons réalisé un questionnaire de satisfaction soignants avec des données anonymes tels que : (Annexe 5)

- **Formation** professionnelle : Infirmier(e), Psychologue, Ergothérapeute, Aide-soignant(e), Kinésithérapeute, Cadre de santé, Médecin
- **Niveau de formation** à l'Hypnose : Niveau 1 du CFPPS, niveau 1 et 2 du CFPPS, DU/DIU
- Puis 10 questions à choix multiples avec pour chaque question les réponses suivantes possibles :
 - Oui complètement
 - Oui en partie
 - Non pas vraiment
 - Non pas du tout
 - Ne sait pas
 - Pensez-vous que l'hypnose vous a permis de prendre en charge de façon plus efficace vos patients ?
 - Pensez-vous que certains soins n'auraient pas pu être réalisés sans l'utilisation de l'hypnose
 - Pensez-vous que l'utilisation de l'hypnose pour les soins douloureux apporte un confort supplémentaire :
 - Au patient ?
 - Au soignant ?
 - L'utilisation de l'hypnose a-t-elle changé vos relations avec vos collègues de travail ?
 - Arrivez-vous à diffuser ce que vous avez appris à vos collègues ? et si non pourquoi ?
 - Pensez-vous que l'hypnose (conversationnelle par exemple) est un outil supplémentaire dans la communication avec les familles des patients ?
 - La formation à l'hypnose a-t-elle changé quelque chose dans votre vie personnelle ?
 - Pensez-vous que l'hypnose conversationnelle soit devenue naturelle dans votre communication au quotidien ?
- Et enfin des questions ouvertes avec réponse libre :
 - Quels sont **les freins** rencontrés à l'utilisation de l'hypnose dans votre pratique ?
 - Par rapport à l'onglet DxCare® et à votre utilisation de l'hypnose (y compris conversationnelle) combien de fois avez-vous pensé à remplir l'onglet DxCare® ?

L'ensemble des données collectées ont ensuite été retranscrites au moyen de l'outil informatique Excel® afin de permettre leur représentation dans un tableau.

7. Analyse statistique et interprétation des données

Pour répondre à l'objectif principal, nous avons mené dans un premier temps des analyses descriptives.

Les variables quantitatives ont été représentées en moyenne avec leur écart-type.

Les variables qualitatives ont été quant à elles décrites au moyen de fréquences.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisée par le Dr Sophie Duc

Les données récupérées ont été codées dans le logiciel Excel et comparées à partir de tableaux croisés dynamiques.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide de tests du Chi-2 lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5 et à l'aide de tests exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs ou égaux à 5. Le seuil de significativité retenu était $p=0.05$. Le logiciel utilisé est SAS 9.3.

RESULTATS

Partie 1 : Etude prospective observationnelle : questionnaires DxCare®

1) Description de la population

a. Caractéristiques de l'échantillon

111 questionnaires hypnose ont été inclus dans notre étude, concernant 60 patients différents du 1^{er} Septembre 2016 au 1^{er} mars 2017.

Il y avait en moyenne 1,85 questionnaires par patient (écart type 1,45).

Un seul des questionnaires n'a pas été inclus car il n'a pas pu être retrouvé sur DxCare®. Nous avons choisi d'interpréter chaque questionnaire de façon individuelle étant donné que pour un même patient les séances pouvaient être différentes.

b. Données sociodémographiques

L'âge moyen des patients était de 85,62 ans avec un écart type de 8,05.

88 questionnaires (79,28%) concernaient des femmes, 22 (19,82%) des hommes.

c. Données cliniques

- *Troubles cognitifs*

63 questionnaires (59,43%) ont été réalisés chez des patients présentant des troubles cognitifs contre 43 (40,57%) chez des patients sans troubles cognitifs. Pour un même patient la réponse à la question troubles cognitifs oui ou non obtenait toujours la même réponse à chaque questionnaire.

5 questionnaires n'ont pas été renseignés.

- *Communication*

Concernant les troubles de la communication, 91 patients (88,35%) étaient en capacité de communiquer, 12 (11,65%) ne l'étaient pas. A savoir que la réponse était identique pour un même patient au cours des différentes séances.

Il manquait 8 questionnaires.

2) Réalisation des séances

- *Nombre de séances*

On retrouve en moyenne 1,7 séances par patients chez les patients avec des troubles cognitifs et 2,3 pour les patients sans troubles cognitifs.

- *Lieu de réalisation de la séance*

Les questionnaires remplis concernaient majoritairement les services de médecine et long séjour (Figure 5).

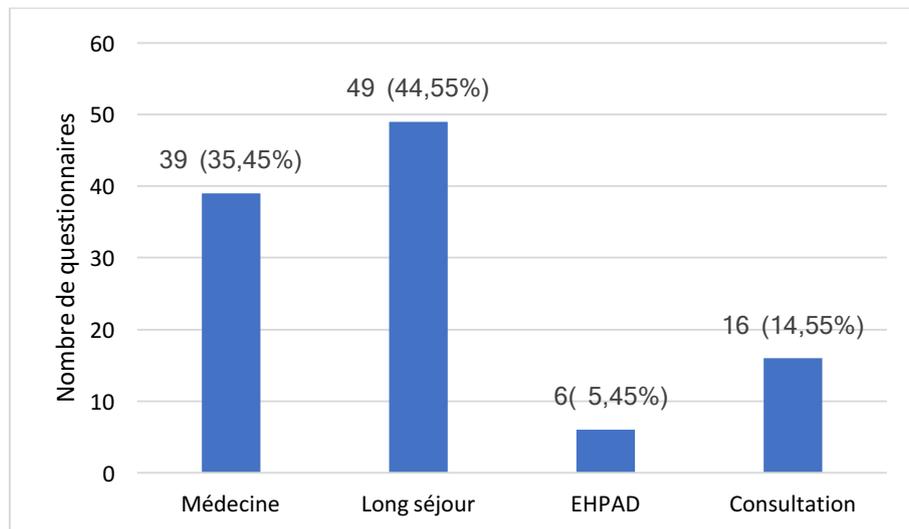


Figure 5 : Lieux de réalisation des séances (n=110)

- *Profession de la personne réalisant la séance :*

Les séances étaient réalisées en plus grande partie par les psychologues puis par les infirmières. Les séances réalisées par les aides-soignants représentaient 7,27% des séances, celles réalisées par les médecins 4,55% et les cadres de santé 0,91% (Figure 6). Pour une séance le renseignement n'était pas disponible.

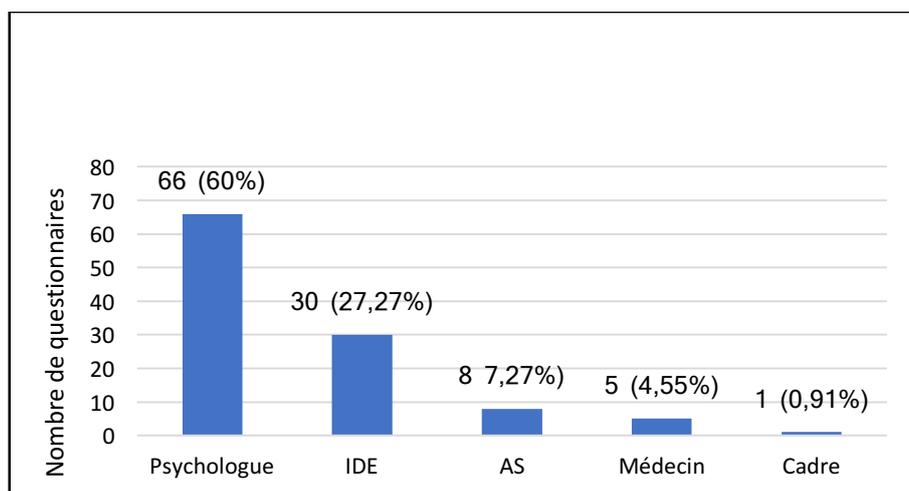


Figure 6 : Profession de la personne ayant réalisé la séance n=110

3) Caractéristiques des séances

- *Durée de la séance*

Les plus fréquentes étaient les séances de 15-30min et de 30-45 minutes (Tableau 1). Dans 6 questionnaires la durée de la séance n'était pas précisée.

Durée de la séance	0-15min	15-30min	30-45min	45-60min
Nombre de questionnaires (N= 105)	19 (18,10%)	48 (45,71%)	26 (24,76%)	12 (11,43%)

Tableau 1 : Durée des séances

- *Indication de la séance*

Les indications des séances peuvent être multiples lors d'une même séance.

On comptabilise 52 séances à visées anxiolytiques, 43 à visées antalgiques, 25 pour du détournement d'attention, 15 en contexte de soins palliatifs, 5 pour insomnie et enfin 5 séances pour d'autres indications que celles proposées. A noter que dans les indications autres, pour 4 des séances il était précisé une préparation au déménagement de lieu de vie (dans le cadre des travaux à Xavier Arnozan). (Figure 7)

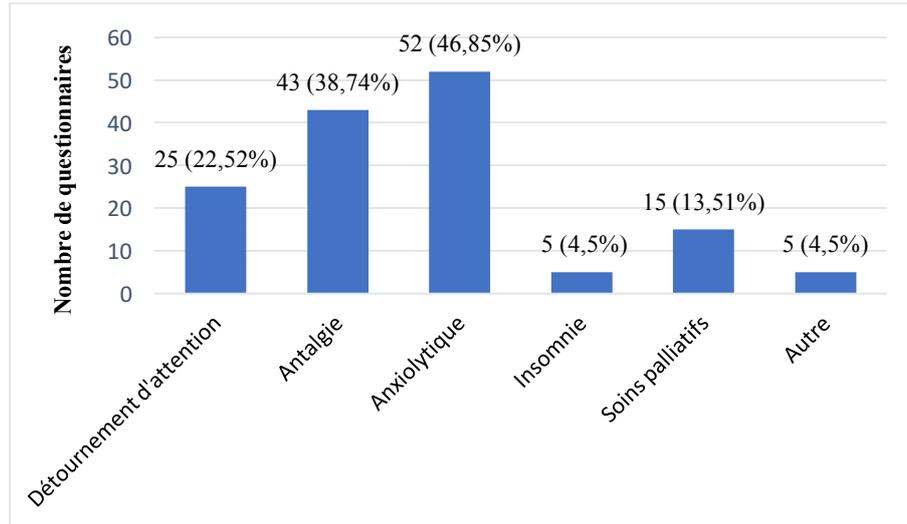


Figure 7 : Indications des séances

- *Technique utilisée :*

Concernant la technique utilisée, la majorité des séances a été réalisée avec une transe toutefois, pour 27 des séances la technique utilisée n'était pas précisée. (Tableau 2)

Technique	Conversationnelle	Transe
Nombre de questionnaires N=84	33 (39,29%)	51(60,71%)

Tableau 2 : *Technique utilisée lors des séances d'hypnose*

- *Zone sécurisée précisée*

La zone sécurisée a pu être précisée pour 68 séances (61,82%).

Parmi les 68 zones sécurisées précisées certaines reviennent fréquemment telle que la plage ou l'environnement habituel du patient, son domicile. (Tableau 3)

La plage (<i>Finistère, La corse, Bayonne, plage de son enfance, Polynésie</i>)	18
Son environnement, son domicile (<i>sa chambre, son appartement à Arcachon</i>)	13
La forêt, un jardin	10
Fauteuil de jardin ou de son salon avec des coussins confortables	7
Voyage (<i>tour de la France, Paris, la Suisse</i>)	6
Montagne (<i>marche en montagne, les Pyrénées</i>)	2
La pêche (<i>dans la nature</i>)	2
Autres (<i>chansons de son époque, le bal de sa jeunesse, la campagne, le ciel bleu, Alger lieu de son enfance, travail sur les zones sécurisées des précédentes séances</i>)	10

Tableau 3 : *Zones sécurisées utilisées en séance d'hypnose*

- *Canaux prépondérants utilisés :*

Le canal prépondérant le plus utilisé est le canal visuel avec 64,86% des questionnaires concernés. Viennent ensuite les canaux auditif et kinesthésique. En sachant que plusieurs canaux peuvent être utilisés dans une même séance. (Tableau 4).

Canal prépondérant	Auditif	Gustatif	Kinesthésique	Olfactif	Visuel
Nombre de questionnaires N=111	64 (57,66%)	7 (6,31%)	61(54,95%)	31 (27,93%)	72 (64,86%)

Tableau 4 : *Canaux prépondérants utilisés*

- Nombre de canaux utilisés :

En sachant que plusieurs canaux peuvent être utilisés au cours d'une même séance, on constate que pour 28,72% des séances un seul canal est utilisé (27 séances).

Le moins souvent les 5 canaux sont utilisés 2,13% (2 séances). (Tableau 5)

Nombre de canaux utilisés	1 canal	2 canaux	3 canaux	4 canaux	5 canaux
Nombre de questionnaires N= 94	27 (28,72%)	20 (21,28%)	22 (23,40%)	23 (24,47%)	2 (2,13%)

Tableau 5 : Nombre de canaux utilisés au cours d'une séance

4) Analyse sur le critère de jugement principal : Comparaison des caractéristiques des séances en fonction des troubles cognitifs

	Troubles cognitifs	Pas de troubles cognitifs	
Profession de la personne ayant réalisé la séance (n= 106)			p= 0,0750
Psychologue	36 (33,96%)	27 (25,47%)	
IDE	15 (14,15%)	15 (14,15%)	
AS	7 (6,60%)	0	
Médecin	4 (3,77%)	1 (0,94%)	
Cadre de santé	1 (0,94%)	0	
Lieu de réalisation de la séance (N=106)			p= 0,0239
Médecine	15 (14,15%)	21 (19,81%)	
Long séjour	32 (30,19%)	17 (16,04%)	
EHPAD	5 (4,72%)	0	
Consultation	11 (10,38%)	5 (4,72%)	
Durée de la séance (N= 102)			p=0,0074
0-15 min	9 (8,82%)	9 (8,82%)	
15-30 min	32 (31,37%)	14 (13,73%)	
30-45 min	17 (16,67%)	9 (8,82%)	
45-60 min	2 (1,96%)	10 (9,80%)	
Technique (N= 83)			p=0,0008
Conversationnelle	24 (28,92%)	8 (9,64%)	
Transe	19 (22,89%)	32 (38,55%)	
Zone sécurisée précisée (N=106)			p=0,6286
Oui	41 (38,68%)	26 (24,53%)	
Non	22 (20,75%)	17 (16,04%)	
Nombre de canaux utilisés (N= 93)			p=0,0474
1	15 (16,13%)	12 (12,90%)	
2	16 (17,20%)	3 (3,23%)	
3	11 (11,83%)	11 (11,83%)	
4	12 (12,90%)	11 (11,83%)	
5	0	2 (2,15%)	

Tableau 6 : Caractéristiques des séances d'hypnose en fonction de la présence ou non de troubles cognitifs

- *Profession de la personne réalisant la séance :*

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les patients avec ou sans troubles cognitifs concernant la profession de la personne réalisant la séance ($p=0,0750$). (Tableau 6)

- *Lieu de réalisation de la séance*

Il existe une différence statistiquement significative entre les lieux de réalisation des séances ($p=0,0239$).

La majorité des séances réalisées chez des patients avec troubles cognitifs sont réalisées en service de Long séjour : 32 séances réalisées en long séjour chez des patients avec troubles cognitifs soit 30,19% de l'ensemble des séances d'hypnose réalisées. (Tableau 6).

Les séances réalisées chez les patients sans troubles cognitifs sont plus fréquentes en service de médecine : 21 séances (19,81%).

- *Durée de la séance*

Il existe une différence statistiquement significative entre la durée d'une séance chez un patient avec troubles cognitifs et celle chez un patient sans troubles cognitifs.

Les séances de 15-30 minutes sont plus fréquentes chez les patients avec des troubles cognitifs ($p=0,0074$) (Tableau 6).

Les séances longues 45-60 minutes sont plus fréquentes chez les sujets sans troubles cognitifs, 10 séances (9,80%).

- *Indication de la séance*

Lorsqu'on compare indépendamment chaque indication en fonction de la présence ou non de troubles cognitifs, on retrouve une différence statistiquement significative pour les indications détournement d'attention ($p=0,0166$) et anxiolytique ($p=0,0235$).

- Détournement d'attention :

Il y a statistiquement plus de séances pour le détournement d'attention chez les patients avec des troubles cognitifs que chez ceux qui n'en ont pas ($p=0,0166$).

Chez les patients avec des troubles cognitifs on utilise généralement plus souvent l'hypnose pour d'autres indications que le détournement d'attention.

	Séance réalisée pour du détournement d'attention	Séance réalisée pour une autre indication que le détournement d'attention	
Troubles cognitifs	20 (18,87%)	43 (40,57%)	p= 0,0166
Pas de troubles cognitifs	5 (4,72%)	38 (35,85%)	

Tableau 7 : Comparaison de l'indication « détournement d'attention » avec ou sans troubles cognitifs (N= 106)

- Antalgie :

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative ($p=0,3030$) concernant l'indication antalgie chez les sujets avec ou sans troubles cognitifs.

L'indication antalgie est utilisée pour 23 patients avec des troubles cognitifs (21,70%) et pour 20 patients sans troubles cognitifs (18,87%).

- Anxiolytique :

Les patients avec des troubles cognitifs ont statistiquement plus de séances pour des indications autres que l'anxiolyse ($p=0,0235$). (Tableau 8)

	Séance à visée anxiolytique	Séance pour une autre indication qu'anxiolytique	
Troubles cognitifs	24 (22,64%)	39 (36,79%)	p= 0,0235
Pas de troubles cognitifs	26 (24,53%)	17 (16,04%)	

Tableau 8 : Comparaison de l'indication « anxiolytique » en fonction des troubles cognitifs (N= 106)

- Insomnie :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour l'indication insomnie ($p= 1$).

- Soins palliatifs :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sujets avec ou sans troubles cognitifs pour l'indication soins palliatif ($p=0,0771$).

- Autre :

En comparant la présence ou non de troubles cognitifs dans l'indication autre on ne retrouve pas de différence statistiquement significative ($p=0,0728$).

- *Technique utilisée*

Il existe une différence statistiquement significative pour la technique utilisée selon la présence de troubles cognitifs ou non ($p= 0,0008$)

L'hypnose conversationnelle est plus utilisée chez les patients avec des troubles cognitifs

Au contraire, la transe est plus utilisée chez les patients sans troubles cognitifs. (Tableau 6)

- *Zone sécurisée précisée*

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative sur la précision de la zone sécurisée en fonction des troubles cognitifs ($p= 0,6286$). (Tableau 6).

Toutefois on peut retrouver une différence significative entre les différentes catégories de zone sécurisée chez les patients avec ou sans troubles cognitifs ($p=0,0007$).

La zone sécurisée « plage » est plus utilisée chez les patients sans troubles cognitifs.

En revanche, les zones sécurisées « son environnement » « forêt, jardin » « fauteuil confortable » sont plus utilisées chez les patients avec des troubles cognitifs.

	Troubles cognitifs	Pas de troubles cognitifs
La plage (<i>Finistère, La corse, Bayonne, plage de son enfance, Polynésie</i>)	4 (5,97%)	14 (20,90%)
Son environnement, son domicile (<i>sa chambre, son appartement à Arcachon</i>)	7 (10,45%)	5 (7,46%)
La forêt, un jardin	9 (13,43%)	1 (1,49%)
Fauteuil de jardin ou de son salon avec des coussins confortables	7 (10,45%)	0 (0%)
Voyage (<i>tour de la France, Paris, la Suisse</i>)	5 (7,46%)	1 (1,49%)
Montagne (<i>marche en montagne, les Pyrénées</i>)	2 (2,99%)	0 (0%)
La pêche (<i>dans la nature</i>)	1 (1,49%)	1 (1,49%)
Autres (<i>chansons de son époque, le bal de sa jeunesse, la campagne, le ciel bleu, Alger lieu de son enfance, travail sur les zones sécurisées des précédentes séances</i>)	6 (8,96%)	4 (5,97%)

Tableau 9 : Comparaison des zones sécurisées en fonction des troubles cognitifs ($N=67$)

- *Canaux prépondérants*

Si l'on compare indépendamment chaque canal en fonction des troubles cognitifs, on retrouve des résultats statistiquement significatifs pour 2 des canaux : olfactif et visuel.

- Canal olfactif :

Les patients avec des troubles cognitifs ont statistiquement plus souvent un canal prépondérant autre qu'olfactif ($p= 0,0183$). (Tableau 10)

	Olfactif	Non olfactif	
Troubles cognitifs	13 (12,26%)	50 (47,17%)	p=0,0183
Pas de troubles cognitifs	18 (16,98%)	25 (23,58%)	

Tableau 10 : Comparaison de la prépondérance du canal olfactif en fonction des troubles cognitifs ($N= 106$)

- Canal visuel :

On retrouve une différence statistiquement significative ($p=0,0288$).

Les sujets sans troubles cognitifs ont généralement un canal visuel prépondérant. (Tableau 11)

	Visuel	Non visuel	
Troubles cognitifs	37 (34,91%)	26 (24,53%)	p=0,0288
Pas de troubles cognitifs	34 (32,08%)	9 (8,49%)	

Tableau 11 : Comparaison de la prépondérance du canal visuel en fonction des troubles cognitifs (N= 106)

- *Nombre de canaux :*

Il existe une différence statistiquement significative concernant le nombre de canaux utilisés en fonction des troubles cognitifs (p= 0,0474).

L'utilisation des 5 canaux est très peu fréquente et encore moins chez les patients avec des troubles cognitifs. (Tableau 6)

5) Critère de jugement secondaire : comparaison des caractéristiques des séances en fonction des patients communicants ou non

Pour rappel, 12 questionnaires au total ont concerné des patients non communicants.

		Communicant (N=91)	Non communicants (N=12)	
Durée de la séance (N=99)				p= 0,2956
	0-15 min	14 (16,09%)	3 (25,00%)	
	15-30 min	40 (45,98%)	4 (33,33%)	
	30-45 min	21 (24,14%)	5 (41,67%)	
	45-60 min	12 (13,79%)	0	
Indication de la séance				
N=103	Détournement d'attention	25 (27,47%)	0	p= 0,0362
	Autre que le détournement d'attention	66 (72,53%)	12 (100%)	
N=103	Anxiolytique	49 (53,85%)	0	p= 0,0003
	Autre qu'anxiolytique	42 (46,15%)	<u>12 (100%)</u>	
N=102	Soins palliatifs	7 (7,69%)	<u>7 (58,33%)</u>	p=0,000098
	Autre que soins palliatifs	84 (92,31%)	5 (41,67%)	
Canaux prépondérants				
N=103	Kinesthésique	49 (53,85%)	<u>12 (100%)</u>	p= 0,013
	Autre que kinesthésique	42 (46,15%)	0	
N=103	Olfactif	24 (26,37%)	7 (58,33%)	p= 0,0402
	Autre qu'olfactif	67 (73,63%)	5 (41,67%)	

Tableau 12 : Caractéristiques des séances chez les patients communicants et non communicants

- *Durée de la séance* :

Il n'y a pas de différences significatives concernant la durée de la séance selon que les patients soient communicants ou non. (Tableau 12)

- *Indication de la séance :*

Il existe une différence statistiquement significative entre les patients communicants ou non pour les indications détournement d'attention ($p= 0,0362$), anxiolytique ($p= 0,0003$) et soins palliatifs ($p= 0,0001$).

- Détournement d'attention

Le détournement d'attention est plus utilisé chez les patients communicants, 25 séances (25,47%) que chez les patients non communicants, aucune séance ($p= 0,0362$).

L'hypnose pour le détournement d'attention n'est jamais utilisée chez les patients non communicants. (Tableau 12)

- Anxiolytique

L'indication anxiolytique est statistiquement plus utilisée chez les patients communicants 49 séances (53,85%) que chez les patients non communicants (aucune séance) ($p= 0,0003$).

L'hypnose à visée anxiolytique n'est jamais utilisée chez les patients non communicants. (Tableau 12)

- Soins Palliatifs

Chez les patients communicants les indications autres que les soins palliatifs sont plus utilisées (84 séances soit 92,31%) que chez les patients non communicants (5 séances, 41,67%) ($p= 0,000098$). (Tableau 12)

L'indication soins palliatifs est plus souvent utilisée chez les patients non communicants (7 séances, 58,33%) que chez les patients communicants.

- *Canaux prépondérants :*

On retrouve une différence statistiquement significative pour les canaux prépondérants kinesthésique et olfactif chez les patients communicants ou non.

Pour les autres canaux la différence n'est pas statistiquement significative.

- Kinesthésique

Le canal kinesthésique est plus souvent prépondérant chez les patients non communicants 12 séances (100%) que chez les patients communicants 49 séances (53,85%). ($p= 0,013$).

(Tableau 12)

- Olfactif

Le canal olfactif est plus souvent non prépondérant chez les patients communicants (67 séances (73,63%) que chez les patients non communicants 5 séances (41,67%). ($p= 0,0402$).

En revanche, le canal olfactif est plus souvent prépondérant chez les patients non communicants 7 séances (soit 58,33% des séances réalisées chez les non communicants). (Tableau 12)

Partie 2 : Enquête de satisfaction : Questionnaire soignants

1) Données sociodémographiques

Sur les 49 soignants ayant reçu le questionnaire, 24 ont répondu (48,98%).

Parmi les questionnaires remplis, 10 l'ont été par des infirmier(e)s, 5 par des aides soignant(e)s, 3 par des cadres de santé, 4 par des psychologues, 1 par un médecin et 1 par un(e) ergothérapeute.

2 des personnes ayant répondu ont bénéficié de la formation par le DU/DIU, 7 ont bénéficié de la formation niveau 1 du CFPPS et 15 de la formation Niveau 2.

2) Questions fermées

Pour rappel le questionnaire dans son intégralité est disponible en annexe (Annexe 5), les réponses « oui complètement » étaient plutôt en faveur d'une satisfaction du soignant et les réponses « non pas du tout » plutôt en faveur d'une insatisfaction.

	Oui complètement	Oui en partie	Non pas vraiment	Non pas du tout	Ne sait pas
Prise en charge plus efficace des patients (N= 24)	9 (37,5%)	14 (58,33%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,17%)
Soins qui n'auraient pas pu être réalisés sans l'hypnose (N=24)	8 (33,33%)	14 (58,33%)	1 (4,17%)	0 (0%)	1 (4,17%)
Soins douloureux : confort supplémentaire au patient (N=24)	16 (66,67%)	8 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Soins douloureux : confort supplémentaire au soignant (N=24)	15 (62,5%)	9 (37,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Changement des relations avec les collègues (N=24)	3 (12,5%)	15 (62,5%)	5 (20,83%)	1 (4,17%)	0 (0%)

Diffusion des connaissances (N=23)	4 (17,39%)	17 (73,91%)	1 (4,35%)	0 (0%)	1 (4,35%)
Outil dans la communication avec les familles (N=24)	14 (58,33%)	8 (33,33%)	1 (4,17%)	0 (0%)	1 (4,17%)
Changements dans la vie personnelle (N=23)	6 (26,09%)	15 (65,22%)	1(4,35%)	0 (0%)	1 (4,35%)
L'hypnose conversationnelle façon de naturelle de communiquer (N=22)	11 (50%)	11 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Oui complètement	Oui en partie	Non pas vraiment	Non pas du tout	Ne sait pas

Tableau 13 : Nombre de réponses aux questions à choix multiples

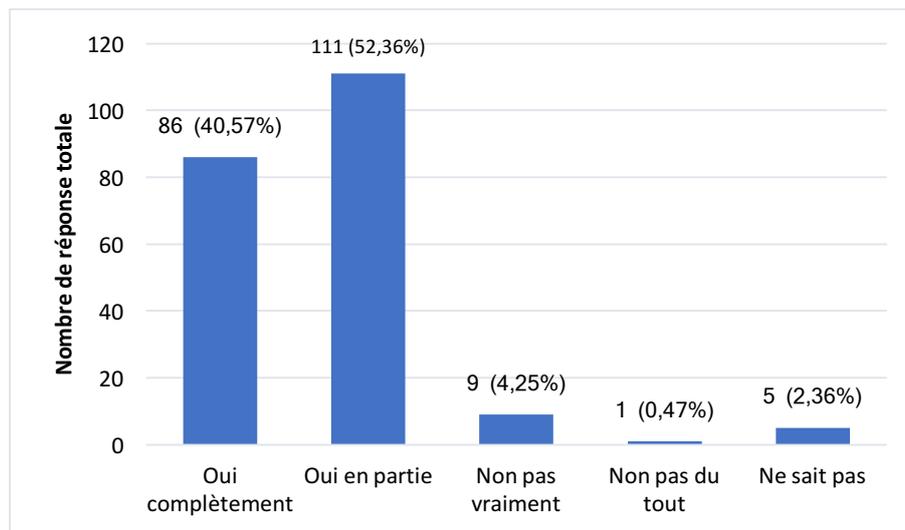


Figure 8 : Nombre de réponses totales à l'ensemble des questions fermées (N=212)

Les réponses aux questions fermées étaient majoritairement « oui complètement » et « oui en partie », en faveur d'une satisfaction des soignants.

3) Questions ouvertes

a. « Quels sont les freins rencontrés à l'utilisation de l'hypnose dans votre pratique ? »

Nous avons obtenu différentes réponses telles que :

Freins à la pratique de l'hypnose (N= 20)	
Aucun	4 (20%)
Le temps	10 (50%)
Les troubles cognitifs	4 (20%)
Etre dérangé pendant la séance/environnement bruyant	4 (20%)
Le manque de confiance en soi	2 (10%)
Le manque de pratique	2 (10%)
La surdité	1 (5%)
Les autres soignants réfractaires	1 (5%)
Le lieu de pratique	1 (5%)
La charge de travail	1 (5%)
La manque de personnel	1 (5%)
La peur de l'échec	1 (5%)
Le manque de disponibilité psychologique du soignant	1 (5%)

Tableau 14 : Freins à la pratique de l'hypnose

Nous avons regroupé ces différentes réponses en 5 catégories, plusieurs réponses différentes étaient possibles pour cette question (N=20) :

Aucun	4 (20%) dont 1 IDE, 2 psychologues, 1 médecin
Liés à la structure (Le temps, le lieu de pratique, la charge de travail, le manque de personnel)	13 (65%) dont 8 IDE, 2 AS, 1 Cadre, 1 Psychologue, 1 ergothérapeute
Liés au soignant qui pratique (Le manque de pratique, le manque de confiance en soi, la peur de l'échec, le manque de disponibilité psychologique du soignant)	6 (30%) dont 3 IDE, 2 AS, 1 Ergothérapeute
Liés au patient (Troubles cognitifs, surdité)	5 (25%) dont 3 IDE, 2 AS
Liés aux autres soignants (Autres soignants réfractaires, être dérangé pendant la séance, environnement bruyant)	5 (25%) dont 4 IDE, 1 Ergothérapeute

Tableau 15 : Regroupement des freins à la pratique de l'hypnose par catégories

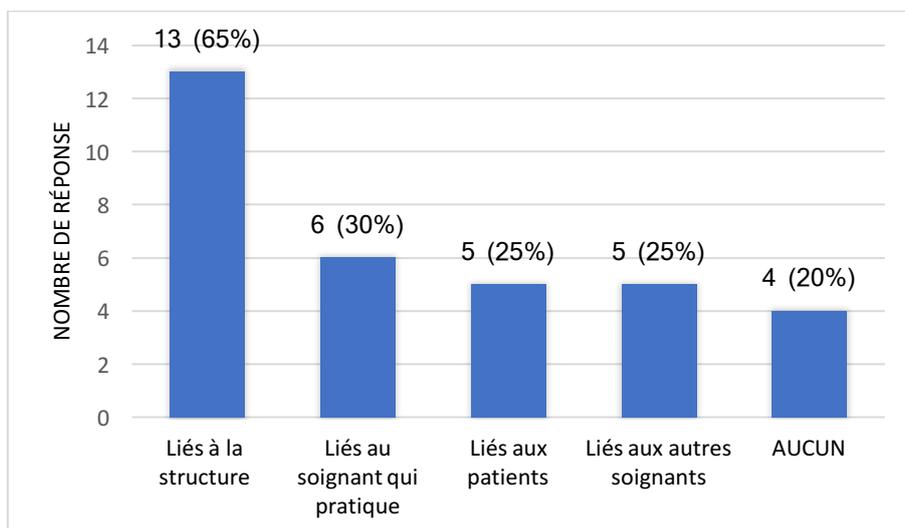


Figure 9 : Freins à la pratique de l'hypnose évoqués par les soignants (N= 20)

Les freins majeurs rencontrés sont ceux liés à la structure. On trouve ensuite les freins liés au soignant qui pratique. Enfin, les freins liés aux patients sont évoqués aussi souvent que ceux liés aux autres soignants.

On remarque que dans 20% des réponses il n'y a aucun frein à la pratique de l'hypnose. (Figure 9)

- b. « Par rapport à l'onglet DxCare® et à votre utilisation de l'hypnose : Pour 10 utilisations d'hypnose (y compris conversationnelle) combien de fois avez-vous pensé à remplir l'onglet DxCare® ? »

La moyenne de réponse à cette question est de 4 sur 10 (écart type 3,81).

Avec :

- Des réponses entre 0 et 4 pour 15 (75%) soignants.
- Des réponses entre 5 et 10 pour 5 (25%) soignants.

A noter pour les soignants ayant répondu que le temps était le principal frein, on retrouve pour cette question une moyenne de 2,66 sur 10 (écart type 2,32).

Certains soignants ont ajouté des commentaires libres (annexe 6).

DISCUSSION

Partie 1 : Synthèse des principaux résultats

1) Etude prospective observationnelle : questionnaires DxCare ®

a. Caractéristiques des séances d'hypnose

Sur les 111 questionnaires remplis sur la période de 6 mois, on retient comme caractéristiques principales des séances d'hypnose réalisées sur le pôle de gériatrie du CHU :

- L'âge moyen des patients est de 85,62 ans avec une majorité de femmes
- Il y avait en moyenne 1,85 questionnaires par patient
- La plupart des séances sont réalisées chez des patients avec des troubles cognitifs
- Les séances sont réalisées en majorité dans les services de long séjour
- Le plus souvent par des psychologues
- La durée d'une séance est le plus souvent entre 15 et 30 minutes
- L'indication la plus fréquente est l'anxiété
- La technique la plus utilisée est l'hypnose formelle (la transe)
- La zone sécurisée est le plus souvent précisée et est majoritairement la plage
- Le canal prépondérant le plus fréquemment retrouvé est le canal visuel

b. Analyse sur le critère de jugement principal : comparaison des caractéristiques des séances en fonction des troubles cognitifs

Avec cette comparaison nous avons voulu déterminer s'il existe des différences significatives concernant les caractéristiques des séances d'hypnose chez les patients avec des troubles cognitifs comparativement aux sujets sans troubles cognitifs.

En moyenne les patients avec des troubles cognitifs bénéficient de 1,7 séances par patient et les patients sans troubles cognitifs 2,3 séances chacun.

Les différences sont significatives pour :

- Le lieu de réalisation de la séance : les séances chez les patients avec des troubles cognitifs sont réalisées plus souvent en long séjour alors que les séances chez les patients sans troubles cognitifs sont réalisées généralement en médecine.
- Les patients avec des troubles cognitifs ont le plus souvent des séances de 15-30 minutes alors que les patients sans troubles cognitifs ont plutôt des séances de 45-60 minutes.
- Pour certaines indications on retrouve une différence statistiquement significative :
 - o Pour le détournement d'attention : c'est une indication plus fréquente des séances d'hypnose chez les patients avec des troubles cognitifs comparativement aux patients sans troubles cognitifs.
Chez les patients avec des troubles cognitifs, l'indication de la séance est plus souvent une autre que le détournement d'attention.
 - o Pour l'indication anxiolytique, on remarque que chez les patients avec des troubles cognitifs l'indication est le plus souvent une autre qu'anxiolytique.

- La technique la plus utilisée chez les patients avec des troubles cognitifs est l'hypnose conversationnelle alors que chez les patients sans troubles cognitifs c'est la transe.
- Chez les patients avec des troubles cognitifs le canal olfactif est le plus souvent non prépondérant. Les patients sans troubles cognitifs utilisent plus souvent le canal visuel.

c. Analyse sur le critère de jugement secondaire : comparaison des caractéristiques des séances en fonction des possibilités de communication

Malgré le petit effectif, on retrouve tout de même des données significatives.

- Les différences statistiquement significatives concernent certaines indications.
 - o Le détournement d'attention est plus utilisé chez les patients communicants et n'est jamais utilisé pour les patients non communicants.
 - o L'hypnose dans le traitement de l'anxiété est plus utilisée chez les patients communicants et n'est jamais utilisée chez les patients non communicants.
 - o L'indication de la séance chez les patients communicants est plus souvent une autre qu'une indication palliative.
- Les différences sont significatives pour certains canaux prépondérants :
 - o Le canal kinesthésique est plus souvent prépondérant chez les patients communicants. En revanche, on voit que chez tous les patients non communicants étudiés ce canal a aussi été utilisé.
 - o Le canal olfactif n'est pas un canal utilisé chez les patients communicants.

2) Enquête de satisfaction : les questionnaires soignants

L'enquête de satisfaction soignant, révèle que la réponse aux questions fermées était le plus souvent « oui complètement » et « oui en partie » en faveur d'une satisfaction des soignants. Un des commentaires libre étant : « la pratique de l'hypnose en gériatrie apporte une belle amélioration de la prise en soins! » (Annexe 6)

La question concernant les freins à la pratique de l'hypnose révèle que 4 des 24 soignants ne trouvent aucun frein à la pratique de l'hypnose.

Les freins majoritaires évoqués sont ceux liés à la structure (le temps, le lieu de pratique, la charge de travail, le manque de personnel). On retrouve ensuite des freins liés au soignant qui pratique, au patient et aux autres soignants.

Les freins sont également abordés dans les commentaires libres : « Le manque de temps n'est pas un critère car l'hypnose m'en fait gagner sur mon temps de travail. » (Annexe 6)

La question évaluant le nombre de questionnaires DxCare® remplis pour 10 séances réalisées retrouve une moyenne de 4. Par rapport à leur pratique de l'hypnose, les soignants remplissent le questionnaire DxCare® moins de la moitié des fois où ils pratiquent une séance d'hypnose. « L'hypnose est devenue tellement habituelle que je ne pense plus toujours à le noter. » (Annexe 6)

Partie 2 : Critiques de l'étude

1) Les limites

Notre étude présente certaines limites :

La limite principale est la définition de notre critère de jugement principal. Nous avons choisi d'étudier les patients avec des troubles cognitifs, pour cela nous avons fait ajouter au questionnaire DxCare® troubles cognitifs oui ou non.

Toutefois, la présence de troubles cognitifs a été laissée à la seule appréciation du soignant réalisant la séance. Les données concernant les MMS n'ayant pu être retrouvées pour tous les patients dans le dossier informatique.

Nous n'avons donc pas de précision concernant la sévérité des troubles cognitifs.

A noter que le CHU permet aux soignants qui travaillent en gériatrie de bénéficier d'une formation spécifique qui leur permet d'approfondir leurs connaissances sur la prise en soin des patients déments. La formation intitulée "Personnes âgées démentes et dépressives" est réalisée par le Dr Cnokaert, médecin gériatre au CH de Beauvais et permet d'apporter certaines notions concernant les sujets âgés.

Au vu de la difficulté à recueillir le questionnaire DxCare®, en partie en raison du temps, il n'était pas envisageable de demander en plus aux soignants une évaluation cognitive de tous les patients.

De la même façon, le critère de jugement secondaire communicant ou non a été laissé à l'appréciation du soignant réalisant la séance sans plus de précisions. Nous n'avons donc pas d'information concernant la raison de l'absence de communication.

Nous pouvons également évoquer le faible effectif de notre étude. Il paraît difficile pour certaines questions de déterminer s'il n'existe pas de différence statistiquement significative ou si le faible effectif ne permet pas de montrer cette différence.

On note également que nous n'avons recueilli que les questionnaires de séances réussies, aucun échec de l'hypnose ne fait l'objet d'un questionnaire. Ceci s'explique probablement par le fait qu'en hypnose on ne parle jamais d'échec, toute séance étant positive.

De plus, concernant les canaux prépondérants il est difficile de savoir si c'est le canal prépondérant ou le canal utilisé qui est renseigné par les soignants. Il est probable que les soignants aient plutôt renseigné le canal le plus facile à utiliser que le canal prépondérant chez le patient.

Pour les différences non significatives entre les canaux prépondérants on peut penser que c'est soit du fait du petit effectif, soit du fait de l'absence de différence cliniquement pertinente entre les patients avec ou sans troubles cognitifs.

Concernant le questionnaire de satisfaction moins de la moitié des soignants ont répondu. On peut imaginer qu'il existe un biais de sélection, et que les soignants ayant répondu sont ceux satisfaits de l'outil hypnose ou qui l'utilisent le plus.

Enfin, la multiplicité des sujets étudiés dans une même étude a entraîné des petits effectifs pour certaines analyses. Ces petits effectifs ne permettent pas toujours de tirer de conclusion. Cependant au vu de l'absence de données de la littérature concernant l'hypnose chez les patients âgés et d'autant plus chez les sujets avec des troubles cognitifs, ces résultats restent intéressants à analyser.

Personnellement, je ne suis pas encore formée à la pratique de l'hypnose ce qui a pu compliquer l'interprétation de certaines données. Toutefois, j'ai assisté à 2 journées de la formation du CFPPS ainsi qu'à une des réunions hypnose du pôle de gériatrie.

2) Les points forts

C'est la première fois que l'on s'intéresse aux caractéristiques des séances d'hypnose chez les patients âgés et surtout ceux avec des troubles cognitifs. Très peu d'études dans la littérature abordent ce sujet, les sujets avec des troubles cognitifs ayant le plus souvent été exclus.

C'est aussi une des rares études qui prend en compte les patients non communicants, même si l'effectif est faible.

Si on considère que le questionnaire DxCare® n'a pas été rempli pour toutes les séances d'hypnose réalisées ces résultats sont d'autant plus encourageants et témoignent d'une véritable utilité de l'hypnose sur le pôle de gériatrie.

Avec cette étude nous permettons aux soignants de s'exprimer sur leur vécu de l'hypnose et leur satisfaction globale. Leurs réponses sont en faveur d'une pérennisation de la formation des soignants à l'hypnose.

3) Les hypothèses

a. Caractéristiques des séances

Dans notre étude la moyenne d'âge des patients était de 85,62 ans, comparable aux patients du pôle dont la moyenne d'âge est de 85,69 pour l'année 2016.

Les indications les plus fréquentes retrouvées ont été l'anxiété et l'antalgie, ce sont effectivement des indications que l'on peut retrouver dans les études concernant l'hypnose :

Les études les plus fréquentes sont celles concernant l'hypnose et la douleur.

Dans l'article de Stoelb *et al.* (13) sont référencées de nombreuses études concernant l'hypnose et la douleur. Cette revue de la littérature conclue que l'hypnose est souvent plus efficace comparée à l'absence de traitement ou aux traitements standards.

De même dans l'étude sur les douleurs thoraciques non cardiaques (15) dans le groupe hypnose la douleur était diminuée de 80% contre 23% dans le groupe contrôle. Dans l'essai randomisé de Jensen *et al.* (17) après 10 sessions de formation à l'autohypnose chez des patients atteints de SEP on retrouvait une diminution significative de l'intensité de la douleur.

Certaines études ont également étudié l'efficacité de l'hypnose sur l'anxiété. Dans l'étude d'Harandi *et al.* (19) concernant les brûlés, dans le groupe hypnose les scores de douleur et d'anxiété avaient diminué par rapport au groupe témoin.

Lang *et al.* (20) ont étudié l'hypnose lors d'une procédure de radiologie interventionnelle. L'intensité douloureuse demeurait stable dans le groupe hypnose alors qu'elle augmentait dans les autres groupes. L'anxiété diminuait davantage dans le groupe hypnose par rapport au groupe traitement standard.

En 2006 Lang *et al.* (45) ont mis en évidence une différence statistiquement significative de l'évolution de l'anxiété avec une supériorité de l'hypnose par rapport aux groupes contrôles.

Dans notre étude, on remarque que l'hypnose formelle est plus fréquemment utilisée que l'hypnose conversationnelle. On peut expliquer ce phénomène par le manque de cotation de l'hypnose conversationnelle. En effet, cette technique utilise des méthodes de communication que les personnes formées à l'hypnose finissent par utiliser au quotidien sans même s'en rendre compte, ce qui est rapporté par les soignants au quotidien.

Par exemple, lors d'une des réunions hypnose sur le pôle de gériatrie, une des aides-soignantes de l'EHPAD de l'Alouette a dit : « Moi je n'utilise jamais l'hypnose finalement, je n'arrive pas vraiment à l'appliquer. » Un peu plus tard dans la réunion, elle nous dit : « quand je fais la toilette de Mme X, nous partons ensemble au bord de la rivière ».

Cette aide-soignante utilisait l'hypnose conversationnelle pour la toilette sans même s'en rendre compte en utilisant le vocabulaire de l'eau et en utilisant les canaux kinesthésique, auditif et visuels.

Dans notre étude, la zone sécurisée est le plus souvent précisée. En effet la définition d'une zone sécurisée avant le début de la séance permet aux soignants d'utiliser le vocabulaire adapté afin de conduire le patient dans cette zone où il se sent en sécurité. C'est un outil précieux dans la pratique de l'hypnose, la précision dans le questionnaire DxCare® permet alors aux autres soignants de réutiliser cette zone sans avoir à réinterroger le patient. Aucune étude sur ce sujet n'a été retrouvée dans la littérature pour comparaison.

Le canal visuel est le plus utilisé dans notre étude, probablement car c'est le plus accessible pour les soignants. Nous n'avons pas trouvé d'autres études concernant les canaux utilisés en hypnose.

Nous remarquons également une moindre utilisation des canaux olfactif et gustatif, ceci peut s'expliquer par un besoin de matériel supplémentaire.

Alors que les canaux visuel, kinesthésique et auditif peuvent être utilisés avec les éléments environnants le canal olfactif nécessite d'avoir à portée de main des odeurs ou parfums agréables ce qui n'est pas toujours le cas à l'hôpital. Il serait intéressant de pouvoir bénéficier d'huiles essentielles dans les services.

Pour ce qui est du canal gustatif, si certains aliments disponibles à l'hôpital pourraient être utilisés, un médecin pratiquant l'hypnose m'a rapporté : « ils sont tellement détendus en séance d'hypnose que j'ai peur qu'ils ne fassent une fausse route ».

b. Comparaison des patients avec ou sans troubles cognitifs

Notre étude a permis de déterminer certaines différences entre les patients avec des troubles cognitifs et ceux n'en ayant pas.

Nous pourrions difficilement comparer ces résultats à ceux de la littérature, puisque pour le moment très peu d'études concernant l'hypnose ont inclus des sujets déments.

La seule étude clinique concernant l'hypnose et les patients âgés déments est celle de Simon Duff et Daniel Nightingale (39). Dans cette étude les auteurs ont évalué sept critères de qualité de vie chez des patients. Les patients ont reçu une séance hebdomadaire d'hypnose pendant une durée de 9 mois.

Dans cette étude le groupe hypnose concernait seulement 6 patients avec un âge moyen de 77,2 ans, soit un effectif beaucoup plus petit que notre étude et des patients plus jeunes.

Les patients ont reçu une séance hebdomadaire sur une durée de 9 mois alors que nos patients ne recevaient en moyenne que 1,7 séances chacun sur une période de 6 mois, lié probablement à la durée d'hospitalisation.

Comme dans notre étude, le stade de démence n'était pas précisé. Toutefois on peut supposer que les patients étaient moins altérés dans cette étude puisqu'ils ont bénéficié de séances longues (en moyenne 1h20) et de transe formelle ce qui est rarement le cas de nos patients. Les patients avec des troubles cognitifs dans notre étude ont plus souvent bénéficié de séance courte et d'hypnose conversationnelle alors que ceux sans troubles cognitifs ont eu des séances de transe hypnotique plus longues. En effet comme le soulignent Floccia et Bidalon dans leur article (46) les séances d'hypnose chez les patients déments sont généralement assez courtes et se résument parfois à un petit moment d'échanges du fait des capacités attentionnelles moindre. Ce moment n'est ni une transe, ni de l'hypnose conversationnelle stricto sensu, les auteurs ont choisi de parler de « communication hypnotique adaptée aux troubles cognitifs sévères ». Les soignants du pôle de gériatrie ont été formés à ce type de communication, qui est probablement coté hypnose conversationnelle dans le questionnaire.

Concernant les indications des séances, nous n'avons pas retrouvé d'article dans la littérature étudiant les indications des séances chez les sujets âgés avec des troubles cognitifs, nous ne pouvons donc pas comparer nos données.

Nous avons remarqué, que le détournement d'attention est plus utilisé chez les patients avec des troubles cognitifs que chez ceux qui n'en ont pas. Toutefois ce n'est pas l'indication la plus utilisée chez ces patients.

Le détournement d'attention est une indication préventive à mettre en place avant la survenue de symptômes tels que l'anxiété ou la douleur lors d'un soin.

On peut supposer qu'il est plus évident pour les soignants de réaliser une séance d'hypnose devant un symptôme déjà présent (douleur, anxiété, insomnie) chez un patient ayant des troubles cognitifs plutôt que d'anticiper et réaliser la séance avant même le début du soin.

De la même manière, l'anxiété étant plus difficile à évaluer et donc à prendre en compte chez les sujets présentant des troubles cognitifs, les séances à visée anxiolytiques sont moins fréquentes dans cette population. Néanmoins, il est très fréquemment décrit dans la littérature comme dans l'article de Derouesné sur les troubles du comportement dans la démence sévère (47), que l'anxiété chez ces patients se manifeste souvent par des troubles du comportement. On peut regretter l'absence d'items troubles du comportement dans les indications du questionnaire.

L'absence de différences dans les autres indications, laisse à penser que l'hypnose est utilisée de la même façon que les patients aient des troubles cognitifs ou non.

Concernant la précision de la zone sécurisée, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative chez les patients avec des troubles cognitifs par rapport à ceux qui n'en ont pas. La zone sécurisée peut être déterminée de la même façon que les patients aient des troubles cognitifs ou non.

En revanche on remarque une différence du type de zone sécurisée : la zone sécurisée plage est le plus souvent utilisée chez les patients sans troubles cognitifs. Peut-être peut-on imaginer que c'est parce que nous vivons dans une région proche de l'océan même si les plages citées ne sont pas toujours celles de la Gironde. De plus on peut imaginer que plus jeunes c'était une destination lors des vacances en famille. Pour les patients avec des troubles cognitifs, on retrouve plus souvent des zones sécurisées telles que leur environnement habituel, un fauteuil confortable ou encore un jardin. On peut imaginer que ces zones sécurisées sont souvent liées à l'environnement du patient qui cherche à retrouver ses repères habituels.

Concernant les canaux prépondérants, le canal olfactif n'est pas un canal prépondérant chez les patients avec et sans troubles cognitifs. Ce sont plutôt les autres canaux qui sont prépondérants, de façon encore plus marquée chez les patients avec des troubles cognitifs.

On peut effectivement discuter de la pertinence des renseignements de l'onglet DxCare®. Le canal olfactif est souvent prépondérant (comme la madeleine de Proust, *Du Côté de Chez Swan*) ce n'est pas pour autant qu'il est souvent utilisé. On peut à nouveau évoquer la nécessité d'avoir du matériel tel que des huiles essentielles sur soi pour utiliser ce canal sensoriel.

La prépondérance du canal visuel est comparable chez les patients avec ou sans troubles cognitifs. Lorsqu'on compare le canal visuel prépondérant à l'ensemble des autres canaux, la différence, et donc la prépondérance du canal visuel, paraît plus marquée chez les patients sans troubles cognitifs.

C'est certainement que le canal visuel est le plus simple à utiliser et peut s'appuyer sur l'environnement du patient au moment de la séance. A nouveau il est difficile de savoir si c'est le canal prépondérant ou le canal utilisé qui est renseigné par les soignants.

Nos résultats, tendent à montrer que globalement l'utilisation des canaux n'est pas très différente chez les patients avec des troubles cognitifs.

c. Comparaison des patients communicants ou non

Cette partie concerne un très petit effectif et ne permet pas de tirer de conclusion, toutefois il nous permet de déterminer quelques pistes de réflexions. L'absence de données dans la littérature à ce sujet ne permet pas de comparaison.

Les différences ont porté principalement sur les indications des séances et les canaux prépondérants.

On remarque que les indications détournement d'attention (généralement utilisée lors d'un soin potentiellement douloureux) et anxiolytique ne sont jamais utilisées chez les patients non communicants. On peut supposer, que ces indications ne sont pas utilisées car la douleur et l'anxiété sont des symptômes mal évalués et sous-estimés chez les patients dans l'incapacité de communiquer.

Le canal kinesthésique a été utilisé pour tous les patients non communicants. Si on considère la donnée « non communicant » comme purement verbal, on peut imaginer que le canal kinesthésique par le toucher et la respiration permet alors une communication non verbale.

d. Satisfaction des soignants

Le questionnaire de satisfaction permet de déterminer une majorité de réponses en faveur de la satisfaction des soignants vis-à-vis de l'hypnose.

Les études concernant les soignants vis-à-vis de leur pratique de l'hypnose sont peu nombreuses, toutefois toutes apportent des résultats similaires aux nôtres. En 2013, dans la revue médicale Suisse, Bertholet *et al.* (48) ont étudié l'impact de l'utilisation de l'hypnose sur le niveau de stress des soignants dans une cohorte prospective qualitative. Tous les soignants s'occupant de patients brûlés ont rempli un questionnaire évaluant l'impact de l'hypnose sur leur stress lors de la réalisation d'un soin douloureux, chez un patient algique, chez un patient anxieux ou chez un patient confus/agité. L'étude a montré une diminution statistiquement significative de la perception du stress lorsque les procédures étaient réalisées sous hypnose.

Dans son article « Hypnose et gériatrie », Becchio évoque également le bénéfice de l'hypnose pour les soignants (41).

Enfin, au congrès 2015 de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, Bidou *et al.* (49) ont décrit dans leur article une diminution du burnout chez les soignants pratiquant l'hypnose avec une diminution de la déshumanisation de la relation au patient et une augmentation de l'accomplissement personnel.

Dans notre questionnaire nous avons évalué la satisfaction des soignants concernant la prise en soins des patients mais également sur le plan personnel. On peut noter qu'une majorité des soignants ont remarqué des changements dans leur vie personnelle et dans leurs relations avec leurs collègues. Ces résultats, semblent concordants avec les quelques études qui montrent une diminution du burnout ou du stress chez les soignants qui utilisent l'hypnose.

On remarque que 20% des répondants ne trouvent aucun frein à la pratique de l'hypnose en milieu hospitalier en gériatrie.

Le temps apparaît comme le principal frein à la pratique de l'hypnose, ce qui semble concordant avec le petit nombre de réponses au questionnaire soignant.

Au final, les freins rencontrés à la pratique de l'hypnose étaient majoritairement liés à la structure et rarement liés aux patients dans notre étude. La pratique de l'hypnose en milieu hospitalier en gériatrie est donc rendue difficile par la structure et l'organisation et non pas par l'âge ou les troubles cognitifs.

Dans les commentaires libres du questionnaire, les soignants ont exprimé qu'au début de leur pratique de l'hypnose ils ne réussissent pas à faire à la fois le soin et la séance d'hypnose. Dans ce contexte le manque de temps peut effectivement être un frein à la pratique de l'hypnose.

Toutefois, avec l'entraînement il devient possible de réaliser la séance d'hypnose et le soin en même temps, l'hypnose permet alors un gain de temps puisque le soin est réalisé dans de meilleures conditions.

Enfin, la question concernant le nombre de questionnaires DxCare® remplis est plutôt encourageant puisqu'en moyenne les soignants n'ont remplis que 4 questionnaires pour 10 séances réalisées. On peut supposer que l'utilisation de l'hypnose sur le pôle est encore plus importante que ne le laissent à penser les résultats de cette étude.

5) Les perspectives

La première utilité de ce travail était de montrer l'utilisation de l'hypnose dans un pôle de gériatrie auprès de patients âgés et/ou ayant des troubles cognitifs ou de communication. Mais aussi d'en déterminer les caractéristiques après 2 ans ½ de formation des soignants. Ainsi, l'exemple du pôle de gériatrie de Bordeaux pourrait être reproduit dans les services de gériatrie d'autres centres hospitaliers en confirmant, non seulement que l'hypnose peut être utilisée chez les patients âgés avec ou sans troubles cognitifs, à condition d'y être formé. Mais aussi en donnant des pistes d'utilisation de l'outil : des durées plus courtes et de l'hypnose conversationnelle chez les patients avec des troubles cognitifs, des zones sécurisées liées à l'environnement habituel.

Dans un second temps, nous allons proposer au groupe Hyp-Hop une modification du questionnaire hypnose sur DxCare® afin de le rendre plus simple à remplir pour les soignants et ainsi favoriser l'utilisation.

Nous envisageons alors un questionnaire en deux parties, une première partie succincte avec les informations essentielles en quelques cases à cocher :

- Date
- Consultation externe ou hospitalisation
- Indications de la séance

Et une deuxième partie plus élaborée mais non obligatoire permettant d'ajouter des informations supplémentaires et des commentaires libres :

- Troubles cognitifs ou non
- Patients communicants oui ou non, pourquoi ne sont-ils pas en mesure de communiquer
- Durée
- Techniques
- Zone sécurisée
- Canaux

De plus, nous allons proposer d'intégrer les limites que nous avons notées :

- Correction des indications redondantes : antalgique et hypnoalgésie
- Ajout des indications manquantes : troubles du comportement

Le but de ce questionnaire étant d'une part de transmettre les informations utiles pour la réalisation de séances par d'autres soignants prenant en charge le patient et d'autre part de pouvoir un jour valoriser la pratique de l'hypnose

Enfin, la formation hypnose concerne également les soignants libéraux (médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes...) et ce questionnaire DxCare® pourrait alors permettre un partage des informations pour la continuité des soins après le retour à domicile des patients. Ce projet sera également présenté au groupe Hyp-Hop.

Sur le plan personnel, cette thèse a confirmé mon intérêt pour l'hypnose chez les sujets âgés. Je débute donc ma formation à l'hypnose avec le DIU « Hypnose Médicale, Clinique et Thérapeutique » à la rentrée 2017.

Je prévois d'utiliser l'hypnose dans ma pratique quotidienne et espère pouvoir contribuer au développement de cette pratique au centre Hospitalier de Périgueux dans lequel je vais exercer.

CONCLUSION

L'hypnose est un outil thérapeutique en pleine expansion, pour lequel il n'y a pas d'effets indésirables ni de risque de iatrogénie, c'est donc une alternative idéale chez les sujets âgés polymédiqués. A ce jour, les données de la littérature concernant l'hypnose chez le sujet âgés et d'autant plus lorsqu'il a des troubles cognitifs sont très rares.

Ainsi, notre étude a permis d'observer la réalisation des séances d'hypnose chez des patients âgés au CHU de Bordeaux et d'établir les caractéristiques des séances. Mais également de déterminer les spécificités des séances réalisées chez les patients avec des troubles cognitifs. On utilisera volontiers chez ces patients l'hypnose conversationnelle avec des séances plus courtes.

Certaines indications semblent être utilisées différemment chez les patients avec ou sans troubles cognitifs. Par exemple le détournement d'attention est plus souvent utilisé chez les patients avec des troubles cognitifs. Les zones sécurisées sont plus souvent orientées vers l'environnement habituel du patient et le confort lorsqu'il présente des troubles cognitifs.

Nous avons également pu déterminer certaines spécificités chez les patients non communicants avec par exemple l'utilisation du canal kinesthésique fréquente.

Certaines indications telles que le détournement d'attention et l'anxiolyse n'ont pas été utilisées chez nos patients non communicants. Il semble que ce soit plus par difficulté diagnostique vis-à-vis de ces symptômes que par rapport à l'efficacité de l'hypnose dans ces situations.

Concernant les soignants, nous retrouvons une satisfaction globale vis-à-vis de ce nouvel outil thérapeutique avec finalement des freins à la pratique principalement liés à la structure (le temps, la charge de travail, le manque de personnel...) mais finalement très peu liés à l'âge des patients ou leurs troubles cognitifs.

A l'image du pôle de gérontologie clinique du CHU de Bordeaux, l'utilisation de l'hypnose chez les sujets âgés devrait être encouragée même en présence de troubles cognitifs pour ainsi permettre une meilleure prise en soin sans risque de iatrogénie.

REFERENCES

- (1) Benhaïem J-M, Roustang F. Hypnose médicale. Paris: Med-Line éd.; 2012.
- (2) Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013 Nov;171(9):658–61.
- (3) Lleu J-C, Hamm P, Jouffroy L, Lleu J, Hartmann G, Lupescu R, et al. Hypnose en anesthésie : des origines à nos jours ? *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. avr 2009;13(2):145-50.
- (4) Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. *Kinésithérapie, la Revue*. juin 2015;15(162):14-9.
- (5) Rainville P, Duncan GH, Bushnell MC. Représentation cérébrale de l'expérience subjective de la douleur chez l'homme. 2000 [cité 5 août 2017]; Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1685>
- (6) Schulz-Stübner S, Krings T, Meister IG, Rex S, Thron A, Rossaint R. Clinical hypnosis modulates functional magnetic resonance imaging signal intensities and pain perception in a thermal stimulation paradigm. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2004;29(6):549-56.
- (7) Rainville P, others. L'expérience douloureuse et sa modulation cognitive: apport de l'imagerie cérébrale fonctionnelle. In: *Quatrième conférence de l'institut Upsa de la douleur Montpellier*. 2004.
- (8) Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. févr 2017 [cité 27 juill 2017]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763416306030>
- (9) Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*. 1999;82(2):159-71.
- (10) Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *Journal of cognitive Neuroscience*. 1999;11(1):110-25.
- (11) Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of cognitive neuroscience*. 2002;14(6):887-901.
- (12) Faymonville ME, Joris J, Lamy M, Maquet P, Laureys S. Hypnose: des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. In: *Conférence d'actualisations, Congrès SFAR*. 2005. p. 59-69.
- (13) Stoelb BL, Molton IR, Jensen MP, Patterson DR. The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary hypnosis*. 2009;26(1):24-39.

- (14) Roberts L, Wilson S, Singh S, Roalfe A, Greenfield S. Gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome: piloting a primary care-based randomised controlled trial. *British Journal of General Practice* 2006;56:115–21.
- (15) Jones H, Cooper P, Miller V, Brooks N, Whorwell PJ. Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut* 2006;55:1403–8.
- (16) Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A, Rull M. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain* 2007;11:463–8.
- (17) Jensen MP, Barber J, Romano JM, Molton IR, Raichle KA, Osborne TL, et al. A Comparison of Self-Hypnosis Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients With Multiple Sclerosis and Chronic Pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 26 févr 2009;57(2):198-221.
- (18) Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Wertz CR, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute* 2007;99:1304–12.
- (19) Harandi AA, Esfandani A, Shakibaei F. The effect of hypnotherapy on procedural pain and state anxiety related to physiotherapy in women hospitalized in a burn unit. *Contemporary Hypnosis* 2004;21:28–34.
- (20) Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *The Lancet*. avr 2000;355(9214):1486-90.
- (21) Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. Thérapies complémentaires (acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi) : leur place parmi les ressources de soins. Académie de Médecine. Rapport du 5 mars 2013. www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Therapies-complementaires1.pdf.
- (22) Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Expertise scientifique réalisée par l'unité Inserm U1178 à la demande du Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé), juin 2015.
- (23) Charte éthique de l'IFH - Institut Français d'Hypnose [Internet]. [cité 8 juill 2017]. Disponible sur: http://www.hypnose.fr/ifh/charte_ethique/
- (24) F. Lakdja, F. Sztark. Hypnose dans le contexte de l'anesthésie. EMC – Anesthésie-Réanimation 2017:1-9 [Article 36-330-A-10]
- (25) Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 13 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
- (26) Projections de population à l'horizon 2070 | Insee [Internet]. [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#consulter>

- (27) OMS | Vieillissement et santé [Internet]. WHO. [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- (28) Tabue-Teguo M, Simo N, Harmand MG-C, Cesari M, Avila-Funes J-A, Féart C, et al. Frailty in elderly: a brief review. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. juin 2017;(2):127-37.
- (29) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(3):M146-57.
- (30) Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*. 30 août 2005;173(5):489-95.
- (31) Belmin J, Collège national des enseignants de gériatrie (France), Collège français des enseignants en rhumatologie. *Gériatrie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2014.
- (32) Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept: (See Editorial Comments by Dr. William Hazzard on pp 794–796). *Journal of the American Geriatrics Society*. mai 2007;55(5):780-91.
- (33) Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2009 Avril. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_personnes_agees_synthese.pdf
- (34) Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée- Synthèse des recommandations [Internet]. 2007 Avril. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
- (35) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé- Recommandations (version courte) [Internet]. 2001 nov. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf
- (36) Gay M-C, Philippot P, Luminet O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of Pain*. 2002;6(1):1-16.
- (37) Lutgendorf SK, Lang EV, Berbaum KS, Russell D, Berbaum ML, Logan H, et al. Effects of age on responsiveness to adjunct hypnotic analgesia during invasive medical procedures. *Psychosomatic medicine*. 2007;69(2):191-9.
- (38) Ardigo S, Herrmann FR, Moret V, Déramé L, Giannelli S, Gold G, et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC geriatrics*. 2016;16(1):1.

- (39) DUFF S, NIGHTINGALE D. Alternative approaches to supporting individuals with dementia: enhancing quality of life through hypnosis. *Alzheimer's Care Today*. 2007;8(4):321-31.
- (40) Burlaud A. Hypnose en gériatrie : un outil thérapeutique supplémentaire. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. déc 2013;13(78):317-20.
- (41) Becchio J. Hypnose et gériatrie. *Les cahiers de l'année gérontologique*. avr 2014;6(1):6-11.
- (42) Cordi MJ, Hirsiger S, Mérillat S, Rasch B. Improving sleep and cognition by hypnotic suggestion in the elderly. *Neuropsychologia*. 2015;69:176-82.
- (43) Parris BA. The prefrontal cortex and suggestion: Hypnosis vs. placebo effects. *Frontiers in psychology* [Internet]. 2016;7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4812013/>
- (44) L'hypnose contre la douleur - CHU de Bordeaux [Internet]. L'hypnose contre la douleur - CHU de Bordeaux. [cité 2 août 2017]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>
- (45) Lang, E. V., K. S. Berbaum, et al. (2006). "Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy." *Pain* 126(1-3): 155-64.
- (46) Floccia M, Bidalon F. Au service de nos grands aînés. *Hypnose et gériatrie. Hypnose et thérapies brèves*. Aout 2017;(46).
- (47) Derouesné C. Les troubles du comportement dans les démences sévères. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 2005;3(1):5-13.
- (48) Bertholet O, Davadant M, Cromec I. L'hypnose intégrée aux soins. *Rev Med Suisse*. 2013;9:1646-9.
- (49) Bidou A, Specht G, Naudin D, Sergent JL, Brosseau B, Guinot M, et al. La pratique de l'hypnose en anesthésie diminue l'incidence du burnout des soignants. *Anesthésie & Réanimation*. sept 2015;1:A324.

ANNEXES

Annexe 1 : Charte éthique de l'Institut Français d'Hypnose :

L'Institut Français d'Hypnose propose des formations à la pratique thérapeutique de l'hypnose. Il est demandé aux étudiants formés par notre institut de souscrire à la charte éthique présentée ci-dessous :

Article 1.- L'intérêt et le bien-être du patient ou du sujet expérimental doivent toujours constituer un objectif prioritaire.

1.1.- L'hypnopraticien respectera les standards de relation patient-thérapeute qui correspondent au champ dans lequel la pratique de l'hypnose est impliquée.

1.2.- Des conditions de sécurité adéquates et l'accord informé du patient ou du sujet seront requis pour toute situation exposant le patient à un stress inhabituel ou à tout autre risque.

Article 2.- L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou pour l'activité de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.

Article 3.- L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.

Article 4.- L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques, sera proscrite.

Article 5.- L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées (cf. ci-dessus point 2) :

5.1.- L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels où doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose : Médecins, Dentistes, Psychologues, Infirmiers. Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste conditionné à l'obtention de la qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les professions paramédicales, la mise en place d'une structure de travail supervisée, selon

le champ d'application, par un hypnopratricien médecin, psychiatre, psychologue ou chirurgien-dentiste, est recommandée.

5.2.- La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est encouragée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement, il est demandé aux hypnopratriciens formés par l'I.F.H. d'éviter toute action (communications, publications, etc.) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant de celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec la magie et les para-sciences) et simpliste et incitant par là-même, à une pratique non qualifiée.

Annexe 2 : Petit glossaire d'hypnose

Canaux sensoriels (VAKOG) il est nécessaire de déterminer le (ou les) canal(aux) prépondérant(s) du patient.

- V=Visuel : fixation d'un point fixe par exemple.
- A=Auditif : concentration sur la voix du thérapeute, une musique ou même le silence
- K=kinesthésique ou cénesthésique : concentration sur une partie du corps, un mouvement du corps (la respiration) ou sur les zones contacts avec l'environnement
- O=Olfactif : concentration sur une odeur (utilisation d'huiles essentielles)
- G= gustatif : utilisation d'un goût connu ou apprécié

Hypnose formelle= transe= état hypnotique

Métaphores : La métaphore est une figure de style rhétorique construite sur l'analogie, sur le « comme si » ou « à l'image de ». Elle est utilisée en hypnose pour créer une connivence et rentrer dans le monde de son interlocuteur, car elle permet de s'adresser plus rapidement à l'inconscient : « ce bras qui devient lourd comme une barre de plomb, comme un poids qui pèse des tonnes... ».

La métaphore est une alternative à la réalité, chargée d'images et de symboles que le patient peut interpréter dans le sens qui lui convient le mieux. Elle précise la suggestion pour éclairer son propos, elle s'adresse à la représentation, au ressenti, à l'émotion et contribue à la dissociation. La métaphore n'a de sens que si elle est en accord avec l'histoire du patient.

Pacing : consiste à accorder notre comportement corporel et verbal à celui du sujet.

L'harmonisation de la respiration est une forme de pacing qui consiste pour le thérapeute à harmoniser sa respiration à celle du patient et à parler sur le temps expiratoire. Les mots importants sont prononcés en fin d'expiration.

Ratification : faire prendre conscience à la personne accompagnée de l'apparition d'un phénomène inconscient. Il faut donc observer tous les mouvements volontaires ou involontaires du sujet et les ratifier. Par exemple : le sujet bouge la main, « c'est parfait ».

Saupoudrage : Glisser au sein du discours des adverbes et adjectifs choisis pour susciter indirectement un état interne, le plus souvent en lien avec le calme et la détente. On insère ces mots discrètement d'une manière répétitive, en aménageant des silences autour du mot

Suggestion :

- Directe : affirmation autoritaire « dormez », « et vous pouvez oublier certaines parties de la séance pour ne garder en vous que ce qui est vraiment nécessaire de se rappeler ».
- Indirecte : suggestions dont l'objectif n'est pas formulé, s'adressant ainsi à l'inconscient c'est une évocation qui fait ressortir les ressources du sujet.
Ça peut être une suggestion ouverte « votre bras va devenir lourd ou léger », une suggestion composée utilisant un truisme « votre main devient plus légère pendant que je vous parle »

Truismes : évidence, banalité partagée par tout le monde à laquelle le sujet ne peut qu'approuver. « Votre dos est appuyé contre le fauteuil ».

Yes set : Technique de base d'Erickson fondée sur le recueil d'au moins 3 « oui » consécutifs à partir de truismes (vérités évidentes) c'est-à-dire de propositions avec lesquelles on ne peut être que d'accord « Vous sentez le contact de votre dos sur le fauteuil... vous avez les yeux ouverts... vous entendez ma voix ». Les truismes préparent le sujet à accepter les suggestions futures.

Annexe 4 : Procédure pour accéder à l'onglet hypnose sur DxCare®

- Dans le panneau latéral sélectionner synthèse

Accès à la synthèse

Fonctions Transversales

Mon Patient

Bulle Patient

Prise En Charge

Instructions

Autorisation de sortie

Déplacements

Suivi du recueil

Suivi de correspondance

Synthèse

Dossier en cours SC

Recherche de dossiers Patient

Recherche dossiers

Critères de recherche : Toutes les spécialités - Nom : TEST... DXCARE...

Glissez ici une ou plusieurs colonnes afin d'effectuer un regroupement

Poste/Lit/UH	NIP	Nom prénom	Nom	Date naissance
1936 / / 1936	0118568332	TEST DXCARE		25/12/1960
1937 / / 1937	0118568332	TEST DXCARE		25/12/1960

- Créer un nouveau questionnaire :

Création du recueil médical

- Cliquer sur l'outil ajouter le questionnaire



0118568332 - TEST DXCARE - M - 51 ans

12031559055 - 1936 - 02/04/2012 - (PEL Néphrologie)

01- PRINCIPALE

Vues Filtres DMC Tableaux Fonction

Filtre : 16- COURRIERS PATIENT

Antécédents et Allergies:

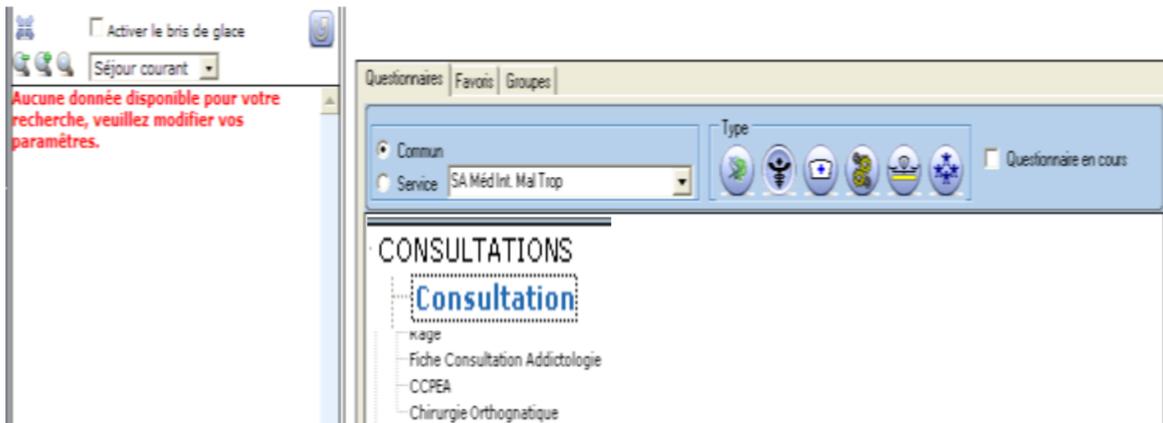
Ajouter un questionnaire

Antécédents médicaux

Antécédents pertinents

- Sélectionner le questionnaire « hypnose »

- Double cliquer sur le questionnaire souhaité



- L'onglet suivant s'affiche :

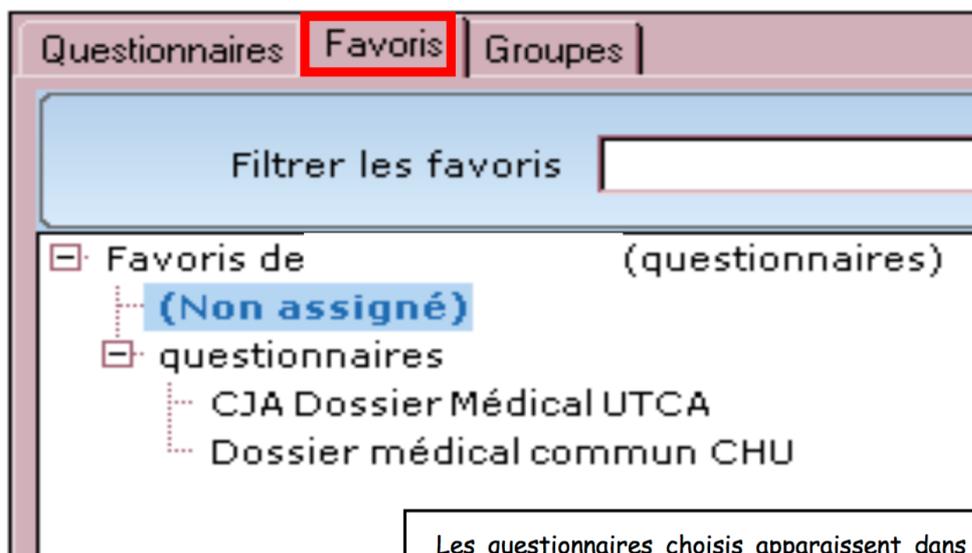
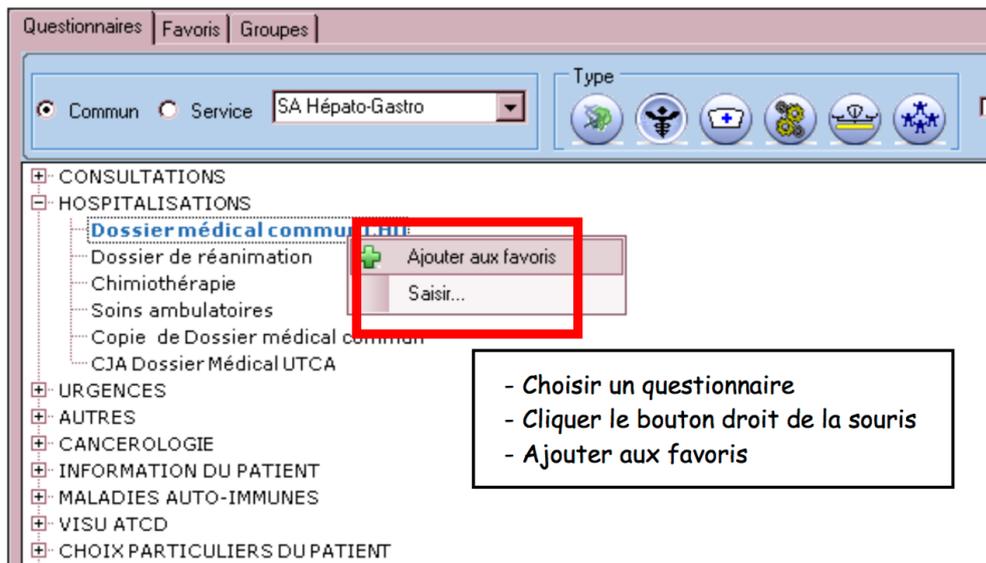
C'est l'onglet que je vous demande de remplir à chaque fois que vous réalisez une séance d'hypnose. Vous pouvez choisir de simplement cocher les cases ou ajouter des commentaires si vous le souhaitez.

La case commentaire libre doit vous permettre de noter tout ce que vous n'auriez pas fait avant d'être formées à l'hypnose, c'est très important !!

Vous pouvez si vous le souhaitez ajouter le questionnaire « hypnose » à vos favoris afin de le retrouver plus rapidement ultérieurement.

Création des favoris

Possibilité de créer ses favoris de questionnaires ou de modèles bureautiques



Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction soignants

Questionnaire formation à l'hypnose

Bonjour à tous et à toutes, dans le cadre de ma thèse portant sur l'utilisation de l'hypnose en gériatrie à Bordeaux je m'adresse à vous soignants formés à l'hypnose afin d'obtenir votre aide.

En effet, le pôle de gériatrie de Bordeaux se démarque des autres services de gériatrie en France par le nombre important de soignants formés à l'hypnose.

C'est pourquoi j'aimerais étudier l'apport de cette formation dans la prise en soins des patients âgés.

Mon étude portera tout d'abord sur l'analyse des données récoltées dans l'onglet hypnose de DxCare sur la période du 1^{er} sept au 1^{er} mars.

Enfin, j'aurai besoin de votre contribution pour répondre à ce petit questionnaire de satisfaction sur l'utilisation de l'hypnose dans votre pratique quotidienne.

Votre formation professionnelle :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) | <input type="checkbox"/> Aide soignant(e) | <input type="checkbox"/> Cadre de santé |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Médecin |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | | |

Votre niveau de formation actuel à l'hypnose :

- Niveau 1 Niveau 2 DIU

1) Pensez-vous que l'hypnose vous a permis de prendre en charge de façon plus efficace vos patients ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

2) Pensez-vous que certains soins n'auraient pas pu être réalisés sans l'utilisation de l'hypnose ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

3) Pensez-vous que l'utilisation de l'hypnose pour les soins douloureux apporte un confort supplémentaire :

a. Au patient ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

b. Au soignant ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

4) L'utilisation de l'hypnose a-t-elle changé vos relations avec vos collègues de travail ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

5) Arrivez-vous à diffuser ce que vous avez appris à vos collègues ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

a. Si non, pourquoi ?

6) Pensez-vous que l'hypnose (conversationnelle par exemple) est un outil supplémentaire dans la communication avec les familles des patients ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment

- Non pas du tout
- Ne sait pas

7) Quels sont les freins rencontrés à l'utilisation de l'hypnose dans votre pratique ?

8) La formation à l'hypnose a-t-elle changé quelque chose dans votre vie personnelle ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

9) Pensez-vous que l'hypnose conversationnelle soit devenue naturelle dans votre communication au quotidien ?

- Oui complètement
- Oui en partie
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Ne sait pas

10) Par rapport à l'onglet Dx Care et à votre utilisation de l'hypnose :
Pour 10 utilisations d'hypnose (y compris conversationnelle) combien de fois avez-vous
pensé à remplir l'onglet DxCare ?

Commentaires libres :

Annexe 6 : Témoignages soignants

IDE, Niveau 2 : « L'hypnose à visée médicale apporte une approche positive des soins. Une meilleure prise en soins des patients et leur entourage. Elle permet de mieux appréhender les situations difficiles que ce soit dans le vie professionnelle ou que ce soit dans sa vie personnelle. »

IDE, Niveau 1 : « Le manque de temps n'est pas un critère car l'hypnose m'en fait gagner sur mon temps de travail. »

IDE, Niveau 1 : « L'hypnose est devenue tellement habituelle que je ne pense plus toujours à le noter. »

AS, Niveau 2 concernant le questionnaire DxCare® « Il faudrait juste valider rapidement comme pour les soins et ne pas perdre de temps devant l'ordinateur. Nous l'avons signalé en formation d'ailleurs. Pour passer plus de temps dans les chambres auprès des patients. Pas comme les IDE qui sont obligées (traçabilité oblige) de passer du temps devant leur écran ! »

Cadre de santé, Niveau 2 : « Dans la pratique au quotidien l'hypnose conversationnelle auprès des patients et famille est une technique de communication qui permet de désamorcer , de rentrer en communication . Effectivement tracer ces échanges serait nécessaire. »

IDE, Niveau 2 : « Une partie de la formation est applicable et appliquée au quotidien dans ma pratique (Language positif, hypnose conversationnelle, aide au sommeil...). Je plonge dans ma boîte à outils et exploite ce que je peux. Pour des séances plus approfondies, là, c'est plus compliqué, à mon niveau d'expérience, les séances plus longues, plus intenses, demande de la mise en place et du temps, ce qui est pour nous difficile dans notre organisation. Je regrette car cela permettrait un travail plus intense et un vrai suivi avec des bénéfices pour le patient sur le long terme. »

Psychologue, Niveau 2, au sujet des freins à la pratique de l'hypnose : « peu ou pas de freins, j'ai intégré l'hypnose conversationnelle dans mes entretiens cliniques chez certains patients en particulier ceux qui ont des personnalités obsessionnelles et qui ne souhaitent pas la transe de peur de perdre le contrôle et chez ceux qui ont des troubles cognitifs. »

IDE, Niveau 2 concernant la diffusion des connaissances : « pas assez de pratique pour avoir assez d'assurance pour le diffuser systématiquement, car parfois personnel assez peu disponible et compliant. »
« je dois plus pratiquer pour pouvoir mieux le diffuser. »

AS, Niveau 1 : « La démence des résidents me limite à l'hypnose conversationnelle ,et elle se pratique sur des temps courts. »
« je ne maîtrise pas suffisamment l'outil DxCare® et donc le temps m'est compté. »

Psychologue, Niveau 2 : « L'hypnose en gériatrie a été un véritable plus, au regard de nombreuses formations suivies ces 10 dernières années.
J'ai conscience que ma pratique est encouragée par un travail personnel antérieur en hypnose, une pratique de l'auto hypnose régulière dans le cadre de problèmes d'endormissement. Le lien

transférentiel est différent, certains patients savent s'en saisir totalement et apprécie cette relation. »

Psychologue, Niveau 2 : « la pratique de l'hypnose en gériatrie apporte une belle amélioration de la prise en soins! »

AS, Niveau 2 : « je ne rencontre pas de problème lors de la prise en charge des patients, inconsciemment je dois pratiquer de l'hypnose conversationnelle. J'aimerais vraiment pratiquer cet outil au quotidien, je n'y arrive pas pour l'instant, mais j'y travaille (la confiance en soi) j'ai beaucoup apprécié la formation niveau 1 et 2 réalisée par des professionnels de santé compétents. Avec tous mes remerciements »

Quelques commentaires reçus par mail :

« Pour ma part, je fais un usage le plus régulier possible.
Je tente de décrire les choses pour qu'un soignant puisse réutiliser les infos ensuite. C'est devenu un favori. »

« Je fais partie des personnes qui ne pensent pas toujours à l'onglet DxCare®. Pourtant, l'hypnose conversationnelle est ce que j'utilise le plus. Car elle permet d'entrer en contact avec beaucoup de personnes démentes. Je voulais rapporter un cas : une dame ayant une maladie d'Alzheimer, venant de l'UHR. Elle est très opposante mais comprend encore ce qu'on lui dit et répond. Elle a des pansements d'escarre très douloureux, est sous midazolam et oxynorm en "si besoin". Mais son opposition, surtout lors du pansement au sacrum, est vraiment présente. J'ai décidé d'aller en co-soin avec ma collègue, infirmière également.

Après la toilette, Mme L est installée en décubitus latéral, face à moi, et après avoir capté son attention, j'en arrive à lui demander le prénom de sa fille. Elle essaie de se souvenir et je lui explique qu'on lui fait les soins. Je lui demande si elle se souvient du temps où elle s'occupait de sa fille petite, et alors qu'elle frappe, d'habitude, avec la serviette qu'elle tient dans ses mains, elle se met à essuyer mon bras avec des gestes lents, et je dirais même, avec tendresse, comme si elle était "avec sa fille", plutôt qu'avec moi. Et cela pendant la réfection du pansement, sans même un visage grimaçant mais au contraire, détendu.

Je tenais à faire partager cela car vraiment, ce moment m'a apporté beaucoup en encouragements pour me servir de l'hypnose en co-soin. Et parfois, c'est tout simple ! alors dorénavant, je vais penser plus souvent à l'onglet DxCare® ! bonne journée »

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME en français :

En gériatrie, l'hypnose médicale apparaît comme une solution pour éviter la iatrogénie. Nous avons étudié les caractéristiques des séances d'hypnose sur le pôle de gériatrie du CHU de Bordeaux et avons comparé les caractéristiques des séances en fonction de la présence ou non de troubles cognitifs ainsi que pour les patients communicants ou non communicants. Dans un second temps nous avons évalué la satisfaction des soignants formés.

Les données proviennent des questionnaires DxCare® remplis par les soignants lors des séances d'hypnose réalisées entre le 1^{er} septembre 2016 et le 1^{er} mars 2017. Nous avons distribué un questionnaire de satisfaction à l'ensemble des soignants formés sur le pôle.

Sur les 111 questionnaires, les caractéristiques des séances avaient une durée de 15-30 minutes avec comme indication principale l'anxiété. La technique utilisée était la transe avec une zone sécurisée précisée la plupart du temps et un canal prépondérant visuel. Pour les patients avec des troubles cognitifs, les séances étaient le plus souvent en long séjour ($p=0,0239$), la durée des séances était plus courte ($p=0,0074$), l'hypnose conversationnelle était plus utilisée ($p=0,0008$).

Pour les patients non communicants les indications détournement d'attention et anxiolytique n'étaient jamais utilisées. Le canal kinesthésique a été utilisé pour tous les patients non communicants.

Les soignants sont globalement satisfaits avec des réponses « oui complètement » et « oui en partie » à 92,92%. Les freins rencontrés à la pratique de l'hypnose étaient majoritairement liés à la structure (65%) et rarement liés aux patients (20%).

Ainsi cette étude montre que l'hypnose est utilisée chez les sujets âgés avec ou sans troubles cognitifs avec des particularités pour les patients avec des troubles cognitifs.

**Hypnosis in geriatrics : characteristics at the Bordeaux University Hospital
Specificities of the patient with cognitive impairment**

In geriatrics, medical hypnosis appears as a solution to avoid iatrogenism.

We studied the characteristics of the hypnosis sessions on the geriatric center of the CHU Bordeaux and compared the characteristics of the sessions according to the presence or not of cognitive disorders as well as for communicating or non communicating patients.

In a second phase, we assessed the satisfaction of trained health care providers.

The data come from the DxCare® questionnaires completed by the caregivers during the hypnosis sessions carried out between September 1, 2016 and March 1, 2017. We distributed a satisfaction questionnaire to all caregivers trained in the cluster.

Of the 111 questionnaires, the characteristics of the sessions had a duration of 15-30 minutes with the main indication of anxiety. The technique used was trance with a secured area mostly specified and a preponderant visual channel.

For patients with cognitive impairment, sessions were most often long-stay ($p = 0.0239$), shorter duration of sessions ($p = 0.0074$), more conversational hypnosis ($p = 0.0008$).

For non-communicating patients, diverted attention and anxiolytic indications were never used. The kinesthetic channel was used for all non-communicating patients.

Caregivers were generally satisfied with "yes completely" and "yes in part" responses to 92.92%. The brakes encountered in the practice of hypnosis were mostly linked to the structure (65%) and rarely related to patients (20%).

Thus this study shows that hypnosis is used in elderly subjects with or without cognitive impairment with features for patients with cognitive impairment.

DISCIPLINE

Médecine générale- Gériatrie

MOTS-CLES : Hypnose, Gériatrie, Sujet âgé, Sujet de 80ans ou plus, Trouble de la cognition, Démence, Satisfaction personnelle, satisfaction professionnelle

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

Université de Bordeaux