



Accompagnement hypnotique des patients pour la pose  
d'une voie veineuse centrale sous anesthésie locale

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 05 juillet 2018

Dr Charlotte POUFFIER

Médecin Anesthésiste-Réanimateur au CHU de DIJON

Diplôme Inter Universitaire « Hypnose Médicale et Clinique »

Directeur de Mémoire : Dr Bertrand Fayard



## TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS</b>	<b>p3</b>
<b>I- INTRODUCTION</b>	<b>p4</b>
1) Mon introduction à l'hypnose	p4
2) Introduction au travail	p5
<b>II- REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE</b>	<b>p7</b>
1) Hypnose	p7
a) Définitions	p7
b) Histoire	p8
c) Données de la recherche scientifique	p10
d) Outils hypnotiques	p11
• Communication hypnotique/hypnose conversationnelle	p11
• Hypnose formelle	p12
• Autohypnose	p13
2) Douleur	p14
3) Anxiété	p16
4) Hypnose et anesthésie	p18
a) Histoire et revue de la littérature	p18
b) Définitions et implications	p20
PROBLEMATIQUE	p22
<b>III- METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b>	<b>p23</b>
1) Environnement et cadre du contact avec le patient	p23
2) Voie veineuse centrale, indications et procédure de pose de la VVC	p24
3) Population	p26
4) Déroulement de la séance	p26
5) Données recueillies	p27
<b>IV- RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES</b>	<b>p29</b>
1) Observation numéro 1 : Mr A	p29
2) Observation numéro 2 : Mme B	p34
3) Observation numéro 3 : Mme C	p39

<b>V-</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>p41</b>
	1) Rappel de la problématique	p41
	2) Confrontation des observations à la problématique	p41
	a) Mr A	p41
	b) Mme B	p42
	c) Mme C	p42
	d) Le soignant	p43
	3) Limites	p44
	4) Discussion éthique	p45
	5) Perspectives	p46
<b>VI-</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>p48</b>
<b>VII-</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>p49</b>
<b>VIII-</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>p52</b>

**RESUME**

## ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
VVC	Voie Veineuse Centrale
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
AL	Anesthésie Locale
VVP	Voie Veineuse Périphérique
ASA	American Society of Anesthesiologists
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
AG	Anesthésie Générale
VAKOG	Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique

## I. INTRODUCTION

### 1) Mon introduction à l'Hypnose

Je suis médecin spécialisée en Anesthésie Réanimation au sein d'un CHU depuis mai 2017. Initialement, je me suis orientée de manière naturelle dans cette spécialité après l'Examen Classant National pour ses caractères techniques, interventionniste et dynamique qui correspondaient tout à fait à ma personnalité.

L'essentiel de ma pratique quotidienne est donc tourné vers la sécurité du patient, l'anticipation, le vital, l'urgence, le suivi de recommandations d'experts de ma spécialité, ainsi que le suivi ou l'élaboration de protocoles.

Sans perdre le côté relationnel avec mes patients que me confère le statut de soignant, il passe le plus souvent au 2<sup>ème</sup> plan face à ces problématiques ainsi que par la pression du gain de temps et la rapidité de prise en charge.

Au fur et à mesure de mon internat et de la pratique de ma spécialité, une certaine insatisfaction et des limites se sont installées dans la prise en charge des patients et des questions sont venues. Ces exigences de sécurité, technicité et rapidité de prise en charge du patient, sont-elles incompatibles avec une approche plus empathique et rassurante ? Ces mêmes exigences sont-elles également incompatibles avec une amélioration de la qualité de communication avec l'équipe soignante, mes collègues... ?

Malgré ma bienveillance, combien de fois me suis-je retrouvée en difficulté, désarçonnée face à un patient anxieux, paniqué face à l'intervention qu'il doit subir ou le contexte (cancer, chirurgie lourde, mutilante ...) ou opposant aux soins malgré un contexte vital. Peu importe la technique de tel ou tel geste, la pharmacologie de tel ou tel médicament ... le sentiment d'impuissance est là. Il est de même avec les erreurs de communication au sein d'une équipe pouvant compromettre une cohésion ou engendrer des quiproquos.

Durant mes onze années d'études de médecine, les cours abordant la communication avec les patients, leurs familles ou l'équipe dans laquelle nous serons amenés à travailler pour le patient sont quasi inexistantes. Mais en discutant durant les longues heures d'interventions chirurgicales ou nuits passées au bloc avec les infirmiers anesthésistes ayant reçu des formations à la communication hypnotique ou à l'hypnose, j'ai pu découvrir grâce à eux, ces portes à ouvrir afin de satisfaire mon envie de mieux prendre en charge les patients que je pourrais rencontrer tout au long de mon parcours et du leur !

Cet intérêt a modifié mon comportement progressivement et naturellement pour améliorer la qualité relationnelle avec mes patients. Je me suis rendue compte qu'elle ne changeait en rien la rapidité et la sécurité mais changeait le vécu des patients, ceci a pu se matérialiser par plus de mercis, de sourires et moins de pleurs.

De fil en aiguille les « *je vais vous piquer* » se sont transformés en « *je vais passer la peau* » ou « *je pose la perfusion* », les négations ont progressivement disparu de mon vocabulaire et surtout le « *ne vous inquiétez pas* ».

Forte de ce constat, souhaitant comprendre et approfondir cette démarche, je me suis inscrite au Diplôme Inter Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique.

## 2) Introduction au travail

La pose de voie veineuse centrale (VVC) est un acte réalisé sous anesthésie locale (AL) cependant même si l'AL est généralement suffisante pour avoir une analgésie de la zone de pose, certains temps de la procédure : l'injection d'anesthésie locale en elle-même et la dilatation cutanée peuvent être douloureuses ou inconfortables. De plus, l'environnement nécessaire à la pose et au maintien des conditions d'asepsie requérant un champ opératoire sur le visage, la sensation d'étouffement est quasi constamment exprimée par les patients malgré le masque à oxygène placé au préalable et la normalité des constantes cliniques.

Cette procédure revêt également un autre aspect anxiogène de par le contexte même de la maladie, en effet notre intervention pour la pose de VVC se fait dans le cadre d'une aggravation d'un état, de la prise en charge initiale d'une maladie avec une annonce diagnostique récente ou après un long parcours.

S'ajoute à tous ces éléments, le fait que le patient n'est parfois pas informé par le service d'origine de la décision de la pose de VVC. Ces informations et explications ne sont donc données qu'une fois le malade arrivé dans le lieu de la procédure.

Plusieurs questions se posent : Comment aider ces malades dans la prévention de la douleur au cours de cet acte, comment réduire l'anxiété ? Comment améliorer nos pratiques ?

Comment améliorer l'expérience des soins pour qu'il n'y ait pas de conséquences ultérieures sur les plans psychologique et physiologique ? D'autant plus que la pose de VVC n'est qu'un soin ponctuel dans la prise en charge des patients dont le parcours de soins sera long.

C'est pour cela que je souhaitais mettre en place un accompagnement hypnotique qui permettrait d'améliorer le vécu global du patient au cours de notre prise en charge et ainsi peut être diminuer l'anxiété liée à une nouvelle pose de VVC, à une autre procédure de soin ou même à un nouveau contact avec nous dans le cadre d'une éventuelle intervention ou ré intervention chirurgicale au bloc opératoire.

## II. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

### 1) L'hypnose

#### a) Définitions

Il existe plusieurs définitions de l'hypnose en fonction de l'époque, des auteurs et du champ dans lequel ces auteurs utilisent l'hypnose. Les définitions de l'hypnose ont donc constamment évolué et se sont affinées en fonction de l'histoire et des avancées de la science avec notamment l'avènement de l'imagerie fonctionnelle.

La racine linguistique de l'hypnose vient du grec « *hypnoûn* » qui signifie sommeil, s'endormir. Cependant, grâce aux recherches cliniques et d'imagerie fonctionnelle, la distinction entre l'hypnose et l'état de sommeil a bien été établie. Ceci est démontré dès les années 40 par l'étude des électroencéphalogrammes de patients dans ces deux états.(1)

Pour Milton Erickson l'hypnose est « *un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages* ».

Par la suite en 1994, les sociétés savantes de psychologie, et plus particulièrement, l'«Executive Committee of The American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis», définissent l'hypnose comme une « *procédure durant laquelle un professionnel ou un chercheur suggère à un patient ou à un sujet des changements de sensations, de perceptions, de pensées ou de comportements* ». (2)

Le Larousse définit très succinctement et simplement l'hypnose comme un « *état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion* ».

Le Pr Bioy définit lui, l'hypnose comme un « *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.* » (3)

Récemment en 2014, l'APA American Psychological Association et reprise par l'International Society for Hypnosis définit à son tour l'hypnose par « *un état de conscience*

*incluant une focalisation de l'attention ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisée par une capacité accrue à répondre à la suggestion»*

Toutes ces définitions se joignent dans le fait que l'état hypnotique est un état modifié de la conscience avec une suggestibilité accrue. La place de l'hypnotiseur et de la relation qui le lie avec son patient dans ces différentes définitions ne sont pas les mêmes et n'ont pas la même importance, cependant cette relation reste indissociable de l'état hypnotique.

#### b) Histoire

Dès la préhistoire, les guérisseurs et chamanes utilisaient la transe hypnotique. Cette technique a perduré dans le temps et se retrouve partout sur le globe.

Plus récemment, un médecin allemand Franz Anton Mesmer (1734-1815) a lié médecine et magnétisme animal. Il croyait en l'existence d'un fluide universel, présent chez chaque être vivant, et dont le déséquilibre serait responsable des maladies.

Mesmer, par des « passes magnétiques », était censé réharmoniser ce fluide et guérir le patient.

Par la suite, le Marquis de Puységur, officier-général d'artillerie et élève de Mesmer (1715-1825) et James Braid chirurgien Ecossais (1795-1860) ont développé deux théories. Le premier pensait que l'état hypnotique était un état de somnambulisme artificiel et se distinguait de son maître puisqu'il déclarait n'être qu'un vecteur pour les malades, qui seraient eux, leurs propres médecins. Le second, se rapprochant lui aussi des théories actuelles concernant la place de l'hypnotiseur, pensait que l'action hypnotique se passe dans le «sujet hypnotisé lui-même» et non pas dans la force magnétique de l'hypnotiseur. (4)

Parallèlement aux développements de ces théories concernant l'hypnose, des chirurgiens français et anglais utilisent l'hypnose pour opérer leurs malades en améliorant le confort des patients et en diminuant nettement la mortalité péri opératoire pour atteindre quasi 0% à une époque où celle-ci avoisine les 50%.

Avec l'avènement de l'anesthésie moderne et le développement des agents anesthésiants inhalatoires puis intra veineux, l'hypnose tombe peu à peu en désuétude au bloc opératoire mais connaît un essor important dans les domaines de la neurologie et de la psychiatrie.

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, début XX<sup>ème</sup>, deux écoles s'affrontent dans l'interprétation du phénomène hypnotique. L'école de Jean-Martin Charcot (1825-1893) à la Salpêtrière considère l'hypnose comme une forme d'hystérie artificielle et expérimentale avec une étiologie organique et nerveuse. La seconde école d'Ambroise Auguste Liebault (1823-1904), et Hippolyte Bernheim (1840-1919), à Nancy considère l'état hypnotique comme un état psychophysiologique naturel caractérisé par une suggestibilité accrue. (5)

Plus tard, Pierre Janet (1859-1947), fut le premier à décrire le phénomène de dissociation et donna une explication psychologique de l'hypnose. Cette explication est encore valide et a ouvert des voies d'explications pour les différents phénomènes psychologiques engendrés par l'état hypnotique.

Sigmund Freud (1856-1939) s'est intéressé à l'hypnose et s'est formé dans les 2 écoles de la Salpêtrière et de Nancy mais a finalement délaissé l'hypnose pour développer la psychanalyse.

Milton Erickson (1902-1980), psychiatre américain donne un nouveau souffle à la pratique de l'hypnose et est considéré par beaucoup comme le père de l'hypnose actuelle. Il replace le malade et son individualité au centre de l'état hypnotique. Il préconise une hypnose indirecte avec l'utilisation de métaphores afin que le patient en hypnose trouve les solutions qui lui sont propres. Les ressources thérapeutiques et la mise en hypnose appartiennent au patient.

Par la suite, François Roustang (1923-2016), figure contemporaine de l'hypnose, propose une approche plus subtile de l'hypnose en proposant au patient de vivre l'instant présent et d'ouvrir son champ de perception à l'ensemble des éléments présents et donc de s'affranchir de leurs problèmes sur lesquels ils sont généralement focalisés.

Vers le début des années 1990, le Pr Marie Elisabeth Faymonville du CHU de Liège développe le concept d'hypnosédation pour des chirurgies cervicale et plastique. (6) Elle développa ce concept après sa rencontre avec le Dr Alain Forster, médecin anesthésiste à l'Hôpital Universitaire Cantonal de Genève qui utilisait l'hypnose pour la prise en charge des patients grands brûlés dans son service. (7)

### c) Données de la recherche scientifique

Les recherches sur l'état hypnotique évoluent depuis longtemps, l'explication physiologique de cet état n'est pas entièrement élucidée. L'élaboration d'échelles d'hypnotisabilité, l'observation des constantes vitales (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire), l'étude des mouvements oculaires ne sont ni objectifs ni spécifiques de l'hypnose. (8) (9) (10)

Il en va de même avec l'étude des tracés d'électroencéphalogrammes et les potentiels évoqués, ils n'ont pas permis de mettre en évidence de caractéristiques spécifiques de l'hypnose. (11) (12)

L'électroencéphalogramme a cependant permis de faire la distinction entre le sommeil et l'état hypnotique.

Ce n'est qu'avec le développement de l'imagerie cérébrale fonctionnelle que la description du processus cérébral de l'hypnose commence à s'établir et montre que l'état hypnotique correspond à une activité cérébrale spécifique.

Le Pr ME Faymonville a décrit dans les années 1990 grâce à la tomographie par émission de positons des modifications du débit sanguin cérébral régional, au cours de l'hypnose. L'équipe de l'étude proposait aux volontaires de revivre des vacances ou moments agréables en hypnose. Le débit sanguin cérébral régional était étudié en hypnose et au cours de la remémoration de ses événements en état de conscience ordinaire. En hypnose, les volontaires activaient des régions occipitales (comme s'ils voyaient réellement), des régions pariétales (comme s'ils ressentaient des sensations) et la région précentrale (comme s'ils bougeaient) alors qu'ils étaient allongés sur la table de scanner avec les yeux fermés. Par ailleurs des régions impliquées dans le processus conscient étaient désactivées. (13)

Ces études montrent des modifications du fonctionnement de certaines régions cérébrales, spécifiques au processus hypnotique. Ces observations chez des sujets volontaires et sains permettent d'écarter le fait que l'état hypnotique ne serait observable que chez des patients présentant des pathologies ou traits psychiatriques particuliers.

#### d) Outils hypnotiques

Il existe différents outils hypnotiques qui peuvent être adaptés à chaque pratique clinique et chaque circonstance.

Nous permettons cet état hypnotique grâce à certaines techniques, chacune selon notre domaine d'activité et adaptée à notre patient et avec un objectif thérapeutique précis.

Nous utilisons donc à des fins thérapeutiques et approfondissons cet état naturel que chacun d'entre nous expérimente chaque jour : la bascule d'un état de conscience ordinaire à un état de conscience modifiée qu'est la transe hypnotique. Elle est spontanée et se produit plusieurs fois par jour. Les exemples de cette bascule sont nombreux comme le trajet en voiture en conduite automatique, devant un film ou simplement le fait d'être « dans ses pensées ou dans la lune » grâce à des situations qui favorisent la mise en état hypnotique comme l'ennui et le stress.

- Communication hypnotique/hypnose conversationnelle

Le Pr Bioy définit l'hypnose conversationnelle comme un « *dialogue entre un hypnothérapeute et son patient en vue d'atteindre un objectif fixé. En hypnose conversationnelle, le cadre pratique est une simple conversation, sans réelle phase d'induction dans un état modifié de conscience* ».

Cette technique part du principe que le patient est déjà en état de transe qui peut-être plus ou moins confortable dans le contexte dans lequel je travaille : le bloc opératoire. Les patients accueillis pour une chirurgie viennent dans un état de stress, d'anxiété et souvent douloureux ce qui est pourvoyeur d'un état de transe avec une suggestibilité accrue.

Le soignant pratiquant l'hypnose peut alors utiliser l'hypnose conversationnelle dans ce moment de suggestibilité augmentée afin d'améliorer le vécu de ce moment pour le patient pris en charge.

La perte du sens critique dans le contexte du bloc opératoire est un moment important pour communiquer de la bonne manière avec les patients. L'empathie, le confort, la réassurance sont souvent évoqués par le soignant. Mais même si ces choses sont dites ou faites avec bienveillance, il est possible d'améliorer notre accueil et notre prise en charge en

prenant conscience de l'état de transe du patient en s'en servant avec un objectif positif et bienveillant.

Trois choses sont importantes en communication hypnotique : premièrement le langage verbal avec les mots employés, deuxièmement le langage para-verbal avec le ton de la voix, le rythme du discours et troisièmement le langage non verbal avec la position par rapport au patient et l'attitude générale.

Le langage verbal est important et les mots doivent être employés au bon moment et adaptés à l'observation que nous pouvons faire du patient. Les négations doivent être balayées du discours du soignant puisque le malade en transe au moment du bloc opératoire ne les percevra pas et l'inverse du discours du soignant sera perçu par le patient. « Ne vous inquiétez pas ... Ne bougez pas.... Vous n'avez pas froid ?... » Malgré une intention bienveillante, ces formulations ne sont pas adaptées à la transe du malade qui ne percevra pas les négations. Une simple reformulation de ces phrases sera bénéfique pour le malade, son ressenti de la situation ainsi que pour la relation soignant-soigné.

Une étude de 2006 rapportant 314 cas montre que la douleur ressentie lors de la pose d'une VVP conditionne le degré d'inconfort lors de la réalisation d'une anesthésie locorégionale. On peut donc en déduire que si la pose de la VVP se déroule bien avec une relation soignant soigné positive, alors la suite de la prise en charge au bloc opératoire n'en sera qu'améliorée en terme de confort. (14)

- Hypnose formelle

L'hypnose formelle se déroule au cours d'une séance avec un temps défini. Un entretien préalable à la séance est réalisé afin de faire une anamnèse du patient et comprendre ses attentes, lui expliquer le déroulement de la séance et son objectif ainsi que de lui donner une information claire en ce qui concerne l'hypnose et répondre à ses questions.

Par la suite, vient l'induction hypnotique avec focalisation de l'attention. Les 5 canaux sensoriels sont généralement utilisés : VAKOG Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif. Cette phase dure généralement quelques minutes et permet d'atteindre la transe hypnotique avec l'état de dissociation et la suggestibilité accrue qu'il implique et permettant de réaliser le « travail ».

Durant la phase de dissociation, le patient est dissocié de la perception habituelle de son quotidien pour avancer vers une autre perception que François Roustang nomme la « Perceptude ». La « Perceptude » correspond à un état de lâcher prise qui permet au patient de perdre ses certitudes habituelles notamment en rapport avec le problème le faisant consulter, afin de les changer.

L'hypnothérapeute peut alors, utiliser des métaphores et suggestions pour aider le patient à réaliser son travail. Ce dernier est autonome dans la transe et l'hypnothérapeute n'est qu'une aide, le malade a le choix de suivre les suggestions du thérapeute ou non.

Différentes techniques et métaphores peuvent être utilisées en fonction de l'objectif de la séance : la « Safe place » (ou lieu sûr), la réification en cas de douleur, la métaphore de l'arbre pour un regain de confiance en soi ...

Toutes les propositions du thérapeute sont données le plus souvent de manière indirecte, avec des temps de silence ponctués par du saupoudrage de mots rassurants et relatifs au confort. Durant la phase de transe le thérapeute réalisera un pacing respiratoire, sa parole devant être sur l'expiration du malade afin d'améliorer la qualité et la profondeur de la transe.

Un signaling peut être mis en place afin de permettre une communication plus facile quand le patient est en transe hypnotique et correspond généralement à un geste réalisé par le patient, le plus souvent un mouvement d'un doigt.

Une ou plusieurs suggestions post hypnotiques peuvent être proposées au patient avant le retour à un état de conscience ordinaire « ici et maintenant ». Le retour à l'état de conscience ordinaire se fait grâce à une modification de l'intonation de la voix, du rythme de parole et la demande du retour faite par le thérapeute.

Par la suite un débriefing rapide peut être fait avant la fin de la consultation.

- Autohypnose

L'autohypnose est un « *temps d'hypnose où le sujet est à la fois l'inducteur de l'hypnose sur lui-même et le sujet de l'hypnose* ». (15)

La pratique de l'autohypnose permet d'obtenir une transe hypnotique par soi-même et pour soi. Elle peut être utilisée pour prolonger des séances et un travail réalisé avec un hypnothérapeute avec la reproduction de techniques apprises au cours de ces entretiens.

Elle permet d'autonomiser les patients et de prolonger les effets bénéfiques d'une séance avec un hypnothérapeute.

Son utilité a été largement démontrée dans les champs de la douleur chronique et de l'anxiété par de nombreuses études. Ces études portent entre autre sur les migraines, (16) les dorsalgies (17), les douleurs chez des femmes avec un cancer du sein métastatique. (18)

Son utilité a été également démontrée dans le domaine de la douleur aiguë liée aux soins, notamment chez l'enfant et les ponctions itératives au cours de la prise en charge d'un cancer. (19) Par ailleurs la pratique de l'autohypnose peut être bénéfique pour l'hypnothérapeute lui-même. Le stress du soignant engendré par la surcharge de travail, la confrontation à des situations professionnelles difficiles comme la souffrance des patients et d'autres difficultés du quotidien sont délétères et l'apprentissage de l'autohypnose permet de prévenir et de mieux s'adapter au stress.

Les bénéfices de l'autohypnose font l'objet d'un consensus (20) et permettent une anxiolyse importante, redonne du contrôle, facilite le travail des suggestions, permet une gestion plus simple de l'anxiété et de la colère, est une ressource en cas de douleur, facilite les apprentissages et permet un meilleur contact avec sa vie interne émotionnelle. (21)

## 2) Douleur

L'association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain : IASP) définit la douleur comme « *une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes* ».

L'une des premières applications pratiques de l'hypnose fut l'analgésie. Dès le XIXème siècle les effets antalgiques de l'hypnose sont mis en avant, notamment par les chirurgiens désireux de réaliser des chirurgies lourdes dans de meilleures conditions. Celles-ci peuvent se faire en état hypnotique et l'hypnose permet de réduire la mortalité péri opératoire à cette époque.

Ce n'est que bien plus tard dans les années 1990 et 2000 que plusieurs équipes permettent la mise en évidence d'une modification de la perception subjective de la douleur et également l'observation de la modification de l'activité cérébrale régionale.

En effet, l'étude du Dr Maquet et de son équipe a permis d'observer des modifications de distribution du débit sanguin cérébral chez les patients en état d'hypnose. Il ont montré une augmentation du débit sanguin cérébral régional au niveau des cortex occipital (vision), pariétal, précentral (mouvement), préfrontal et cingulaire qui permet une élaboration de l'image mentale et l'effort d'attention nécessaires pour générer cette image mentale. (22)

Par la suite, le Dr ME Faymonville a affiné cette découverte grâce à l'imagerie fonctionnelle par PET-scan. Elle s'est intéressée au rôle de l'hypnose dans la perception de la douleur. (23)

Elle a mis en évidence que lors d'un stimulus douloureux, les patients dans le groupe hypnose avaient une augmentation du débit sanguin régional à la TEP-scan dans la région cingulaire antérieure, mais aussi une modification de connexion avec d'autres régions impliquées dans la gestion de la douleur. De plus, des modifications de ces modulations de connexion ont été identifiées selon l'intensité du stimulus douloureux. Plus le stimulus était intense plus ces zones étaient activées. (24)

Plus tard, ME Faymonville confirme et affine ces résultats grâce à l'IRM fonctionnelle avec la douleur induite par un rayonnement laser chez des volontaires en état d'hypnose et sans hypnose.

Elle a étudié d'une part l'imagerie cérébrale au moment des stimuli douloureux et d'autre part réalisé une évaluation du ressenti du patient.

En ce qui concerne la perception de la douleur, celle-ci n'était pas différente dans les deux groupes cependant le ressenti et la sensation de la douleur était nettement moins importante dans le groupe hypnose.

En ce qui concerne les images de l'IRM fonctionnelle certaines structures sont activées sans hypnose alors qu'elles le sont beaucoup moins chez les patients hypnotisés. En revanche certaines régions cérébrales semblent se modifier ainsi que leur connectivité. Ceci montrerait

qu'une inhibition des perceptions périphériques et une modulation du codage du message douloureux existent chez les patients en état d'hypnose. (25)

L'hypnose permettrait donc de recruter des régions cérébrales pour participer à la gestion de la douleur.

### 3) Anxiété pré opératoire

L'anxiété pré opératoire est un malaise ou désarroi psychique et psychologique consécutif à l'éventualité d'une intervention chirurgicale ou d'un geste technique au bloc et dépend : de la nature de la maladie et de l'intervention chirurgicale, de l'âge et des expériences hospitalières antérieures.

Il existe plusieurs niveaux d'anxiété, quand celui-ci est faible à modéré, il correspond à une réponse adaptée à un stimulus, une intervention chirurgicale dans ce cas. Cependant des niveaux d'anxiété grave peuvent interférer avec une prise en charge optimale mais aussi augmentent les risques de complications post opératoires et de troubles émotionnels ou comportementaux. (26)

L'anxiété pré opératoire chez le patient adulte varie entre 60 et 80%. (27) (28)

Des facteurs de risque d'anxiété pré opératoire ont été identifiés : le haut niveau d'étude, le sexe féminin, la chirurgie non programmée, la douleur modérée à intense pré opératoire, une perception négative du futur, le tabagisme, des antécédents de cancer, des antécédents psychiatriques et les patients cotés 3 dans la classification anesthésique American Society of Anesthesiologists (ASA) évaluant le risque anesthésique. (29)

Le contexte de l'intervention est aussi important dans la genèse de l'anxiété pré opératoire.

En effet, les patients opérés de chirurgie carcinologique présentent un niveau d'anxiété plus important que ceux opérés d'une chirurgie orthopédique. Les patients opérés en chirurgie reconstructrice sont moins anxieux qu'en chirurgie plastique. (30)

L'anxiété pré opératoire augmente la consommation des drogues hypnotiques et induit plus de douleur au site d'injection intraveineux. (30)

Par ailleurs, il existe un lien entre anxiété pré opératoire et le niveau de douleur ressenti en post opératoire. Les patients anxieux expriment donc plus de douleur que les autres. (31)

L'évaluation d'un phénomène aussi important et pourvoyeur de complications est essentielle afin de le diagnostiquer et de mettre en place des mesures de prévention. Cependant, seul le monde Anglo-Saxon possède des outils permettant d'évaluer l'anxiété préopératoire et aucun n'est validé en France. Ces tests sont principalement utilisés en recherche clinique et peu dans la pratique courante. Les principales évaluations du niveau d'anxiété ne sont pas adaptées dans le contexte d'une intervention chirurgicale et sont pour la psychologie clinique et la mesure de l'anxiété trait ou état.

Il existe donc très peu de tests spécifiques mesurant l'anxiété pré opératoire.

Chez l'adulte, le test *State and Trait Anxiety Index (STAI)* (Annexe2) (32) créé par Spielberger est fréquemment utilisé dans les pays Anglo-Saxons et traduit en français, cependant ce test est généraliste. Il correspond à une évaluation psychologique et n'est pas tout à fait adapté au cadre du bloc opératoire.

Une autre échelle reconnue est l'*Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)*, également traduite en français (30) qui évalue l'anxiété préopératoire et les besoins d'informations concernant la chirurgie. (Annexe3).

D'autres formes d'évaluation s'inspirant de l'échelle visuelle analogique, évaluant la douleur ont été utilisées pour évaluer l'anxiété préopératoire. Il existe une corrélation entre le score du STAI et celui de l'échelle visuelle analogique. (33)

L'hypnose a sa place dans la prévention de l'anxiété pré opératoire parmi plusieurs approches. En effet, une des premières approches de la prise en charge de l'anxiété est pharmacologique. Plusieurs molécules peuvent être administrées la veille et/ou le matin de l'intervention. La classe la plus utilisée est celle des benzodiazépines dont la figure de proue est le Midazolam. D'autres molécules anxiolytiques peuvent être utilisées comme par exemple l'Hydroxyzine et la Gabapentine. Ces traitements ne sont pas dénués d'effets secondaires pouvant être délétères pour le patient avec des risques d'augmentation du temps d'hospitalisation, de troubles du comportement ou d'amnésie.

La musicothérapie, l'acupuncture et d'autres thérapies peuvent être envisagées pour diminuer l'anxiété pré opératoire avec des résultats variables.

D'autres approches peuvent être envisagées comme l'apprentissage de techniques de relaxation mais avec de moins bons résultats qu'avec l'hypnose. (34)

De multiples travaux montrent que l'hypnose permet de réduire l'anxiété pré opératoire au moment de l'induction anesthésique et en post opératoire. (35) (36)

Il est donc clair que l'hypnose présente un intérêt important dans la prévention de l'anxiété péri opératoire et sans effets secondaires.

#### 4) Hypnose et Anesthésie

##### a) Histoire et revue de la littérature

L'hypnose et les interventions chirurgicales et dentaires sont étroitement liées depuis plusieurs siècles, l'anesthésie pharmacologique, elle, est également reliée à ces entités mais plus récemment dans l'histoire de la médecine compte tenu de son apparition plus tardive.

L'histoire de l'anesthésie est plutôt nouvelle avec le développement de l'anesthésie inhalatoire par le protoxyde d'azote puis l'éther et le chloroforme au milieu du XIXème siècle.

Initialement, l'hypnose et l'anesthésie ont évolué parallèlement pour s'allier et fonctionner de concert depuis le début du XXème siècle.

Les prémices de l'hypnose médicale ont commencé au début du XIXème siècle avec la réalisation d'une mastectomie par le chirurgien Jules Cloquet pour cancer du sein sous hypnose seule et fut un succès puisque l'unique réaction de la patiente fut des rires à la fin de l'intervention. (37)

L'intérêt de l'hypnose médicale se développa dans différents pays au même moment. Un chirurgien anglais exerçant en Inde, le Dr James Esdaile a réalisé des interventions urologiques avec l'hypnose seule. Le bénéfice pour les patients fut important puisque le taux de mortalité serait tombé de 40 à 5%.

L'anesthésie à la fin du XIXème siècle, début du XXème était grevée d'une mortalité avoisinant les 50%. Mais des précurseurs comme l'infirmière américaine de la Clinique Mayo

Alice Magaw, allie anesthésie inhalatoire et hypnose. Avec cette technique, elle a pratiqué environ 15000 anesthésies pour des interventions de toutes sortes : orthopédiques, gynécologiques, urologiques ... sans aucun décès imputable à la prise en charge anesthésique. (38) (39) Elle fut une pionnière de l'hypnosédation ce qui lui valut des publications dans des journaux de renommée mondiale comme The Northwestern Lancet.

L'évolution de l'anesthésie au cours du XXème siècle avec l'apparition d'agents intraveineux, l'amélioration de la surveillance per et post opératoire, sa technicité, sa fiabilité, sa reproductibilité et l'apparition de la profession de médecin anesthésiste ont peu à peu éloigné l'hypnose du bloc opératoire et malheureusement écarté la relation humaine, la personnalisation de la prise en charge, ainsi que la participation active du patient avec ses propres ressources au cours d'une intervention chirurgicale.

Cependant, certains médecins anesthésistes comme le Professeur Marie-Elisabeth Faymonville a redonné un élan à l'hypnose dans le cadre du bloc opératoire au début des années 1990. C'est ainsi que sous son impulsion des chirurgies plastique et cervicale sont réalisées sous hypnose au CHU de Liège. De multiples travaux ont été publiés dont une étude randomisée comparant l'hypnosédation versus l'anesthésie générale (AG) dans la chirurgie thyroïdienne. Les patients dans le groupe hypnose présentaient une meilleure stabilité hémodynamique per opératoire, des marqueurs de l'inflammation moins élevés, des douleurs ainsi que moins d'anxiété et de fatigue post opératoire. (36) Quelques années plus tard cette même équipe a réalisé une étude concernant les cholécystectomies et les cures de hernies inguinales sous coeliochirurgie avec l'hypnosédation. 35 cholécystectomies ont été réalisées, une conversion en AG a été nécessaire pour 13 patients sur 35 consécutive à des douleurs au moment de l'insufflation. En ce qui concerne les hernies inguinales seul 1 patient sur 15 a nécessité une conversion en anesthésie générale. La satisfaction des patients a été bonne. (40)

D'autres études mettent en évidence une diminution de l'anxiété, de la consommation des drogues anesthésiques et de la douleur dans le domaine de la radiologie interventionnelle. (41) Par ailleurs, une diminution de la durée des procédures, du temps d'hospitalisation et donc des coûts ont pu être observés. (41)

Les bénéfices de l'hypnose ont été démontrés dans de multiples types de chirurgie. En chirurgie mammaire : diminution des douleurs, et nausées et vomissements post opératoires. (42) et en chirurgie cardiaque une diminution de l'anxiété post opératoire.

Toutes ces données récentes montrent que l'hypnose présente un intérêt certain dans le cadre de l'anesthésie, ce qui a été évalué et démontré par l'INSERM en juin 2015 et mis en avant grâce à une méta analyse avec un bénéfice global pour les patients en ce qui concerne la douleur et la consommation d'antalgique, l'anxiété, les nausées et vomissements et la fatigue post opératoire. (43)

#### b) Définitions et implications

- L'hypnosédation « *se définit par la combinaison de l'hypnose selon une transe formelle, de la sédation consciente intraveineuse, par faibles doses de narcotiques (Midazolam ou Propofol) et de morphiniques (Remifentanil ou Alfentanil), et de l'infiltration chirurgicale d'anesthésique local ou d'une anesthésie locorégionale* ». (21)

Par cette technique, une personnalisation et une relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient se créent. L'accompagnement débute en pré opératoire et ce dès la consultation d'anesthésie. En effet les patients devant bénéficier d'un accompagnement par hypnosédation passent par le circuit standard anesthésique afin d'assurer la sécurité nécessaire à toute intervention chirurgicale : consultation d'anesthésie, bilan pré opératoire si nécessaire, validation d'une prise en charge en ambulatoire, visite pré anesthésique. Cette démarche hypnotique est un outil anesthésique et doit être expliquée au patient, elle nécessite une collaboration étroite avec l'équipe du bloc opératoire. La surveillance per opératoire est identique à celle d'un patient sous AG et la conversion en anesthésie générale est faite à tout moment en cas d'inconfort du patient, de douleur ou de difficulté opératoire.

- L'hypnoalgésie se définit par l'utilisation d'hypnose formelle ou conversationnelle pour prévenir ou limiter la perception de la douleur et l'anxiété dans certaines situations douloureuses aiguës : au cours d'un soin, au cours d'une chirurgie ou en post opératoire.

Dans ce cas, il n'y pas d'utilisation des produits anesthésiques intraveineux, le recours à une anesthésie locale ou au protoxyde d'azote est fréquent. Cet accompagnement peut être fait en dehors d'un bloc opératoire, dans un service au cours de soins douloureux comme la

réfection d'un pansement ou une ponction veineuse et ne nécessite pas la même implication de moyen, de personnel de surveillance et de parcours. Ces actes sous hypnoalgésie n'ont la plupart du temps pas besoin du parcours de prise en charge anesthésique puisque la majorité de ces actes est réalisée de manière courante sans aucune anesthésie, sous AL ou avec protoxyde d'azote.

L'alliance thérapeutique et la relation de confiance sont toujours présentes et motrices dans l'aide apportée au patient.

## PROBLEMATIQUE

La problématique de ce travail porte sur l'accompagnement hypnotique des patients pour la pose d'une voie veineuse centrale sous anesthésie locale.

L'hypnose médicale dans le contexte du soin douloureux, anxiogène ou inconfortable améliorerait le vécu en général et plus particulièrement dans le cas de ce travail : de la pose de VVC.

En effet, ce geste est réalisé comme nous l'avons vu précédemment dans le cadre d'une aggravation d'une maladie préexistante, d'une maladie nouvellement découverte ou dans le cadre d'un long processus de soins où nous, anesthésistes, arrivons en bout de chaîne de soins au cours de laquelle les patients ont pu être confrontés à une souffrance psychologique ou physique liée aux soins ou à la maladie elle-même. De plus, l'anxiété du geste lui-même peut être exacerbée par le fait que le patient n'est pour la plupart du temps pas informé par le service de la pose de ce cathéter.

De ces constatations ont découlées des questions sur nos pratiques et l'amélioration de celles-ci. L'hypnose médicale comme accompagnement d'une étape de la prise en charge pourrait prévenir les conséquences ultérieures psychologiques et physiologiques de la douleur ou de l'anxiété chez le patient dont le parcours des soins a été ou sera potentiellement long.

L'accompagnement hypnotique de la pose de VVC et plus largement des soins avec effraction cutanée préviendrait ou diminuerait alors, l'anxiété liée à une nouvelle pose de VVC, à une autre procédure de soin ou même à un nouveau contact avec nous dans le cadre d'une éventuelle intervention ou ré intervention chirurgicale au bloc opératoire.

### III. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

#### 1) Environnement et cadre du contact avec le patient

Ce mémoire s'est déroulé dans le département d'Anesthésie Réanimation dans un Centre Hospitalier Universitaire.

Le chef du service de ce département du CHU a été informé de ce travail pour le DIU d'Hypnose Médicale et Clinique et a donné son approbation.

La pose de VVC sous AL s'effectue en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) ou plus communément appelée « salle de réveil ». Cette pièce est destinée à accueillir les patients après une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou locorégionale sous la surveillance d'infirmières pendant quelques heures avant le retour dans le service d'origine.

Un poste de surveillance est dédié à la pose de VVC. Il est un peu isolé géographiquement du reste des postes et possède le même système de monitoring, la surveillance à distance des constantes ainsi que l'oxygénothérapie et autres éléments présents pour les patients de la SSPI.



Photo 1 poste de pose des VVC



Photo 2 : SSPI

La première rencontre du patient venant pour pose de VVC se réalise donc généralement dans ce contexte. Il est amené dans son lit d'hospitalisation de son service d'origine à la SSPI par un brancardier et est accueilli par une aide-soignante ou infirmière de la salle de réveil.

Pour des raisons de sécurité l'identité du patient ainsi que sa date de naissance sont reconfirmées, une fois ces vérifications faites une surveillance de la fréquence cardiaque et de la saturation de l'hémoglobine en oxygène avec oxymètre de pouls sont posées. Cette surveillance sera en place jusqu'à la fin de la pose de la VVC.

## 2) Voie veineuse centrale, indications et procédure de pose de la VVC

La voie veineuse centrale est un système permettant de cathétériser une veine profonde. Les veines jugulaires internes, fémorales et sous-clavières sont éligibles à la pose de cette VVC.

Elle nécessite des conditions d'asepsie chirurgicale avec champs stériles permettant d'isoler la zone du geste. La pose est faite après une anesthésie locale de la peau par Xylocaïne.

La technique de Seldinger est utilisée, après repérage échographique, une ponction de la veine est effectuée. Puis un guide est introduit dans la veine et l'aiguille est retirée, ne laissant que le guide dans la veine cathétérisée. Par la suite un dilateur est utilisé afin de dilater la peau et les tissus sous cutanés. Il est retiré pour installer la VVC qui est fixée à la peau par des points de suture, un pansement occlusif est mis en place une fois la procédure terminée.

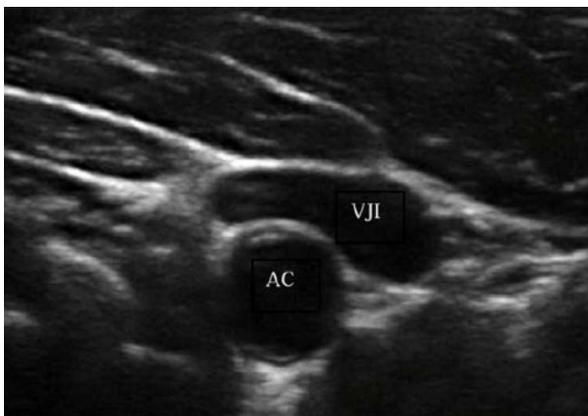


Photo 3 : Repérage échographie de la veine jugulaire interne

AC : Artère Carotide et VJI : Veine Jugulaire Interne



Photo 4 : VVC avec pansement

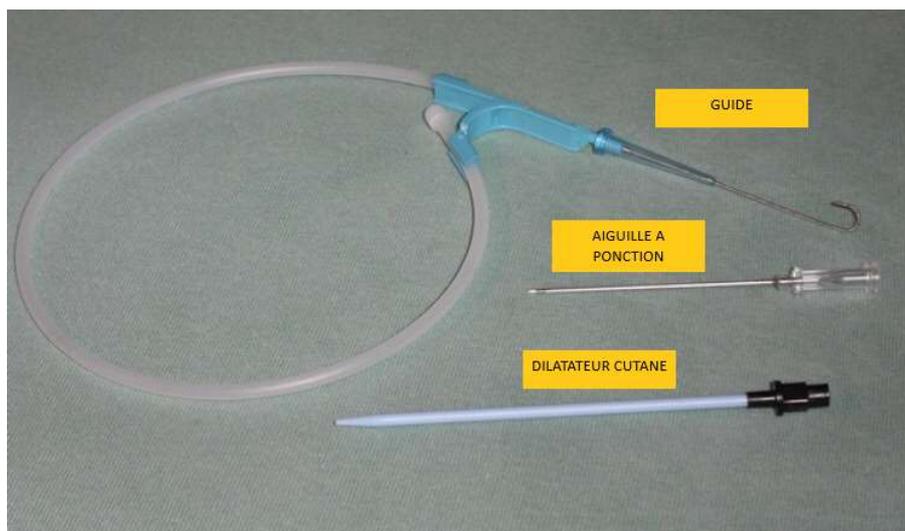


Photo 5 : Matériel pour pose de VVC

L'injection d'anesthésie locale et la dilatation cutanée sont des moments délicats pour les patients et potentiellement désagréables et douloureux.

Les indications de la VVC : médicaments veino-toxiques : antibiotiques, chimiothérapie ; capital veineux périphérique pauvre et nutrition parentérale.

Les contre-indications dépendent du lieu de la pose. La contre-indication principale est : les troubles majeurs de la coagulation sanguine.

Un médecin Anesthésiste-Réanimateur ou un interne en Anesthésie-Réanimation pose la VVC, cette VVC est dans la majorité des cas posée dans la veine jugulaire droite.

Une radiographie pulmonaire est nécessaire pour vérifier le bon positionnement du cathéter mais aussi pour éliminer une complication de la pose de VVC en veine jugulaire interne ou en veine sous-clavière : le pneumothorax qui consiste en la présence d'air entre la plèvre et le poumon consécutive à l'effraction accidentelle de celle-ci par l'aiguille de ponction.

Cette VVC est demandée par les services du CHU via un formulaire pré-rempli (annexe 1) et l'indication est validée par le médecin Anesthésiste-Réanimateur présent ce jour-là. Cette demande est relativement urgente et s'effectue dans la journée de la demande.

### 3) Population

Il s'agit de patients majeurs, aucun enfant n'est pris en charge par notre service.

Après étude du dossier médical, les contre-indications à la pratique de l'hypnose ont été respectées. (44)

Les patients choisis ne présentent pas de désorientation temporo spatiale comme la démence ou de trouble de la compréhension ou de la communication comme l'aphasie, l'absence de maîtrise de la langue française ou une surdité trop importante d'autant plus que l'appareillage auditif doit être enlevé avant la pose de la VVC.

### 4) Déroulement de la séance

Avant de commencer l'accompagnement hypnotique, l'interne qui va réaliser le geste technique et moi nous présentons au patient éligible à la VVC.

Cette présentation ne se fait qu'une fois le patient en SSPI, la rencontre ne peut se faire avant. L'organisation du bloc opératoire et de mon poste ne me permet pas de réaliser un entretien préalable avec ces patients. Le patient peut avoir attendu quelques minutes à plusieurs dizaines de minutes en SSPI que tous les protagonistes de la pose de VVC soient disponibles. Les explications techniques concernant les étapes de la pose de la voie centrale ont été données par l'infirmière de salle de réveil ou l'interne posant la VVC.

Par la suite, un accompagnement par l'hypnose est proposé pour la pose de la voie veineuse centrale. Cette prise en charge est formulée comme prise en charge par l'hypnose ou comme un accompagnement. L'hypnose est présentée au patient comme une technique visant, dans ce contexte de pose de VVC à procurer une détente et un confort lors du geste.

Je me présente également comme en formation à l'hypnose dans le cadre d'un diplôme universitaire et invite les patients à poser toutes les questions qu'ils souhaitent avant de commencer afin de lever les doutes et craintes qu'ils pourraient avoir de l'hypnose compte tenu du contexte actuel où elle est souvent associée à du spectacle et des idées reçues de manipulation malveillante.

L'hypnose est proposée, le patient est libre de refuser ou de changer d'avis, et ce, à n'importe quel moment. Je leur précise également que l'hypnose ne remplace pas la réalisation de l'anesthésie locale avant la pose de VVC.

La séance se déroule en parallèle de mon activité et de mes responsabilités du bloc opératoire. Deux anesthésies sont sous ma responsabilité en même temps avec un(e) infirmier(e) surveillant le patient sous anesthésie générale ou locorégionale. Dans la mesure du possible et pour que la séance se déroule dans des conditions facilitantes, je la réalise dans un moment de baisse d'activité ou de stabilité au bloc opératoire.

Je me positionne assise sur un tabouret à hauteur de la tête du patient, qui lui est allongé sur son lit d'hospitalisation ou un brancard. Par la suite, je tiens les champs nécessaires aux conditions d'asepsie chirurgicale pour maintenir un contact visuel avec le patient.

Je ne participe pas au geste technique en lui-même, l'interne du service prépare la table, l'échographe, pose les champs stériles et pose la VVC seul.

Les enregistrements des séances ont été réalisés pour retranscription fidèle de l'échange avec le patient.

##### 5) Données recueillies

Les données recueillies se sont matérialisées par un échange avec les patients et des questions au fil de la présentation et des conversations avec eux et non des échelles numériques ou questionnaires. Les questions ont été posées au patient avant et après la pose de la VVC.

Avant la pose les questions pertinentes étaient : Avez-vous été informé de la pose de la VVC avant votre descente au bloc opératoire ? La procédure vous rend-elle anxieux, comment vous sentez-vous ?

Après la pose de la VVC les questions étaient : Avez-vous été satisfait de l'accompagnement par l'hypnose ? Est-ce que cet accompagnement vous a aidé ? Avez-vous ressenti une douleur ou gêne durant la pose ? Souhaiteriez-vous renouveler cette expérience pour un nouveau geste ou pour une intervention au bloc opératoire ?

De plus le ressenti de l'interne posant la VVC a été recueilli à la fin de la retranscription.

*« L'hypnose, c'est à chaque fois une aventure. »*

François ROUSTANG

#### IV. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

Trois observations que j'ai réalisées seront exposées avec pour deux d'entre elles une retranscription de l'entretien. Les observations ne sont pas retranscrites dans l'ordre de réalisation des entretiens. Les deux premiers exposés d'observation ont été enregistrés, le dernier ne l'a pas été puisque réalisé dans le bloc opératoire avec la réalisation d'une séance imprévue. Le ressenti et l'avis de l'interne sur cet accompagnement par l'hypnose posant la VVC est également recueilli excepté pour la troisième observation.

##### 1) Observation numéro 1 : Mr A

Mr A est un patient de 80 ans présentant de manière chronique des troubles digestifs consécutifs à des séquelles de la radiothérapie faite en 2014 pour un cancer de la prostate.

Il a également subi une intervention chirurgicale mutilante une Cysto-prostatectomie Bricker cette année-là. Cette chirurgie consiste à enlever la vessie ainsi que la prostate et réaliser une dérivation des urines à la peau de manière définitive.

Mr A est venu dans le cadre de ces troubles digestifs avec un arrêt des matières et des gaz dans le cadre de ses troubles digestifs secondaires de la chirurgie. Il doit rester à jeun et doit donc bénéficier de la pose d'une VVC afin d'avoir de la nutrition parentérale.

Je rencontre donc Mr A pour la première fois en SSPI dans ce contexte, je me présente à lui ainsi que l'interne m'accompagnant pour la pose de la VVC. Je lui demande si il a été informé par le service de la raison pour laquelle il est descendu en SSPI, il me répond par l'affirmative. Je lui demande alors si cette procédure lui fait peur et s'il est anxieux. Il n'a pas peur du geste mais me répond qu'il est « *comme une pile électrique et qu'il l'a toujours été* ».

C'est à ce moment que je lui propose un accompagnement par l'hypnose pour la pose de la VVC. Il hésite un peu et me répond « *si vous voulez, pourquoi pas* ».

Pendant que l'interne se lave les mains et prépare la table à distance de Mr A et moi, j'observe Mr A : ses yeux scrutent toute la pièce ... regardant à droite à gauche, analysant tout ce qui nous entoure. Je le laisse faire quelques instants, m'assoit à ses côtés : lui dans son lit et moi sur un tabouret au niveau de sa tête. Nous sommes donc tous les 2 et je commence l'induction.

Verbatim : S = soignant et P = Patient

*S : J'aimerais que vous preniez la position la plus confortable possible,*

*P : bon bah pour l'instant...*

*S : Prenez votre temps*

*P : oui, bah c'est comme ça. Il se dandine dans son lit et bouge le bras énergiquement.*

*S : et lorsque vous l'aurez trouvé, vous pourrez me faire signe,*

*P : oui bah c'est bon, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise.*

Son regard est toujours en train de regarder la salle de réveil et Mr A bouge de manière vive la main qu'il avait sur le thorax pour me signifier qu'il l'a trouvée.

Je ratifie. *S : voilà c'est très bien, maintenant je vous propose de regarder un endroit, un point ou toute autre chose en face de vous.*

*P : Bah la lumière. S : Exactement ce que vous voulez*

*P : oui, je me fixe dessus. S : Maintenant vous allez regarder ce point avec l'intensité que vous souhaitez.* Je le vois fixer son point et ratifie en disant que « *c'est bien* ».

Mais il me demande si il doit ouvrir les yeux ..., je lui réponds qu'il peut faire comme il le souhaite, les fermer ou les ouvrir.

*P : Bon bah je les ouvre.* Je ratifie encore en lui disant que « *c'est très bien* ».

Je laisse un temps de pause et enchaîne : « *tout simplement, tout en respirant, vous pouvez continuer à écouter chacun des bruits présents dans cette salle... le téléphone qui sonne, le bruit des alarmes des autres patients, les discussions ...le bruits des portes, tous les bruits qu'ils soient proches ou lointains. Et ...écouter ma voix, ma voix qui va vous guider, vous orienter, que vous êtes libre de suivre ou non, comme il vous plait...* Temps de pause de quelques secondes. « *Et puis maintenant je vous invite à revenir à votre position* ». Il se racle la gorge. « *Les points de contacts avec entre le corps et le lit, les talons sur le matelas, le bassin* ». Il me répond « *oui* ». « *Les épaules et puis la tête sur l'oreiller* ». Il me répond de nouveau oui. « *La main qui touche le thorax* ».

Je laisse un petit temps de pause et l'invite s'il le souhaite à prendre une position plus confortable. Il me répond verbalement « non ».

*S : Et maintenant je vous propose de vous centrer sur la respiration, le mouvement d'inspiration, l'air qui entre dans les poumons et puis l'expiration, l'un puis l'autre, mouvements spontanés qui se produisent sans même y penser, naturellement.*

Le bruit autour de nous est important et il me dit donc naturellement qu'il ne m'entend pas assez fort. Je me rapproche un peu plus de lui et me répète.

*S : une fois cette respiration confortable trouvée. Il me dit : « oui, ça y est ». Et il me dit que « j'aurais fini que mon interne n'aura pas commencé ».*

Je lui dis que tout va bien, que cette situation de préparation des deux côtés est normale et que je l'accompagne jusqu'à la fin. Devant cette attitude un peu désarçonnante, je lui propose de retrouver sa respiration confortable, et de se concentrer dessus comme il a su très bien le faire il y a quelques instants, que plus il va inspirer et expirer, plus le confort va s'installer.

Le bruit est toujours aussi présent et me gêne pour me concentrer sur Mr A.

Je le vois calme et lui propose donc de penser à un lieu qui lui plait, qui lui est propre, qui lui procure de la sécurité, de la sérénité et qui a une valeur protectrice. Un lieu qui lui appartient et que je n'ai pas besoin de connaître.

*S : Je ne sais pas s'il est réel ou imaginaire. S'il est en intérieur ou extérieur, ceci n'a pas d'importance. Vous allez pénétrer dans ce lieu... vous profitez de son atmosphère et vous retrouverez des sensations, des émotions qui s'y rattachent. Votre lieu de bien être, le vôtre. Laisser les choses se faire, retrouver des formes, des parfums ou des couleurs.*

Il a toujours les yeux ouverts ... je l'invite donc à fermer les yeux pour mieux apprécier ce lieux, ses couleurs ... les détails ... « *Il peut y avoir des bruits qui vous sont familiers, de la musique, je ne sais pas, ce que vous voulez. Vous laissez votre corps et votre esprit retrouver ce lieu et les sensations de détente que procure cet endroit.* »

Il garde toujours les yeux ouverts mais ils sont fixes. Je fais une pause pour lui « *laisser apprécier ce lieux, cet instant à lui ... Ce lieu peut être avec des personnes chères*»

Il se racle de nouveau la gorge et je vois qu'il essaie de nouveau de fermer les yeux, je ratifie ce geste. Mais il me répond « *qu'est-ce que vous voulez que je vous réponde.... je pense à mes enfants et à ma femme, c'est tout* ». Je lui dis « *d'accord, c'est très bien, ces proches vous accompagnent et sont avec vous*».

Je l'invite alors à imaginer leur taille, la manière dont ils sont habillés, une situation plaisante, des activités partagées avec eux.

*S : Je vous laisse imaginer ces moments ... pause dans mon discours ... « le reste n'a plus d'importance ».*

L'interne met en place le champ opératoire. A ce moment Mr A se tend et me demande si je vais rester avec lui parce qu'il « *n'aime pas ça* ». Je maintiens le champ opératoire avec ma main et lui dis que je reste avec lui, que nous allons continuer ensemble ce moment de bien être avec sa famille.

Voyant qu'il n'est plus du tout détendu et que son regard recommence à balayer le peu de champ de vision qui lui reste sous le champ stérile, je décide donc à ce moment de changer de « stratégie ». Je sens que l'approche de la Safe Place que j'essaye de mettre en place ne fonctionne pas, qu'il n'accroche pas, je décide de poursuivre avec de la distraction.

Je lui demande donc comment s'appelle sa femme. «*Elle s'appelle Josiane* ». Quel âge a-t-elle ? «*Bah elle a 2 ans de moins que moi, elle a 78 ans* ». Quel était son métier ? «*Elle était comptable*».

*S : Ah les comptes de la maison étaient bien tenus alors !*

*P : Ah oui et ils y sont toujours !*

*S : Quelles sont ses passions à votre femme?*

*P : Oh, elle aime lire, être au calme ...*

Je lui dis donc « *l'inverse de vous* » Puisque qu'au cours de la présentation, il m'a dit qu'il était une pile électrique.

Il me répond qu'il avait pris le rythme, qu'il était calme ...qu'ils sont bien tous les deux.

*S : Qu'est-ce que vous faites tous les 2 ?*

Il me demande : « *qu'est-ce qu'on fait quand on est retraité ? J'ai ma maison ... j'ai mon jardin ... elle s'occupe de ses fleurs et moi du potager* ». Je lui demande de me décrire ce qu'il fait dans son potager ... Il enchaîne spontanément sur « *on va aussi se promener tous les deux, on a une vie tranquille ...* »

Je poursuis mes questions et lui demande combien il a d'enfants... Si il a des petits enfants ....qu'elles sont leurs professions, leurs activités ...

Durant notre échange, il me dit que je pose beaucoup de questions ... je lui réponds que j'aime ça et que je suis curieuse alors il rit et continue de répondre à mon flot ininterrompu de questions.

Ne voyant aucun signe physique sur le visage de Mr A ou de réaction de l'avancement de la pose de la VVC, je sors ma tête du champ stérile pour demander à mon interne où il en est... et il me dit qu'il a fini !

Je n'ai rien perçu sur le visage ou dans le discours de Mr A : pas d'inconfort ou douleur ...Il a juste eu un léger sursaut de surprise au moment de la dilatation mais aucune douleur n'a été ressentie.

A la fin de la pose je lui dis donc que c'est terminé ! Il me dit surpris « *Ah bon ? Très bien, je vais pouvoir remonter dans ma chambre* ». Je lui explique qu'il faut faire une radiographie pulmonaire de vérification.

Le champ stérile est enlevé ainsi que l'oxygénothérapie.

Afin de recueillir son avis et ses impressions de la pose de VVC avec mon accompagnement, je lui dis que je vais encore lui poser quelques questions après toutes celles que j'ai pu lui poser ... et il sourit de nouveau.

Je lui demande si il a été anxieux durant la pose il m'a dit que non.

Je lui demande également, s'il accepterait un nouvel accompagnement par l'hypnose pour un autre geste que la pose d'une VVC ? Il prend du temps pour me répondre puis me dit qu'il ne sait pas.

Je lui demande pourquoi il ne sait pas ? Mais il ne répond pas à ma question et me dit qu'il serait très motivé par l'hypnose si ça pouvait guérir ses problèmes digestifs et son cancer. En me disant cela il montre son ventre avec la main droite. Je lui dis que je ne peux malheureusement rien faire pour guérir cela, que je peux l'aider et l'accompagner à chaque étape de la prise en charge si il le souhaite, que je ne peux pas faire ... je suspends mon discours et lui, finit ma phrase par « de miracle ».

Je lui demande si l'accompagnement que je lui ai proposé lui a convenu et aidé? « *Oh oui* » fut sa réponse.

Après cela, il me dit spontanément qu'il souhaiterait être mieux physiquement. Je rebondis en lui expliquant ce que la VVC et la nutrition parentérale pourront lui apporter : avoir plus d'apports caloriques et nutritionnels et lui permettront de retrouver de la force. Il me dit d'un ton déterminé « *ah oui !* ».

Pour finir, je lui demande si il a eu mal ou senti quelque chose ? Il me dit qu'il n'a pas eu mal et qu'il a juste senti « *un petit truc dans le cou* », moment que j'ai perçu et correspondant au moment de la dilatation cutanée.

Il me dit merci, je le remercie en retour et il sourit.

L'avis de l'interne ayant posé cette VVC : La pose de la VVC s'est déroulée sans difficulté et la procédure n'a pas pris plus de temps que d'habitude.

Il n'avait pas eu d'expérience professionnelle ou personnelle de la prise en charge par l'hypnose.

Cette première expérience le laisse mitigé quant à son utilité pour le geste technique mais serait prêt à renouveler l'expérience pour accompagner et aider les patients.

## 2) Observation numéro 2 : Mme B

Mme B est âgée de 66 ans avec une histoire médicale récente assez lourde. Mme B se plaignait depuis plusieurs mois de difficultés respiratoires avec amaigrissement. Après 2 passages aux urgences pour difficultés respiratoires, elle se voit découvrir un cancer de la sphère laryngée pour lequel elle subit en urgence une trachéotomie afin d'améliorer sa respiration. Par ailleurs, elle bénéficie de la pose par les chirurgiens d'une sonde

d'alimentation placée directement dans le jéjunum (jéjunostomie) pour permettre une alimentation entérale et corriger une forte dénutrition avant d'entamer le traitement de son cancer ORL. Elle est douloureuse au niveau du ventre et sa trachéotomie récente engendre une toux irritative qui majore les douleurs abdominales consécutives à sa chirurgie.

Elle doit bénéficier d'une pose de VVC pour alimentation parentérale car la sonde de jéjunostomie n'est pas fonctionnelle.

Je rencontre Mme B en pleurs dans la SSPI. Je lui demande pourquoi elle pleure et si elle savait pourquoi elle venait en SSPI ? Elle me répond qu'elle a peur, qu'elle ne sait pas pourquoi elle descendait en SSPI et qu'elle ne l'a appris qu'une fois en salle de réveil par l'aide-soignante la prenant en charge.

Elle est très angoissée et triste parce que sa belle-fille doit lui rendre visite dans l'après-midi et qu'elle ne sera pas dans sa chambre pour la voir.

J'avais déjà rencontré Mme B au bloc opératoire quelques jours plus tôt pour la confection sous anesthésie générale de la jéjunostomie. Elle m'a reconnu et moi aussi. Malgré la trachéotomie, Mme B peut se faire comprendre si son interlocuteur lit sur ses lèvres et elle écrit également sur une ardoise si besoin. Je ne considérais donc pas ça comme un obstacle à la communication entre nous et lui propose de l'accompagner. Je me place sur un tabouret au niveau de sa tête et commence le VAKOG pendant que l'interne se lave les mains et prépare la table.

Verbatim : S = soignant et P = Patient

*S : Je vous laisse fixer un point, celui que vous souhaitez dans cette salle, cela peut être la lumière au plafond, un point du chariot de soins derrière nous ...Et quand vous l'aurez trouvé, vous pourrez me le signifier avec ce doigt (je touche son index gauche). J'ai décidé de mettre en place un signaling avec cette patiente pour améliorer la communication. Je lui demande si elle a trouvé son point ? Et elle me fait signe que oui avec son index. Je vous laisse maintenant le regarder avec attention, explorer sa forme, sa couleur, imaginer sa texture. A mesure que vous le fixez il peut devenir plus flou, changer de forme ou changer de couleur.*

Le bruit dans la pièce est très présent avec beaucoup de personnes qui parlent fort, des alarmes qui sonnent pendant longtemps.

*S : Je vous invite maintenant à prendre la position la plus confortable possible, pour cela vous pouvez bouger vos mains, vos pieds, repositionner votre dos et si votre position vous convient vous pouvez simplement ne rien faire... et toujours fixer votre point. Je laisse plusieurs secondes de silence pour laisser le temps à Mme B qui a du mal à focaliser son regard.*

Je l'invite à fermer les yeux pour plus de confort. Elle décide de les laisser ouverts, ce que je ratifie.

*S : Et maintenant, tout en respirant calmement, je vous invite à prendre conscience des bruits qui nous entourent : le bruit de la porte derrière nous (la porte venait de s'ouvrir quelques secondes plus tôt), les gens qui parlent.... tout ceci n'a pas d'importance, ces bruits sont là, ils sont ce qu'ils sont ...Voilà, et votre respiration, la respiration essentielle, naturelle ... l'inspiration et l'expiration. Plus vous allez respirer et plus allez pouvoir atteindre un confort. Prendre cet air...*

A ce moment, l'interne pose les champs stériles pour commencer la pose de la voie centrale. Je maintiens les champs avec ma main afin de dégager le visage de Mme B et de rester en contact avec elle. Je lui répète que je suis là pour elle et la guider, que les choses autour de nous n'ont pas d'importance.

*S : vous sentez cet air dans vos poumons, qui entre et qui sort ...bien ...la respiration est confortable.* Mme B respire calmement quand soudain elle se met à respirer plus rapidement puis à tousser. Cette toux irritative qui revient souvent au cours de l'entretien.

Je reprends « *et plus vous respirez plus la détente s'installe, plus le matelas sous vous devient confortable et sécurisant .... L'inspiration .... Et l'expiration, voilà c'est bien* ».

A ce moment : un manipulateur radio arrive à côté de nous et hurle « Bonjour c'est pour la radio, c'est quel patient ? » quelques secondes plus tard « Attention on prend la radio » était sur le même ton. Mme B que j'avais du mal à mettre en état d'hypnose et de détente se raidit et me regarde inquiète. Je la rassure en répétant que les bruits autour de nous n'ont pas d'importance, je l'invite de nouveau à se concentrer sur les parties du corps que j'énumère, la respiration et suggère de la détente.

Je souhaite réaliser alors une écharpe magique avec cette patiente pour protéger la zone du cou où la pose de la VVC aura lieu.

*S : Et maintenant, j'aimerais vous apprendre une technique afin de protéger votre cou et travailler sur son anesthésie. Plus vous allez respirer et plus vous allez pouvoir endormir cette zone. Je vous laisse le temps, celui dont vous avez besoin pour le faire, voilà c'est bien. Peut-être est-ce une écharpe, quelque chose en cuir ou autre chose, prenez le temps que vous souhaitez pour faire la protection magique que vous souhaitez, je ne suis pas obligée de savoir ce qu'est cette protection... vous la construisez vous-même. Je vous laisse y penser ... en laine, en coton, de la mousse, autant d'épaisseur que vous le souhaitez, autant de dureté que vous le souhaitez. Et quand vous aurez mis assez de couches, vous pourrez me faire signe.*

Le bruit dans la SSPI devient de plus en plus important, les éclats de rire, les conversations des autres personnes de la salle me perturbent et sont assez fortes pour que je ne m'entende plus parler. C'est à ce moment-là que Mme B me dit « *je n'y arriverai pas* ». Je me suis dit la même chose dans ma tête en essayant de ne pas le laisser transparaître aux yeux de Mme B. S'ajoute à ça, mon téléphone qui sonne plusieurs fois durant cette séance.

J'essaie de poursuivre « *toutes les ressources de protection sont en vous* ». Après plusieurs minutes de travail sur l'écharpe magique, Mme B me dit qu'elle n'aime pas voir quelque chose sur le cou. J'abandonne cette idée qui aurait dû ne pas être explorée si j'avais pu avoir un entretien préalable avec Mme B et essaie de proposer un lieu plaisant et de sécurité. Elle me répond qu'elle n'a pas de bel endroit en tête et qu'elle veut juste rentrer chez elle.

Devant cette perche tendue par la patiente, je lui propose de rentrer chez elle pendant les minutes que nous passons ensemble, elle me répond par l'affirmative.

Je ne fais pas de VAKOG et me rabats sur la conversation hypnotique, je propose à Mme B de me décrire sa maison et ce qu'elle aime faire dans chacune de ses pièces.

Durant la fin de la pose elle me décrira sa chambre, les meubles qui la composent, sa cuisine, toutes les couleurs présentes dans son salon, la couleur de son canapé, ce qu'elle y fait, les plantes qui y sont présentes....elle me sourit à plusieurs reprises durant toutes ces descriptions.

Malgré cette distraction, elle me signifie qu'elle a mal au niveau de la nuque, je demande à mon interne ou il en est dans la pose de la voie centrale, il me montre ces deux mains qui sont loin du cou de la patiente. Je ne comprends pas à ce moment cet inconfort, d'autant plus

qu'une fois la procédure terminée et le pansement mis la patiente me demande si elle est réveillée. Je lui confirme qu'elle est bien réveillée et avec nous puis l'aide à se réinstaller dans son lit et lui remet son coussin derrière la tête. Elle est soulagée car elle pourra peut-être voir sa belle-fille dans sa chambre car ça a été rapide mais me dit qu'elle est stressée de ne pas la voir, car pour elle la voir demain « *est trop loin dans le temps* ».

Je lui demande si ma démarche l'a aidée pour la pose de la VVC elle me répond que oui en revanche l'accompagnement n'a pas provoqué de diminution de l'angoisse.

Je lui demande si elle a eu mal pendant la procédure, elle fait le retour des douleurs abdominales, de l'inconfort de la toux mais ne mentionne pas la douleur liée au geste. L'inconfort qu'elle exprimait pendant la pose était consécutif à l'arthrose qu'elle avait dans le cou et qui était exacerbée par la position de sa tête et non la douleur liée au geste.

Je lui demande si elle souhaiterait renouveler l'expérience de l'accompagnement par l'hypnose ? Elle me répond clairement non car cela l'a énervée compte tenu du fait qu'elle voulait absolument voir sa belle-fille. Je lui réponds sur le ton de l'humour et en souriant « *vous me dites que je vous ai bien aidé en vous accompagnant, mais je vous ai énervée* ». Elle me dit « *oui* », rigole et me dit « *merci* ».

L'interne qui a posé la VVC est le même qu'avec Mr A, il connaissait donc les étapes de mise en état d'hypnose et y était sensibilisé.

La pose de la VVC fut compliquée car la veine à cathétériser était de petit calibre. Cette difficulté technique est assez fréquente et ne l'a pas déstabilisée, mais la procédure a donc été en conséquence un peu plus longue.

L'environnement bruyant de la SSPI et les interruptions fréquentes par le téléphone ou les demandes diverses ont été très gênants pour la réalisation du geste technique. Il pense que l'accompagnement réalisé dans ce contexte, a aidé Mme B qui était très mal avant le geste.

### 3) Observation numéro 3 : Mme C

Mme C est âgée d'une soixantaine d'années, elle est insuffisante rénale chronique sur néphropathie diabétique et hypertensive. Mme C dialyse trois fois par semaine : les lundis, mercredis et vendredis depuis plusieurs mois, ce qui la fatigue beaucoup. Je la rencontre au bloc opératoire pour qu'elle bénéficie d'une greffe rénale.

Les patients éligibles à une greffe rénale sont convoqués dans le service de Néphrologie quand un greffon est compatible avec un patient receveur et préparés pour la greffe. Ils viennent ensuite au bloc opératoire pour la greffe proprement dite. Dans le cadre de la procédure, une VVC est nécessaire pour les suites opératoires. Elle est réalisée généralement une fois le patient sous anesthésie générale, cependant pendant une manipulation, la voie veineuse périphérique (VVP) de Mme C est arrachée. Malgré plusieurs tentatives de repose de cette VVP, aucune n'a été fructueuse. Il est donc décidé de poser la VVC sous AL avant l'anesthésie générale.

Je décide donc de réaliser un accompagnement hypnotique avec Mme C. Je lui demande quel serait son lieu agréable ou de sécurité avant de réaliser l'induction hypnotique : elle me parle alors de sa petite fille qui a une quinzaine d'année et avec qui elle adore faire *«des journées shopping entre filles»*.

Mme C se focalise sur sa respiration puis l'interne pose les champs stériles pour la VVC. Ses yeux restent ouverts mais fixes. Je suggère alors de retrouver et d'apprécier une de ses journées avec sa petite fille. Je commence à évoquer la valeur rassurante, agréable de cette journée quand, Mme C se met spontanément à parler en gardant les yeux ouverts dans le vague. Elle commence à me raconter sa dernière journée avec sa petite fille, du moment où elle a posé le pied au sol quand son réveil a sonné, quel petit déjeuner elle a choisi ... le parcours qu'elle a effectué en ville avec sa petite fille, les magasins faits ... ou elles ont mangé, ce qu'elles ont mangé. De mon côté je n'ai qu'à ratifier et dire *« c'est très bien ... et puis ... »*. La VVC est rapidement posée, l'oxygénation avant anesthésie est mise en place sans arrêtée Mme C dans son récit de sa journée. Je décide donc de pousser les produits anesthésiques pendant que Mme C revit sa journée, elle s'endort quelques secondes plus tard. L'intervention se déroule parfaitement et la patiente est conduite en SSPI pour surveillance avant de retourner en Néphrologie. Je retourne donc la voir afin de valider la sortie de la SSPI et recueillir son avis

quant à mon accompagnement. Quelle ne fut pas ma surprise initialement car il me semblait que l'accompagnement avait été réussi, elle me dit « *c'est un cauchemar !* », je lui demande « *pourquoi un cauchemar ?* ». Elle me répond « *je suis là avec vous alors que j'étais tellement bien avec ma petite fille dans les magasins* ». Elle me précise, qu'elle a été surprise de revivre cette journée agréable et de se réveiller en SSPI. Je lui ai donc bien reprécisé que l'intervention s'était bien déroulée, l'heure qu'il était, qu'elle était en SSPI et s'apprêtait à remonter dans sa chambre de Néphrologie. Une fois cette surprise passée, elle me remercie d'avoir pu revivre une de ces bonnes journées avec sa petite fille.

Par ailleurs, Mme C n'a perçu aucune douleur ou inconfort pendant la pose de la VVC.

## V. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

### 1) Rappel de la problématique

La problématique de ce travail porte sur l'accompagnement hypnotique des patients pour la pose d'une voie veineuse centrale sous anesthésie locale.

L'hypnose médicale dans le contexte du soin douloureux, anxiogène ou inconfortable améliorerait le vécu en général et pourrait prévenir les conséquences ultérieures psychologiques et physiologiques de la douleur ou de l'anxiété chez le patient dont le parcours des soins a été ou sera potentiellement long.

### 2) Confrontation des observations à la problématique

#### a) Mr A

Mr A fut le premier patient pour lequel j'ai utilisé de l'Hypnose formelle. Mr A n'était pas d'abord facile initialement, il était fermé, agacé et énervé de la tournure que prenait cette énième complication de son cancer de la prostate. La proposition de l'accompagnement par l'hypnose s'est faite naturellement mais le « *si vous voulez* » que j'ai eu en réponse a été la première déstabilisation. En effet tout au long de mon accompagnement les réactions physiques et verbales de Mr A m'ont déstabilisée : ses mouvements des parties du corps quand je les énumérais, ses « *oh bah.. !* », ses yeux ouverts ...

Malgré cette gêne et ce sentiment d'échec compte tenu du fait que Mr A ne réagissait pas comme j'aurais pu l'imaginer, j'ai essayé tout au long de la prise en charge de m'adapter et de changer en fonction de ce qui me paraissait le plus approprié au moment opportun.

L'expérience fut positive pour Mr A puisque la pose de la VVC n'a pas été anxiogène ou douloureuse. En effet, le faciès de Mr A n'a jamais changé et je n'ai jamais perçu un quelconque inconfort, au point de demander à l'interne s'il avait commencé à faire le geste. Par ailleurs Mr A a souri et surtout été très satisfait de l'accompagnement que je lui ai proposé qu'il a manifesté par un « *Oh oui !* ».

b) Mme B

Cet accompagnement fut difficile pour moi et ma faible expérience de l'hypnose, en effet la détresse émotionnelle de cette patiente, la trachéotomie limitant la communication, l'environnement de la SSPI et les interruptions par mon téléphone ce jour-là ont été compliqués à gérer. Souhaitant aider cette patiente, j'ai essayé de m'adapter à la situation du lieu et de la rencontre et d'accompagner au mieux Mme B. Je ne sais pas si j'ai réussi à mettre en état d'hypnose Mme B, si oui à quel moment ?, pendant combien de temps ?, malgré ces doutes plusieurs éléments sont en faveur de la mise en transe, au moins à certains moments de ma prise en charge : le fait qu'elle m'a demandé si elle était réveillée à la fin de la procédure et qu'elle n'a pas senti les différentes étapes de la pose de la VVC. Je considère cette expérience avec Mme B comme enrichissante, encore une fois même dans un environnement défavorable, la communication hypnotique m'a permis d'aider un patient. De plus j'ai pu constater que Mme B a souri durant notre rencontre alors qu'elle était arrivée en pleurs et m'a confirmé que je l'ai aidée durant cette nouvelle étape. Ceci me conforte dans cette démarche de l'accompagnement hypnotique et revêt malgré mon sentiment mitigé, in fine un caractère positif.

c) Mme C

L'accompagnement de Mme C comme il a eu lieu n'était pas prévu et je n'ai pu poser les questions sur la peur ou l'anxiété mais il s'est fait spontanément sans même prononcer les mots : accompagnement, détente ou hypnose.

La transe de Mme C m'a un peu déstabilisée puisqu'elle a réellement « travaillé seule » et je l'ai simplement aidée par des « *et puis... et...d'accord... très bien* ».

J'ai été surprise de sa réaction en SSPI mais l'ai comprise secondairement, mon erreur a été de l'endormir avec les produits anesthésiques sans lui avoir précisé qu'elle se réveillerait après l'intervention en SSPI parmi nous, à l'hôpital. La réassociation manquait avant le début de l'anesthésie générale pour la greffe rénale, celle-ci a été faite en SSPI quand je suis retournée la voir avant son retour en chambre.

Mme C n'a pas eu de douleur au cours de la pose de la VVC.

#### d) Le soignant

Il est toujours difficile pour un soignant d'être face à un patient douloureux, inconfortable, angoissé ou en détresse émotionnelle. L'envie d'aider est toujours présente mais les ressources ne sont pas toujours présentes. Je pense que l'hypnose fait partie des réponses à cette envie d'aider le patient et d'amélioration de la relation soignant-soigné. Durant ces séances d'hypnose, j'ai eu l'impression d'avoir accompagné au mieux les patients pendant le geste. Tout n'a pas été parfait, les difficultés ont été présentes mais le ressenti global de chacun des patients a été positif et le mien aussi.

Des inductions rapides auraient peut-être été plus pertinentes à utiliser dans les conditions du bloc opératoire et de la SSPI. Elles m'auraient peut-être permises de m'affranchir du manque de temps et du bruit qui ont été un facteur limitant pour moi en tant que pratiquant débutant dans les accompagnements.

Au cours de ces accompagnements, j'ai plusieurs fois été déstabilisé par des réactions auxquelles je ne m'attendais pas ou qui me faisaient penser que l'état hypnotique n'était pas là mais l'absence de réaction de chaque patient à la pose de VVC et le retour positif concernant l'aide apportée me conforte dans cette démarche d'aide et donc dans la poursuite de l'accompagnement hypnotique. Ces différentes réactions déstabilisantes confirment que chaque patient « travaille » à sa manière et que nous devons prendre le patient où il est, dans le contexte où nous sommes et l'accompagner au mieux. Cependant, il fera ce qu'il voudra de cette aide et se l'appropriera. Le malade nous guide dans la séance, son rythme et son déroulement. En effet l'adaptabilité et la réactivité ont été importantes dans ces accompagnements, la trame que je souhaitais suivre pour chaque patient n'a pas été celle réalisée au final puisque évoluant en fonction de l'interaction avec le malade.

La satisfaction en tant que soignant est obtenue grâce à celle exprimée par le patient, l'hypnose médicale permet cette satisfaction mutuelle. Premièrement, elle permet au soignant de ne plus être qu'un exécutant de geste technique mais un facilitateur du vécu positif du malade et de créer une relation différente avec ce patient. Deuxièmement, en ce qui concerne le patient, lui, devient acteur et participe aux soins plutôt que de les subir ce qui lui permet de vivre une expérience positive et dynamique qui l'imprènera et rendra les soins ultérieurs peut être moins anxiogènes.

### 3) Limites

Ce mémoire relate 3 observations mais ne reflète qu'une petite partie de ma pratique de l'hypnose au quotidien. En effet, de ma présentation au patient au bloc opératoire à la sortie de la salle de réveil, l'hypnose et la communication hypnotique sont présentes. Tout ceci est intégré tant que faire se peut au cours de la prise en charge du malade puisque la responsabilité du médecin anesthésiste, la gestion de plusieurs salles d'opération, l'organisation du bloc opératoire et d'autres tâches rendent difficiles la présence continue auprès d'un patient. J'ai été confronté à cela au cours des différents accompagnements.

Le contexte de la salle de réveil avec les bruits et les sollicitations fréquentes auxquels nous avons été confrontés mes patients et moi ont rendu certains accompagnements difficiles à mener. Ceci a mis à rude épreuve ma pratique débutante de l'hypnose. Malgré ces difficultés mon souhait d'aider et d'accompagner au mieux les patients a été moteur dans le fait de les surmonter.

L'absence d'entretien préalable avec les patients n'a pas permis, à mon avis un accompagnement optimal et aurait pu jouer un rôle facilitateur tant pour moi que pour le patient. De plus, le flot d'informations données au patient avant la pose de la VVC et ma proposition d'accompagnement ont peut-être été trop proches pour une bonne compréhension de la situation et de la proposition d'hypnose. La contrainte de la rencontre de dernière minute a été une des limites mais plus pour moi et mon niveau débutant en hypnose que pour le patient angoissé et présentant une suggestibilité accrue dans ce contexte.

Une autre difficulté rencontrée fut la pénurie de patients éligibles à une VVC et également éligibles à l'accompagnement hypnotique. La pose de VVC est habituellement quasi quotidienne mais lors de la mise en route de ce travail de mémoire, les demandes des services ont quasi été inexistantes, de plus les patients venus jusqu'à nous, présentaient très fréquemment une désorientation temporo spatiale comme la démence ou des troubles de la conscience ne permettant pas l'accompagnement.

Dans ce travail aucune échelle d'anxiété ou satisfaction, ni questionnaire ont été utilisés puisque les résultats chiffrés n'ont que peu d'intérêts pour 3 patients et seraient de mise en place difficile compte tenu des contraintes liées à mon exercice (impossibilité

organisationnelle de voir le patient en entretien pré et post hypnose). Le vécu global du patient et l'appréciation positive de l'aide apportée ont été les seuls éléments recherchés mais sont à mon avis les éléments les plus importants quant à la qualité de la prise en charge par un soignant et dans la relation qui le lie au patient pour le soin.

#### 4) Discussion éthique

La question : faut-il à chaque fois utiliser le terme hypnose ou accompagnement par l'hypnose avec le patient ? est récurrente. Le terme hypnose a été utilisé pour les 2 patients pris en charge en salle de réveil avec une séance formelle, mais ce mot n'a pas été prononcé avec Mme C car la situation ne s'y prêtait pas et relevait plus de l'hypnose conversationnelle sans réelle induction par VAKOG.

L'hypnose est intégrée dans ma pratique quotidienne : quand je pose une VVP, quand je fais de la communication hypnotique avec le patient au moment d'une anesthésie locorégionale, au cours de la prise en charge initiale avant une anesthésie générale ... elle est tellement présente à chaque moment qu'elle en devient naturelle pour moi. Comment pourrais-je parler d'hypnose alors que celle-ci est intégrée de manière inconsciente à ma relation au malade et relève de ma pratique courante ? Je ne réalise pas d'hypnose formelle à proprement parler avec objectif thérapeutique mais plutôt l'hypnose conversationnelle qui se prête mieux et est plus adaptée au contexte du bloc opératoire. Je ne me vois clairement pas à chaque fois que je parle au patient au début de la prise en charge m'interrompre et lui dire « *accepteriez-vous que nous fassions de l'hypnose conversationnelle ?* » ça n'aurait pas de sens dans un début de communication et de relation bienveillante. En revanche, il m'a paru légitime pour le patient de parler d'hypnose dans le cadre des 2 accompagnements hypnotiques réalisés en SSPI pour la pose de VVC puisqu'il s'agissait de séances plus formelles et faites en parallèle du geste technique.

Ma pratique de l'hypnose reste dans mon champ de compétence au bloc opératoire et en réanimation. Tous les accompagnements ou communication hypnotique avec les patients ont été réalisés à un moment où ces outils ne me seraient pas nécessaires si l'hypnose ne faisait pas partie de ma vie de soignant. Concernant la pose de VVC, le protocole technique a été le même pour tous les patients avec ou sans accompagnement hypnotique, l'hypnose ne s'est pas substituée à l'anesthésie locale.

L'hypnose reste au bloc opératoire et en réanimation, elle est un outil en plus dans mon exercice quotidien dans la prise en charge des patients et je ne m'improvise pas hypnothérapeute, ce n'est pas mon rôle en tant qu'anesthésiste réanimateur. Le cadre de ma pratique de l'hypnose est clair, au service des patients et de leur bien-être. Cette manipulation bienveillante ou relation d'influence à bon escient est temporaire, répond à un objectif précis (détente, diminution de l'anxiété, diminution de la douleur) visant le bien-être du malade en établissant une relation de confiance et correspond à une démarche éthique de ma part.

## 5) Perspectives

Ce travail de mémoire m'a permis de mettre encore plus en avant certains dysfonctionnements que j'avais déjà remarqués dans la prise en charge des patients pour la pose de la VVC et qui m'ont donné envie d'initier ce travail.

Le geste technique que nous décrivons au patient le moment venu revêt un caractère anxiogène et un travail d'information du patient en amont dans le service demandeur doit être fait afin de limiter l'effet d'annonce et l'accumulation d'information, sources d'anxiété. L'information préalable du patient devrait être faite avant la descente en salle de réveil afin de diminuer l'anxiété liée à l'ignorance de ce qui va arriver. Le point d'amélioration de la prise en charge des patients éligibles à une VVC pourrait se matérialiser par une note de notre part stipulant que le patient doit être informé de la pose de VVC sur le formulaire pré rempli (annexe 1) nécessaire à la demande de VVC par le service. Ce formulaire rempli par le service demandeur comporte des informations cliniques et biologiques nécessaires à la pose de la VVC et un encart concernant l'information préalable du patient pourrait facilement être ajouté.

Une amélioration de l'environnement de la pose des VVC et plus largement de la SSPI est à mon avis à envisager. Le bruit qui y réside est important et peut être source d'inconfort pour les patients ainsi que pour les soignants, comme j'ai pu en faire l'expérience avec mes patients.

Mes collègues et internes ont été sensibles à ce travail, j'ai pu m'apercevoir que certaines personnes que je ne pensais pas présenter d'affinité pour ce qui touche à la communication hypnotique et plus largement à l'hypnose ont été intéressées et curieuses.

L'hypnose est en plein développement au sein du service d'anesthésie réanimation du CHU dans lequel je travaille et acceptée, de plus en plus de personnels paramédicaux ont pu

bénéficiaire de formation à l'hypnose et l'utilisent au quotidien. Le personnel médical s'y forme également et est moteur dans le changement, en effet sous leur impulsion, certaines interventions comme la chirurgie des varices se réalisent maintenant sous hypno analgésie pour les patients le souhaitant et cette pratique tend à se développer à d'autres chirurgies. L'hypno analgésie est proposée en consultation d'anesthésie et une prise en charge spécifique est mise en place avec anamnèse et appel téléphonique la veille par le médecin anesthésiste réalisant l'accompagnement.

J'ai actuellement changé de service et travaille désormais en réanimation. Les champs d'améliorations sont multiples dans ce type de service où le vital et le technique passent souvent avant la relation. Les patients ne sont pas toujours sédatisés et restent parfois plusieurs semaines voire plusieurs mois dans certains cas. L'utilisation de l'hypnose pour certains soins et gestes techniques permettrait d'améliorer la relation soignant-soigné et ainsi améliorer le vécu global et la qualité de vie dans notre service.

## VI. CONCLUSION

L'essor ces dernières années de la prise en charge par l'hypnose et l'aide qu'elle apporte aux patients sont importants en anesthésie et leurs intérêts ont été démontrés depuis plusieurs décennies avec de multiples études quant à la diminution de la douleur per et post opératoire, la baisse du niveau d'anxiété et la qualité des suites opératoires.

La mise en place d'une VVC est une étape dans la prise en charge d'un patient, de sa maladie ou de ses complications, il est donc important que l'équipe soignante dans sa globalité limite l'anxiété, la douleur et l'inconfort liés aux soins pour établir une relation soignant-soigné de confiance et de qualité et ainsi prévenir d'éventuelles conséquences ultérieures psychologiques et physiologiques.

L'hypnose est un outil catalyseur d'une relation de qualité avec le patient et c'est grâce à elle que la dimension humaine de la relation avec le malade et « le prendre soin » sont replacés au centre du soin et ne sont plus effacés par la technicité de l'anesthésie. Le malade est accueilli dans sa globalité et n'est plus considéré comme un symptôme ou un geste technique à réaliser.

## VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gorton BE. The physiology of hypnosis; a review of the literature. *Psychiatr Q.* avr 1949;23(2):317; passim.
2. Society of Psychological Hypnosis (Division 30) [Internet]. <http://www.apa.org>. [cité 4 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.apa.org/about/division/div30.aspx>
3. Bioy A. L'hypnose. 1ère ed. Puf; 2017. (Que sais-je?).
4. Michaux D., Halfon Y., Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine; 2007. (Profession De Santé).
5. Hick G, Kirsch M, Brichant J-F, Faymonville M-E, Abback A rédigé par P-S, Chousterman B. TEMPS FORTS DU CONGRÈS SFAR 2011 - Hypnose en anesthésie. 22 févr 2013;
6. Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, Roediger L, Joris J, Lamy M. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth.* avr 1995;20(2):145-51.
7. Forster A, Bourgeois P. [The role of hypnosis in the treatment of burns]. *Rev Med Suisse Romande.* sept 1987;107(9):731-4.
8. Faymonville ME, Joris J. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. Conférences d'actualisation 2005, p59 -69 2005 Elsevier SAS.
9. Jana H. Effect of hypnosis on circulation and respiration. *Indian J Med Res.* juin 1967;55(6):591-8.
10. Gur R, Reyher J. Relationship between style of hypnotic induction and direction of lateral eye movements. *J Abnorm Psychol.* déc 1973;82(3):499-505.
11. Williams JD, Gruzelier JH. Differentiation of hypnosis and relaxation by analysis of narrow band theta and alpha frequencies. *Int J Clin Exp Hypn.* juill 2001;49(3):185-206.
12. Barabasz A, Barabasz M, Jensen S, Calvin S, Trevisan M, Warner D. Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial. *Int J Clin Exp Hypn.* janv 1999;47(1):5-22.
13. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol Paris.* juin 2006;99(4-6):463-9.
14. Montenegro A, Pourtalés M-C, Greib N, End E, Gaertner E, Tulasne P-A, et al. Évaluation de la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale par bloc nerveux périphérique : étude bicentrique sur 314 cas. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.* 1 juill 2006;25(7):687-95.
15. Bioy A. Découvrir l'hypnose. Pratiques, méthodes et techniques. Marabout; 2015. (Poche).
16. Olness K, MacDonald JT, Uden DL. Comparison of self-hypnosis and propranolol in the treatment of juvenile classic migraine. *Pediatrics.* avr 1987;79(4):593-7.
17. Tan G, Fukui T, Jensen MP, Thornby J, Waldman KL. Hypnosis treatment for chronic low back pain. *Int J Clin Exp Hypn.* janv 2010;58(1):53-68.

18. Butler LD, Koopman C, Neri E, Giese-Davis J, Palesh O, Thorne-Yocam KA, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. *Health Psychol.* sept 2009;28(5):579-87.
19. Lioffi C, White P, Hatira P. Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychol.* mai 2006;25(3):307-15.
20. H.B. Gibson, Michael Heap. *Hypnosis In Therapy.* 1 edition. Psychology Press; 1991.
21. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, Loey CV. *Aide-mémoire - Hypnoalgésie et hypnosédation: en 43 notions.* Paris: Dunod; 2014. 352 p. (Aide mémoire).
22. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry.* 1 févr 1999;45(3):327-33.
23. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology.* mai 2000;92(5):1257-67.
24. Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, Delgueldre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res.* juill 2003;17(2):255-62.
25. Vanhauzenhuyse A, Boly M, Balteau E, Schnakers C, Moonen G, Luxen A, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage.* sept 2009;47(3):1047-54.
26. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique.* sept 2010;168(8):588.
27. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety. A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia.* mai 1989;44(5):437-40.
28. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg.* août 1991;73(2):190-8.
29. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* mars 2001;45(3):298-307.
30. Beydon L, Emmanuel Dima C. Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation.* 1 juin 2007;11(3):161-70.
31. Becker C, Rivat C, Benoliel J-J. Modélisation de la relation douleur-dépression. *Douleur analg.* 1 mars 2012;25(1):31-7.
32. D Spielberger C, Gorsuch R, E Lushene R, Vagg P, A Jacobs G. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2).* Vol. IV. 1983.
33. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg.* mars 2000;90(3):706-12.

34. Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*. déc 2001;27(8):793-9.
35. Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang S-M, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg*. mai 2006;102(5):1394-6.
36. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, et al. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. *Annales de Chirurgie*. 1 juill 2000;125(6):539-46.
37. Hammond DC. Hypnosis as sole anesthesia for major surgeries: historical & contemporary perspectives. *Am J Clin Hypn*. oct 2008;51(2):101-21.
38. Dr Ruth M. Kleinpell, PhD, RN-CS, FAAN, FAANP. *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing*. 4 edition. Springer Publishing Company; 2017.
39. Magaw A. A review of over fourteen thousand surgical anaesthesias. 1906. *AANA J*. févr 1999;67(1):35-8.
40. Séfiani T, Uscaïn M, Sany J-L, Grousseau D, Marchand P, Villate D, et al. Coëliochirurgie sous anesthésie locale et hypnosédation, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernies. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 nov 2004;23(11):1093-101.
41. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet*. 29 avr 2000;355(9214):1486-90.
42. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst*. 5 sept 2007;99(17):1304-12.
43. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*. avr 2000;48(2):138-53.
44. Célestin-Lhopiteau I. Centre National de ressources de lutte contre la douleur. Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins. <http://www.cnrdr.fr/Prise-en-charge-non.html> (20/2/2018).

## VIII. ANNEXES

### Annexe 1 : Fiche pré-remplie de demande de VVC

#### Demande de VVC

#### **TELEPHONER au**

<i>Service du patient</i>	<i>Tél interne</i>	<i>Tél sénior anesth</i>
Chir cardiaque ou vasculaire	16021	Bloc CCV
Chir thoracique, digestive, urologie	16019	Bloc DTCU
Neurochirurgie	17238	Bloc Neurochir
Chir maxillo-faciale	17192	Bloc Tête et Cou
Autres	16753 (Bloc Urg)	16425 (Bloc Urg)

**Puis faxer au 13890 (SSPI bloc central ; UF 4521P)**

**Effectuer le transport patient aller-retour au 4521P**



**Joindre obligatoirement le dossier et étiquettes du patient**

Identité Patient :

Etiquette

Médecin demandeur :

Date de la demande :

Urgent : OUI / NON

Service d'origine :

Téléphone du service demandeur :

Indication VVC :

Traitements :

- anticoagulant :
- antiagrégant :

Dernière prise :

Dernier bilan :

- date :
- résultats :
  - o TP INR :
  - o TCA :
  - o Plaquettes :

Allergie du patient :

Présence d'une CIP : Oui / Non ;

Côté :

d'un Pace Maker : Oui / Non ;

Côté :

Infection : Oui / Non ; Site :

Isolement : Oui / Non

Thrombose veineuse : Oui / Non ; Site :

Date de la dernière thrombose :

Annexe 2 : State and Trait Anxiety Index (STAI) ou Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété-forme Y (IASTA-Y)

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE  
IASTA (Forme Y-1)

Traduit et adapté par Janel Gauthier et Stéphane Bouchard, Université Laval (1993)

**CONSIGNES:** Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire.

Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme.....	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité.....	1	2	3	4
3. Je suis tendu(e).....	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e).....	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille.....	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e).....	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles.....	1	2	3	4
8. Je me sens comblé(e).....	1	2	3	4
9. Je me sens effrayé(e).....	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise.....	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi.....	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux(se).....	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e).....	1	2	3	4
14. Je me sens indécis(e).....	1	2	3	4
15. Je suis détendu(e).....	1	2	3	4
16. Je me sens satisfait(e).....	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé(e).....	1	2	3	4
18. Je me sens tout mêlé(e).....	1	2	3	4
19. Je sens que j'ai les nerfs solides.....	1	2	3	4
20. Je me sens bien.....	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE  
IASTA (Forme Y-2)

**CONSIGNES:** Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par les gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

	Presque jamais	Quelques fois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens bien.....	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e) .....	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même .....	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être .....	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e) .....	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e) .....	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme .....	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter.....	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine ...	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se) .....	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes .....	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi.....	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité.....	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile .....	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation.....	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e).....	1	2	3	4
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.....	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à coeur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.....	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides .....	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents .....	1	2	3	4

### Annexe 3 : Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAI)

Chaque item se cote de 1 (absence) à 5 (extrême). Les items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score d'anxiété, on additionne ces 4 items. Les sujets sont considérées comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11 pour ces 4 items. Les items 3 et 6 cotent le désir d'information. Pour obtenir le score de désir d'information, on additionne ces 2 items. Un score de 2 à 4 impliquerait un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information ». Il existe une corrélation entre les plus anxieux et ceux qui demandent le plus d'information. Cette échelle n'a pas été validée en français.

Item		1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

---

## **RESUME**

### **TITRE : Accompagnement hypnotique des patients pour la pose d'une voie veineuse centrale sous anesthésie locale**

La pose de VVC est un acte réalisé sous anesthésie locale cependant même si l'AL est généralement suffisante pour avoir une analgésie de la zone de pose, certains temps de la procédure comme l'injection d'AL et la dilatation cutanée peuvent être douloureux ou inconfortables. L'hypnose médicale dans le contexte du soin douloureux, anxiogène ou inconfortable améliorerait le vécu en général.

Les patients éligibles à la pose de VVC et à un accompagnement hypnotique sont inclus. Les données recueillies sont un échange avec les patients et des questions au fil de la présentation et des conversations. Les questions sont posées au patient avant et après la pose de la VVC concernant l'aide apportée, la douleur et l'anxiété liées au geste.

Trois observations sont rapportées : Mr A, Mme B et Mme C.

La mise en place d'une VVC est une étape dans la prise en charge d'un patient et de sa maladie, il est donc important que l'équipe soignante dans sa globalité limite l'anxiété, la douleur et l'inconfort liés aux soins pour établir une relation soignant-soigné de confiance et de qualité et ainsi prévenir d'éventuelles conséquences ultérieures psychologiques et physiologiques. L'hypnose est un outil utile dans l'établissement d'une relation et d'une alliance de qualité.

**Mots clés : Accompagnement, Hypnose, Voie veineuse centrale, Vécu**

