



HAL
open science

L'hypnose perçue par les patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale : étude descriptive dans une maternité de niveau 2 en Bretagne du 17 septembre 2012 au 6 octobre 2012

Aurélie Detoc

► To cite this version:

Aurélie Detoc. L'hypnose perçue par les patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale : étude descriptive dans une maternité de niveau 2 en Bretagne du 17 septembre 2012 au 6 octobre 2012. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00905954

HAL Id: dumas-00905954

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00905954>

Submitted on 19 Nov 2013

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA
SANTÉ
BREST**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2013**

Présenté et soutenu par :

Aurélie DETOC

Née le 2 Avril 1988

**L'hypnose perçue par les patientes lors de la pose de
l'analgésie péridurale.**

**Étude descriptive dans maternité niveau 2 en Bretagne du
17 Septembre 2012 au 6 Octobre 2012**

Président du Jury : Monsieur Le Professeur M. Collet

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements

À Monsieur G., Médecin Anesthésiste Réanimateur à la maternité du lieu d'étude, expert de ce mémoire.

À Madame D.D., ma guidante.

À Madame T., Sage-Femme Libérale, pour sa disponibilité et ses conseils .

À Madame L., Docteur en Santé Publique, pour ses précieux conseils .

À Madame C., Cadre Sage-Femme, et à l'ensemble des Sages-Femmes et Médecins Anesthésistes, pour avoir participé à cette étude.

À ma famille, mes proches qui m'ont soutenue tout le long de ce marathon et qui m'ont aidée à la relecture et aux corrections.

SOMMAIRE	1
Introduction	3
ère	
1 PARTIE : Approche théorique	
1. L'hypnose	5
1.1 Historique	5
1.2 Définitions	7
1.3 La transe hypnotique	8
1.3.1 Qu'est-ce que c'est?	8
1.3.2 Apports de l'hypnose	10
1.3.3 Les différents états hypnotiques	10
1.4 En pratique	11
1.4.1 Le déroulement d'une séance hypnotique	11
1.4.2 Les techniques hypnotiques	12
1.4.3 La communication hypnothérapeutique	15
2. L'hypnose en obstétrique	18
2.1 Hypnotisabilité et grossesse	18
2.2 Pendant la grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité	19
2.3 La pose de l'analgésie péridurale sous hypnose	20
ème	
2 PARTIE : Étude	
1. Matériel et méthode	22
1.1. Hypothèses de recherche	22
1.2. Type d'étude	22
1.3. Population étudiée	22
1.4. Méthodologie de recherche	22
1.4.1. Population concernée	22
1.4.2. Présentation de l'outil	23
1.4.3. Modalités de distribution et recueil des questionnaires	23
1.4.4. Analyse des données	24
1.5. Présentation et analyse des résultats	24

1.5.1. Caractéristiques des groupes Hypnose et Sans hypnose	24
1.5.1.1. Age maternel	24
1.5.1.2. Catégorie socioprofessionnelle	24
1.5.1.3. Expulsion	25
1.5.2. Parité	25
1.5.3. Dilatation à la pose de l'analgésie péridurale	26
1.5.4. Évaluation de l'anxiété lors de la pose de l'analgésie péridurale	27
1.5.5. Évaluation de la douleur lors de la pose de l'analgésie péridurale	30
1.5.6. Évaluation du confort lors de la pose de l'analgésie péridurale	33
1.5.7. Synthèse des résultats	36
2. Discussion	37
2.1. Les points forts de l'étude, les limites	37
2.1.1. Les points forts	37
2.1.2. Les limites	37
2.2. Action de l'hypnose sur l'anxiété	38
2.3. Action de l'hypnose sur la douleur	39
2.4. Action de l'hypnose sur le confort	41
2.5. Hypnose, facteur protecteur d'un accouchement compliqué	42
2.6. Hypnose et placebo	43
2.7. L'hypnose médicale en France	43
2.7.1. Qui peut se former ?	43
2.7.2. Les formations	44
3. Propositions	44
3.1. Préparation à la naissance et à la parentalité	44
3.2. Intérêts pour les professionnels	45
Conclusion	46

Introduction

Magie noire, sommeil, manipulation, hystérisme, charlatanisme... technique entourée d'un halo de mystère pour beaucoup, l'hypnose suscite crainte, méfiance et fascination. [1]

De nos jours, l'hypermédicalisation peut satisfaire ou inquiéter. Les patients tendent vers un consumérisme de santé et se tournent de plus en plus vers des techniques alternatives pour calmer leurs maux, malaises physiques ou psychologiques ou l'accompagnement des processus physiologiques, tels que la grossesse. Période de remaniement psychologique et d'accession à une nouvelle identité pour la femme, la grossesse est souvent source d'angoisse face à ce corps qui se modifie, aux attentes du (des) futur(s) enfant(s) et aux attentes de la société. [2] [3]

Technique naturelle, utilisée dans la lutte contre la douleur et le stress, l'hypnose permet de vivre plus sereinement et confortablement cette aventure humaine. Elle est également un outil permettant de pallier les contre-indications médicamenteuses lors de la grossesse. [3]

L'hypnose, utilisée dès la fin du 18^{ème} siècle par un médecin Viennois venu à Paris, est alors appelée « crise magnétique ». Il faut attendre Milton Erickson pour permettre au patient de mettre à profit l'état hypnotique pour accéder à ses ressources intérieures, trop souvent inexploitées, afin de trouver la solution à un problème. Il n'existe à ce jour aucun texte réglementaire concernant la formation et la pratique de l'hypnose. En France, plusieurs instituts et associations proposent des formations certifiantes en hypnose. L'appréciation de la crédibilité de ces formations est subjective. Au 1er Mars 2012, l'Institut Français d'Hypnose (IFH) formait en majorité des psychologues (34%), des médecins généralistes (11%), des psychiatres (13%), des infirmiers (17%) et des sages-femmes (2%). [3] [5] [6]

J'ignorais ce qu'était l'hypnose médicale mais avais connaissance de son utilisation dans une maternité de niveau 2 en Bretagne, lors de l'accouchement. M'intéressant aux techniques alternatives de prise en charge de la douleur j'y effectue un stage qui éveille ma curiosité et me conduit à rédiger ce mémoire. Les rencontres et les échanges que j'ai pu avoir avec les anesthésistes m'ont motivée à rédiger ce mémoire. Afin de découvrir davantage l'hypnose, je réalise un stage chez Mme A.T., sage-femme libérale formée à cette pratique, formatrice à l'hypnose médicale et auteur d'un ouvrage dédiée aux femmes enceintes, *Pas à pas. Guide d'auto-préparation à l'accouchement par l'hypnose.* [7]

Mais qu'en est-il en obstétrique? Quels peuvent être les apports de l'hypnose pendant le travail et surtout au moment de la pose de l'analgésie péridurale. En effet, ce moment de pose nécessite de la femme en position assise jambes dans le vide ou en tailleur qu'elle bouge le moins

possible. L'état calme de la patiente favorise-t-il le confort, diminue-t-il la douleur, l'anxiété au moment de ce geste médical ?

Les objectifs de cette étude sont d'évaluer l'apport de la pratique hypnotique lors de la pose de l'analgésie péridurale et plus particulièrement son bénéfice possible sur l'anxiété, la douleur et le confort des patientes.

La première partie de ce mémoire s'attachera à présenter l'hypnose.

La deuxième partie s'intéressera à présenter les résultats de l'étude prospective sur le vécu des patientes ayant bénéficié de l'hypnose lors de la pose de l'analgésie péridurale.

Enfin, dans la troisième partie nous discuterons les résultats au regard de différents travaux menés sur ce sujet, afin d'observer si cette technique apporte des bénéfices, une qualité d'accompagnement lors de ce geste.

ère

1 PARTIE: APPROCHE THEORIQUE

1. L'hypnose

1.1. Historique

L'hypnose serait aussi vieille que l'homme. En effet, les sorciers, chamans, prêtres ont fait et font encore appel à des procédés proches de ceux utilisés en hypnose aujourd'hui. [3]

L'hypnose a connu des fluctuations contradictoires, du point de vue de sa théorie comme de ses méthodes. Elle a régulièrement disparue et réapparue. Encombrée de préjugés vivaces, elle continue à questionner la médecine. [8]

L'histoire de l'hypnose moderne commence avec Franc Mesmer (1734-1815), médecin autrichien installé à Paris. Il développe une nouvelle méthode thérapeutique: le «*magnétisme animal*» et remarque que certains patients peuvent guérir sans recours aux techniques de soins en vigueur. Leur guérison serait due à une transmission par le thérapeute d'un fluide universel dit «*fluide animal*». Si ce dernier se déséquilibrait il entraînerait la maladie. Mesmer utilise une technique de passes magnétiques (a) pour rétablir la circulation et guérir le patient. Les scientifiques écartent cette hypothèse et attribuent l'évolution favorable des patients à l'effet de l'imagination, aux émotions et aux attentes des patients et du thérapeute. Le marquis de Puységur (1751-1825), disciple de Mesmer est le premier à décrire le «sommeil artificiel». Il attribue son pouvoir à un fluide qu'il imagine exister matériellement dans le corps humain. Il parle de «principe vital, foyer de l'électricité». L'abbé J.C. Faria (1756-1819) ne croit pas à l'existence d'un fluide magnétique mais en l'importance de l'imagination. Il attribue l'apparition du sommeil lucide à l'effet de la concentration sur l'idée du sommeil. Il décrit des méthodes d'induction et de suggestions verbales (b). Il parle de l'importance des croyances et des attentes face au contexte, de la capacité de concentration, de la suggestibilité psychique et du rôle de l'imagination sans pour autant en faire la seule explication des phénomènes observés.[3] [8] [9] [10]

(a) **Passes magnétiques:** perpétuel mouvement des mains du thérapeute, à quelques centimètres du visage et du corps, qui finit par induire un état modifié de conscience du patient. Des mouvements rythmiques et monotones entraîneraient une déprivation sensorielle. Ce procédé d'induction est actuellement très peu utilisé seul.

(b) **Suggestion:** phénomène banal de la communication, message destiné à influencer l'interlocuteur dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, son comportement. La suggestion directe indique les intentions du thérapeute, la suggestion indirecte a un objectif non formulé et qui échappe au patient.

Il faut attendre 1860 et le professeur Azam, chirurgien à Bordeaux, qui se sert de l'hypnose comme anesthésique à la place du chloroforme. [8]

Jean Martin Charcot (1825-1893), célèbre neurologue français pense que le sommeil hypnotique est une névrose qui ne se développe que chez des sujets hystériques. Les comportements qu'il rattache à l'hystérie ont, pour lui, une cause organique et non psychologique. L'hypnose qu'il utilise ne peut être provoquée que par des moyens physiques (aimants, métal) et non par la parole. L'hypnose devient pour l'école de la Salpêtrière une névrose expérimentale provoquée sur des sujets prédisposés. [9] [10]

Bernheim (1837-1919), à la même époque, s'oppose aux théories de Charcot. Ce professeur exerçant la médecine générale à l'hôpital de Nancy démontre que l'hypnose est un phénomène psychologique normal, susceptible d'accroître la suggestibilité (c) déjà présente à l'état de veille. Bernheim fait prendre un virage définitif au traitement par l'hypnose, en lui donnant des bases exclusivement psychologiques. [10]

Ensuite, l'hypnose est délaissée en France. Seul Pierre Janet (1859-1947), Psychologue et Médecin Français, n'abandonne pas les études cliniques et développe la théorie de la dissociation, d'*«un automatisme psychologique»*. [9] [11] [12]

Vers 1925, un jeune américain étudiant en médecine, Milton Erickson, reçoit une formation à l'hypnose. Sous l'influence autoritaire du thérapeute, certains sujets expérimentent une transe hypnotique considérée comme un état mental particulier. Pour lui, la transe est un phénomène banal, naturel, que chaque individu connaît dans sa vie quotidienne. Milton Erickson révolutionnera la technique hypnotique. Il développe une nouvelle forme de relation entre le thérapeute et son patient conduisant ce dernier vers ses ressources intérieures. Il délaisse les suggestions directes «je veux que vous vous détendiez» pour utiliser des suggestions indirectes et des métaphores «peut-être sentirez-vous une odeur, une chaleur». C'est cette hypnose que l'on emploie aujourd'hui auprès des patients. [8] [9]

Il faudra attendre 1955 pour que l'hypnose soit reconnue comme traitement médical par le journal de la *British Medical Association*. Puis par l'*American Medical Association* en 1958. [10] [11]

(c) **suggestibilité** : aptitude à être influencée par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser. Peut-être renforcée par des émotions, le sommeil qui diminue les résistances à la suggestion.

1.2. Définitions [3] [8]

L'hypnose n'est pas un sommeil. Elle n'entraîne pas forcément l'immobilité. Il est possible de se balancer, marcher, courir, parler en état de transe. «L'hypnose ericksonienne n'impose rien et ne vous «force» jamais». L'hypnose, pas plus qu'une autre forme de communication humaine, ne favorise l'assujettissement. [11] [13]

Les travaux de Marie-Elisabeth Faymonville, médecin anesthésiste au CHU de Liège en Belgique, ont montré par des enregistrements électroencéphalographiques que l'hypnose n'est pas un état de sommeil mais un mode de fonctionnement particulier de l'éveil. [8] [11]

Une version du «Larousse grand format» la définit comme: *«un état de conscience particulier entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion».*

Pour Bernheim, un état hypnotique est un *«état physique particulier susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers vers la suggestibilité».* [11]

Selon la British Medical Association, l'hypnose correspond à *«Un état passager de conscience modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, les phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits ou supprimés.»* [14]

Milton Erickson (1901-1980), Psychiatre Américain, définit l'état hypnotique comme *«un état d'attention et de réceptivité intenses avec une augmentation de la capacité à répondre à une idée ou un groupe d'idées».* L'hypnose est un *«état modifié de conscience»*, définition la plus répandue en hypnose thérapeutique. C'est un phénomène naturel et banal de concentration mentale, une focalisation durant laquelle les facultés de l'esprit du sujet sont accaparées par un train de pensées, le sujet devenant indifférent à tout autre considération. L'individu demeure vigilant, concentré et collaborant. [11] [15]

L'hypnose ericksonienne est permissive et non dirigiste. Ainsi, par l'intermédiaire de métaphores et de suggestions indirectes elle amène l'individu à trouver les ressources nécessaires à son évolution, ressources localisées dans son inconscient. Le patient, en utilisant ses compétences et ses capacités d'adaptation va répondre, de manière nouvelle et adaptée, aux situations qu'il rencontre. L'hypnose vise à rendre disponible les ressources de l'inconscient à un changement de ce qui ne va pas. [3] [7] [8] [11]

En 1981, Roger Sperry (1913-1994), neurophysiologiste Américain, reçoit le prix Nobel de Médecine pour ses travaux sur les connexions entre hémisphères cérébraux et la mise en évidence de différences dans le fonctionnement et le rôle de chaque hémisphère. Le cerveau gauche, logique, rationnel pourrait correspondre en psychologie au conscient. Tandis que le cerveau droit, plutôt lié à la gestion des émotions, correspondrait à l'inconscient. Ces notions sont un peu désuètes depuis les avancées des neurosciences mais utiles comme concepts pédagogiques. [8] [16]

Pour démystifier l'hypnose, assimilée à l'hypnose de spectacle, nous allons définir ce qu'est une transe hypnotique.

1.3. La transe Hypnotique

1.3.1. Qu'est-ce que c'est ? [7] [9] [11]

Le terme éveil est souvent assimilé à celui de conscience. Nous pouvons décrire plusieurs états de vigilance très différents comme discuter avec des collègues, bavarder avec des amis, découvrir un nouveau lieu, regarder un film, faire du sport, être dans la lune...

Lorsque nous faisons abstraction d'une partie plus ou moins grande du monde nous entourant (rêverie, livre, film...) nous parlons de «transe». [8]

Au quotidien, nous vivons dans différents états hypnotiques. Parfois nous orientons notre attention vers l'extérieur comme lorsque nous discutons. D'autre fois, nous orientons notre attention vers l'intérieur bien qu'effectuant des actions concrètes, par exemple quand nous écoutons de la musique ou regardons un film où nous nous identifions au héros, quand nous conduisons sur l'autoroute depuis plusieurs heures et pensons à ce que nous ferons une fois arrivés tout en continuant à conduire correctement et prêt à réagir face à un obstacle. Notre attention en transe est tournée vers l'intérieur sans perdre contact avec le monde extérieur. [17]

Dans l'état de «*transe hypnotique*», nous pouvons expérimenter divers phénomènes hypnotiques dans quatre grands registres comme : [7] [8] [11] [12]

- Perceptions :

- **l'anesthésie** : la perte de sensations,
- **l'analgésie** : l'expérience de la disparition de la douleur (modification sensorielle négative permettant de supprimer des sensations),
- **les hallucinations** peuvent avoir lieu: des **hallucinations positives** qui se réfèrent à la capacité à percevoir quelque chose que l'on ne percevait pas autrement et des **hallucinations négatives** qui se réfèrent à la capacité à ne pas percevoir ce que l'on percevait autrement...plusieurs phénomènes que l'on expérimente quotidiennement. Pour ne citer qu'un exemple d'hallucination négative: les personnes qui portent des lunettes tout le temps n'ont pas conscience de les avoir sur le nez. Ils font

une hallucination négative du poids de leurs lunettes sur le nez. Les hallucinations négatives dans certaines situations et notamment le jour de l'accouchement peuvent être intéressantes.

- **la réorientation/désorientation dans l'espace** : la capacité à faire abstraction de la réalité environnante pour s'isoler des facteurs de stress externes.

● La mémoire :

- **l'hypermnésie** : la mémoire très précise de tout ce qui s'est produit, entendu...,

- **l'amnésie** : l'oubli de certaines choses précises,

- **l'orientation dans le temps avec progression et régression** : le retour dans le passé, la projection dans le futur, le passé est un trésor de ressources que le patient va pouvoir utiliser ou réactiver. Puis ces ressources seront ré-activées dans un avenir proche pour revivre une expérience positive en affrontant l'inconnu.

- **la distorsion du temps avec expansion et contraction du temps** : en cas de stress, le temps paraît durer plus longtemps. En transe, notre attention est focalisée ailleurs et notre idée du temps, de la durée devient très subjective. Quand vous êtes «*dans la lune*», il vous est difficile de savoir combien de temps vous avez été déconnecté. Lorsque nous vivons une transe agréable, notre évaluation du temps est raccourcie.

● Le Corps :

- **les mouvements musculaires : lévitation, écriture automatique, signaux idéo-moteurs, catalepsie** : la modification du tonus musculaire pour favoriser la détente, le lâcher prise, la relaxation, pour rompre le cycle peur/ tension/ douleur, la catalepsie désigne la suspension complète du mouvement volontaire des muscles dans la position où ils se trouvent positionnés (un patient peut rester dans une même position longtemps),

- **le cœur/ le sang** : accélération/ ralentissement,

- **la température** : la sensation de chaleur / froid (modification sensorielle positive permettant de créer des sensations).

● Les affects :

- **nouvelles associations/ dissociations,**

- **nouvelles émotions/ pertes d'anciennes émotions .**

➤ **La focalisation** : l'attention que l'on ne porte qu'à une partie de la réalité. L'attention sélective est la capacité à se focaliser sur une partie d'une expérience tout en occultant les autres parties. Ainsi plus la focalisation est intense, plus la transe est intense et plus elle restreint notre champ de réception des stimuli.

➤ **La dissociation** : la simultanéité de l'activité mentale consciente (le cerveau gauche) qui veille et de l'activité mentale inconsciente (le cerveau droit) qui s'agite. Mais cela reste une expérience naturelle. Comme nous le disons: «*je suis à côté de mes pompes*». La raison

(cerveau gauche) surveille tandis que l'inconscient (cerveau droit) travaille différemment. Ce phénomène intervient dans le gestion de la douleur. [7] [8]

➤ **L'hypersuggestibilité**

L'association de la dissociation et de l'attention sélective prépare le terrain à une réactivité accrue aux suggestions. Mais cela ne signifie pas que le patient est sous le contrôle du thérapeute bien au contraire. L'activité mentale consciente étant présente, le sujet peut aussi se laisser guider par les suggestions que les rejeter si elles s'avèrent indésirables. [11]

Nous pouvons observer des signes de transe hypnotique, sans que cela soit systématique. Ils peuvent être une modification de couleur de peau, une diminution des mouvements d'orientation, une modification de la déglutition, une modification de la respiration et du pouls, un regard fixe, un affaissement des traits du visage, un allongement du temps de réaction verbale, une certaine immobilité corporelle, une baisse de l'affect, une apparente paralysie des réactions émotives... [12]

1.3.2. Apports de l'hypnose

Le confort est assuré par une transe positive **(d)** stabilisée et accompagnée par l'hypnose, en lui donnant des bases exclusivement psychologiques. Elle s'appuie sur des expériences agréables vécues, le plus souvent, ou imaginées par le patient. C'est la meilleure manière pour permettre au patient d'activer un climat émotionnel favorable. [8]

Lors de soins en hypnose, le patient se souvient très bien de ce qu'il a vécu de manière imaginaire, l'expérience agréable qui a servi de guide à l'expérience hypnotique. En revanche, il se souvient très peu du soin lui-même, de ce qui s'est passé dans le lieu de soin. Il se souvient très peu des éventuelles phases délicates, des sensations plus difficiles qu'il a pu ressentir. [8]

1.3.3. Les différents états hypnotiques [11]

➤ **La transe spontanée** : nous l'expérimentons quotidiennement lors de nos rêveries diurnes. Les activités monotones, répétitives ou n'offrant pas grand intérêt sont propices au développement de la transe spontanée : conduire sur une route connue, dessiner, faire la vaisselle... Il a été démontré que chaque 90 minutes environ un état de conscience modifié apparaît en nous.

(d) transe positive: on parle de transe positive lorsqu'elle contribue au bien-être et à l'évolution du sujet .

transe négative: on parle de transe négative lorsque l'objet de focalisation réveille des émotions négatives (décès, douleur...) .

Durant ce court moment notre corps est quasi immobile, notre regard fixe, notre déglutition et nos clignements d'yeux raréfiés comme un réflexe de protection.

- **La transe formelle** : l'hypnose est induite par un thérapeute.
- **L'autohypnose** : le sujet induit lui-même une transe.
- **L'hypnose conversationnelle** : la spontanéité et l'improvisation avec une volonté de focalisation de l'attention du patient sur la respiration, la voix, un point fixe...
- **L'hypnose de spectacle** : la personne hypnotisée est ciblée par l'hypnothérapeute, personne plutôt exhibitionniste, et se trouve complètement soumise à l'hypnotiseur. [18]
- **L'auto-hypnose positive** : le livre, la musique très agréable nous font faire abstraction de la réalité qui nous entoure. Elle est réalisée par le patient.
- **L'auto-hypnose négative** : l'état dans lequel on est absorbé, par exemple une angoisse nous fait nous focaliser sur ce sentiment sans nous préoccuper du monde qui nous entoure. Elle est réalisée par le patient.

Ce travail de mémoire présente majoritairement l'hypnose conversationnelle et la transe formelle, utilisées par les anesthésistes de la maternité de niveau 2 en Bretagne lors de la pose de la péridurale.

Il existe divers degrés de transe selon les réponses corporelles du sujet hypnotisé :

- **la transe légère** : l'état de relâchement avec des mouvements volontaires (clignotement des paupières, ralentissement cardiorespiratoire, relâchement des muscles du visage),
- **la transe moyenne** ou sommeil paradoxal : l'accentuation de la détente musculaire, le réajustement de la posture corporelle, et des mouvements oculaires rapides,
- **la transe profonde** ou transe «somnanbulique» : le relâchement est augmenté. Il existe une difficulté pour parler sans stimuli extérieur, l'évocation des souvenirs anciens est facilitée.

Le patient peut passer d'un degré à un autre de profondeur de transe. Plus la transe est profonde, plus la dissociation est forte, plus la probabilité de réponse inconsciente est grande. Les recherches scientifiques, actuellement, ont démontrées que tous les niveaux de transe donnent des résultats thérapeutiques. [11]

1.4. En pratique

1.4.1. Le déroulement d'une séance hypnotique

Au début de l'entretien, l'hypnothérapeute écoute le patient, s'imprègne de son langage, de ses ressources et identifie la demande du patient afin de personnaliser la technique hypnotique.

Autrement dit, le thérapeute tient compte de la personnalité du patient, de son contexte de vie, de ses plaintes afin d'adapter son langage à celui du patient. [8]

Ensuite, la séance se déroule en trois temps: l'induction, l'approfondissement de la transe, le retour. La réorientation doit être progressive et peut-être précédée de suggestions de bien-être et de repos pour les moments futurs (suggestions post-hypnotique). [11]

1.4.2. Les techniques hypnotiques

Pendant la transe hypnotique, les paroles sont plus rares. Le patient, dans son monde intérieur, est dans le travail proposé par le thérapeute. A côté de lui, le thérapeute n'a qu'une idée très imprécise de l'ensemble des sensations, des émotions, des souvenirs qui agissent dans l'expérience hypnotique du patient. Il doit être dans l'observation constante de son patient, à la recherche de ces informations. [9]

La transe hypnotique comporte 3 phases: l'induction de l'état de transe, la phase de travail pendant la transe et la phase de fin de travail ou retour à l'état de base.

● **L'induction**

La séance démarre souvent par des préliminaires pour rassurer le patient. Il s'agit de réduire le nombre de facteurs retenant l'attention jusqu'à ce qu'il n'y ait plus que le son de la voix et la signification des paroles du praticien. La focalisation des sensations corporelles va de l'extérieur vers l'intérieur et passe par un rétrécissement de la vie sensorielle du sujet. Le thérapeute va évoquer des expériences sensorielles qui ont pour caractéristique de rétrécir le champ perceptif du sujet. Il peut parler de la lumière dans la pièce, de la couleur des murs, des différents objets perçus, puis passer aux sensations vécues dans le corps du patient et attirer son attention sur son rythme respiratoire, induire la transe par le VAKOG. [9] [11]

➤ **Le VAKOG**

C'est une technique qui permet de ré-initialiser les cinq sens. Utilisée en induction, elle permet au patient de se recentrer sur lui-même et ainsi de se sécuriser. Une fois le patient sécurisé, il lui est plus facile de « lâcher prise ».

La réalité extérieure nous entoure: les gens, les objets, les lumières, les bruits, l'odeur d'une pièce, l'odeur d'un objet, la texture d'un objet... Tout ce que nous pouvons percevoir. Nous prenons connaissance de cette réalité extérieure par l'intermédiaire de capteurs sensoriels qui définissent cinq types de sensorialité: la vue (V), l'audition (A), le toucher ou la kinesthésie (K), l'odorat (O), le goût (G). Ces cinq sensorialités sont contenues dans l'abréviation VAKOG qui est importante dans la pratique clinique. L'observation est active, elle permet de recueillir les signaux. À chaque instant, nous recevons des messages par les cinq sens. La rapidité de notre cerveau à passer d'un sens à l'autre nous donne l'illusion de capter les différents messages en même temps

pour créer une réalité en cinq dimensions. Cette illusion de simultanéité est similaire à celle du cinéma. Le praticien s'appuiera sur le canal prédominant du patient lors de la séance hypnotique pour privilégier ce canal sensoriel et «fermer» le patient aux autres. [8]

L'induction en hypnose conversationnelle se fait différemment de celle d'une hypnose formelle. L'hypnothérapeute oriente la conscience de la patiente vers quelque chose d'important pour elle, pour lui permettre d'accéder à ses ressources. Le thérapeute converse avec la patiente en favorisant la dissociation grâce aux techniques de la communication hypnotique. En écoutant la patiente, il s'efforce de capter son attention en reprenant des éléments significatifs de la démarche du patient, en relevant au passage ses premières réactions hypnotiques (respiration ralentie, relâchement musculaire...). La patiente accède à ses ressources imaginaires (passées ou imaginées). Le thérapeute change l'orientation de la conscience de la patiente en fixant son attention sur quelque chose d'important pour le sujet. La transition entre conversation banale et conversation hypnotique se fait subtilement. En changeant le ton et le rythme de sa voix, l'hypnothérapeute réactive la conscience critique de l'interlocuteur qui «revient» avec lui. La transe peut être brève mais peut aussi durer plus longtemps, permettant ainsi à la patiente de s'immerger beaucoup plus dans cette dimension créative de l'esprit, une créativité qui peut être agréable. Pendant la transe spontanée la qualité d'attention est plus concentrée qu'en conscience critique. Cette hypnose conversationnelle est utilisée lors de la pose de la péridurale. [8] [11]

● **Le travail pendant la transe**

L'induction va se poursuivre par un approfondissement de la transe.

La phase de travail repose sur la sollicitation des ressources inconscientes. Elle se traduit par la mobilisation du corps et de la pensée dans la recherche d'autres postures et points de vue visant à contourner ce qui était perçu comme un obstacle ou à résoudre un problème. C'est le langage de l'interprétation et de l'explication. A l'opposé, l'inconscient traite les informations de façon symbolique. C'est le langage de la connotation. [9] [11]

Le thérapeute doit faire preuve d'une grande prudence lors de cet état de suggestibilité. Il doit «peser» les mots qu'il utilise, les métaphores ...car tout cela va créer des associations chez la patiente qu'il ne peut pas connaître à l'avance. Il peut, par le biais d'anecdotes personnelles ne pas faire de propositions directes d'association à la patiente. Parler de la mer alors qu'un proche de la patiente est mort noyé peut faire rappeler directement ce souvenir douloureux à la patiente qui mettra fin à la transe de lui-même. Pour mener la patiente vers ses propres ressources et l'amener à imaginer d'autres types de fonctionnement, le praticien utilise différents moyens de la

communication hypnotique et des exercices de ré-interprétation des faits vécus, le recadrage (e), l'élargissement du champ de perception, le rappel des ressources existantes...qui permettent d'activer l'inconscient et de libérer du conscient. Le langage hypnotique mobilise les facultés d'invention, favorise les associations libres des idées, les rapprochements métaphoriques. D. L. Araoz confirme cette vision: «*L'hypnothérapeute met l'accent sur l'imagerie et non la raison; sur la sensation et non la logique, sur l'affect et non la compréhension, bien que la raison, la logique et la compréhension ne sont pas totalement négligées en hypnose.*» [9] [19]

Dans cet état hypnotique, le thérapeute peut choisir de suggérer des phénomènes hypnotiques appropriés pour amener la patiente face au changement qu'elle désire. Ceci peut être réalisé spontanément par la patiente ou proposé par l'hypnotiseur. Il peut utiliser des métaphores où le «comme si!!» comme outils de changement.

➤ **Le «Comme si!»**

C'est construire un «monde du possible». Il ne s'oppose pas à la réalité. Le procédé du «comme si» encourage la patiente à se fabriquer mentalement une réalité différente. Quand la personne fait semblant, elle crée un fonctionnement nouveau et s'autorise à vivre de nouvelles expériences. [9]

➤ **La métaphore**

C'est le langage de l'imaginaire par excellence. Ce langage est un puissant outil pour activer l'imaginaire de la patiente et induire facilement de petites phases de transe positive. Les métaphores permettent de créer une ambiance plus agréable en imaginant quelque chose qui y ressemble, elles permettent également de rappeler les ressources sur lesquelles la patiente peut s'appuyer. La métaphore utilisera les mots de la patiente, ses expressions, ses centres d'intérêt. Toute métaphore pourrait commencer par «*C'est comme si...*». [8] [20]

Le fait de concentrer l'attention sur la respiration détend et élève le seuil de perception de la douleur. La patiente peut imaginer que l'air entre par le nez, arrive à l'endroit où se trouve la douleur, la balaye et la rejette à l'extérieur en sortant. [16]

● **Sortir de l'état de transe**

La sortie de l'état hypnotique est indispensable à toute procédure hypnotique (auto ou hétéro-hypnose). La réorientation doit être progressive en reprenant le chemin inverse de l'induction, c'est-à-dire en ré associant s'il y a eu dissociation et en reprenant tous les canaux de communication utilisés lors de l'induction pour ramener la patiente «ici et maintenant». Le

(e)**recadrage** : il consiste à redéfinir un problème, un comportement ou une attente, à réinterpréter, découvrir et modifier la signification d'une expérience, d'une réalité donnée.

thérapeute change le ton de sa voix, pour la rendre plus «énergique». Il est important que, revenue à un état de veille consciente, la personne se sente en possession de tous ses moyens, de toute son énergie. Le thérapeute peut suggérer à la patiente un mouvement volontaire, de prendre une grande inspiration... Il sera précédé de suggestions de bien-être, de repos. Voici comment nous pouvons procéder: *«Vous pouvez prendre une respiration profonde...Et alors j'aimerais que vous vous éveilliez et que vous vous sentiez à l'aise et confortable...Et prenez tout le temps dont vous avez besoin...Prenez une respiration profonde et éveillez-vous en vous sentant tellement confortable... De plus en plus éveillé»*. [9] [19] [21]

1.4.3. La communication hypnothérapeutique

L'expertise du thérapeute se gagne par l'apprentissage de certains procédés de communication spécifiques et par l'expérience de l'hypnose. Cette communication introduit des messages qui vont passer la barrière du conscient pour s'adresser directement ou indirectement à l'inconscient. La relation entre patiente et thérapeute évolue au cours du temps. Le plus important est l'ajustement de ses pratiques à la patiente, il n'y a pas de procédure universelle. [3] [9]

▪ La rhétorique hypnotique

L'hypnose au fil du temps a développé un art de communiquer. Pour être efficace, le discours du thérapeute doit être fluide et spontané. Voici quelques-uns des procédés du langage hypnotique. [9]

L'utilisation des pronoms personnels est importante, le «nous» réunit patient et praticien et installe une complicité. Patiente et thérapeute deviennent co-thérapeutes à la réalisation d'un même objectif, ils ont besoin l'un de l'autre.

Le «vous» introduit une distance. Intéressant pour le début de l'induction et la fin de la séance, il permet à la personne de se ré-associer. [9]

Lorsque l'on veut aborder des tranches agréables, parler au présent permet à la patiente de se sentir projetée dans ce moment agréable. Les expériences positives du passé se conjuguent au présent pour que la personne puisse généraliser ce bien-être à «maintenant».

La technique d'Erickson de la «pseudo-orientation dans le temps» permet de reconnaître l'angoisse de la patiente et de proposer une façon d'imaginer le futur en la projetant dans un événement déjà accompli: *«Ça s'est passé comme cela la semaine prochaine»*. L'expérience consciente est composée de souvenirs d'anticipation qui conduisent à modifier les actions projetées. [9]

➤ **Les paramètres para-verbaux**

Ils sont tout aussi importants que les paramètres verbaux, renvoient au fonctionnement émotionnel de la personne, et sont représentés par : le timbre, le rythme des mots et des phrases, l'asepsie verbale, le pacing, les pauses et les silences.

● **Le timbre**

Une voix plus grave et plus basse, venant du corps, est préférable. Cette voix transmettra peut-être plus d'émotions qu'une voix plus haute qui s'adressera à l'intellect et à la conscience critique. Énoncer les mots importants d'une voix plus marquée permet d'attirer l'attention vers certains mots à l'intérieur d'un texte avec un ton de voix différent. [8] [16]

● **Le rythme des mots et des phrases**

Parler plus lentement permet de donner de l'importance au discours et permet de s'accorder avec la lenteur relative du monde imaginaire. Cela permet également au soignant de mieux maîtriser son langage et le choix des mots qu'il utilise.

● **L'asepsie verbale**

Les mots qui vont vers le bien-être, le confort comme calme, confortable, sécurité, chaleur, doux, moelleux, soleil, vacances, détente, chaud... sont préférés à des mots qui vont vers l'inconfort, la tension, l'insécurité comme peur, mal, froid, piquer, couper, blesser, cri, pointu, tranchant... La meilleure manière de rendre le langage simple et compréhensible pour la patiente est d'utiliser ses propres mots. [8] [9] [11]

● **Le pacing**

Habituellement nous parlons sur l'expiration sans tenir compte de la respiration de la patiente. En hypnose, nous adaptons notre diction au rythme respiratoire de la patiente. C'est le patient qui donne le tempo! Le thérapeute se met en «*mirroring respiratoire*» avec la patiente. Il parle sur l'expiration de la patiente. [8]

● **Les pauses et les silences**

L'imaginaire se met à fonctionner dans les pauses. Évoquer quelque chose d'agréable et faire une pause dans le discours donne le temps à la patiente de se saisir de cette suggestion positive.

Les silences peuvent durer 30 secondes ou plusieurs minutes. [8]

➤ **Le langage non verbal**

C'est le premier langage lorsque plusieurs personnes se rencontrent. Il est très difficile de le contrôler lors d'un échange. Même en restant silencieux et immobile nous transmettons un message qui peut être entendu par la patiente comme «*Il ne s'intéresse pas à moi*». [8]

- **Les mouvements**

En transe thérapeutique, la patiente devient presque immobile. Chacun de ses gestes prend une valeur communicationnelle et doit être repérée par le thérapeute. La gestuelle du thérapeute peut être intrusive pour la patiente. [8]

Le «*mirroring*» consiste à imiter les gestes de la patiente. La patiente reçoit alors le message rassurant «*Je suis en transe avec vous*». Reproduire les gestes de la patiente nous aide également à mieux comprendre ses messages et ses émotions. [8]

- **Les «strokes»**

«Ce sont les petits mouvements automatiques de la tête et du visage». Ils permettent à la patiente de signaler qu'elle a reçu le message du thérapeute mais aussi de lui signaler son désaccord sur le contenu du message. [8]

- **Le langage verbal**

Le langage hypnotique permet de mobiliser l'imagination du patient. [9]

- **La négation**

Formuler les messages sous forme affirmative permet d'améliorer la communication thérapeutique. Comme la transe hypnotique favorise le fonctionnement figuratif du cerveau, il est important de ne pas utiliser la négation. En effet, si nous disons: «Ne pensez pas à une voiture rouge», nous sommes d'abord obligés de penser à cette voiture de couleur rouge pour pouvoir comprendre la phrase. Ainsi, lorsque nous disons à une patiente en transe «*Vous n'aurez pas mal*», elle entend «*Vous aurez mal!*». Le thérapeute préférera «*Soyez tranquille*» à «*N'ayez pas peur!*», «*Je vais mettre en place l'hydratation*» à «*Ça va piquer*». [8] [9] [22]

- **Le langage positif**

Il est préférable d'utiliser un langage dont le sens est immédiatement compréhensible. «*Vous sentirez le produit passer dans votre bras, peut-être plus fort pendant 2 ou 3 secondes* ».[8]

Nous demandons à une patiente «*Avez-vous suffisamment chaud?*» plutôt que «*Avez-vous froid?*». [8]

- **La confusion**

La confusion a pour but de troubler la conscience critique, notre logique, notre besoin de comprendre pour notre sécurité. La confusion crée immédiatement une transe avec activation de l'imaginaire et immobilité du corps puis une recherche mentale soutenue pour comprendre le sens du message. [8]

Le praticien dit ou fait quelque chose d'inhabituel, d'illogique qui dérouté la patiente, et entraîne une dépotentialisation de la conscience, par exemple, une triple négation est inductrice de

confusion. «*Est-ce que vous ne pensez pas que vous n'êtes pas dans un état hypnotique ou non?*» [9]

➤ **L'alternative illusoire**

Le choix illusoire contourne un cadre de référence mental inadapté et trop rigide qui empêcherait la patiente d'utiliser toutes ses aptitudes à trouver une solution à son problème. A une patiente douloureuse: «*Vous pouvez être attentive, fixer votre attention sur la partie meurtrie de votre corps, ou fixer votre attention sur votre respiration...*» Pour la patiente, il y a un choix sur l'objet de son attention, cependant pour le thérapeute, ce qui est indispensable dans l'induction c'est la fixation de l'attention. [9]

Après avoir étudié l'hypnose dans son ensemble, nous allons cibler l'hypnose en obstétrique.

2) Hypnose en obstétrique

ème

Au 21^{ème} siècle, en obstétrique, l'hypnose est proposée comme aide thérapeutique au cours de la grossesse. En effet, la grossesse et l'accouchement sont des temps forts dans la vie d'une femme, d'autant plus que celle-ci vit un bouleversement psychophysiologique. L'hypnose peut être utilisée en salle de naissance soit en thérapeutique pour lever les angoisses, dont celle de la pose de péridurale, soit en analgésie obstétricale. Il s'agit pour le soignant formé à l'hypnose d'utiliser l'hypnose adaptée au sujet immédiatement. Les techniques couramment employées en salle de naissance sont **la transe formelle** et **l'hypnose conversationnelle**. Grâce à l'induction le professionnel «*emmène*» la patiente dans une réalité plus sereine. L'utilisation de suggestions positives est essentielle, comme s'imaginer avec son bébé, profiter de ce moment privilégié. [11]

2.1. Hypnotisabilité et grossesse

La suggestibilité hypnotique varie en fonction de l'âge [annexe I]. On observe un maximum à l'âge de neuf-douze ans puis une régression progressive au niveau de la susceptibilité hypnotique. Ces différences pourraient se comprendre comme liées à des modifications de l'attitude du sujet par rapport aux suggestions. Pour l'enfant, la suggestion est l'espace de jeu et du rêve, elle n'entraînerait aucune résistance. Pour la personne âgée, la suggestion serait l'espace du désordre, du «*perdre la raison*». [3] [9]

Il ne semble pas y avoir de corrélation entre le sexe de l'hypnotiseur ou de l'hypnotisé. On peut penser, comme le faisait remarquer E. Hilgard, Professeur à l'origine de la théorie néo-dissociative, que cette susceptibilité à l'hypnose constitue un de nos traits de personnalité. [3] [9] [10]

L'hypnosabilité augmente pendant la grossesse. Une étude prospective randomisée (niveau de preuve acceptable) Australienne réalisée en 2011, *l'ocytocine comme modérateur de l'hypnotisabilité*, a simulé un climat ocytocique proche de la grossesse chez des hommes. Elle incluait 80 hommes répartis en deux groupes homogènes, dont le score de susceptibilité hypnotique de Stanford (échelles mises au point à l'université de Stanford par E. Hilgard et A. Weitzenhoffer, donnant une estimation du niveau de facilité de la mise sous hypnose) était compris entre 0 et 3, soit faiblement hypnotisable. Cette étude a montré qu'une administration d'ocytocine par voie nasale augmentait leur niveau de réponse hypnotique, le score était compris entre 4 et 6 soit moyen. [23]. Une étude de cohorte (niveau de preuve acceptable) réalisée de Janvier 2006 à Janvier 2007, *l'effet de la grossesse sur l'hypnotisabilité*, incluant 37 femmes a mis en évidence l'augmentation de l'échelle d'imagination créative durant la grossesse. [24]

2.2. Pendant la grossesse, préparation à la naissance et à la parentalité

L'hypnose peut être utilisée pour prévenir les maux de grossesse, les complications, les échecs d'allaitement, l'inconfort physique, le sentiment d'étrangeté.

Armelle Touyarot, Sage-Femme libérale à Toulouse, utilise une technique où la patiente désireuse de quitter une situation stressante peut pour cela penser à un endroit réel ou imaginaire où elle se sent en sécurité, l'auto-hypnose. A. T. utilise cette technique en préparation à la naissance et à la parentalité. Celle-ci a d'ailleurs écrit et édité un livre, *Pas à Pas. Guide d'autopréparation à l'accouchement par l'hypnose*. [7], véritable guide de préparation, destiné aux futures mères. Cette technique est destinée à rendre supportable des situations difficiles comme un examen gynécologique, une prise de sang, pose de péridurale... L'auto-hypnose est possible dans certaines préparations à la naissance et fait partie de véritable «projet de service» comme à la clinique Saint-Anne de Strasbourg. En utilisant l'auto-hypnose le «jour J», les patientes peuvent plus facilement gérer leur stress et abaisser leur seuil de perception de la douleur. L'induction en auto-hypnose peut s'appuyer sur la respiration profonde **(f)**. Concentrer l'attention sur la respiration permet de se détendre et ainsi d'élever le seuil de perception de la douleur, propre à chacune. Les patientes peuvent s'imaginer que chaque fois que l'air entre par le nez, arrive à l'endroit où se trouve

(f) respiration profonde : on inspire lentement par le nez, en gonflant légèrement le ventre. Cela favorise la descente du diaphragme et augmente la capacité thoracique. Le ventre gonfle, les épaules montent. Quand les poumons sont bien remplis, on bloque la respiration une seconde puis on souffle lentement par la bouche comme en soufflant sur la flamme d'une bougie que l'on ne veut pas éteindre.

la douleur, la balaye, la nettoie et la rejette à l'extérieur en sortant. L'imagination de la patiente peut transformer des choses réelles, les modifier pour les rendre plus agréables. La patiente prend une respiration profonde, se rend dans sa «*safe place*» (g) sur l'inspiration, s'y installe en bloquant quelques secondes la respiration et prend plaisir à y être sur l'expiration. Une plage, une cascade, un coin du feu, sur la lune, dans son lit, il lui faut imaginer se transporter dans cet endroit en respirant lentement.. A la fin de son souffle, elle ouvre les yeux, reprend conscience. Ce sont des moyens par lesquels la patiente s'abstrait de la réalité qui l'entoure. [7] [16]

2.3. La pose de l'analgésie péridurale sous hypnose

L'inquiétude face à la pose de péridurale est en partie une inquiétude d'anticipation que l'imagination amplifie, plus ou moins selon notre tempérament. L'entourage, les « histoires » familiales, internet se chargent aussi de l'amplifier. Nous entendons plutôt des « histoires » de péridurale « inefficace, douloureuse » plutôt que des « histoires » de péridurale « efficace, indolore ». [7]

Lors de la pose de péridurale sous hypnose à la maternité du lieu d'étude, le médecin, face au dos de la patiente, et la patiente parlent, l'auxiliaire de puériculture peut faire adopter à la patiente un balancement pour favoriser la transe. Les autres professionnels sont discrets. L'anesthésiste s'intéresse lors des présentations aux loisirs et environnement de la patiente. La patiente est mise en position assise au bord du lit. L'anesthésiste commence l'induction hypnotique et l'entretien tout le long de la manœuvre: il parle sur l'expiration de la patiente d'une voie douce et monocorde. Par le biais de propositions ouvertes en lien avec les loisirs et l'environnement de la patiente comme «*Peut-être y a-t-il un ruisseau, un chemin, des arbres ou bien d'autres choses*» «*Et vous pouvez sentir votre cou s'engourdir...*», il recherche des éléments clés (dehors ou dedans, chaleur ou fraîcheur, seule ou accompagnée, contrôle ou détente), favorise l'utilisation des capacités d'adaptation personnelle de la patiente pour lui permettre de se transporter psychiquement dans un lieu sûr. Le thérapeute peut emmener la patiente dans sa « *safe place* » lors de la pose de la péridurale: «*[...] Et je vous invite à vous installez confortablement dans cet endroit que vous connaissez bien, à y apprécier les teintes, les couleurs qui vous entourent, à y retrouver les formes des objets que vous préférez, peut-être vos oreilles peuvent-elles entendre des sons ou des bruits connus, et vous êtes confortablement installée, la température est idéale, l'odeur vous est tellement familière que vous la percevez à peine mais une partie de vous sait y puiser du confort et de la*

(g) safe place : c'est un endroit sécurisant pour la patiente qui fait partie de ses ressources. Le lieu de sécurité est un endroit calme et confortable pour le patient. Il peut être réel ou imaginaire. Ce lieu sûr est intéressant pour aider la patiente à se projeter ailleurs et retrouver de la sécurité.

sécurité ... et puis, alors que vous êtes confortablement installé, une autre partie de vous s'éloigne de ce lieu pour retrouver le plaisir d'une promenade ... au bord de la mer ... à x ... » Il utilise une aseptie verbale sans dire qu'il va piquer ou que cela puisse-être douloureux, n'utilise pas la négation. Il préfère parler de confort ou d'inconfort. [3] [7] [8]

Une autre technique peut-être utilisée où l'on parle du moment présent, le professionnel fait re-décrire à la patiente des événements remontant à un état plus confortable. *«Vous avez des contractions toutes les 2 minutes, vous êtes arrivée en voiture, ce n'est pas vous qui conduisiez? Non, c'est votre mari, quelle heure est-il quand vous partez de chez vous? Vous avez des contractions depuis cette nuit? Depuis 6 heures et demie? Et hier soir? Que faites-vous de votre soirée? Vous regardez la télévision. Quelle émission, est-ce intéressant cette émission? ...»*. Cette technique permet de créer plusieurs niveaux de dissociation et d'être en accord avec l'état émotionnel de la patiente. [8]

2^{ème} PARTIE: ETUDE

1) Matériels et méthodes

1.1. Hypothèses de recherche

L'objectif est d'évaluer les différentes perceptions (anxieuse, douloureuse et du confort) des parturientes lors de la pose de l'analgésie péridurale. Nous avons soulevé plusieurs hypothèses :

Les hypothèses que nous posons sont :

- La pratique de l'hypnose lors de la pose de l'analgésie péridurale améliore le confort des patientes.

- La pratique de l'hypnose lors de la pose de l'analgésie péridurale diminue la douleur et l'anxiété des patientes lors du geste.

L'étude consiste à comparer les données à l'intérieur des groupes de parturientes ayant eu recours à une pose d'analgésie péridurale sous hypnose (le groupe Hypnose) et, des parturientes ayant eu une pose d'analgésie péridurale sans hypnose (le groupe Sans hypnose).

1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type descriptive portant sur l'opinion des mères sur la pose de l'analgésie péridurale avec ou sans hypnose dans le service de maternité de niveau 2 en Bretagne du 17 Septembre 2012 au 6 Octobre 2012. Elle a permis d'inclure 35 patientes ayant bénéficié d'une pose d'analgésie péridurale avec hypnose et 41 patientes ayant bénéficié d'une pose d'analgésie péridurale sans hypnose.

1.3. Population étudiée

Il s'agit des femmes ayant accouché dans la maternité du lieu d'étude, toutes parités, termes confondus, et ayant bénéficié d'une pose d'analgésie péridurale quelque soit l'anesthésiste de garde, sur la période du 17 Septembre 2012 au 6 Octobre 2012. Il n'a pas été tenu compte des possibles pathologies obstétricales concomitantes. Il a été distribué 76 questionnaires aux patientes hospitalisées en suites de couches. Parallèlement, 76 recueils de données ont été remplis pour ces 76 patientes.

1.4. Méthodologie de recherche

1.4.1. Population concernée

76 parturientes ont été incluses dans notre étude descriptive. La population sélectionnée a concerné des parturientes avec les caractéristiques décrites ci-dessous.

Tableau I: Répartition de la population incluse dans l'étude

	Groupe Hypnose	Groupe Sans hypnose	Total
Total	35	41	76

Les parturientes du groupe «Hypnose» sont les patientes ayant bénéficié de l'hypnose pendant la pose de l'analgésie péridurale quelque soit le type d'expulsion (voie basse, voie basse instrumentale, césarienne). Elles ont été recrutées, le jour où un anesthésiste formé à l'hypnose travaillait en salle de naissance. Les parturientes du groupe «Sans hypnose» sont les patientes n'ayant pas bénéficié de l'hypnose lors de la pose de l'analgésie péridurale, quelque soit le type d'expulsion (voie basse, voie basse instrumentale, césarienne). Elles ont été recrutées, les jours où les anesthésistes n'étaient pas formés à l'hypnose (cf. Tableau I).

1.4.2. Description de l'outil

La grille de recueil de données comprend des critères généraux comme :

- l'âge,
- la parité,
- la catégorie socioprofessionnelle [Annexe III],
- la dilatation à la pose de la péridurale,
- le mode d'expulsion.

Le terme, les pathologies de la grossesse, le poids du nouveau-né, la présentation fœtale, les thérapeutiques pendant le travail n'ont pas été incluses dans le recueil de données.

1.4.3 Modalité de distribution et de recueil des questionnaires

Après accord de la sage-femme Cadre responsable du service, l'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire [Annexe IV] et d'une grille de recueil de données [Annexe V], validés par un expert Médecin Anesthésiste Réanimateur du lieu d'étude et un expert méthodologique au CHRU de Brest. Les questionnaires proposés aux patientes utilisent trois échelles visuelles non graduées sur l'anxiété, le confort, la douleur. La patiente place son ressenti sans avoir connaissance du nombre correspondant. Chaque échelle a été graduée de 0 à 10 après le recueil. Des échelles d'autoévaluation numériques ont été utilisées dans de précédentes études en anesthésie. [25] Les questionnaires étaient distribués aux patientes à J1, le lendemain de la naissance, pour les patientes ayant accouchées par voie basse et par césarienne. Les questionnaires étaient ensuite récupérés en

fin de journée (J1) ou le lendemain (J2). L'anonymat des patientes est respecté dans le questionnaire ainsi que le recueil de données.

1.4.4. Analyse des données

L'analyse a considéré 0 comme aucune anxiété, aucune douleur, pas du tout confortable et 10 comme anxiété insurmontable, pire douleur imaginable, très confortable.

Les patientes ont ensuite été regroupées en trois catégories selon leurs évaluations : [0 – 4] anxiété faible, douleur faible, confort faible; [4 – 6] anxiété moyenne, douleur moyenne, confort moyen; [6 – 10] anxiété élevée, douleur forte, confort important.

Les données ont été recueillies sur le logiciel Excel afin de faciliter l'analyse des résultats.

1.5 Présentation et analyse des résultats

1.5.1. Caractéristiques des groupes Hypnose et Sans hypnose

1.5.1.1 Age maternel

Parmi les 35 patientes du groupe Hypnose, la moyenne d'âge était de 28.9 ans.

Parmi les 41 patientes du groupe Sans hypnose, la moyenne d'âge était de 30.5 ans.

1.5.1.2. Catégories socioprofessionnelles

Tableau II : Catégories socioprofessionnelles des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre(%)	Patientes du groupe Sans hypnose n = 41 nombre (%)
Artisans, Commerçantes, Chefs d'entreprise	0 (0)	1 (2)
Cadres, Professions intellectuelles supérieures	9 (26)	3 (7)
Professions intermédiaires	8 (23)	13 (32)
Employées	11 (31)	11 (27)
Ouvrières	2 (6)	5 (12)
Sans emploi, Étudiantes	5 (14)	8 (20)

Les catégories socioprofessionnelles, retrouvées chez les patientes du groupe Hypnose sont par ordre croissant d'importance Ouvrières (2), Sans emploi ou étudiantes (5), Professions intermédiaires (8), Cadres ou professions intellectuelles supérieures (9), Employées (11). Chez les

patientes du groupe Sans hypnose elles sont Artisans commerçantes et chefs d'entreprise (1), Cadres ou professions intellectuelles supérieures (3), Ouvrières (5), Sans emploi ou étudiantes (8), Employées (11), Professions intermédiaires (13). (cf. Tableau II)

1.5.1.3. Expulsion

Tableau III : Mode d'expulsion des patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre (%)	Patientes du groupe Sans hypnose n = 41 nombre (%)
Voie Basse	23 (66)	31 (76)
Voie Basse Instrumentale	8 (23)	5 (12)
Césarienne	4 (11)	5 (12)

L'issue de l'accouchement a été majoritairement (66%) par voie basse pour les patientes du groupe Hypnose puis par voie basse instrumentale (23%) et enfin par césarienne (11%). L'issue de l'accouchement a été majoritairement (76%) par voie basse pour les patientes du groupe Sans hypnose puis (12%) par voie basse instrumentale ou césarienne. (cf. Tableau III)

1.5.2. Parité

Tableau IV : Parité des patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre (%)	Patientes du groupe Sans hypnose n = 41 % (nombre)
Primipares	18 (51)	17 (41)
Deuxièmes pares	16 (46)	15 (37)
Troisièmes pares	1 (3)	8 (20)
Sixième pares	0 (0)	1 (2)

Les effectifs des patientes primipares et deuxièmes pares sont comparables dans les deux groupes, la proportion de troisièmes pares est plus importante parmi le groupe Sans hypnose. (cf. tableau IV)

1.5.3 Dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale.

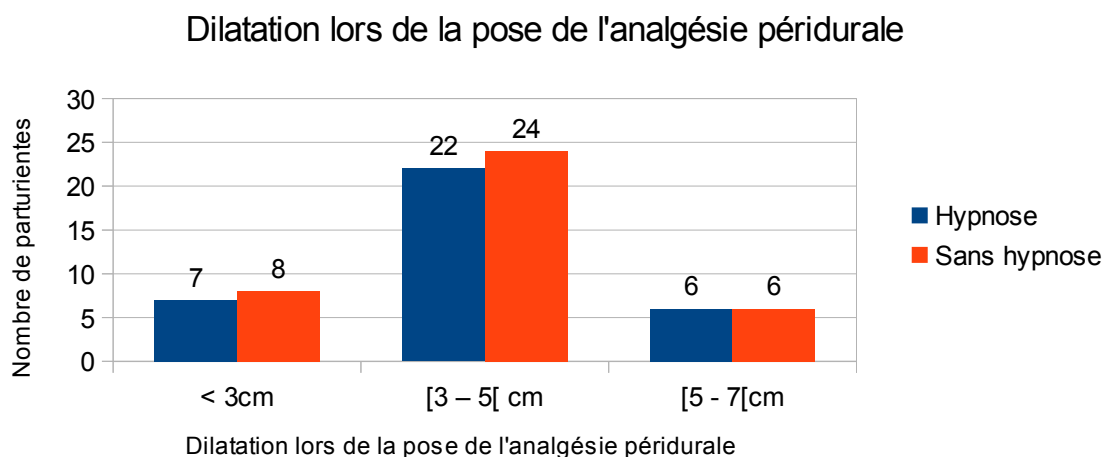


Figure 1 : Effectifs des différentes dilatations lors de la pose de l'analgésie péridurale des patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

La dilatation est celle à laquelle la patiente se trouvait juste avant la pose de l'analgésie péridurale.

La majorité des patientes des deux groupes Hypnose et Sans hypnose avait une dilatation comprise entre [3 – 5[cm lors de la pose de l'analgésie péridurale (63% groupe Hypnose, 63% groupe Sans hypnose) (cf. Figure 1).

Les effectifs des patientes ayant bénéficié d'une pose d'analgésie péridurale pour des dilatations inférieures à 7 cm sont comparables dans les deux groupes, Hypnose et Sans hypnose (cf. Figure 1).

L'étude n'a pas pu être réalisée pour une dilatation supérieure à 7 cm car aucune patiente du groupe Hypnose n'avait une telle dilatation lors du geste.

1.5.4.Évaluation de l'anxiété lors de la pose de l'analgésie péridurale

Tableau V : Évaluation de l'anxiété lors de la pose de l'analgésie péridurale pour les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre (%)	Patientes du groupe Sans hypnose n = 41 nombre (%)
Anxiété faible [0 - 4[	26 (75)	22 (54)
Anxiété moyenne [4 - 6[	4 (11)	7 (17)
Anxiété élevée [6 - 10]	5 (14)	12 (29)

La majorité des patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose évaluent leur anxiété comme faible (75% groupe Hypnose, 54% groupe Sans hypnose). Néanmoins, si on considère la proportion des patientes de chaque groupe en fonction des différents intervalles d'autoévaluation de l'anxiété, on remarque une plus large proportion de faible anxiété dans le groupe Hypnose (75% vs 54%) et une plus large proportion d'autoévaluation d'anxiété élevée dans le groupe Sans hypnose (29% vs 14%) (cf. Tableau V).

L'hypnose semble diminuer l'anxiété des patientes du groupe Hypnose.

Les contractions, l'avancement dans le travail peuvent influencer l'anxiété, nous allons étudier les différentes autoévaluations en fonction de la dilatation. Pour cela, nous regroupons les patientes en trois catégories : dilatation inférieure à 3 cm, dilatation comprise entre [3 – 5[cm et dilatation comprise entre [5 – 7[cm. Nous ne pouvons pas étudier les deux groupes pour des dilatations comprises entre [7 – 10] cm car aucune patiente du groupe Hypnose n'a atteint une telle dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale.

Tableau VI : Évaluation de l'anxiété lors de la pose de l'analgésie péridurale en fonction de la dilatation pour les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre (%)				Patientes du groupe Sans hypnose n = 38 nombre (%)			
	< 3cm n = 7	[3 – 5[cm n= 22	[5 – 7[cm n = 6	Total n= 35	< 3cm n = 8	[3 – 5[cm n = 24	[5 – 7[cm n = 6	Total n= 38
Anxiété faible [0 - 4[	4 (57)	17 (77)	5 (83)	26	4(50)	12(50)	4 (67)	20
Anxiété moyenne [4 - 6[	0 (0)	3 (14)	1 (17)	4	1 (12)	5 (21)	1 (16,5)	7
Anxiété élevée [6 - 10]	3 (43)	2(9)	0 (0)	5	3 (38)	7 (29)	1 (16,5)	11

L'anxiété peut être perçue faible comme élevée pour une dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale inférieure à 3 cm avec ou sans hypnose (cf. Tableau VI).

Malgré les faibles effectifs, il semblerait que lors de la pose de l'analgésie péridurale à une dilatation comprise entre [3 – 5[cm, les patientes du groupe Hypnose soient moins sujettes à éprouver une anxiété moyenne à élevée (2 vs 7) (cf. Tableau VI).

L'anxiété peut être perçue faible comme moyenne pour une dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale comprise entre [5 – 7[cm avec ou sans Hypnose, une anxiété élevée est perçue uniquement dans le groupe Sans hypnose (cf. Tableau VI).

Une tendance semble émerger : l'hypnose diminuerait l'anxiété des patientes présentant une dilatation comprise entre [3 – 5[cm lors de la pose de l'analgésie péridurale.

L'« expérience » des parurientes sur ce geste médical pourrait influencer l'évaluation de l'anxiété. Nous allons étudier l'évaluation de l'anxiété en fonction de la parité et observer les possibles effets de l'hypnose.

Les patientes troisièmes pares n'ont pas été incluses car le groupe Hypnose n'en comptait qu'une contre 8 dans le groupe Sans hypnose.

La patiente sixième pares du groupe Hypnose n'a pas été incluse car aucune patiente du groupe Sans hypnose.

Tableau VII : Évaluation de l'anxiété lors de la pose de l'analgésie péridurale en fonction de la parité

	Patientes du groupe Hypnose n = 34 nombre (%)			Patientes du groupe Sans hypnose n = 32 nombre (%)		
	Primipares n = 18	Deuxièmes pares n= 16	Total n= 34	Primipares n = 17	Deuxièmes pares n = 15	Total n= 32
Anxiété faible [0 - 4[	13 (72)	12 (75)	25	8(47)	9 (60)	17
Anxiété moyenne [4 - 6[	1 (6)	3 (19)	4	3 (18)	1 (7)	4
Anxiété élevée [6 - 10]	4 (22)	1 (6)	5	6 (35)	5 (33)	11

Les primipares et deuxièmes pares du groupe Hypnose sont plus nombreuses à évaluer leur anxiété comme faible que celles du groupe Sans hypnose (25 vs 17) (cf. Tableau VII).

Les deuxièmes pares du groupe Hypnose sont moins nombreuses à évaluer leur anxiété comme forte que celles du groupe Sans hypnose (1 vs 5) (cf. Tableau VII).

Quelque soit la parité (primiparité et deuxième parité), le bénéfice de l'hypnose sur l'anxiété est présent.

1.5.5.Évaluation de la douleur lors de la pose de l'analgésie péridurale

Tableau VIII : Évaluation de la douleur lors de la pose de l'analgésie péridurale pour les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre (%)	Patientes du groupe Sans hypnose n = 41 nombre (%)
Douleur faible [0 - 4[	27 (77)	34 (83)
Douleur moyenne [4 - 6[	7 (20)	3 (7)
Douleur forte [6 - 10]	1 (3)	4 (10)

Les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose évaluent majoritairement (77% groupe Hypnose, 83% groupe Sans hypnose) leur douleur comme faible. Cependant, l'effectif concernant les patientes évaluant leur douleur comme moyenne et forte est réparti différemment dans les deux groupes. Les patientes du groupe Hypnose sont plus nombreuses à évaluer leur douleur comme moyenne (7 vs 3) et les patientes du groupe Sans hypnose sont plus nombreuses à évaluer leur douleur forte (10 vs 3) (cf. Tableau VIII)

L'hypnose semble limiter l'intensité douloureuse de la pose de l'analgésie péridurale.

Les contractions, l'avancement dans le travail peuvent influencer la douleur, nous allons étudier les différentes autoévaluations en fonction de la dilatation. Pour cela, nous regroupons les patientes en trois catégories : dilatation inférieure à 3 cm, dilatation comprise entre [3 – 5[cm et dilatation comprise entre [5 – 7[cm. Nous ne pouvons pas étudier les deux groupes pour des dilatations comprises entre [7 – 10] cm car aucune patiente du groupe Hypnose n'a atteint une telle dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale.

Tableau IX : Évaluation de la douleur lors de la pose de l'analgésie péridurale en fonction de la dilatation pour les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre (%)				Patientes du groupe Sans hypnose n = 38 nombre (%)			
	< 3cm n = 7	[3 – 5[cm n= 22	[5 – 7[cm n = 6	Total n= 35	< 3cm n = 8	[3 – 5[cm n = 24	[5 – 7[cm n = 6	Total n= 38
Douleur faible [0 - 4[	5 (72)	17 (77)	5 (83)	27	6 (75)	19 (79)	6 (100)	31
Douleur moyenne [4 - 6[	1 (14)	5 (23)	1 (17)	7	2 (25)	1 (4)	0 (0)	3
Douleur forte [6 - 10]	1 (14)	0 (0)	0 (0)	1	0 (0)	4 (17)	0 (0)	4

La majorité des patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose ayant bénéficié d'une péridurale à une dilatation comprise entre [3 – 5[cm évalue leur douleur comme faible (77% groupe Hypnose, 79% groupe Sans hypnose) (cf. Tableau IX).

Malgré les faibles effectifs, il semblerait que lors de la pose de l'analgésie péridurale à une dilatation comprise entre [3 – 5[cm, les patientes du groupe Hypnose soient moins sujettes à éprouver une douleur forte (cf. Tableau IX).

L'hypnose diminuerait la douleur pour des dilatations comprises entre [3 – 5[cm lors de la pose de l'analgésie péridurale.

L'« expérience » des parturientes sur ce geste médical pourrait influencer l'évaluation de la douleur. Nous allons étudier l'évaluation de la douleur en fonction de la parité et observer les possibles effets de l'hypnose.

Les patientes troisièmes pares n'ont pas été incluses car le groupe Hypnose n'en comptait qu'une contre 8 dans le groupe Sans hypnose.

La patiente sixième pares du groupe Hypnose n'a pas été incluse car aucune patiente du groupe Sans hypnose.

Tableau X : Évaluation de la douleur lors de la pose de l'analgésie péridurale en fonction de la parité dans les groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 34 nombre(%)			Patientes du groupe Sans hypnose n = 32 nombre(%)		
	Primipares n = 18	Deuxièmes pares n= 16	Total n= 34	Primipares n = 17	Deuxièmes pares n = 15	Total n= 32
Douleur faible [0 - 4[	12 (66)	14 (87,5)	26	15 (88)	13 (86)	28
Douleur moyenne [4 - 6[	5 (28)	2 (12,5)	7	1 (6)	1 (7)	2
Douleur forte [6 - 10]	1 (6)	0 (0)	1	1 (6)	1 (7)	2

Les primipares et deuxièmes pares des groupes Hypnose et Sans hypnose évaluent majoritairement leur douleur comme faible (66% primipares groupe Hypnose et 87,5% deuxièmes pares groupe Hypnose, 88% primipares groupe Sans hypnose et 86% deuxièmes pares groupe Sans hypnose) (cf. Tableau X).

Si on considère les douleurs moyennes et fortes, les patientes du groupe Hypnose sont plus nombreuses que celles du groupe Sans hypnose (8 vs 4). Cela ressort d'avantage chez les primipares en terme de douleur moyenne (cf. Tableau X).

Dans les deux groupes, Hypnose et Sans hypnose, la parité n'influe pas sur la perception de la douleur.

1.5.6.Évaluation du confort lors de la pose de l'analgésie péridurale

Tableau XI: Évaluation du confort lors de la pose de l'analgésie péridurale pour les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose 35 nombre (%)	Patientes du groupe Sans hypnose 41 nombre (%)
Confort faible [0 - 4[	3 (9)	9 (22)
Confort moyen [4 - 6[	5 (14)	4 (10)
Confort important [6 - 10]	27 (77)	28 (68)

Les patientes du groupe Sans hypnose sont plus nombreuses que celles du groupe Hypnose à évaluer leur confort comme faible (9 vs 3) (cf. Tableau XI).

Les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose évaluent pour des effectifs similaires leur confort comme moyen et important.

L'hypnose semblerait améliorer le confort des patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale.

Les contractions, l'avancement dans le travail peuvent influencer le confort, nous allons étudier les différentes autoévaluations en fonction de la dilatation. Pour cela, nous regroupons les patientes en trois catégories : dilatation inférieure à 3 cm, dilatation comprise entre [3 – 5[cm et dilatation comprise entre [5 – 7[cm. Nous ne pouvons pas étudier les deux groupes pour des dilatations comprises entre [7 – 10] cm car aucune patiente du groupe Hypnose n'a atteint une telle dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale.

Tableau XII : Évaluation du confort lors de la pose de l'analgésie péridurale en fonction de la dilatation pour les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 35 nombre (%)				Patientes du groupe Sans hypnose n = 38 nombre (%)			
	< 3cm n = 7	[3 – 5[cm n= 22	[5 – 7[cm n = 6	Total n= 35	< 3cm n = 8	[3 – 5[cm n = 24	[5 – 7[cm n = 6	Total n= 38
Confort faible [0 - 4[	1 (14)	2 (10)	0 (0)	3	3 (37,5)	6 (25)	0 (0)	9
Confort moyen [4 - 6[	0 (0)	4 (18)	1 (17)	5	2 (25)	2 (8)	0 (0)	4
Confort important [6 - 10]	6 (86)	16 (72)	5 (83)	27	3 (37,5)	16 (67)	6 (100)	25

Pour une dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale inférieure à 3 cm, les patientes du groupe Hypnose évaluent majoritairement leur confort comme important (86%), tandis que les patientes du groupe Sans hypnose se répartissent sur les 3 catégories de confort établies (cf. Tableau XII).

Pour une dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale comprise entre [3 – 5[cm, les patientes du groupe Hypnose évaluent de façon moindre leur confort comme faible que celles du groupe Sans hypnose (2 vs 6) (cf. Tableau XII).

Pour une dilatation lors de la pose de la péridurale comprise entre [5 – 7[cm, l'évaluation du confort semble similaire dans les deux groupes (cf. tableau XII).

Quelque soit la dilatation, le confort est perçu différemment avec ou sans hypnose.

L'hypnose augmenterait le confort des patientes pour des dilatations inférieures à 5 cm lors de la pose de l'analgésie péridurale.

Nous allons étudier l'évaluation du confort en fonction de la parité et observer les possibles effets de l'hypnose.

Les patientes troisièmes pares n'ont pas été incluses car le groupe Hypnose n'en comptait qu'une contre 8 dans le groupe Sans hypnose.

La patiente sixième pares du groupe Hypnose n'a pas été incluse car aucune patiente du groupe Sans hypnose.

Tableau XIII : Évaluation du confort lors de la pose de l'analgésie en fonction de la parité pour les patientes des groupes Hypnose et Sans hypnose

	Patientes du groupe Hypnose n = 34 nombre (%)			Patientes du groupe Sans hypnose n = 32 nombre (%)		
	Primipares n = 18	Deuxièmes pares n= 16	Total n= 34	Primipares n = 17	Deuxièmes pares n = 15	Total n= 32
Confort faible [0 - 4[	1 (6)	2 (12)	3	4 (24)	4 (26,5)	8
Confort moyen [4 - 6[	2 (11)	3 (19)	5	2 (12)	1 (7)	3
Confort important [6 - 10]	15 (83)	11 (69)	26	11 (64)	10 (66,5)	21

L'effectif des primipares du groupe Sans hypnose à évaluer leur confort comme important est moindre que celui du groupe Hypnose (11 vs 15) (cf. Tableau XIII).

L'effectif des deuxièmes pares du groupe Hypnose à évaluer leur confort comme faible est moindre que celui du groupe Sans hypnose (2 vs 4) (cf. Tableau XII).

Au sein du groupe hypnose, quelque soit la parité le confort est perçu comme important.

L'hypnose semble augmenter le confort des primipares et deuxièmes pares lors de la pose de l'analgésie péridurale.

1.5.7. Synthèses de résultats

Tableau XII : Synthèse des différentes tendances de l'utilisation de l'hypnose sur les sensations d'anxiété, de douleur et de confort lors de la pose de l'analgésie péridurale.

		Anxiété	Confort	Douleur
Toutes les patientes		<i>Diminue</i>	Augmente	<u>Diminue</u>
Parité	Primipares	<i>Diminue</i>	Augmente	Similaire
	Deuxièmes pares	<i>Diminue</i>	Augmente	Similaire
Dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale	< 3 cm	Similaire	Augmente	Similaire
	[3 – 5[cm	<i>Diminue</i>	Augmente	<u>Diminue</u>
	[5 – 7[cm	Similaire	Similaire	Similaire

Face aux faibles effectifs dans les différents sous groupes réalisés en fonction de la parité de la dilatation, nous ne pouvons pas tirer de conclusion définitive mais mettre en avant certaines tendances. Les différents sous groupes réalisés en fonction de la parité (primipares et deuxièmes pares) et de la dilatation lors de la pose de l'analgésie péridurale (<3 cm, comprise entre [3 – 5[cm, comprise entre [5 – 7[cm) comptent des effectifs semblables.

2) Discussion

2.1. Les points forts et limites de l'étude

2.1.1 Les points forts

Il s'agit d'une étude originale et innovante concernant un sujet peu étudié. L'étude des possibles bénéfices de l'hypnose n'a pas, à ce jour, été réalisée du point de vue des patientes. Le questionnaire est fait à partir d'échelles visuelles non graduées afin de ne pas influencer les patientes lors de leur positionnement.

L'étude est l'opinion des mères à J1 de leur accouchement, cela leur permet d'être plus objective sur les sensations ressenties lors de la pose de l'analgésie péridurale.

2.1.2. Les limites et biais

Cette étude est une étude descriptive menée sur 76 patientes. Le niveau de preuve est faible. Les deux groupes sont représentatifs de l'usage de l'hypnose lors de la pose de l'analgésie péridurale à la maternité du lieu d'étude sur une période donnée.

Le recueil de donnée ne précise pas l'intensité de la transe induite lors de la pose de l'analgésie péridurale, la technique utilisée (hypnose conversationnelle ou transe formelle) ni le temps de pose qui peut avoir un impact sur l'anxiété, la douleur et le confort.

Les anesthésistes varient à l'intérieur de chaque groupe.

Le terme d'accouchement, le type de mise en travail, la présentation fœtale ainsi que le poids fœtal à la naissance ne sont pas précisés. Ils peuvent influencer le mode d'expulsion. Il n'est pas non plus précisé si les patientes ont suivi ou non une préparation à la naissance, ni son type (« classique », sophrologie, auto-hypnose ...). Cependant, nos objectifs primaires sont l'évaluation de l'anxiété, de la douleur et du confort lors de la pose de la péridurale quelque soit le contexte clinique.

Nous avons pu faire émerger des tendances, sans établir de conclusion définitive. Nous l'expliquons par différentes raisons :

- Les effectifs de l'étude sont faibles .
- Le niveau de transe induite lors de la pose de l'analgésie péridurale est peu profond.

Les patientes ne sont pas préparées à l'hypnose, lors de la pose de l'analgésie péridurale l'anesthésiste utilise une transe formelle ou de l'hypnose conversationnelle. Nous pouvons penser que l'induction dans une transe plus profonde apporterait de meilleurs résultats.

- Beaucoup de professionnels sont formés à l'hypnose dans la maternité du lieu d'étude en dehors des médecins anesthésistes. Il y a pu avoir des biais de recrutement mais nous avons différencier les patientes en fonction de la présence de l'anesthésiste formé à l'hypnose.

2.2. Action de l'hypnose sur l'anxiété

Nous pouvons imaginer que le geste médical de la pose de l'analgésie péridurale peut être un moment anxiogène, redouté par les patientes. Limiter l'anxiété des patientes permet d'améliorer leur vécu du geste.

Notre étude a montré que l'hypnose diminuerait l'anxiété des patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale (toutes parités et dilatations confondues). Nous comprenons que la parité et la dilatation à laquelle se trouve la patiente lors de la pose de l'analgésie péridurale peuvent influencer l'anxiété ressentie lors du geste médical. Face aux faibles effectifs dans les différents sous groupes réalisés en fonction de la parité et de la dilatation, nous ne pouvons pas tirer de conclusion définitive mais certaines tendances semblent émerger; l'hypnose diminuerait l'anxiété des primipares et des deuxièmes pares ainsi que celle des patientes ayant bénéficié de la pose de l'analgésie péridurale à une dilatation comprise entre [3 – 5]cm. Ces résultats sont satisfaisants et valident notre hypothèse de départ. Ils concordent avec différentes études :

➤ Une étude randomisée menée sur 56 patients (Grade B) a été réalisée en 1997 par Faymonville M.E., Mambourg P.H., Joris J., Vrijens B., Albert A., Lamy M., *les approches psychologiques au cours de la sédation. L'hypnose contre des stratégies visant à réduire l'anxiété.* Cette étude a mis en évidence une diminution de l'anxiété péri-opératoire par l'hypnose pour des patients devant subir une intervention de chirurgie mineure. [26]

➤ Une étude menée sur 30 patients a été réalisée en 2001 par Frenay M.C., Faymonville M.E., Devlieger S., Albert A., Vanderkelen A, *les approches psychologiques pendant la réfection de pansement de patients brûlés: une étude prospective randomisée comparant différentes techniques de réduction de l'anxiété,* (Grade B). Cette étude a comparé l'efficacité de l'hypnose à celle des techniques de relaxation. Deux groupes de 30 patients victimes de brûlures touchant 25% de la surface corporelle avaient des pansements quotidiens au minimum pendant 14 jours. Il a été observé des réductions significativement plus importantes de l'anxiété avant, pendant et après les pansements dans le groupe «hypnose» en comparaison avec le groupe «relaxation» ($p < 0,05$). [27]

➤ Une étude randomisée contrôlée menée sur 20 patients (Grade B), a été réalisée en 2004 par Lena M., Melka S., Bollini G., Camboulivies J. *Hypnose et anxiété préopératoire en pédiatrie.* Cette étude a mis en évidence une diminution du niveau d'anxiété après avoir bénéficié de deux séances d'hypnose (une la veille et l'autre le matin de l'intervention). [28]

➤ Une étude prospective toujours en cours de réalisation exposée par Eliat C. lors d'un congrès concret sur l'hypnose montre une diminution de l'anxiété des patientes pendant les versions par manoeuvre externe. Une étude portant sur le même sujet est en cours à Genève. [29]

En effet, selon Jean Godin, Médecin Psychiatre Neurologue, à l'initiative de la création de l'Association Française de Nouvelle Hypnose 1992, l'hypnose permet de diminuer l'anxiété car selon sa définition du concept de l'hypnose : «*Votre cerveau fonctionne comme un ordinateur. Vous pouvez apprendre à mettre certains aspects de vous-même entre parenthèses et, en particulier, vous débrancher de votre environnement immédiat. Votre énergie est alors totalement utilisée pour le travail intérieur... Votre cerveau peut aller chercher dans des mémoires que vous ne connaissez pas... Il peut mettre en route des programmes de recherche de solution à des problèmes, sans que tout ceci apparaisse sur l'écran qu'est votre conscience.*» [30]

2.3. Action de l'hypnose sur la douleur

Notre étude a montré que l'hypnose diminuerait la douleur des patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale (toutes parités et dilatations confondues). Elle a fait émerger une tendance : l'hypnose diminuerait la douleur pour les patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale à une dilatation comprise entre [3 – 5] cm. Cependant, il n'est pas pris en compte le temps de pose qui peut influencer la douleur. Ces résultats sont satisfaisants et valident notre hypothèse. Ils concordent avec ceux de différentes études :

➤ Une étude cas-témoins menée sur 210 patients (Grade C) a été réalisée en 1962 par Davidson J.A., M.D., F.R.C.O.G., *une évaluation de l'effet de l'hypnose pendant la grossesse et le travail*, objective une diminution de l'usage de la péridurale pour des patientes utilisant l'auto-hypnose ($p > 0,001$). [31]

➤ Une étude de cohorte prospective menée sur 50 patients (Grade C) a été réalisée en 2003 par Faymonville M.E., Roediger L., Del Fiore G., Delgueldre C., Phillips C., Lamy M., et al., *l'augmentation de la connectivité cérébrale fonctionnelle sous-tend les effets antinociceptifs de l'hypnose*, objective une diminution de la perception du message douloureux en état hypnotique (moyenne +/- écart-type 3,2 +/- 1,1; $p < 0,001$) vs (6,4 +/- 2) en état de repos. [32]

➤ Une méta-analyse de 19 études (Grade A) a été réalisée en 2004 par Cyna A.M., McAuliffe G.L., Andrew M.I., *l'hypnose pour soulager la douleur pendant le travail et l'accouchement*, confirme les effets de l'hypnose sur la moindre consommation d'opioïd (RR 0,51

95% IC 0,28-0,95). L'analgésie hypnotique peut-être répétée et terminée tandis que l'effet des opioïdes se dissipe plus lentement. [33]

➤ Une étude semi-prospective menée sur 3326 patientes (Grade C) a été réalisée en 2006 par Cyna A.M., Andrew M.I., McAuliffe G.L., *effets de la préparation à la naissance avec l'auto-hypnose sur le travail et l'accouchement*, compare deux groupes de parturientes à plus de 37 semaines de grossesse non similaires en nombre avec des âges et parité similaires confirme la moindre utilisation de péridurale dans le groupe nullipare hypnose vs groupe témoin (RR 0,68 95% IC 0,47-0,98) ainsi que d'opioïd (RR 0,48 IC 0,27-0,90). [34]

➤ Dans une étude réalisée en 2009 par Vanhauzenhuysse A., Boly B., Balteau E., Schnakers C., Moonen G., Luxen A, *processus hypnotique sur la douleur : une étude avec IRM fonctionnel*, un laser infrarouge est utilisé pour créer un stimulus douloureux donc l'intensité est progressivement augmentée. Sur les images obtenues par IRM fonctionnelle, la perception de l'existence du stimulus est la même avec ou sans hypnose mais l'inconfort ressenti et la douleur sont significativement diminués dans le groupe hypnose. Ces résultats suggèrent une inhibition du codage du message douloureux. Le processus hypnotique permet de recruter des régions cérébrales pour participer à la gestion de la douleur. Ce recrutement implique la connectivité entre le cortex cingulaire antérieur et l'ensemble des régions participant à l'évaluation cognitive. Cette plasticité neuronale aboutit à une meilleure évaluation sensori-discriminative, émotionnelle et cognitive du stimulus nociceptif. Ce traitement de l'information optimise la réponse affective et comportementale des patients. [35]

➤ Une méta-analyse de 13 études (Grade A) a été réalisée en 2011 par Landolt A.S., Milling L.S., *efficacité de l'hypnose sur la douleur pendant le travail*, l'efficacité de l'hypnose (hypnose induite ou auto-hypnose) sur la douleur. Des limites sont cependant trouvées dans les études comme la randomisation, le traitement manuel, les caractéristiques démographiques. [36]

En effet, différentes structures cérébrales sont impliquées dans le traitement de l'information nociceptive. Elles sont en interaction et peuvent influencer la réponse de l'individu à un stimulus nociceptif. Des images réalisées par Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) ont permis de montrer que l'hypnose modifie le réseau de la douleur. Certaines zones cérébrales s'activent, se modulent entre-elles, et ces réactions en chaînes diminuent la sensation de douleur. [37] [38]

Au repos, le principal effet de la stimulation douloureuse s'observe dans le cortex insulaire contre le cortex cingulaire antérieur dans la condition hypnose. Plus les stimuli douloureux sont intenses, plus le débit sanguin régional augmente et plus les sensations génèrent de l'inconfort. [8]

Entre 1990 et 2000, différentes équipes ont mis en évidence une modification de l'évaluation subjective de la douleur ainsi que des modifications objectives de l'activité cérébrale régionale. [10]

Selon Ernest et Joséphine Hilgard (1994) l'hypnoanalgésie résulte de la mise en place pendant l'hypnose d'une «barrière psychique» permettant au patient d'isoler la sensation et d'empêcher le travail mental consistant à «un affect douloureux». Cette «barrière psychique» permet de réduire la conscience de la douleur lorsque l'information «douleur» atteint les fonctions neurologiques supérieures. Il semble y avoir, d'une part, mise en place d'un mécanisme qui va empêcher l'information douloureuse d'atteindre le cortex somato-sensoriel et, d'autre part, un mécanisme de contrôle supérieur des informations somato-sensorielles avec une inhibition au niveau spinal pour certains sujets et une inhibition aux niveaux supérieurs pour d'autres. [9]

Lors d'une auto-hypnose ou d'une transe formelle, la patiente se rend dans sa « safe place », elle active ses ressources pour lui permettre de se déconnecter de la réalité inconfortable dans laquelle elle se trouve.

Les outils hypnotiques utilisés par les anesthésistes lors de la pose de l'analgésie péridurale sont surtout dirigés vers l'anxiolise et de façon moindre vers l'analgésie. L'analgésie en hypnose nécessite un travail en transe formelle. Pour améliorer cette prise en charge de la perception douloureuse des patientes, il faudrait augmenter l'utilisation de l'hypnose en transe formelle.

Le questionnaire comporte le mot « douleur », cela a pu focaliser les patientes sur leur douleur lors de la pose de l'analgésie péridurale, cette sensation peut être augmentée si l'on préfère le mot douleur à celui de confort. L'autoévaluation a pu être sur-estimée.

2.4. Action de l'hypnose sur le confort

Notre étude a montré que l'hypnose augmenterait le confort des patientes lors de la pose de la péridurale (toutes parités et dilatations confondues). Nous comprenons que la parité et la dilatation à laquelle se trouve la patiente lors de la pose de l'analgésie péridurale peuvent influencer le confort ressenti lors du geste médical. Notre étude a fait émerger certaines tendances: l'hypnose augmenterait le confort des primipares et des deuxièmes pares, elle augmenterait le confort pour des dilatations lors de la pose de l'analgésie péridurale comprises entre [0 – 5]cm. Ces résultats sont satisfaisants et valident notre hypothèse . Ils concordent avec ceux de différentes études :

➤ Une étude réalisée en 1997, déjà citée ci-dessus, par Faymonville M.E., Mambourg P.H., Joris J., Vrijens B., Albert A., Lamy M., *déjà citée précédemment*, a comparé le confort de

deux groupes de patients devant subir une intervention de chirurgie mineure – un groupe sous diazanalgie consciente versus un autre sous hypnose – le groupe «hypnose» est revenu plus confortable ($p < 0,01$). [26]

➤ Une étude prospective toujours en cours de réalisation présentée par Eliat C. lors d'un congrès sur l'hypnose a montré une amélioration significative du confort des patientes pendant les versions par manœuvre externe. Une étude portant sur le même sujet est en cours à Genève. [29]

En état de transe hypnotique la personne connaît des changements dans la perception de ses sensations, de son corps, du temps, de l'espace. Dans cet état de conscience amplifié, l'attention est plus focalisée sur son monde intérieur que sur le monde extérieur. Les émotions vécues dans le monde intérieur peuvent ne pas correspondre à ce qui se passe dans le monde extérieur. La personne en transe hypnotique est plus ouverte à recevoir des idées, des sensations, des expériences de l'extérieur à conditions qu'elles soient en accord avec elle. Il est possible de véhiculer une idée de confort à la patiente qui se trouve dans une situation peu confortable lors des contractions utérines. [16]

On peut penser que plus la dilatation augmente, plus les contractions utérines s'intensifient en intensité et en fréquence, ce qui peut perturber la transe induite par l'anesthésiste en « parasitant » la focalisation de la patiente.

2.5. Hypnose, facteur protecteur d'un accouchement compliqué

Notre étude n'a pas pu évaluer l'effet protecteur de l'hypnose sur les interventions chirurgicales, instrumentales. Elle comporte de nombreux biais dans le recueil de données tels que le type de présentation et de variété de présentation fœtale, le poids fœtal, le type de mise en travail, les pathologies obstétricales lors de la grossesse, les antécédents obstétricaux, les pathologies maternelles impactant sur le déroulement du travail, de l'accouchement et du post-partum, les thérapeutiques pendant les travail. Cependant, l'effet bénéfique de l'hypnose sur les extractions instrumentales et chirurgicales a été montré par différentes études :

➤ Une étude randomisée menée sur 520 patientes (Grade A) réalisée en 2004 par Lewis E., Mehl-Madrona, *l'hypnose pour faciliter l'accouchement eutocique*, montre une diminution significative des extractions instrumentales, césariennes, demande de péridurale, réanimation néonatale pour des femmes ayant bénéficié d'une préparation prénatale avec hypnose. [39]

➤ Une étude randomisée menée sur 42 patientes (Grade B) réalisée en 2001, *les effets de l'hypnose sur le travail et l'issue de l'accouchement des adolescentes enceintes*, a montré l'effet

bénéfique d'une préparation à la naissance et à la parentalité d'adolescente sur les extractions chirurgicales ($p < 0,001$) ainsi que sur la diminution du temps d'hospitalisation ($p < 0,008$) vs groupe control. [40]

➤ Une étude prospective (Grade C) menée au CHRU de Montpellier en 2012 dans une maternité de niveau III portant sur deux cent soixante-huit patientes réparties en deux groupes (un ayant bénéficié de trois séances de préparation à la naissance avec auto-hypnose et l'autre ayant bénéficié de six séances de préparation à la naissance «classique») met en évidence l'effet protecteur de l'hypnose sur les extractions instrumentales. [41]

2.6. Hypnose et placebo

L'effet placebo existe dans toute thérapeutique et l'hypnose n'échappe pas à la règle mais elle ne se réduit pas seulement à un effet placebo. En effet, l'analgésie placebo se réfère à un processus d'apprentissage, à une source extérieure origine d'un soulagement, alors que l'analgésie hypnotique se réfère à une capacité à modifier ses propres perceptions. On voit tout l'intérêt d'un apprentissage de l'auto-hypnose pour mettre en pratique cette capacité à modifier ses perceptions lors du travail et de l'expulsion. [8]

On observe 30 à 35% d'efficacité pour l'effet placebo contre 50% pour l'hypnose. [42]

La nalaxone, antagoniste des antalgiques placebo n'a aucun effet sur l'analgésie induite par l'hypnose. [43]

Les images obtenues en neuro-imagerie diffèrent entre effet placebo et hypnose. [44]

Après ces résultats, nous allons aborder la possibilité de formation des professionnels de santé à l'hypnose car au vu de nos résultats et des différentes études sur les bénéfices de l'hypnose, il nous semble pertinent de développer cette technique dans le but d'améliorer l'accompagnement des patientes. De plus, aucune étude réalisée ne montre un quelconque inconvénient sur les résultats obtenus avec l'hypnose. Cela nous encourage à élargir son utilisation.

2.7. L'hypnose médicale en France

2.7.1. Qui peut se former ?

Le monde médical (médecins, sages-femmes, dentistes), paramédical (auxiliaire de puériculture, infirmier, aide soignant...).

2.7.2. Les formations

Plusieurs facultés propose des Diplômes Universitaires (DU) d'Hypnose médicale :

- Paris VI,
- Paris XI,
- Bordeaux Ségalin,
- Toulouse,
- Limoges,
- Montpellier,
- Dijon.

La faculté de Nantes propose également un Diplôme Universitaire à L'Hypnose Thérapeutique.

Le nombre d'heures théoriques et pratiques est variable d'un DU à l'autre.

L'institut de Formation et Recherche en hypnose et communication thérapeutique, Emergences, propose une formation à l'Hypnose. Cet institut est basé à Rennes.

L'association Lien, à Toulouse propose différentes formations à l'hypnose ciblées sur différentes thématiques.

L'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale propose une formation à l'Hopital de la Pitié Salpêtrière amenant à l'obtention d'un DU.

3) Propositions

3.1. Préparation à la naissance et à la parentalité

Face à une patiente non préparée à l'hypnose, nous pouvons penser que plus la dilatation augmente, plus les contractions utérines s'intensifient en intensité et en fréquence, ce qui peut perturber la transe induite par l'anesthésiste ou l'auxiliaire de puériculture en « parasitant » la focalisation de la patiente. Une préparation antérieure de la patiente à l'hypnose permettrait une focalisation plus importante ainsi qu'une utilisation de l'outil hypnotique dans sa « plus grande puissance ».

Développer une préparation à la naissance et à la parentalité avec l'apprentissage de l'auto-hypnose permettrait à la patiente d'être plus réceptive à son imaginaire et à sa créativité qu'à la réalité extérieure, en saturant sa conscience par des idées qui lui sont agréables. [8]

Des études ont observé l'apport de l'hypnose pour les parturientes. Apprendre à plus long terme aux patientes à gérer leurs moments inconfortables, stressants peut s'avérer utile. L'utilisation de l'hypnose formelle en salle de naissance permet un vécu plus confortable mais nécessite la présence d'un professionnel formé. Adapter une préparation à la naissance avec l'utilisation et l'apprentissage de l'auto-hypnose permettrait une utilisation plus large pour les patientes. Les futurs pères de plus en plus impliqués dans les préparations à la naissance et à la parentalité peuvent aider

leur femme à se plonger dans cet état de conscience modifié. Ils s'avéreraient être un recours supplémentaire pour les femmes « dépassées » par leurs émotions.

3.2. Intérêt pour les professionnels

Chacun a vécu une situation difficile lors d'une prise en charge d'une patiente submergée par ses émotions, ses sentiments...L'utilisation de l'hypnose conversationnelle permettrait de recadrer la patiente. Nous pouvons, face à une personne paralysée par son stress, sa peur, utiliser le pacing afin d'apporter une limite à ce « débordement ». L'hypnose peut être utilisée lors de chaque geste intrusif (pose d'une perfusion, toucher vaginal chez une patiente présentant un vaginisme, version par manœuvre externe...) pour en limiter les impacts émotionnels négatifs sur la patiente. Cette technique peut paraître contraignante à mettre en œuvre au début mais elle apporte un réel bénéfice pour diminuer l'angoisse, le stress, la douleur et apporter plus de confort.

CONCLUSION

La pose de l'analgésie péridurale représente un geste anxiogène et intrusif pour beaucoup de femmes. Utiliser l'hypnose lors de ce geste médical peut apporter des bénéfices.

Notre étude ayant pour objectif de recueillir l'opinion des mères à J1 de leur accouchement sur leurs sensations anxieuses, douloureuses et de confort ressenties lors de la pose de l'analgésie péridurale. L'hypnose diminuerait l'anxiété et la douleur des patientes toutes parités et dilatation confondues lors de la pose de l'analgésie péridurale. L'hypnose améliorerait le confort des patientes toutes parités confondues et dilatations confondues lors de la pose de l'analgésie péridurale.

Cette technique peut être appliquée à tous moments et quelque soit le geste médical. Pour étendre son utilisation, il est important de former les professionnels médicaux, para-médicaux où les patientes elles-mêmes qui sont les plus à même d'en analyser les bienfaits.

Les résultats de cette étude préliminaire, menée chez quelques patientes lors de la pose d'une analgésie péridurale, méritent d'être confirmés par une étude portant sur un plus grand nombre d'effectif. Il conviendra de respecter différents critères d'appariement tels que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la parité, l'Indice de Masse Corporelle, la participation à une préparation à la naissance, le type de mise en travail, la présence de pathologies au cours de la grossesse afin d'effectuer une étude de type cas-témoins.

REFERENCES

- [1] Balken J. *Mécanisme de l'hypnose clinique*. Paris: l'Harmattan; 2004, 298p.
- [2] Alexander B., Turnbull D., Cyna A. *The effect of pregnancy on hypnozability*. American Journal of Clinical Hypnosis. 2009; 52: 13-22.
- [3] Castro E. *Hypnose et Obstétrique en France. Enquête auprès des professionnels formés à cette pratique*. Mémoire de Sages-femmes. Ecole de Sage-femme Lille; 2010, 46 p.
- [4] Bioy A. *L'aide-mémoire de l'hypnose*. Paris: Dunod; 2010.
- [5] IFH, Institut Français d'Hypnose. Présentation de l'I.F.H.[En ligne] <http://www.hypnose.fr/#eleve>. Consulté le 18 novembre 2012.
- [6] Blaize A. Medecite. [En ligne] <http://sante.planet.fr/autres-medecines-douces-peut-on-faire-confiance-a-l-hypnose.1641.93.html>. Consulté le 18 novembre 2012.
- [7] Touyarot A. *Pas à pas. Guide d'autopréparation à l'accouchement par l'hypnose*. 1^{ère} édition. Bruxelles: Satas; 2006, 176 p.
- [8] Virot C, Bernard F. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. Reuil-Malmaison : Arnette; 2010, 285p.
- [9] Michaux D, Halfon Y, Wood C. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Maloigne; 2007, 302p.
- [10] Berhaiem JM. *L'Hypnose médicale*. Paris: Med-line éditions; 2003, 252p.
- [11] Mazzalavo C. *Le déroulement et le vécu de l'accouchement. Etude comparative entre hypnose extemporanée et accompagnement classique*. Mémoire de Sage-femmes. Ecole de Sage-femme Bordeaux; 2007, 71p.
- [12] Dolan YM. *Guérir de l'abus sexuel et revivre. Techniques centrées sur la solution et hypnose ericksonienne pour le traitement des adultes*. Bruxelles: Satas; 1996, 328p: 165-175.
- [13] Monsterleet D. Hypnose ericksonienne et thérapies brèves. [En ligne] http://www.monsterleet.com/hypnose_ce_que_n_est_pas_l_hypnose.php. Consulté le 22 novembre 2012.

- [14] Simons D. A Brief History of Hypnosis in Medicine. [En ligne] <http://www.bscah.com/History-of-hypnosis.htm>. Consulté le 18 novembre 2012.
- [15] Gross R, Bello-Caro S. Hypnose thérapeutique.[En ligne] <http://www.hypnose-therapeutique.com/reponses/1.htm>. Consulté le 18 novembre 2012.
- [16] Robles T. *La magie des masques. Théorie et pratique*. Bruxelles: Satas; 2007, 134 p: 21-33 .
- [17] Abia J, Robles T. *Apprenons par l'autohypnose à cheminer dans la vie*. Bruxelles: Satas;1997, 169p. 21-32.
- [18] Définition de l'hypnose. [En ligne] <http://hypnose-facile.com>. Consulté le 3 Décembre 2012.
- [19] Bingel U., Lorenz J., Schoell E., Weiller C., Buche C. *Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network*. Pain. 2006; 120: 8-15.
- [20] CC Casula. *Jardiniers, princesses et hérissons. Métaphores pour l'évolution personnelle et professionnelle*. Bruxelles: Satas; 2011, 333). 30-32 .
- [21] Edgette JF, Edgette JS. *Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie*. Bruxelles: Satas; 2001, 363p.75-95.
- [22] Hérin JM. *Hypnose et bien-être. Un ko contre le chaos*. Hypnose et thérapies brèves. 2012;27: 22-32.
- [23] Carsten K.W., Dr Dreu. *Oxytocin as a moderator of hypnozability*. Psychoneuroendocrinologie. 2012; 37: 871-880.
- [24] Beth A., Turnbull D., Cyna A. *The effect on pregnancy on hypnotisability*. The American Journal of Clinical Hypnosis. 2009 ; 52-1 : 13-22.
- [25] Orbach-Zinger S., Ginosar Y., Sverbdlik J., Treitel C., MacKersey K., Bardin R., Peleg D., Eidelman L.A. *Partner's presence during initiation of epidural labor analgesia does not decrease maternal stress: a prospective randomized controlled trial*. Anesthesia analgesia, 2012; 114: 654-659.
- [26] Faymonville M.E., Mambourg P.H., Joris J., Vrijens B., Albert A., Lamy M. *Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study*. Pain. 1997; 73: 361-367.

- [27] Frenay M.C., Faymonville M.E., Devlieger S., Albert A., Vanderkelen A. *Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy*. Burns. 2001; 27: 793-799.
- [28] Lena M., Melka S., Bollini G., Camboulivies J. *Hypnose et anxiété préopératoire en pédiatrie*. [En ligne] www.reanord.org/jmaru/docs/2004/f2004_14.pdf. Consulté le 22 Janvier 2013.
- [29] Eliat C., *Chut, on tourne!* (étude prospective). 4ème Congrès International d'Hypnose ; 2012 Mai 17-19, Quiberon, France.
- [30] *La nouvelle hypnose : vocabulaire, principe et méthode*. Albin Michel, 1992
- [31] Davidson J.A., M.D., F.R.C.O.G, *An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour*. British Medical Journal. 1962 ; 13 : 951- 953
- [32] 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 hypnoses*. Cognitive Brain Research. 2003; 17: 255-262.
- [33] Cyna A.M., McAuliffe G.L., Andrew M.I. *Hypnosis for pain relief in labour and childbirth : a systematic review*. British Journal of Anaesthesia. 2004 ; 93 (4) : 505-11.
- [34] Cyna A.M., Andrew M.I., McAuliffe G.L. *Anténatal Self-hypnosis for Labour and Childbirth : A Pilot Study*. Anaesth Intensive Care . 2006 ; 34 : 464-469 .
- [35] Vanhaudenhuyse A., Boly B., 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. 2009; 47: 29-38.
- [36] Landolt A.S., Milling L.S ., *The efficacy of hypnosis as an intervention for labour and delivery pain : a comprehensive methodological review*. Clinical Psychology Review. 2011 ; 31 : 1022-1031.
- [37] *In vivo*. Le magazine de la Santé. France 5. Lundi 30 Janvier au Vendredi 3 Février 2011
- [38] Touyarot A. Hypnose orientée solution et maternité; 2012 Novembre 5-6 ,Toulouse, France.
- [39] Lewis E., Mehl-Madrona. *Hypnosis to facilitate uncomplicated birth*. American Journal of Clinical Hypnosis. 2004; 46 (4) : 229-312.

[40] Martin A.A., Schauble P.G., Rai S.H., Curry R.W. *The effect of hypnosis on labour processes and birth outcomes of pregnant adolescents*. Journal of Family Practice. 2001 ; 50 (5) : 441-443 .

[41] Dubourdier J. L'hypnose, facteur protecteur d'un accouchement compliqué (étude de cohorte). 4ème Congrès International d'Hypnose ; 2012 Mai 17-19, Quiberon, France.

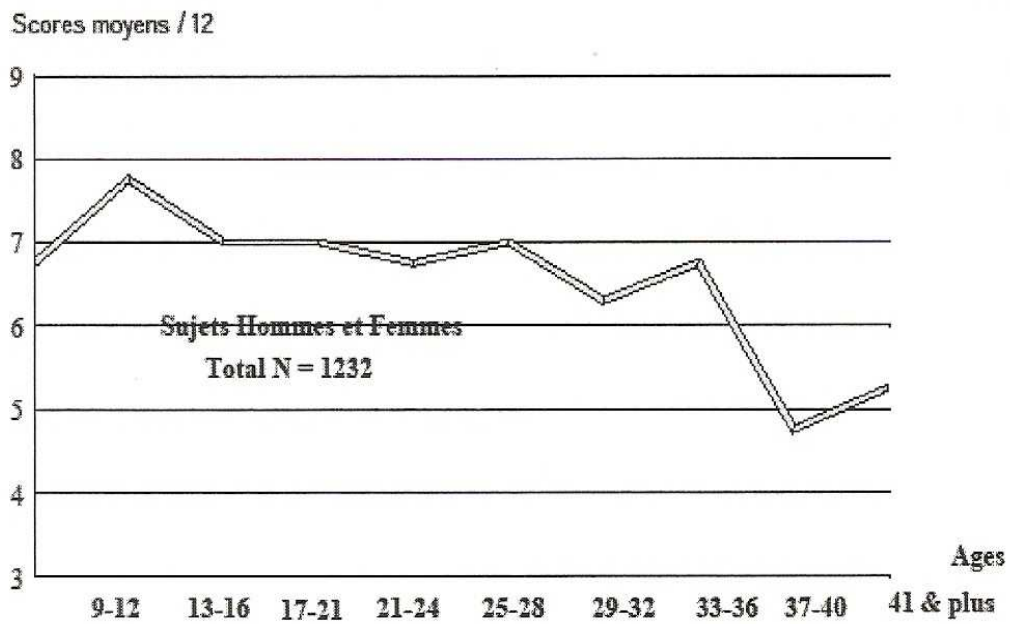
[42] Spanos N.P., Perlini A.H., Robertson L.A. *Hypnosis, suggestion and placebo in the reduction of experimental pain*. Journal of Abnormal Psychologie. 1989; 98: 285-293.

[43] Guy-Coichard C., Boureau F. *Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur*. Revue Médecine Interne. 2005 ; 26 : 226-232.

[44] Salem G., Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*. 3^{ème} édition. Paris: Masson; 2004, 220p.

Annexe I[3]

**Figure 2 - COMPARAISON DE LA SUSCEPTIBILITE HYPNOTIQUE
A DIFFERENTS AGES DE LA VIE
(Echelle SHSS"A")**



Moyennes de Scores individuels (Morgan et Hilgard 1973)

Annexe II

Voici un exemple d'induction sur la fixation d'un point :

Asseyez-vous confortablement... Peut-être les mains posées sur vos genoux... Vos yeux ouverts et légèrement surélevés, cherchent en face de vous un point où se fixer...(Par exemple une tâche sur le mur, le détail d'un tableau, ou un point imaginaire)... Quand vous l'avez bien accroché, fixez le aussi longtemps que vous le pouvez, en essayant de ne pas cligner des yeux... Fixer ce point, et si votre regard s'en détourne, revenez sur ce point. Pendant que vous regardez ce point, écoutez ma voix et laissez votre corps se détendre...de plus en plus...Assurez vous que vos mâchoires, vos épaules, sont détendues, votre respiration tranquille...Continuez à fixer ce point jusqu'à ce que tout devienne flou...Alors doucement, baissez vos yeux, détendez-les ; fermez les yeux... Si les paupières se lèvent, recommencez la fixation une seconde fois...Lâcher prise dès que vous sentez une tension...Et toujours, vos paupières auront tendance à se baisser, pour soulager votre regard et peut-être, elles resteront fermées, l'une sur l'autre, laissez faire...Maintenant vous avez les yeux fermés...Votre respiration est calme...calme et profonde...Ma voix vous accompagne dans ce travail...[44}

Annexe III (extrait de <http://www.definitions-marketing.com/Definition-PCS>)

PCS 2003 Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles	
Code	Libellé
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions Intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

Annexe IV

Detoc Aurélie

N° :

Etudiante sage-femme 4^{ème} année

Madame,

Je suis étudiante sage-femme et dans le cadre de mon mémoire, je souhaite mener une étude afin d'évaluer la pose de péridurale avec ou sans hypnose.

J'aimerais recueillir votre avis sur les niveaux d'anxiété, de douleur et de confort que vous avez ressenti lors de la pose de votre péridurale en salle de naissance.

Merci de bien vouloir positionner votre ressenti sur chaque proposition.

Evaluation de votre anxiété lors de la pose de la péridurale

Aucune anxiété

Anxiété insurmontable

Evaluation de votre douleur liée à la pose de la péridurale

Aucune douleur

Pire douleur imaginable

Evaluation de votre confort lors de la pose de la péridurale

Pas du tout confortable

Très confortable

Merci

Annexe V

Groupe : pose de péridurale sans hypnose
 pose de péridurale avec hypnose

N° de patiente :

Age :

Parité :

Catégorie socioprofessionnelle : 1 2 3 4 5 6 7 8

Dilatation à la pose de la péridurale : <3cm 3 à 5cm 5 à 7cm >7cm

Heure de la pose de la péridurale :

Indice de Masse Corporelle : <18 18-30 >30

Durée de la première phase de travail (de 0 à 5 cm de dilatation)

Durée de 5 à 10 cm :

Durée de dilatation complète :

Expulsion : Voie basse non instrumentale
 Voie basse instrumentale
 Césarienne

Annexe VI

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 Études cas-témoins Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	C Faible niveau de preuve

RÉSUMÉ

Objectif : l'objectif de notre étude était d'évaluer si la pratique de l'hypnose lors de la pose de l'analgésie péridurale améliore le confort des patientes, diminue l'anxiété et la douleur.

Type d'étude : une étude descriptive a été réalisée dans une maternité de niveau 2 en Bretagne sur 76 patientes, du 17 Septembre au 6 Octobre 2012. Des questionnaires ont été distribués en suites de couches à J1 de l'accouchement, recueillis à J1 ou J2. Un recueil de données a été rempli pour chaque patiente.

Participantés : il s'agit de 35 patientes ayant bénéficié de la pose de l'analgésie péridurale sous Hypnose et 41 patientes Sans hypnose. Ces patientes sont incluses quelque soit le terme, la parité, le poids du nouveau-né, la présentation foetale, les thérapeutiques pendant le travail, le déroulement du travail et l'issue de l'accouchement.

Résultats :

L'hypnose diminuerait l'anxiété (5 patientes du groupe Hypnose l'évaluent élevée contre 12 du groupe Sans hypnose), la douleur (1 patiente du groupe Hypnose l'évalue forte contre 4 du groupe Sans hypnose) et améliorerait le confort (3 patientes du groupe Hypnose l'évaluent faible contre 9 du groupe Sans hypnose). Les différentes autoévaluations analysées en fonction de la parité et de la dilatation lors de la pose de la péridurale (jusqu'à 7 cm de dilatation) mettent en évidence des tendances: l'hypnose ne diminuerait pas l'anxiété pour des dilatations inférieures à 3 cm et comprises entre [5 – 7]cm. Elle diminuerait la douleur pour des dilatations comprises entre [3 – 5]cm. Elle n'améliorerait pas le confort pour des dilatations comprises entre [5 - 7]cm.

Conclusion : l'hypnose améliorerait le confort des patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale, diminuerait la douleur et l'anxiété. Pour autant, il paraîtrait intéressant de proposer un apprentissage de l'auto-hypnose aux patientes et d'effectuer une étude de type cas témoins afin de confirmer nos résultats avec un niveau de preuve supérieure.

Mots clés: patientes, hypnose, sans hypnose, analgésie péridurale, autoévaluation, anxiété, douleur, confort.

Titre: "L'hypnose perçue par les patientes lors de la pose de l'analgésie péridurale." Etude descriptive dans une maternité de niveau 2 en Bretagne du 17 Septembre 2012 au 6 Octobre 2012.

Auteur: Aurélie DETOC

Diplôme d'état de Sage-femme – Brest, 2013