



**HAL**  
open science

# L'autohypnose pratiquée par les parturientes en salle de naissance

Laura Lhoutellier

► **To cite this version:**

Laura Lhoutellier. L'autohypnose pratiquée par les parturientes en salle de naissance. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00910429

**HAL Id: dumas-00910429**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00910429v1>**

Submitted on 28 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  
DE  
CLERMONT- FERRAND**

**Université d'Auvergne – Clermont 1**

**L'autohypnose pratiquée par les parturientes en  
salle de naissance**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

**Laura Lhoutellier**

**Née le 17 avril 1988**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**Année 2013**



**UdA** | Université d'Auvergne





ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DE  
CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

L'autohypnose pratiquée par les parturientes en salle  
de naissance

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Laura Lhoutellier

Née le 17 avril 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Promotion 2009-2013

## REMERCIEMENT

### **Aux personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire :**

- A ma directrice de mémoire, Docteur Fabienne MONDIE, pour son aide et son intérêt pour mon étude ;
- A Mesdames Aurélie MEJEAN-LAPAIRE et Delphine POUMEYROL pour leurs précieuses corrections et leur implication.
- A Mesdames les sage-femmes hypnothérapeutes Danielle LELAIDIER, Cécile COLAS-NGUYEN, Florence PANET, Isabelle BARJELET et Marie FONSECA pour leur aide et collaboration.
- A toutes les patientes ayant accepté de participer à mon travail de recherche.

### **Personnels :**

- A ma famille, mes parents et mes sœurs pour leur soutien sans faille,
- A Baptiste pour sa gentillesse et sa patience,
- A Marylise pour tous les fabuleux moments passés ensemble à refaire le monde,
- A Sarah pour son amitié sans faille,
- A Fanny, Lucile, Marie-France, Loutch, Marie, Samy, Mickael, Antoine, Sabine et tant d'autres pour m'avoir fait sourire dans les moments difficiles.
- Aux Makis.

## GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

APD : Analgésie péridurale

# Sommaire

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	
I.    Généralités de l'hypnose.....	2
II.   L'hypnose médicale.....	8
III.  Hypnose et obstétrique.....	20
METHODOLOGIE	
I.    Type d'étude.....	26
II.   Matériel.....	26
III.  Méthode.....	27
IV.  Considérations éthiques.....	29
V.    Analyse statistique.....	29
RESULTATS ET ANALYSE	
I.    Description des patientes pour l'étude.....	30
II.   Gestion de la douleur obstétricale en salle de naissance.....	30
III.  Niveau de préparation en hypnose.....	36
IV.  L'entourage des parturientes en salle de naissance.....	39
V.    Gestion du stress et de l'anxiété.....	40
VI.  Perception du temps pendant le processus hypnotique.....	42
VII.  Lors de la naissance.....	44
VIII. Maîtrise du travail et de l'accouchement.....	45
IX.  Satisfaction globale des parturientes concernant l'autohypnose.....	45
DISCUSSION	
I.    Limites de l'étude.....	47
II.   Discussion des résultats.....	48
III.  Projet d'action.....	56
CONCLUSION.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
ANNEXES	



# Introduction

Le mot hypnose vient de la racine grecque « hypnos » signifiant « sommeil ». En effet l'hypnose, au fil du temps, a toujours été assimilée à un sommeil mystérieux, empreint de magie, suscitant à la fois émerveillement et méfiance. Actuellement, il s'agit d'une pratique en plein essor dans le milieu médical.

Je me suis initialement questionnée à propos des différentes techniques non pharmacologiques pouvant être utilisées afin de soulager la douleur obstétricale lors du travail d'accouchement. C'est en interrogeant les professionnels œuvrant dans le domaine de la naissance au sujet de leurs pratiques respectives, que j'ai entendu parler pour la première fois de l'hypnose médicale.

Curieuse d'une technique que je méconnaissais jusqu'alors, je me suis intéressée à ses divers champs d'applications, notamment en obstétrique. Ainsi, je me suis questionnée quant à la pratique de l'autohypnose par les patientes en salle de naissance de même qu'à ses bienfaits.

Comment sont préparées ces patientes lors de leur grossesse ? Cet apprentissage permet-il de gérer la douleur obstétricale ainsi que les angoisses lors du travail d'accouchement ? Favorise-t-il le sentiment d'avoir été actrice pendant la naissance ?

Revue de la  
littérature

## I. Généralités sur l'hypnose

### 1. Définition

Actuellement, il existe de multiples définitions de l'hypnose, aucune ne faisant l'unanimité. Cependant nous pouvons la décrire comme un état modifié de conscience.

Selon le dictionnaire Larousse 2007, il s'agirait d'un état de conscience particulier entre le réveil et le sommeil provoqué par la suggestion.

La British Medical Association la définit comme « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une 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 lui sont familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être dans l'état hypnotique produits ou supprimés ».

Milton H. Erickson quant à lui décrit l'état d'hypnose comme étant « essentiellement un état de concentration mentale », « un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient. », permettant au patient de puiser dans ses ressources afin de résoudre ses problèmes.

### 2. Historique de l'hypnose

#### 2.1. Dans l'antiquité [1] [2]

Depuis toujours, l'homme s'adapte à son environnement et développe des pratiques et techniques afin de se guérir. Les chamans utilisaient la transe dans un but thérapeutique, en la déclenchant par des chants, des incantations, des danses.

En Chine antique, la médecine est basée sur une conception énergétique de l'homme, où le « Qi » circule dans l'univers et dans l'homme. De lents mouvements de gymnastique appelée « Qi Gong » associés à une concentration mentale aboutissant à un état modifié de conscience permettent la circulation harmonieuse de ce « Qi ». Ensuite, en Égypte ancienne, les prêtres possédaient l'art d'utiliser le « Kâ », et avaient en état de transe la capacité d'écrire de manière automatique et involontaire des messages qu'ils disaient provenir de l'au-delà. Enfin, en Grèce antique, l'oracle de Delphes rendait ses prémonitions en état de transe profonde.

Aujourd'hui, l'hypnose est présente dans la médecine traditionnelle de plusieurs cultures, notamment chinoise, indienne, et dans les religions Bouddhiste et Taoïste.

## 2.2. Le XVIII siècle [3] [4]

Mesmer (1734-1815), médecin allemand, fut le premier à proposer une théorie scientifique décrivant et expliquant l'état de transe. Il existerait selon lui un fluide physique servant d'intermédiaire entre l'homme, la terre et les corps célestes, qu'il nomma « fluide animal ». La maladie résulterait d'une mauvaise répartition de ce fluide dans le corps humain. La thérapie pensée par Mesmer s'effectuait en induisant une ou plusieurs crises visant à restaurer un équilibre perdu.

Puységur (1751-1825), élève de Mesmer, fut le premier à décrire le « somnambulisme provoqué » ou « sommeil artificiel », caractérisant l'hypnose telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui.

L'abbé de Faria (1755-1819), prêtre portugais, considéré comme le précurseur de l'induction hypnotique par fascination, rejeta les théories de Mesmer concernant l'existence du fluide animal. Il estimait que les résultats provenaient seulement de la mise en situation et de l'attente du patient.

## 2.3. Le XIX siècle [2] [3] [4] [5]

James Braid (1795-1860), médecin généraliste et chirurgien à Manchester, fut le premier à avoir mis en lumière les mécanismes psychologiques de l'hypnose en proposant une théorie psycho-neurophysiologique. Il souligna l'importance de la concentration mentale soutenue lors du processus d'hypnose, et le rôle de la suggestion

verbale dans l'apparition des effets recherchés. Il nota également la possibilité de s'hypnotiser soi-même. Il créa la « neurhypnologie », discipline vouée à l'étude et aux traitements des troubles nerveux fonctionnels.

A la même époque, l'Anglais John Elliotson et l'Écossais James Esdaile commencèrent à utiliser l'hypnose comme méthode anesthésique ou analgésique en chirurgie (amputation de membres, etc...). Cette pratique fut rapidement abandonnée, remplacée par des techniques comme l'éther ou le chloroforme.

Quelques décennies plus tard, Ambroise Auguste Liébault (1825-1904), médecin généraliste à Nancy, comprît, grâce à sa pratique à grande échelle, que la susceptibilité de chaque individu était différente. Tout sujet pouvait être hypnotisé, à condition qu'il le souhaite et qu'il coopère avec l'hypnotiseur, d'où l'importance de la relation médecin-patient.

Son contemporain, Jean Martin Charcot (1825-1893), médecin chef à la Salpêtrière, voyait l'hypnose comme une névrose hystérique artificielle. Selon lui, seuls les sujets y étant prédisposés étaient susceptibles d'être hypnotisés. Son travail sur l'hypnose contribua à donner une image fautive de l'hypnose, où seul l'effet spectaculaire était recherché, au détriment du bien-être du patient. Sigmund Freud (1856-1939), suivit pendant quelques temps les enseignements de Charcot à Paris. Il abandonna rapidement l'hypnothérapie, ne réussissant pas à obtenir les résultats escomptés.

Hypolite Bernheim (1840-1919), est considéré comme le véritable fondateur de l'hypnothérapie. Professeur à la faculté de médecine de Nancy, il appartint au même courant de pensée qu'Ambroise Liébault. S'opposant à Jean-Martin Charcot, il définît l'hypnose comme un phénomène psychologique, un accroissement de la suggestibilité déjà présente à l'état de veille, obtenu grâce à la concentration du sujet.

Pierre Janet (1859-1947), professeur de philosophie, rédigea une thèse sur « l'automatisme psychologique » en 1889, y expliquant les phénomènes hypnotiques par la désagrégation mentale ou dissociation. Il décrit l'existence d'une personnalité secondaire, subconsciente, simultanée à la personnalité du sujet. Lors du processus hypnotique, la personnalité éveillée se trouve dissoute, et la personnalité seconde

apparaît progressivement. Contemporain de Pierre Janet en URSS, Ivan Pavlov (1849-1936) développa des techniques de suggestion, d'apprentissage, et de « réflexes conditionnels ». En Allemagne, J.H.Schultz (1884-1970) fut le précurseur du « training-autogène », technique de « déconnexion cérébrale », proche d'un état d'hypnose légère.

#### 2.4. L'hypnose contemporaine [3] [6] [7]

Clark Hull (1884-1952), psychologue américain, s'intéressa à l'hypnose dans le cadre des névroses post-traumatiques et démontra la réalité de l'anesthésie hypnotique. Peu à peu, l'hypnose traditionnelle évolua et laissa la place à la pratique hypno analytique, représentée par Lewis Wolberg dans les années 60, puis par L. Chertok (1979), J. Palaci (1991), E Collot et P. Zindel. Un courant de recherche expérimentale remit en cause de nombreuses croyances fausses concernant les phénomènes hypnotiques. L. Chertok, psychiatre et psychanalyste, définît le degré d'hypnotisabilité, et admît que plus l'équilibre psychique du patient était bon, meilleur il était.

Ernest R. Hilgard (1904-2001) exposa la théorie de la « néodissociation », fondée sur les idées de Pierre Janet. Il décrivit au niveau psychique plusieurs systèmes coexistant, hiérarchisés sous le contrôle d'un égo exécutif, responsable de la planification des fonctions de la personnalité. Lors du processus hypnotique, ces systèmes se retrouvent dissociés les uns des autres.

Milton Erickson (1901-1980) [6] [7] : A l'âge de 17 ans, il se trouve atteint d'une crise grave de poliomyélite. Lors de longs mois d'immobilisation forcée, il réapprend mentalement, les mouvements permettant de bouger et de marcher. En une année, il retrouve une entière motricité, grâce à sa pratique infatigable de ce qu'il appellera plus tard l'autohypnose. Milton Erickson joua un grand rôle dans l'évolution de la pratique de l'hypnose moderne et fonda la Société Américaine d'Hypnose Clinique. Grâce à son expérience personnelle, il se rendît compte que le thérapeute se doit de respecter la personnalité du sujet, chaque patient étant unique. Par conséquent il ne peut exister de techniques universelles et standardisées d'induction hypnotique, ni de définition arrêtée de l'hypnose. Plutôt que d'être autoritaire lors des séances, il préférait être un thérapeute guidant le patient vers ses propres ressources, vers sa mémoire

consciente et inconsciente, en utilisant son langage, ses références. Le sujet pouvait alors élaborer des solutions adaptées aux problèmes qu'il rencontrait, puisant dans ses capacités insoupçonnées.

### 3. Quelques définitions propres à l'hypnose

#### 3.1. Deux types d'hypnose [1]

L'hypnose traditionnelle, le « Dormez je le veux » pratiqué autrefois par l'abbé de Faria et repris lors des spectacles de music-hall est à différencier de l'hypnose Ericksonienne, pratiquée par les professionnels de santé. Plutôt que d'être spectaculaire, dirigiste, et faite de suggestions directes, elle se veut proche du sujet. Elle favorise une relation de confiance praticien-patient, dans laquelle le thérapeute guide le sujet vers ses ressources internes, et l'aide à résoudre ses conflits via l'utilisation de suggestions indirectes et de métaphores.

#### 3.2. La transe hypnotique [1]

Il existe différents états de transe :

- La transe spontanée : L'hypnose est un processus naturel que nous expérimentons tous. Le fait de « lâcher-prise » est un phénomène banal que nous rencontrons plusieurs fois dans la journée, lors des moments de distraction, de rêverie, se traduisant par un relâchement de l'attention. Il est favorisé par des gestes du quotidien répétitifs que l'on reproduit de manière automatique, lorsque l'on conduit, etc. Des études neurophysiologiques ont montré que toutes les quatre-vingt-dix minutes, nous lâchons prise quelques instants.
- La transe provoquée : il s'agit de la transe induite par le thérapeute.
- L'auto-hypnose : le sujet induit lui-même l'état de transe



### 3.3. Qui est hypnotisable ? [3]

La personnalité de « l'hypnotisé » est perçue par le grand public comme étant faible, impressionnable et instable. Au contraire, « l'hypnotiseur », valorisé, représente le calme et possède un caractère fort.

Or, l'aptitude hypnotique est très peu influencée par l'hypnotiseur. La capacité du sujet à ressentir des modifications sensorielles et cognitives lors des suggestions hypnotiques, la tendance à la rêverie, son aptitude d'ouverture à l'imaginaire seront autant de « compétences » facilitant le processus hypnotique. Cependant, aucun trait fort de personnalité n'est lié à une susceptibilité hypnotique accrue. Il s'agirait d'une variable indépendante parmi les autres variables de la personnalité.

De plus, les patients présentant une pathologie psychiatrique, notamment les psychotiques, ne sont pas plus facilement hypnotisables, alors que le processus hypnotique s'appuie sur le mécanisme dissociatif. Contrairement aux idées anciennes (école de J.M. Charcot) et à celles du grand public, la pathologie n'est pas une condition facilitatrice, et l'hypnotisabilité apparaît comme une qualité, reflétant capacité et désir de changement.

### 3.4. La mesure l'hypnose ? [3]

Une des échelles de référence actuelle est l'échelle de Stanford, mise au point à la fin des années 50 par A. Weitzenhoffer et E. Hilgard, deux psychologues américains. Elle permet d'estimer l'hypnotisabilité, qui caractérise le niveau de facilité de la mise en hypnose d'un sujet. Un niveau de réussite élevé suppose des réponses positives à la plupart des suggestions émises lors du processus hypnotique. L'âge semble influencer sur le taux d'hypnotisabilité : en effet, les enfants paraissent être plus hypnotisables que les adultes. Ils montrent peu de résistances à entrer dans l'espace du jeu et du rêve. Au contraire, les sujets âgés sont peu suggestibles, ayant une moindre facilité à « lâcher-prise ». En outre, il n'existe pas de lien entre le sexe des sujets et le taux d'hypnotisabilité. Les sujets hommes ou femmes présentent des résultats comparables, et le sexe de l'hypnothérapeute n'influe pas non plus sur les résultats obtenus à l'issue des suggestions hypnotiques.

### 3.5. Différents degrés de profondeur de la transe hypnotique [2]

Il existe plusieurs degrés de profondeur de la transe hypnotique ; léger, moyen et profond. Plus elle est profonde, plus la dissociation est grande. Cependant, une transe légère peut suffire au travail hypnotique.

## II. L'hypnose médicale

### 1. Le déroulement d'une séance d'hypnose [3] [4] [8]

Un entretien préalable est avant tout nécessaire au thérapeute afin de cerner la personnalité du sujet (son tempérament, ses jugements, son langage, etc...), son sens privilégié pour percevoir son environnement (visuel, auditif, gustatif, olfactif, kinesthésique), son environnement familial et professionnel, ses croyances à propos de l'hypnose, ses préjugés, ses attentes concernant la séance, ses objectifs et enfin sa maladie et son symptôme. L'hypnothérapeute peut alors expliquer, clarifier les différents aspects de la technique et démystifier l'hypnose : il s'agit d'un apprentissage, d'un travail actif du sujet pour qu'il soit en mesure d'utiliser ses propres ressources. Ce dernier conserve son libre arbitre, le thérapeute n'étant là que pour le guider vers la solution. La relation patient-hypnothérapeute doit être basée sur la confiance et un désir de changement de la part du sujet. Enfin, le praticien explique au sujet qu'il a la possibilité d'interrompre la séance à tout moment, s'il ressent une quelconque gêne. Cela lui permettra de se sentir sécurisé.

Une séance d'hypnose dure en moyenne une heure. La transe hypnotique comporte trois phases : une phase de démarrage et d'induction de l'état de transe, une phase de travail pendant la transe et une phase de fin de travail.

#### 1.1. L'induction : [1] [2] [7] [8]

L'induction consiste en une phase essentielle de la séance, permettant au sujet de rentrer dans un état de focalisation intérieure. Chaque induction est individualisée, et le thérapeute utilise ce que lui apporte le patient. Lors de cette phase, le sujet est invité à s'installer confortablement. Les suggestions d'induction lui permettent de fixer son

attention sur une perception précise comme une image, un son, la voix du thérapeute, et de réduire peu à peu tous les facteurs pouvant retenir son attention, à l'exception de la voix du praticien. Le sujet peut alors commencer à se centrer sur lui-même, sur ses sensations.

Il existe plusieurs méthodes d'inductions, parmi elles la fixation du regard, la respiration, l'invitation du sujet par le thérapeute à se concentrer sur ses sensations corporelles (le contact du corps sur le fauteuil, la sensation de lourdeur), la voix monocorde du praticien, l'induction olfactive-gustative en rappelant un arôme ou un parfum, etc...

Enfin l'induction conversationnelle, moins formelle, dont Milton Erickson a été le promoteur, permet l'entrée du patient dans le processus hypnotique au décours d'une conversation, dont l'intérêt ou l'ennui qu'elle suscite suffit à entraîner une dépotentialisation de la conscience, un effet dissociatif. Ce type d'induction nécessite une bonne connaissance du patient par le praticien et des qualités d'improvisation, afin de passer subtilement d'une conversation banale à une conversation hypnotique.

## 1.2. Le travail pendant la transe [1] [4] [8]

Le thérapeute utilise des suggestions afin de plonger le patient dans un état de concentration extrême, de lui permettre de faire appel à la partie non consciente et d'obtenir une réponse non volontaire. Plus les suggestions seront personnalisées, plus elles seront efficaces et la séance rapidement intense. Ceci s'acquiert avec la répétition de ces échanges et une connaissance étroite du patient par le thérapeute. Il existe deux types de suggestions :

Les suggestions dites directes portent sur des phases d'installation et de transition de la séance. Elles permettent de rendre le patient témoin de manifestations observables, comme une respiration calme qu'il aura adoptée, et de l'encourager à poursuivre ainsi.

Les suggestions dites indirectes, présentent une ambiguïté de sens. Contrairement aux directes, la compréhension appartient au patient, et il choisira de comprendre d'une certaine façon ou d'une autre. Ainsi, le thérapeute évite de créer une résistance chez le sujet, qui pourrait être néfaste au bon déroulement de la séance. Nous prendrons comme illustration de suggestion indirecte, la suggestion négative paradoxale

« ne pensez pas à un éléphant rose ». Elle permet d'évoquer quelque chose tout en déclarant ne pas le faire.

Les métaphores thérapeutiques, un cas particulier de suggestions indirectes, permettent de raconter une histoire, et transmettent à la fois un message perçu par le conscient du sujet, et un second camouflé destiné à l'inconscient, celui-ci en lien direct avec le vécu du patient.

Lorsque le patient connaît la transe hypnotique, cela se traduit tout d'abord par des manifestations physiologiques : les signes observables de l'extérieur sont le ralentissement de son rythme respiratoire, de sa fréquence cardiaque, la fixité de son regard, un aplatissement des traits de son visage, des modifications de son tonus musculaire, un littéralisme dans la compréhension des phrases du praticien, des mouvements de déglutition. Les signes subjectifs ressentis par le patient sont une relaxation générale et des perceptions sensorielles différentes et nouvelles.

Les manifestations psychologiques se traduisent par une activité idéo motrice, c'est-à-dire la capacité à répondre automatiquement par un petit mouvement du doigt à une suggestion, par un détachement par rapport à son environnement, une amnésie, une distorsion du temps (modification subjective de l'écoulement du temps).

Pendant le travail de transe hypnotique, le thérapeute peut utiliser divers outils afin de guider le patient pour qu'il trouve les solutions à ses problèmes. La *régression en âge* permet au patient de s'imaginer dans le passé et de retrouver, grâce à un état d'hypermnésie pendant le processus hypnotique, un souvenir constituant une ressource positive de référence. La *progression en âge* également nommée « pseudo orientation dans le temps » donne quant à elle au patient le moyen de s'imaginer dans le futur débarrassé de ses soucis. Cela contribue à donner espoir et motivation d'un mieux à venir. L'utilisation de la *distorsion du temps* permet de définir des états du patient où le temps s'écoulera plus ou moins lentement ou rapidement et faire des moments désagréables des instants perçus comme courts. Ensuite le *recadrage*, constituant en une réinterprétation d'un problème énoncé par le patient, lui permet de changer d'attitude face à son problème ainsi que son vécu. Enfin, l'utilisation de la *confusion*, en énonçant quelque chose d'inhabituel met en déroute le patient qui s'éloigne des cadres logiques.

L'introduction d'une nouvelle suggestion, celle-ci « censée », comme accepter le processus hypnotique, lui fera adopter facilement cette dernière.

### 1.3. La fin du travail [3] [4]

L'amorce du « retour » du patient s'effectue graduellement, par l'utilisation de suggestions directes de bien-être et de repos par le thérapeute. L'attention du patient sera également attirée sur les repères physiques du moment et du lieu, pour qu'il puisse revenir « ici et maintenant ».

Ensuite praticien et patient peuvent revenir ensemble sur le déroulement de la séance, sur la pertinence ou non de certaines suggestions. Cependant le patient peut également choisir de garder pour lui certaines impressions qu'il juge intimes, par pudeur.

### 1.4. Les incidents [4]

Parfois, les patients ressentent lors du processus hypnotique des réactions émotionnelles fortes. Il est alors nécessaire d'interrompre la séance, de s'entretenir avec lui sur ce qu'il a perçu et de réorienter la séance suivante. Il sera aisé pour le patient d'exprimer un quelconque malaise durant la transe hypnotique, n'étant pas « endormi », mais seulement dans un processus modifié de conscience. Des nausées et des vertiges peuvent également être occasionnés lors d'un retour à la conscience ordinaire trop rapide. Le thérapeute, afin de dissiper le malaise, utilisera des suggestions de bien-être.

### 1.5. La communication hypnotique [1] [3]

Il s'agit d'une communication entre deux conscients et deux inconscients. Le thérapeute accompagne le patient de façon congruente, sans chercher à être directif. Il accepte le matériel apporté par le sujet, compose avec et l'utilise comme trame de l'accompagnement.

Le langage verbal de l'hypnothérapeute est simple et adapté au patient, spontané et fluide. Milton Erickson prônait un langage susceptible d'être compris par tous. En

employant des mots flous, dont la signification et l'interprétation est très large, le sujet a la possibilité de choisir ce qu'il comprend. L'utilisation du « nous » réunit le thérapeute et le sujet et permet la naissance d'une complicité, propice au travail hypnotique, contrairement à l'utilisation du « vous » qui isole et qui est préférentiellement utilisé en fin de séance pour que le patient puisse se réassocier. De plus, le praticien doit éviter d'employer la négation lors du processus hypnotique, car le cerveau droit, prédominant, ne le reconnaît pas. En effet si l'on énonce « cet exercice n'est pas désagréable », le patient ne retiendra que « désagréable ». Enfin, les expériences négatives vécues sont énoncées au passé, afin que le sujet les ressente éloignées dans le temps. Au contraire, les expériences positives vécues sont exprimées au présent pour qu'elles puissent consister en un élément de ressource pour le sujet.

Le langage paraverbal du thérapeute concerne son intonation, les pauses et silences qu'il effectue pendant le travail hypnotique. Son ton doit être en accord avec le propos énoncé, une voix grave soulignera une notion de profondeur, et une voix aigüe celle de légèreté. Ce *saupoudrage*, permet au praticien de souligner certains mots ou syllabes, imperceptible et perçu uniquement au niveau inconscient. L'utilisation de pauses permet la mise en relief d'un mot ou d'une idée, et le sujet, surpris par cette interruption, pourra tenter de combler ce « vide » par ses propres solutions. Les silences, beaucoup plus longs, peuvent être utilisés par le sujet pour libérer son imaginaire. Le thérapeute utilisera la *ratification*, c'est-à-dire qu'il encouragera le sujet par bref hochement de tête à poursuivre, afin que ce dernier ne se sente pas « abandonné ».

Le langage non verbal fait référence à l'attitude, la gestuelle de l'hypnothérapeute. Grâce à une observation approfondie du patient, il peut utiliser le *pacing*, en imitant le patient sans le singer, en adoptant une attitude, une respiration proches de la sienne. Ces gestuelles seront captées par l'inconscient du sujet qui ressentira une proximité avec le thérapeute. Enfin le simple fait pour le praticien de se pencher en arrière, par exemple lors de la *régression en âge*, éloignera sa voix et facilitera la progression vers le passé.

## 2. Les applications de l'hypnose en médecine [4]

Il existe un large champ d'application, nous ne citerons que quelques exemples.

### 2.1. Domaine de la psychologie

L'hypnose se révèle être un outil de choix afin de traiter certains troubles psychologiques.

En premier lieu, concernant l'anxiété, l'attitude non verbale du thérapeute, et son utilisation du *pacing respiratoire* (synchronisation du rythme respiratoire de l'hypnothérapeute sur celui du patient) vont viser à obtenir de la part du sujet un apaisement, et l'aider à être réceptif aux suggestions.

Pour les patients présentant des phobies, l'hypnose va encourager une atténuation de la composante anxieuse, et va aider le patient à être présent « ici et maintenant ». Pour ceux atteints de dépression, les suggestions d'*anticipation en âge* élaborées par le thérapeute vont permettre au sujet de projeter le meilleur de son passé dans le futur.

L'hypnose s'avère également précieuse quant au traitement des troubles post-traumatiques dits « névroses traumatiques ». Les suggestions hypnotiques vont donner l'occasion au patient de revivre sans le subir le traumatisme, et lui donner les outils nécessaires pour agir sur ses images traumatisantes : non plus victime ni spectateur, le sujet devient acteur.

Enfin, l'hypnothérapie peut également être utilisée comme soutien lors d'un processus de deuil, dans le traitement des troubles obsessionnels avec ou sans troubles compulsifs, etc...

### 2.2. Pédiatrie

Le thérapeute doit adapter les techniques d'hypnose selon le développement cognitif de l'enfant, en trouvant les sujets l'intéressant (jeux favoris, goûts par exemple). En se montrant *congruent* et empathique, l'hypnothérapeute permet à l'enfant d'avoir une sensibilité accrue aux suggestions déjà favorisée par son âge. En effet l'étude de Morgan et Hilgard (1973) [9] montre que sur un échantillon de 1232

individus âgés de 5 à 78 ans, l'hypnotisabilité des sujets augmente à partir de l'âge de 5 ans jusqu'à 10 ans, et atteint un pic entre 9 et 12 ans à l'âge de la préadolescence.

L'hypnothérapie peut être utilisée dans de multiples domaines, allant des frayeurs nocturnes aux traitements cancéreux en oncopédiatrie, en passant par les soins dentaires. L'étude de Zeltzer et LeBaron (1982) [10] mesure l'efficacité de « *l'imaginaire focalisé* », de l'élaboration d'une histoire imaginaire pendant l'acte médical. 27 enfants subissent une ponction de moelle osseuse et 22 autres une ponction lombaire. Ces deux groupes sont aidés par des techniques hypnotiques. En les comparant avec deux groupes témoins, l'anxiété et la douleur des enfants bénéficiant de ces suggestions hypnotiques se trouvent diminuées de manière significative.

### 2.3. Les problèmes liés à la sexualité

Les femmes sont traitées en général pour des troubles du désir, une frigidité, un vaginisme, et les hommes pour des difficultés d'érection ou d'éjaculation prématurée principalement. L'hypnose, réalisée en couple ou individuellement selon les indications, va contourner les problèmes énoncés en réactivant l'imaginaire et la créativité intimement liés à la sexualité.

### 2.4. La gynécologie

L'hypnose trouve également une application dans le domaine de la Fécondation In vitro. Ont été mis en évidence grâce aux travaux de Eliahu Levitas et d'Aldo Parmet (2006) [11] une augmentation du taux d'implantation et du nombre de grossesses suite à cette implantation, par rapport au groupe contrôle n'utilisant pas l'hypnose.

### 2.5. Neurologie

L'hypnose permet de prendre en charge notamment les migraines. Concernant les patients souffrant de traumatismes crâniens ou d'hémiplégie, l'approche hypnotique les aide à réapprendre des relations sensorielles et des gestes oubliés.



## 2.6. Autres applications

Nous citerons en outre l'arrêt du tabac (mais qui dépend avant tout de la motivation du sujet), le traitement de l'eczéma, de l'asthme, des troubles du transit, etc...

Enfin, utilisée en complément de thérapeutiques pharmacologiques, l'hypnothérapie dans le cadre de soins palliatifs propose un soutien psychologique, et peut contribuer à redonner une certaine sécurité et sérénité [12] [13].

## 3. Les contre indications de l'hypnose : [3] [4]

Il existe certaines contre-indications, la première venant d'une demande et d'une attente inadaptées du patient qui souhaiterait par exemple « retourner » dans une « vie antérieure », ou encore retrouver un objet perdu.

Ensuite, les états de démence, la paranoïa, la dépression mélancolique avec idées suicidaires, les troubles psychotiques aigus constituent également des contre-indications. En cas de crise psychotique, le risque serait lors de la séance d'amplifier les troubles dissociatifs et d'encourager la production d'éléments délirants. Cependant un psychiatre expérimenté diplômé en hypnose pourrait, avec précaution, utiliser l'hypnose comme thérapeutique pour des patients borderlines ou psychotiques n'étant pas en état de crise.

Enfin, la contre-indication la plus importante est l'incompétence de l'hypnothérapeute.

## 4. La douleur [1] [3]

### 4.1. Définition

L'International Association for the Study and Pain (IASP) définit la douleur comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable et associée à une

lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ».

Elle résulte de l'interaction de différentes composantes : la première est une composante sensorielle et discriminative liée au mécanisme neurophysiologique renseignant sur la qualité (par exemple une piqûre), la durée, l'intensité et la localisation de la douleur. La seconde est comportementale, se traduisant par les manifestations verbales et non verbales du patient.

La troisième est une composante affective et émotionnelle (par exemple une sensation ressentie désagréable ou insupportable). La dernière est cognitive et fait référence aux processus mentaux impliqués dans la perception de la douleur (focalisation de l'attention, contexte socio-culturel du patient).

#### 4.2. Cadre légal

Tout professionnel de santé se conformant à la *charte du patient hospitalisé* de 1995 [14] a le devoir au sein d'un établissement de santé de garantir la qualité du traitement et des soins, tout en veillant au soulagement de la douleur.

De plus, la loi du 4 mars 2002 [15] relative aux droits des patients notifie que la douleur « doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

Enfin, le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [16] promeut l'essor de méthodes non pharmacologiques, dont l'hypnothérapie pratiquée par un professionnel de santé diplômé.

#### 4.3. Les différents types de douleurs

L'objectif du traitement par l'hypnose est d'amener le sujet à prendre conscience qu'il peut agir sur sa douleur, acquérir un sentiment de contrôle, et changer sa manière de percevoir le stimulus nociceptif afin qu'il ne ressente pas de souffrance.

##### 4.3.1. La douleur aigue

Le patient est sujet à un traumatisme ou une lésion. Cette douleur aigue peut être iatrogène, c'est-à-dire engendrée par une consultation ou un acte médical par exemple.

Dans ce cas particulier, l'hypnose conversationnelle permet au patient de se projeter dans le futur de l'acte accompli. Dans la prise en charge de toute douleur aiguë, le praticien fait décrire précisément la douleur au patient, puis tout en lui expliquant qu'il la prend en considération, il cherche à obtenir l'adhésion du sujet quant au « changement » de son état douloureux. Ils déterminent et nomment ensemble, clairement, l'objectif à atteindre avant d'avancer. Les suggestions hypnotiques de l'hypnothérapeute ont pour objet d'éloigner l'attention du patient de la zone douloureuse : la dissociation corporelle, par exemple, est la base du développement de l'anesthésie. Elle permet au patient de s'éloigner de toute partie de son corps qui est à l'origine de la douleur.

#### 4.3.2. Douleur chronique

Elle est décrite comme permanente, résistante aux traitements usuels et persistante au-delà de 3 à 6 mois. Y sont associés le vécu subjectif du sujet, l'expression qu'il prête à sa douleur, et le retentissement émotionnel. En effet, une douleur chronique entraîne quasiment toujours un syndrome dépressif, plus ou moins marqué. Un patient douloureux chronique présente en général une longue histoire, et le praticien doit consacrer le temps nécessaire à l'anamnèse afin qu'il la précise. De plus, l'apprentissage de l'autohypnose, guidé par l'hypnothérapeute peut être une ressource pour le sujet afin de gérer les douleurs et désagréments du quotidien.

#### 4.3.3. un cas particulier, la douleur obstétricale [3]

La douleur obstétricale est décrite comme une douleur aiguë, dont l'intensité varie et peut être proche de l'insupportable. Elle s'inscrit dans un processus psychosomatique. En effet, l'intensité douloureuse de la contraction utérine est fonction de la physiologie de la femme, de l'attention qu'elle porte au phénomène, de son angoisse, de sa personnalité et enfin du conditionnement socio-culturel qu'elle aura reçu. Le processus hypnotique permet non pas d'annuler complètement la douleur, mais de l'atténuer et permettre qu'elle ne soit pas accompagnée de souffrance.

#### 4.4. L'anesthésie et l'analgésie

Le résultat d'anesthésie suite aux suggestions hypnotiques est difficile à obtenir. Le patient ressent une insensibilité au niveau de la zone jusque-là douloureuse. Ses sensations kinesthésiques et tactiles sont supprimées. Lors de l'analgésie cependant, le patient conserve ses sensations et ressent uniquement la perte de sensation douloureuse. Nous évoquerons deux exemples de suggestions : la *substitution sensorielle*, qui induit le remplacement de la sensation douloureuse par d'autres perceptions plus agréables, et *l'amnésie* qui propose l'oubli des douleurs passées, pour qu'elles ne puissent pas avoir d'influence sur celles présentes.

Au bloc opératoire, plusieurs études ont démontré l'intérêt de l'hypnosédation. Lors d'opérations chirurgicales de la glande thyroïde dans l'étude de T Defechereux et ME Faymonville en 2000 [17] un groupe « hypnosédation » a été comparé à un groupe « anesthésie générale ». Les patients du premier groupe présentent significativement moins de douleurs et une meilleure convalescence que le groupe « anesthésie générale ».

#### 4.5. L'utilisation de l'hypnose avec le MEOPA

L'hypnose en complément du mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) nécessite une interaction active de l'hypnothérapeute avec le patient. Le MEOPA présente des indications larges et de faibles effets secondaires. En effet, l'étude de Annequin D. et Carbajal R. (en 2000) [18] réalisée chez les enfants et adolescents en France dans 31 centres différents démontre l'utilisation possible du MEOPA dans de nombreux domaines, allant des ponctions de moelle osseuse aux soins dentaires. Une autre étude effectuée à l'hôpital Robert Debré à Paris (en 2004) [19] concerne l'administration de MEOPA également chez les enfants lors des soins dentaires. Cette dernière est associée à la prémédication par l'hydroxyzine ainsi qu'aux suggestions hypnotiques. Le taux de succès de la méthode se révèle être de 95%, et évite le recours à l'anesthésie générale lors de certains soins dentaires.

## 5. L'apport des neurosciences [1] [8]

Pendant le processus hypnotique, le cerveau gauche est dépotentialisé et cela permet au cerveau droit d'avoir une activité dominante avec toutes ses caractéristiques. Le cerveau gauche est prédominant à l'état conscient : il est rationnel et concret. Le cerveau droit quant à lui est plutôt qualifié d'intuitif et d'abstrait.

Les tracés obtenus à l'aide d'un Electroencéphalogramme, enregistrant l'activité électrique à la surface du crâne, sont en général composés d'ondes lentes (alpha), également retrouvées à l'état de veille calme. Des ondes très lentes (thêta et delta) sont par ailleurs observées, pouvant aussi être présentes lors d'un état de concentration mentale ou d'une méditation. Ces ondes lentes ou très lentes prédominent dans l'hémisphère droit lors du processus hypnotique.

L'utilisation de l'IRM fonctionnelle permet de rendre compte des modifications de l'activité des zones cérébrales responsables du traitement des informations sensorielles et émotionnelles, en réponse aux inductions hypnotiques. Lors de suggestions d'atténuation de la douleur chez un sujet algique, une diminution significative de l'activité des régions corticales impliquées dans la douleur (cortex somato-sensoriel et cingulaire antérieur). Par ailleurs, les cortex préfrontaux (latéraux et médian) se trouvent activés dans le déclenchement de l'hypno analgésie. [20] [21]. De plus, l'étude de mouvements produits lors de la transe hypnotique comme la lévitation de la main, par IRM fonctionnelle montre, en plus de l'activation classique des deux aires motrices frontales en état d'éveil simple, l'activation d'un réseau temporo-pariéto-cérébelleux.

Enfin, les patients très sensibles aux suggestions et par conséquent « faciles » à hypnotiser possèdent un rostrum (partie antérieure du corps calleux et zone de l'attention et de l'information entre les deux cortex préfrontaux) plus épais que chez les sujets dits « résistants ». [22]

### III. Hypnose et obstétrique

#### 1. Les applications de l'hypnose pendant la grossesse [3]

La grossesse constitue chez la femme une zone de turbulence émotionnelle. Cette dernière traverse un état psychique particulier qualifié de « transparent », où l'authenticité y est prédominante [23]. Ce processus est propice au travail hypnotique.

##### 1.1. Passé traumatique obstétrical

Dans 3% des cas, les femmes conservent un stress post-traumatique lié à leur accouchement. Les causes les plus fréquentes sont un accouchement violent, douloureux, la découverte de la mort ou bien du handicap de l'enfant. Le travail pendant les séances d'hypnose va contribuer à aider la patiente à mettre de la distance par rapport à l'expérience douloureuse, et associer des sensations de confort et de bien-être à cette nouvelle grossesse.

##### 1.2. Les difficultés à assumer son corps enceint

La grossesse provoque physiquement un remaniement du corps, et psychologiquement des changements rapides de l'image corporelle. L'intégrité du corps peut alors être remise en question, ainsi que la beauté, la féminité ou encore la séduction. La déformation du corps peut-être vécue comme une blessure narcissique de sa propre image. L'utilisation de l'hypnose vise à rendre plus neutre l'appréciation du corps, et aide la patiente à anticiper « l'après accouchement », ou elle pourra retrouver un corps plus proche de son idéal.

##### 1.3. Les angoisses

Les outils utilisés sont sensiblement les mêmes que ceux utilisés hors grossesse chez des patientes souffrant d'angoisses réelles ou imaginaires. Les craintes et peurs augmentent généralement en fin de grossesse, et sont fréquemment liées à des angoisses de mort, de morcellement pendant l'accouchement ou encore centrées sur l'enfant (peur de ne plus l'aimer, crainte du handicap). De plus, en retrouvant une certaine sérénité, les patientes se retrouvent plus à même d'avoir un sommeil réparateur durant leur

grossesse. Ce dernier est fréquemment perturbé durant le dernier trimestre, et le retentissement est tant physique que psychologique [24].

#### 1.4. Pendant une hospitalisation

Pour certaines femmes, l'hospitalisation pendant la grossesse est synonyme d'incapacité à mener une grossesse épanouie, à terme, « comme les autres ». La culpabilité et l'angoisse peuvent s'en trouver décuplées. Lors du travail hypnotique, elles retrouvent les ressources nécessaires afin de gérer ce temps d'hospitalisation, se faire confiance ainsi qu'à leurs corps.

Une étude [25] a souligné l'intérêt et l'importance d'un soutien psychologique chez les patientes présentant une menace d'accouchement prématuré. Deux groupes étaient comparés, le premier, « contrôle », était composé de 309 patientes traitées au moyen de thérapeutiques usuelles. Le second groupe était composé de 323 patientes bénéficiant, en plus de ces thérapeutiques, d'un soutien psychologique. Une baisse significative du taux d'accouchements prématurés était observé dans le second groupe (12,3% d'accouchements prématurés), par rapport au groupe contrôle (25,7% d'accouchements prématurés).

De plus, une étude réalisée en 1986 [26] incluait des patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré. Le premier groupe comportait 39 patientes ayant bénéficié de séances d'hypnose. Le groupe contrôle présentait 74 patientes ayant eu un traitement usuel et n'ayant pas participé à des séances de relaxation hypnotique. Les résultats s'étaient avérés significatifs pour le premier groupe, concernant la prolongation de la grossesse.

#### 1.5. Les vomissements gravidiques

Certaines femmes souffrent pendant leur grossesse de vomissements incoercibles, pouvant avoir pour conséquence une altération de l'état général ainsi qu'une hospitalisation. Une étude [27] a révélé l'utilité de l'hypnose dans ce cas précis : parmi 138 patientes ayant des vomissements gravidiques résistants aux thérapeutiques usuelles telles que les antiémétiques ou l'isolement, 88% d'entre elles ont présenté un arrêt spontané de leurs vomissements après une à trois séances d'hypnose.

## 1.6. La version du fœtus

Une étude [28] présentant 100 patientes dont le fœtus était en siège avaient suivi des séances d'hypnose jusqu'à la version spontanée ou jusqu'au terme. 81% de versions avaient été observées suite aux séances hypnotiques, visant avant tout à induire un relâchement général propice à la version du fœtus (contre 48% de versions dans le groupe contrôle).

## 2. La préparation à la naissance et à la parentalité en hypnose [3] [29]

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) est au cœur de l'accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance (recommandations HAS 2005 [30])

Concernant la préparation à la naissance utilisant l'hypnose, elle est proposée par un thérapeute diplômé, qui peut être une sage-femme. Le nombre de séances est fixé par l'hypnothérapeute, et ces dernières peuvent être individuelles et/ou collectives. Un entretien préalable individuel peut-être réalisé avec la patiente pour lui expliquer le contenu des séances à venir. Le thérapeute peut tenter de dépister à ce moment-là d'éventuelles sources de problèmes dans le déroulement physiologique de la grossesse et de l'accouchement à venir.

Au fil des cours, les patientes apprennent à l'aide de suggestions hypnotiques élaborées par le thérapeute à plonger dans le processus hypnotique. Lors du travail en hypnose, elles se retrouvent à même de remobiliser leurs ressources oubliées et remettre en lumière leurs compétences. Les techniques permettant de se plonger dans ce processus modifié de conscience sont variées, allant de l'imagination d'un lieu ou d'une image sécurisante à la focalisation sur un objet de l'environnement, en passant par la concentration sur une partie du corps.

Les séances de préparation à la naissance en hypnose peuvent également favoriser l'intégration du futur père.

Les parturientes ont pour consigne de s'entraîner régulièrement chez elles entre les séances. Cette pratique de l'autohypnose leur permet d'apprendre à être prête pour accoucher sans la présence du préparateur. Elle peut les aider également à gérer leur



stress, à modifier leurs sensations corporelles, ainsi qu'à appréhender leur accouchement comme un moment plaisant et non un supplice. La pratique de l'autohypnose peut être facilitée si leur compagnon a eu la possibilité pendant la grossesse de suivre certaines séances d'hypnose. Il peut ainsi l'aider à se plonger dans le processus hypnotique.

### 3. L'hypnose en salle de naissance [3] [29] [31]

Les parturientes se présentant en salle de naissance en travail sont en général légèrement dissociées, plongées dans un processus modifié de conscience, afin de se soustraire à la douleur.

#### 3.1. Hypnose extemporanée et autohypnose

Les patientes préparées à la naissance en hypnose se serviront de leur apprentissage afin de se plonger dans le processus hypnotique. Un professionnel de santé formé peut également induire cette transe hypnotique, qui n'a pas besoin d'être profonde pour être pleinement efficace. Dans ce dernier cas, l'on parle d'« hypnose extemporanée ». Toutes les parturientes peuvent être réceptives aux suggestions hypnotiques du thérapeute, et cela ne nécessite pas d'avoir été préparée pendant la grossesse en hypnose.

L'utilisation de l'hypnose en salle de naissance, sous forme d'autohypnose ou bien extemporanée permet à la patiente de s'installer dans un lieu représentant intimité et sécurité, propice au repos. Elle est alors à même de mobiliser ses ressources internes, se relaxer, récupérer énergie et dynamisme entre chaque contraction utérine. Concernant la douleur obstétricale, l'hypnose peut faciliter la parturiente à modifier ses sensations corporelles et à élever son seuil de tolérance quant aux informations nociceptives. La parturiente peut alors participer en pleine conscience et être principale actrice de son travail.

#### 3.2. Rôle dans la gestion du stress et de l'anxiété

Le processus hypnotique est également une aide précieuse dans la gestion du stress et de l'anxiété, en prévenant leur action négative lors du travail d'accouchement. En effet, le stress, entraînant une élévation du taux de catécholamines, antagonistes

de l'ocytocine, engendre une contraction du muscle utérin diminuée en efficacité, et un travail rallongé [32]. De plus, l'élévation du taux d'hormones de stress provoque une diminution de la sécrétion d'endorphine, de prolactine et un abaissement du seuil de tolérance de la douleur.

### 3.3. Rôle dans la dilatation du col utérin [33]

Les patientes imaginent d'une certaine manière leur col, ainsi que son mécanisme d'ouverture. Le travail de l'hypnothérapeute en salle de naissance est d'induire une transe hypnotique afin de découvrir la métaphore pensée par chaque parturiente. Cette dernière peut être l'image d'une fleur qui s'épanouit, ou encore celle d'une porte qui s'ouvre. Le *saupoudrage* de métaphores d'ouvertures à partir de celle imaginée par la parturiente, va permettre une dilatation harmonieuse, et empêcher une stagnation de la dilatation. Il n'est pas utile au thérapeute d'induire une transe profonde et d'utiliser des suggestions directes afin d'obtenir le résultat escompté.

Une étude [34] s'est intéressée à la différence du taux de césarienne pour stagnation de la dilatation entre deux groupes de patientes primipares présentant les mêmes caractéristiques. Le premier groupe était composé de 74 femmes tirées au hasard parmi 652 patientes et bénéficiait de suggestions hypnotiques par un anesthésiste formé en hypnose juste après la pose de l'analgésie péridurale (APD). Le second groupe, témoin, était quant à lui composé des 578 patientes restant. Une fois les patientes du premier groupe plongées dans le processus hypnotique, l'anesthésiste leur demandait en toute simplicité à quelle heure elles souhaitaient accoucher. Le fait de « choisir » l'heure de la naissance a permis aux parturientes d'aller à leur rythme. Le taux de césariennes pratiquées dans ce groupe est statistiquement abaissé par rapport au groupe témoin (p-value=0,03).

### 3.4. Balancement hypnotique et pose d'analgésie péridurale [35]

Ce mouvement hypnogène car répétitif, à la fois archaïque et automatique, permet aux parturientes lors de la pose de l'analgésie péridurale de maîtriser et canaliser leurs peurs et douleurs. L'anesthésiste formé à cette pratique, recherche avec la patiente la position la plus confortable à adopter. Ensuite, une aide pouvant être la sage-femme ou l'auxiliaire de puériculture prend la patiente dans ses bras et l'aide à réaliser

des mouvements de balancements. L'anesthésiste, de manière synchrone, suit les mouvements effectués par la patiente tout en posant l'analgésie péridurale.

La qualité de l'analgésie apportée par la péridurale dépend beaucoup du degré d'anxiété de la parturiente, et de la qualité de la relation avec le personnel médical. Par conséquent, l'empathie du thérapeute s'avère être primordiale dans l'établissement de cette relation [36].

### 3.5. Rôle de l'hypnose dans la diminution du temps du travail

Concernant la durée du travail, une étude anglaise [37] a constaté une diminution de la durée du travail chez les parturientes ayant suivi des séances d'hypnose pendant leur grossesse. Deux groupes ont été comparés, un premier composé de parturientes primipares ayant suivi un nombre de six séances d'hypnose pendant leur grossesse, et un second comptant des primipares n'ayant pas bénéficié de ces séances. La durée moyenne du travail se trouvait diminuée de 3h (de 9,3h à 6,4h) dans le groupe des patientes préparées en hypnose, comparé au groupe témoins. De plus, deux autres groupes ont été comparés (l'un ayant bénéficié de séances d'hypnose pendant la grossesse et l'autre non), composés cette fois-ci de patientes multipares. La durée moyenne du travail se trouvait également diminuée dans le groupe « hypnose » (5,3h) par rapport au groupe « sans hypnose » (6,2h).

Concernant la demande d'analgésie péridurale ou d'autres traitements pharmacologiques, celle-ci se trouve diminuée selon les études de Smith CA et Collins CT [38] et de Cyna AM [39] chez les patientes ayant bénéficié d'une préparation en hypnose pendant leur grossesse, comparé à un groupe témoin de parturientes n'en ayant pas eu. Le taux d'analgésie péridurale du groupe « hypnose » se trouve être inférieur (36%) à celui du groupe contrôle (53%).

# Méthodologie

## I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale descriptive.

L'objectif principal était de connaître l'efficacité de la pratique de l'autohypnose dans la gestion de la douleur obstétricale en salle de naissance.

Les objectifs secondaires étaient de préciser :

- ✓ Le niveau de préparation et d'entraînement des parturientes pendant leur grossesse, et leur lien avec la pratique de l'autohypnose pendant le travail et l'accouchement.
- ✓ L'entourage de la parturiente (accompagnant et professionnels) en salle de naissance l'aidant à reproduire les exercices d'autohypnose.
- ✓ L'efficacité de cette pratique dans la gestion du stress et de l'anxiété.
- ✓ La perception du temps pendant le processus hypnotique.
- ✓ La pratique de l'autohypnose lors de la naissance de l'enfant.
- ✓ Le sentiment de maîtrise du travail et de l'accouchement chez les parturientes entraînées à l'autohypnose.
- ✓ La satisfaction des patientes par rapport à leur pratique.

## II. Matériel

### 1. Description de la population d'étude

La population étudiée représentait les parturientes ayant accouché, et ayant suivi pendant leur grossesse une préparation à la naissance en hypnose.

### 2. Description de l'échantillon

#### 2.1. Critères d'inclusion

- ✓ Patientes préparées à la naissance en hypnose pendant leur grossesse par une sage-femme libérale ou hospitalière, et ayant accouché en centre hospitalier ou en clinique privée en France pendant la période de l'étude.

- ✓ Les grossesses uniques, spontanées ou non.
- ✓ Les patientes ayant accouché voie basse, à terme (>37 SA), avec ou sans analgésie péridurale.

## 2.2. Critères d'exclusion

- ✓ Les grossesses multiples
- ✓ Les accouchements prématurés (<37 SA)
- ✓ Les morts fœtales in utéro
- ✓ Les interruptions thérapeutiques de grossesse
- ✓ Les patientes ne comprenant pas le français

## III. Méthode

### 1. Critères de jugement

#### 1.1. Critères de jugement principaux

Les critères de jugement principaux étaient :

- ✓ Le nombre de patientes déclarant que le processus hypnotique leur permettait de modifier leurs sensations corporelles.
- ✓ L'évaluation de la douleur par les parturientes grâce à une échelle numérique en début et pendant le travail.
- ✓ le nombre de parturientes demandant une analgésie péridurale, un traitement pharmacologique pour soulager la douleur obstétricale.
- ✓ Le nombre de patientes ayant pu maîtriser leur douleur tout au long du travail d'accouchement.
- ✓ Au quotidien, le nombre de patientes qui utilisent l'autohypnose pour gérer une douleur.

#### 1.2. Critères de jugement secondaires

##### 1.2.1. Niveau de préparation des parturientes

- ✓ Le nombre de séances suivies.

- ✓ La régularité de l'entraînement chez soi.

#### 1.2.2. Entourage en salle de naissance

- ✓ Le nombre de patientes accompagnées en salle de naissance.
- ✓ L'effectif aidé par leur accompagnant et/ou un membre de l'équipe à reproduire les exercices d'autohypnose.

#### 1.2.3. Gestion du stress et de l'anxiété

- ✓ Le nombre de patientes déclarant gérer calmement leurs craintes grâce à l'autohypnose en salle de naissance.
- ✓ L'aptitude des parturientes à adopter une respiration calme, à imaginer un lieu ou une image inspirant sécurité.
- ✓ L'effectif disant avoir confiance en ses capacités de mettre son enfant au monde.
- ✓ Au quotidien, la gestion par les patientes d'un acte médical qu'elles redoutent, d'une situation stressante.

#### 1.2.4. La perception du temps

- ✓ La durée perçue du travail d'accouchement par rapport au travail réel.
- ✓ La durée perçue d'une contraction utérine et du temps les séparant.

#### 1.2.5. Au moment de la naissance de l'enfant

- ✓ L'aptitude des parturientes pendant le processus hypnotique à se focaliser sur leur enfant et communiquer avec lui.

#### 1.2.6. Sentiment de maîtrise du travail et de l'accouchement

- ✓ Le nombre de répondantes ayant eu le sentiment d'avoir contrôlé le travail d'accouchement, et d'avoir été actrices de la naissance.

#### 1.2.7. Satisfaction des patientes à propos de l'autohypnose

- ✓ La conformité de leur accouchement avec ce qu'elles en attendaient.
- ✓ Leur vécu.

- ✓ Le souhait de suivre à nouveau des séances de préparation en hypnose pour une prochaine grossesse éventuelle et le fait qu'elles conseillent cette préparation à une amie.

## 2. Méthode d'intervention

Une feuille de recueil de consentement a été distribuée aux parturientes pendant leur grossesse par la sage-femme les préparant à la naissance en hypnose. Les patientes souhaitant participer à l'étude remplissaient sur ce document la partie à rendre à leur sage-femme, en renseignant leurs coordonnées, leur date prévue d'accouchement et quelques informations supplémentaires afin qu'elles puissent être contactées environ un mois après leur accouchement.

55 patientes ont accepté initialement de participer à l'étude. A l'issue de leur accouchement, 4 ont eu une extraction instrumentale et 4 autres une césarienne en urgence. 6 patientes ont été injoignables et une n'a plus souhaité répondre à l'étude.

40 patientes ont répondu au questionnaire téléphonique qui durait environ vingt minutes, entre le 24 novembre 2012 et le 18 février 2013.

## IV. Considérations éthiques

Sur le document distribué pendant la grossesse, avait été précisé aux patientes qu'elles pouvaient à tout moment changer d'avis et qu'il leur suffisait pour cela de prendre contact par téléphone ou par mail. De plus, les réponses des patientes au questionnaire téléphonique étaient anonymisées.

## V. Analyse statistique

Les résultats ont été saisis à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007 et analysés avec le logiciel statistique R.

Lors des comparaisons des différentes variables qualitatives, a été utilisé le test du Khi 2 afin de savoir si la différence entre les deux variables était statistiquement significative (non due au hasard). La significativité des résultats était donnée par une valeur de «p» inférieure à 0,05.



# Résultats et Analyse

## I. Description des patientes pour l'étude

La population était composée de 47 patientes répondant aux critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude. 7 patientes n'ont pas été joignables ou n'ont plus souhaité participer. Le taux de réponse était donc de 85%.

L'âge moyen des femmes rencontrées au cours de notre étude était de 32 ans en moyenne, avec un écart-type de 3,6.

Concernant l'origine ethnique des patientes, 34/40 (soit 85%) ont déclaré être d'origine française, 3 (soit 7,5%) être originaires du bassin méditerranéen et 3 (soit 7,5%) avaient une autre origine.

Concernant le mode de vie familial de ces femmes, 100 % vivaient en couple. 22/40 (soit 55%) étaient déclarées mariées, 11 (soit 27,5%) en union libre et 7 (soit 17,5%) pacsées.

Parmi ces femmes, 29/40 (soit 72,5%) avaient un niveau d'enseignement supérieur, 6 (soit 15%) un niveau lycée/bac et 5 (soit 12,5%) un niveau collège/CAP/BEP.

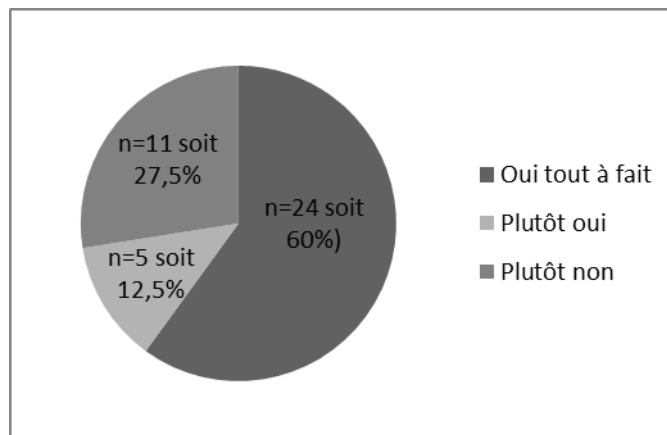
Les catégories socio professionnelles (code INSEE) étaient représentées par 19/40 employées (soit 47,5%), 9 (soit 22,5%) cadres, 6 (soit 15%) professions intermédiaires et 6 (soit 15%) commerçantes.

Par rapport à la parité des répondantes, 23/40 (soit 57,5%) étaient primipares, 15 (soit 37,5%) deuxièmes pares et 2 (soit 5%) troisièmes pares.

## II. Gestion de la douleur obstétricale en salle de naissance

Par rapport à la douleur, 11/40 (soit 27,5%) parturientes se considéraient comme très sensibles, 17 (soit 42,5%) sensibles, 12 (soit 30%) peu sensibles.

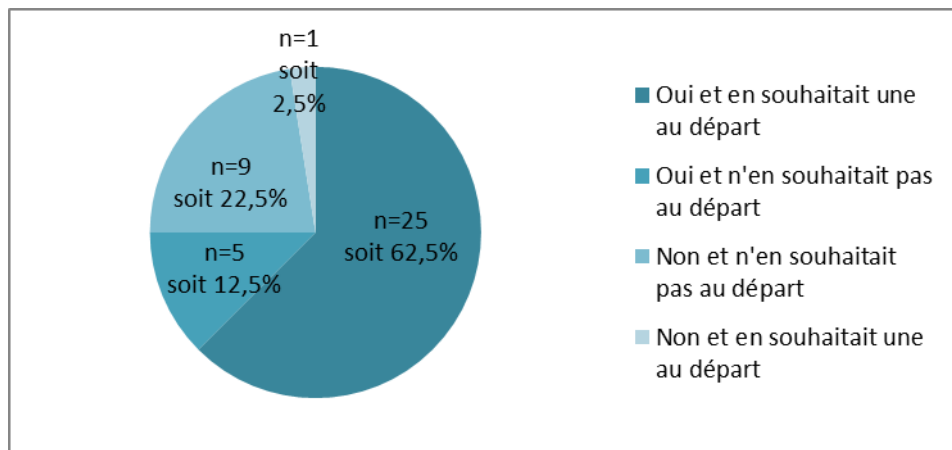
Figure 1 : Modification des sensations corporelles lors du processus hypnotique (n=40)



Parmi les parturientes interrogées, **87,5%** ont affirmé ressentir des **modifications corporelles** lors du processus hypnotique (figure 1).

### 2.1. Les thérapeutiques

Figure 2 : Nombre d'analgésies péridurales (n=40)



**75%** (n=30) des parturientes ont bénéficié d'une **analgésie péridurale** au cours de leur travail (figure 2).

Chez les patientes en ayant bénéficié, l'analgésie péridurale a été réalisée à une moyenne de 5,1 cm de dilatation, avec un écart type à 2.

Les répondantes ayant demandé un traitement pharmacologique afin de soulager leur douleur ont été au nombre de 10 (soit 25%) : du protoxyde d'azote a été administré à 7 d'entre elles, et les 3 autres patientes ont bénéficié d'un traitement antalgique intraveineux.

Parmi les patientes ayant eu une analgésie péridurale (n=30/40 soit 75%), 6/30 (soit 20% d'entre elles) ont eu un traitement pharmacologique. Parmi les patientes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale (n=10/40 soit 25%), 4/10 (soit 40% d'entre elles) ont eu un traitement antalgique.

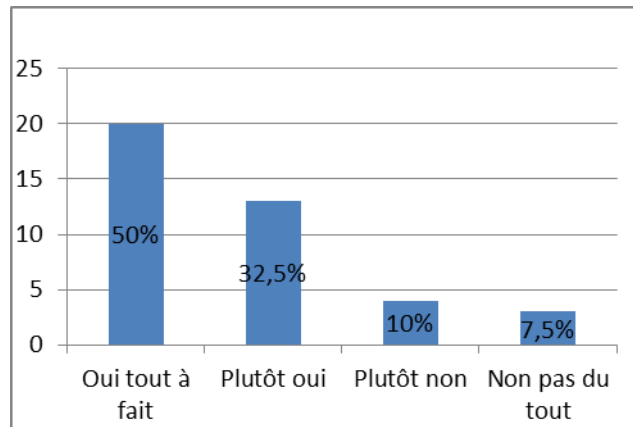
## 2.2. Le début de travail

L'évaluation de la douleur par les parturientes à partir des premières contractions utérines, à l'aide d'une échelle numérique, a révélé une moyenne de cotation de la douleur à 4.1/10 allant d'un minimum à 0/10 à un maximum à 7/10, avec un écart type à 1.7.

Par rapport à la **gestion des premières contractions utérines douloureuses de début de travail, 25/40 parturientes (soit 62,5%) ont affirmé avoir pu rester chez elles.** Parmi celles n'ayant pas pu (n=15 soit 37,5%), 2 (soit 13,3%) ont jugé la douleur de leurs contractions utérines trop importante, et 1 (soit 6,7%) a affirmé qu'elle avait eu peur d'accoucher trop rapidement. Parmi les autres patientes étant allées directement à l'hôpital, 7 (soit 46,7%) avaient fissuré ou rompu la poche des eaux, 3 (soit 20%) étaient déclenchées, et 2 (soit 13,3%) ont présenté des saignements.

En début de travail, 21/40 patientes (soit 52,5%) ont pu tout à fait trouver une position confortable, 14 (soit 35%) « plutôt oui », 4 (soit 10%) « plutôt non » et 1 (soit 2,5%) « pas du tout ».

Figure 3 : Aptitude des parturientes à s'évader par rapport à la douleur en début de travail (n=40)

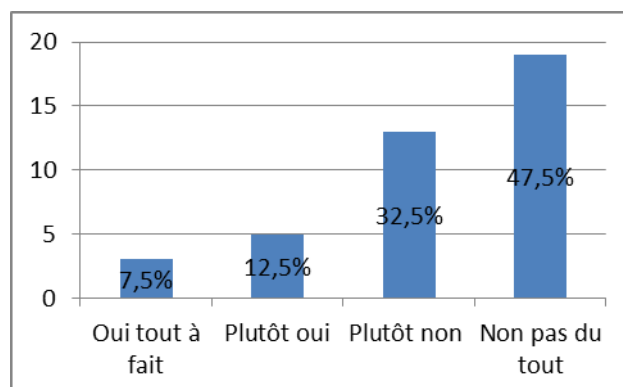


**82,5%** des patientes ont globalement pu **s'évader par rapport à la douleur** (figure 3).

Concernant les contractions utérines, 12/40 répondantes (soit 30%) ont affirmé avoir pu tout à fait les « laisser aller », 19 (soit 47,5%) « plutôt oui », 6 (soit 15%) « plutôt non » et 3 (soit 7,5%) « pas du tout ».

Par rapport au fait de ne pas anticiper les contractions utérines à venir, 15/40 patientes (soit 37,5%) en ont été tout à fait capables, 18 (soit 45%) « plutôt capables », 5 (soit 12,5%) « plutôt incapables », et enfin 2 (soit 5%) « totalement incapables ».

Figure 4 : Impression des patientes d'avoir été submergées par les sensations douloureuses en début de travail (n=40)



Les parturientes n'ayant « **plutôt pas** » ou « **pas du tout** » eu la sensation d'avoir été **submergées par la douleur** représentent **80%** des répondantes (n=32) (figure 4)

### 2.3. Le travail

#### ✓ Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur par les parturientes pendant le travail à l'aide d'une échelle numérique a révélé une moyenne de cotation de la douleur à 7,9/10, allant d'un minimum de 3/10 à un maximum de 10/10, avec un écart type à 1,6.

Pendant le travail, les parturientes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale (n=10 soit 25%), ceci soit parce qu'elles n'en voulaient pas initialement (n=9 soit 22,5%), soit parce qu'elles n'ont pas pu en avoir une (n=1 soit 2,5%), avaient une moyenne de cotation de la douleur à 8,2/10 allant d'un minimum de 7/10 à un maximum de 9/10, avec un écart type à 0,6.

Parmi les patientes ne désirant pas d'analgésie péridurale initialement (n=9), les raisons étaient pour 4 d'entre elles la maîtrise de la douleur obstétricale par l'autohypnose et pour 4 autres un souhait de ne pas accoucher sous analgésie péridurale comme lors de leur premier accouchement. Enfin, la dernière patiente souhaitait une naissance la plus physiologique possible.

Concernant la patiente ayant souhaité une analgésie péridurale mais n'ayant pas pu en bénéficier, ceci était expliqué par un manque de temps dû à une naissance trop rapide.

Pendant le travail, les parturientes ayant eu une analgésie péridurale (n=30 soit 75%), alors qu'elles en souhaitaient une initialement (n=25 soit 62,5%), ou non (n=5 soit 12,5%), ont présenté une moyenne de cotation de la douleur à 7,8/10 allant d'un minimum de 3/10 à un maximum de 10/10, avec un écart type à 1,8.

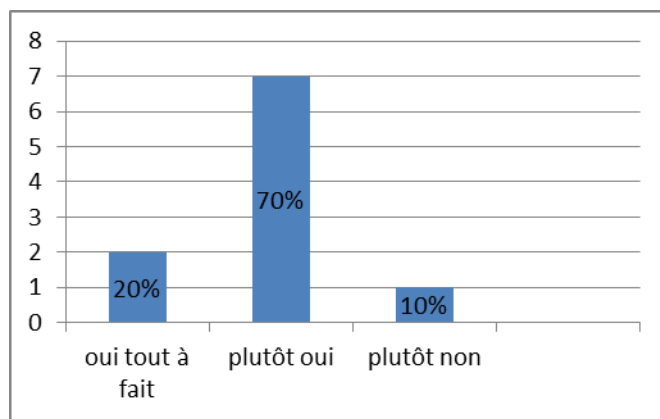
Parmi ces patientes, **les raisons de la pose de l'analgésie péridurale avaient été pour 22/30 d'entre elles (soit 73,3%) une douleur trop importante**, pour 7 (soit

23,3%) l'inconfort, et pour la dernière parturiente (soit 3,3%) la peur que les douleurs ne s'intensifient.

✓ Le travail chez les parturientes sans analgésie péridurale (n=10)

1 patiente (soit 10%) estimait avoir « tout à fait » eu la possibilité de se positionner confortablement, 5 (soit 50%) « plutôt oui » et 4 (soit 40%) « plutôt non ».

Figure 5 : Aptitude des parturientes sans APD à s'évader par rapport à la douleur (n=10)



**90%** des patientes sans APD (analgésie péridurale] ont globalement **réussi à se soustraire à leurs douleurs** lors du travail (figure 5).

1 patiente (soit 10%) a « tout à fait » pu accepter les contractions utérines, 5 (soit 50%) « plutôt oui », tandis que les 4 dernières parturientes (soit 40%) « plutôt non ».

De plus, 1 patiente (soit 10%) a été « tout à fait » capable de ne pas anticiper les contractions utérines à venir, 7 (soit 70%) « plutôt capables » et 2 (soit 20%) « plutôt incapables ».

L'impression d'avoir été submergée par les sensations douloureuses a « tout à fait » été ressentie par 1 patiente (soit 10%) et « plutôt ressentie » par 1 autre patiente (soit 10%). A l'inverse, **8 parturientes (soit 80%) n'ont pas eu la sensation d'avoir été submergées par ces douleurs.**

## 2.4. Au quotidien

**Au quotidien, 13/40 patientes (soit 32,5%) ont estimé que l'autohypnose leur permettait de gérer parfaitement une douleur, 20 (soit 50%) « plutôt oui », 6 (soit 15%) « plutôt non » et 1 (soit 2,5%) « absolument pas ».**

### III. Niveau de préparation en hypnose

#### 3.1. Raisons ayant motivé le choix des patientes

12/40 patientes (soit 30%) ont été conseillées par un proche, 7 (soit 17,5%) ont suivi des séances de PNP en hypnose par curiosité, 5 (soit 12,5%) ont souhaité préparer un accouchement sans avoir recours à l'analgésie péridurale, 3 répondantes (soit 7,5%) ont suivi ces séances pour posséder les outils nécessaires afin de surmonter des angoisses et 2 (soit 5%) afin d'être actrice lors de la naissance. Les 11 autres patientes (soit 27,5%) présentaient une autre raison.

Concernant ces dernières (n=11), 5 avaient choisi une sage-femme en particulier et non le type de préparation à la naissance, 2 avaient fait ce choix ayant déjà pratiqué l'auto-hypnose lors de leur précédente grossesse, 1 avait déjà pratiqué l'hypnose dans le cadre de sa maladie, 1 pour soigner ses vomissements gravidiques, et la dernière pour être détendue et sereine pendant sa grossesse.

#### 3.2. PNP suivie par les patientes multipares lors de leur précédente grossesse

Parmi les deuxièmes et troisièmes pères, soit 17/40 patientes (42,5%), 4/17 avaient déjà pratiqué l'hypnose pendant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Parmi les 13/17 patientes participant à des séances d'hypnose pour la première fois, 12 avaient suivi des séances de PNP : 5/12 en préparation classique, 6/12 en sophrologie, et 1 patiente avait abordé une méthode de préparation en acupression.

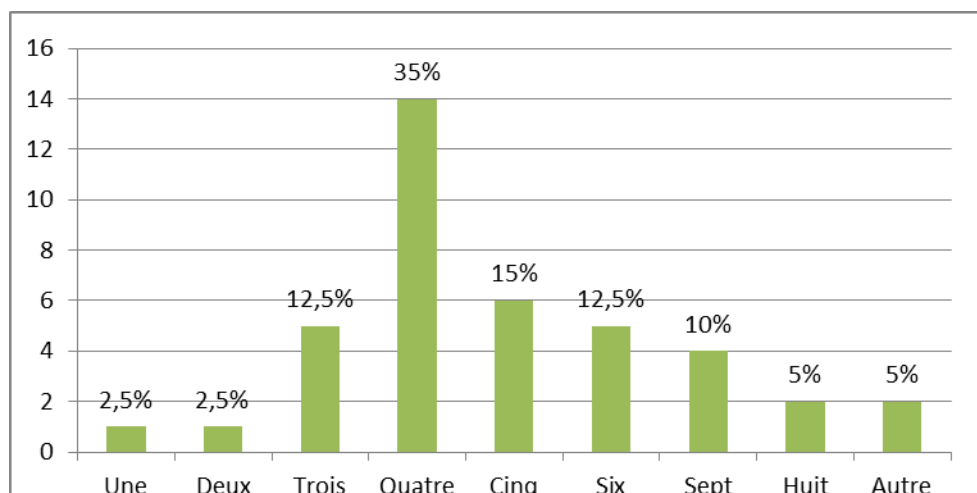


### 3.3. Séances dispensées

Les séances proposées étaient soit **collectives pour 24/40 patientes (soit 60%)**, individuelles pour 11 patientes (soit 27,5%). 5 parturientes (soit 12,5%) ont déclaré avoir suivi à la fois des séances individuelles et collectives. 39 patientes (soit 97,5%) ont suivi les séances de PNP en hypnose au cabinet d'une sage-femme libérale, et une patiente (soit 2,5%) a déclaré avoir effectué des cours de PNP à la fois au cabinet d'une sage-femme libérale et en centre hospitalier avec une sage-femme hospitalière.

### 3.4 Nombre de séances suivies par les parturientes

Figure 6 : Nombre de séances de PNP en hypnose effectuées lors de la grossesse (n=40)



**80%** des parturientes ont suivi entre **3 et 6 séances** de PNP incluant des exercices d'autohypnose (figure 6).

Le **nombre de séances** dispensées a été considéré comme « **tout à fait** » **suffisant pour 13/40 patientes (soit 32,5%)**, et « **plutôt suffisant** » pour **14 autres (soit 35%)**. Les raisons étaient pour ces patientes (n=27) : un nombre de séance suffisant afin de pratiquer chez soi l'autohypnose (10/27), une pratique antérieure à leur grossesse actuelle (5/27), un nombre de séance suffisant afin d'apprendre plusieurs techniques d'autohypnose (5/27), une facilité à rentrer dans le processus hypnotique (3/27), un nombre de séance suffisant si associé à un entraînement chez soi (2/27), et

enfin des séances suivies de manière rapprochée avant l'accouchement (1/27). Une dernière patiente a considéré le nombre de séances proposé plutôt suffisant mais en aurait souhaité une à deux supplémentaires afin d'approfondir la technique.

Par ailleurs, le nombre de séances dispensé a été jugé plutôt insuffisant pour 12/40 patientes (soit 30%) et tout à fait insuffisant pour 1 d'entre elles (soit 2,5%). Les raisons étaient pour ces patientes (n=13) : un nombre de séance insuffisant pour approfondir la technique (7/13), des difficultés à lâcher prise lors des exercices d'hypnose (3/13), un accouchement avant le terme prévu ayant eu pour conséquence un raccourcissement du nombre de séances suivies (1/13). Enfin la dernière patiente aurait souhaité réaliser quelques séances supplémentaires afin de pouvoir maîtriser l'autohypnose.

Il existe un lien statistique entre le fait d'avoir jugé le nombre de séances comme suffisant afin de maîtriser l'autohypnose et la possibilité de gérer les premières contractions utérines douloureuses chez soi (p-value=0,0061).

### 3.5. Entraînement des patientes entre les séances

Entre les séances, **4/40 patientes (soit 10%) ont indiqué s'entraîner « très régulièrement », 22 (soit 55%) « régulièrement », 9 (soit 22,5%) « parfois », et enfin 5 (soit 12,5%) ne « jamais » s'entraîner.**

Parmi les répondantes s'entraînant « très régulièrement », « régulièrement » et « parfois », soit 35/40 (87,5%), 16 le faisaient à l'aide d'un support audio, 2 à l'aide de notes prises immédiatement après la séance de préparation, et une patiente à l'aide d'un guide de préparation à l'auto-hypnose. Les autres patientes (soit 16/35) ne disposaient pas de support particulier.

Lors des premières contractions utérines douloureuses, **les parturientes s'étant entraînées « régulièrement » ou « très régulièrement » ont eu plus de facilité à : s'évader par rapport à la douleur (p=0,015), imaginer un lieu ou une image inspirant la sécurité (p=0,048), « laisser-aller » les contractions utérines (p=0,0137), ne pas**

anticiper celles à venir ( $p=0,0361$ ) et ne pas se sentir submergée par la douleur ( $p=0,0157$ ).

Au cours du travail, ces patientes ont également eu plus de facilité à : s'évader par rapport à la douleur ( $p=0,001$ ), imaginer un lieu ou une image inspirant la sécurité ( $p=0,004$ ), ne pas anticiper les contractions utérines à venir ( $p=0,015$ ) et ne pas se sentir submergée par la douleur ( $p=0,04$ ). En revanche, il n'y a pas de lien statistiquement significatif avec la capacité de « laisser-aller » les contractions utérines ( $p=0,052$ ).

### 3.6. Participation du conjoint lors des séances

Lors des séances, **10/40 patientes (soit 25%) ont répondu que leur conjoint avait participé à une ou plusieurs séances de préparation à la naissance en hypnose**, tandis que 30 (soit 75%) des patientes ont affirmé qu'il n'y avait jamais participé.

## IV. L'entourage des parturientes en salle de naissance

Toutes les parturientes ( $n=40$ ) ont déclaré avoir été accompagnées le jour de leur accouchement par leur **conjoint**, en salle de naissance. **Ce dernier les a aidées pour 16/40 d'entre elles (soit 40%) à reproduire les exercices appris lors des séances de préparation à la naissance.** De plus, 7 conjoints parmi les 10 ayant suivi au moins un cours de PNP en hypnose ont aidé leur compagne en salle de naissance. Parmi ces patientes secondées par leurs conjoints, 8/16 ont affirmé que cela les avait « beaucoup aidées », et les 8 autres « assez aidées ».

**7/40 parturientes (soit 17,5%) ont déclaré avoir été aidées lors du travail par un professionnel à reproduire les exercices d'hypnose.** Ces 7 professionnels comptaient 6 sages-femmes hospitalières et 1 sage-femme libérale. Seule cette dernière était diplômée en hypnose. Les 7 patientes secondées par un professionnel ont affirmé que cela les avait « assez » (1/7) voire « beaucoup aidées » (6/7).

5 parturientes (soit 12,5%) ont déclaré avoir été aidées à la fois par leur conjoint et par une sage-femme à reproduire les exercices d'autohypnose.

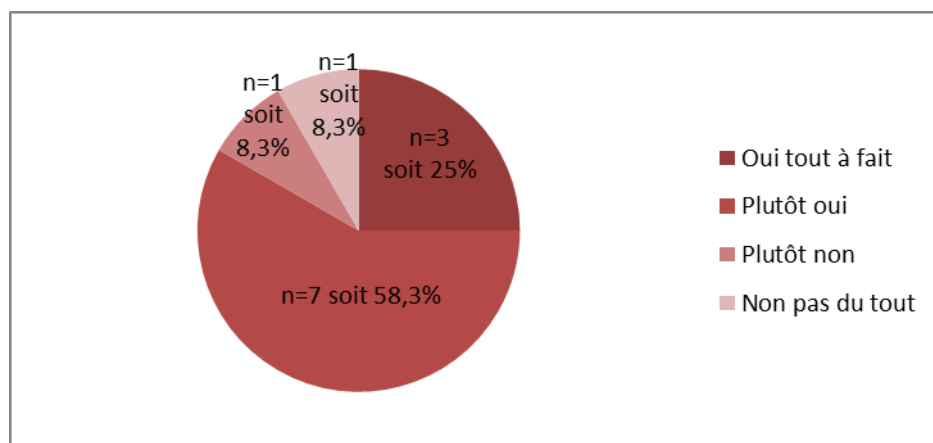
2 patientes (soit 5%) se sont aidées d'un enregistrement audio en salle de naissance pour pouvoir rentrer dans le processus hypnotique.

## V. Pratique de l'autohypnose dans la gestion du stress et de l'anxiété

### 5.1. En salle de naissance

12/40 patientes (soit 30%) présentaient de « nombreuses » ou d'« assez nombreuses » craintes en salle de naissance. Les raisons étaient pour 5/10 parturientes la peur de complications obstétricales, pour 2 patientes la crainte de la rencontre avec l'enfant, pour 2 répondantes la peur d'avoir mal, pour 2 autres la crainte du milieu et de l'équipe médicale, et enfin pour la dernière parturiente la crainte d'une pathologie de l'enfant.

Figure 7 : Gestion des angoisses chez les patientes présentant de nombreuses ou d'assez nombreuses craintes (n=12 soit 30%)



**83,3%** parturientes n'avaient que « **peu** » ou « **pas du tout** » de craintes en salle de naissance (figure 7).

Par ailleurs, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'entraînement régulier de l'autohypnose et le fait d'avoir peu de craintes en salle de naissance (p=0,058)

✓ Le début du travail

En début de travail, 27/40 patientes (soit 67,5%) ont relaté avoir pu respirer « tout à fait calmement » et 8 (soit 20%) « plutôt calmement ». En revanche, 4/40 parturientes (soit 10%) ont répondu qu'elles n'avaient « plutôt pas » réussi à respirer calmement, et 1/40 (soit 2,5%) « absolument pas ».

**26/40 patientes (soit 65%) ont été « tout à fait » capables d'imaginer un lieu ou une image inspirant la sécurité, 6 (soit 15%) « plutôt capables »,** tandis que 5/40 parturientes (soit 12,5%) ont confié en avoir été « plutôt incapables », voire « tout à fait incapables » pour 3 d'entre elles (soit 7,5%).

✓ Le travail

Pendant le travail 9/40 patientes (soit 22,5%) ont répondu avoir pu respirer « tout à fait calmement » et 16 (soit 40%) « plutôt calmement ». En revanche, 6 parturientes (soit 15%) n'ont « plutôt pas » pu respirer calmement, voire « pas du tout » pour les 9 dernières patientes (soit 22,5%).

**12/40 parturientes (soit 30%) ont été « tout à fait » capables d'imaginer un lieu ou une image inspirant la sécurité et 10 (soit 25%) « plutôt capables ».** A l'inverse, 6 patientes (soit 15%) ont été « plutôt incapables » de l'imaginer, voir « tout à fait incapables » pour les 12 dernières (soit 30%).

**Concernant leur enfant, 26/40 parturientes (soit 65%) avaient « tout à fait » confiance en leurs capacités à le mettre au monde, et 10/40 (soit 25%) « plutôt confiance ».** 2 patientes (soit 5%) étaient peu confiantes, voire « pas du tout » pour 2 autres patientes (soit 5%).

Par rapport aux **patientes sans analgésie péridurale (n=10)**, 3 (soit 30%) ont pu « tout à fait » respirer calmement, 6 (soit 60%) « plutôt oui » et 1 (soit 10%) plutôt non ».

**5 patientes (soit 50%) sont « tout à fait » parvenues à imaginer un lieu ou une image inspirant la sécurité, 4 (soit 40%) « plutôt oui » et 1 (soit 10%) « plutôt non ».**

## 5.2. Au quotidien

Par rapport à un acte médical redouté, 10/40 patientes (soit 25%) ont estimé que la pratique de l'autohypnose leur avait permis de gérer « tout à fait » leur appréhension, 22 (soit 55%) « plutôt oui », tandis que 8 patientes (soit 20%) « plutôt non ».

**21/40 patientes (soit 52,5%) ont déclaré que leur pratique leur permettait « tout à fait » de faire face à une situation stressante et 14 (soit 35%) ont estimé y être « plutôt aidées ».** A l'inverse 5 patientes (soit 12,5%) ont affirmé que l'autohypnose ne leur permettait pas vraiment de faire face à telle situation.

Concernant le fait d'être plus sereine au quotidien, 24/40 patientes (soit 60%) se sont senties « tout à fait » aidées par leur pratique de l'autohypnose, 12 (soit 30%) « plutôt aidées », et 4 (soit 10%) « plutôt peu aidées ».

Enfin, 15/40 patientes (soit 37,5%) ont déclaré que leur pratique leur permettait d'être « tout à fait » confiantes, 20 (soit 50%) « plutôt confiantes », et 5 (soit 12,5%) ont répondu n'avoir « plutôt pas » confiance en elles.

## VI. La perception du temps pendant le processus hypnotique

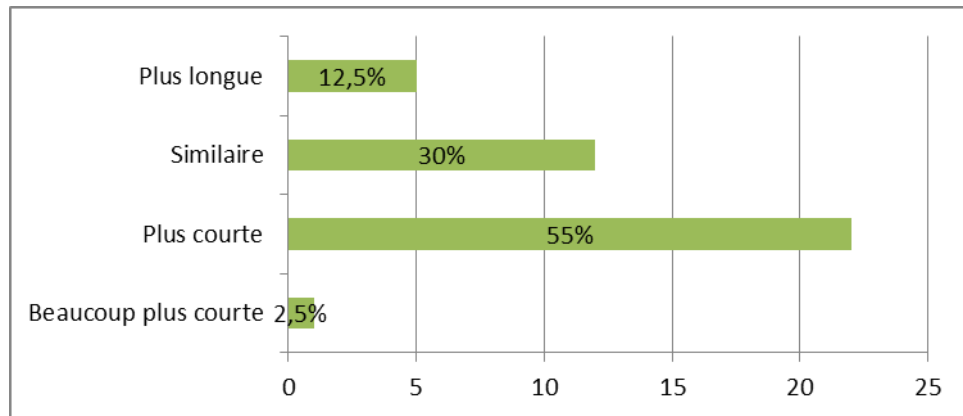
### 6.1. La durée réelle du travail

La **durée moyenne du travail** (allant de 3cm de dilatation à la naissance de l'enfant) chez les **primipares** (n=23 soit 57,5%) était de **7h**, avec un écart type à 2,9.

La durée moyenne du travail chez les **deuxièmes et troisièmes pares** (n=17 soit 42,5%) était de **4,8h**, avec un écart type à 1,9.

## 6.2. La durée du travail perçue par les patientes

Figure 8 : La durée du travail perçue par les parturientes comparée à la durée réelle  
(n=40)



Cette figure nous montre que **57,5%** des répondantes ont perçu la durée de leur travail « plus courte » à « beaucoup plus courte » que la durée réelle (figure 8).

### ✓ Le début du travail

Concernant le temps d'une contraction utérine, 10/40 patientes (soit 25%) l'ont jugé « court », 22 (soit 55%) « plutôt court », 6 (soit 15%) « plutôt long », et (soit 5%) l'ont trouvé « long ». Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de percevoir comme plutôt courtes les contractions utérines et un entraînement régulier en autohypnose avant l'accouchement ( $p=0,0093$ )

Par rapport au temps séparant deux contractions utérines, 2/40 parturientes (soit 5%) l'ont trouvé « court », 9 (soit 22,5%) « plutôt court », 20 (soit 50%) « plutôt long », et 9 (soit 22,5%) l'ont jugé « long ». Il existe également un lien statistiquement significatif avec l'entraînement des parturientes ( $p=0,027$ ).

### ✓ Le travail

Concernant le temps d'une contraction utérine, 1/40 patientes (soit 2,5%) l'a jugé « court », 16 (soit 40%) « plutôt court », 15 (soit 37,5%) « plutôt long », et 8 (soit 20%) « long ». Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la perception du temps pendant une contraction utérine et l'entraînement des parturientes ( $p=0,57$ )

Par rapport au temps séparant deux contractions utérines, 7/40 parturientes (soit 17,5%) l'ont trouvé « court », 20 (soit 50%) « plutôt court », 12 (soit 30%) « plutôt long », et 1 (soit 2,5%) « long ». Comme précédemment, il n'y a pas non plus de lien statistiquement significatif ( $p=0,69$ ) avec un niveau important d'entraînement des parturientes.

Concernant les patientes sans analgésie péridurale ( $n=10$ ), 8/10 (soit 80%) ont estimé le temps pendant une contraction utérine « plutôt court », 1 (soit 10%) « plutôt long » et 1 (soit 10%) long. De plus par rapport au temps séparant deux contractions utérines, 1/10 (soit 10%) patiente l'a jugé « court », 6 (soit 60%) « plutôt court » et 3 (soit 30%) « plutôt long ».

### 6.3. Gestion de la fatigue

**Au début du travail, 13/40 répondantes (soit 32,5%) ont déclaré avoir « tout à fait » pu récupérer énergie et dynamisme lors du processus hypnotique, 18 (soit 45%) « plutôt oui », 8 (soit 20%) « plutôt non », et 2 (soit 5%) « pas du tout ».**

Au cours du travail, 5/40 parturientes (soit 12,5%) ont estimé avoir « tout à fait » pu récupérer énergie et dynamisme lors du processus hypnotique, 10 (soit 25%) « plutôt oui », 13 (soit 32,5%) « plutôt non », et 10 (soit 25%) « pas du tout ».

## VII. Lors de la naissance

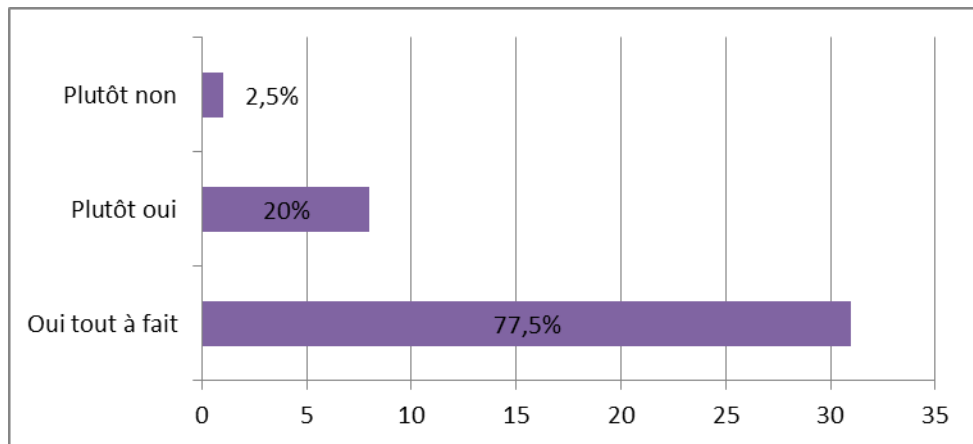
18/40 parturientes (soit 45%) ont déclaré avoir pu « tout à fait » se focaliser sur leur enfant lors de sa progression dans le bassin, 13 (soit 32,5%) « plutôt oui », 8 (soit 20%) « plutôt non », et 1 (soit 2,5%) « pas du tout ».

Lors du processus hypnotique, 13/40 parturientes (soit 32,5%) ont « tout à fait » pu communiquer avec leur enfant, et 14 (soit 35%) ont « plutôt » pu le faire. A l'inverse, 11 parturientes (soit 27,5%) n'avaient pas vraiment pu communiquer avec lui, voire « pas du tout » pour 2 d'entre elles (soit 5%).



## VIII. La maîtrise du travail et de l'accouchement

Figure 9 : Sentiment des parturientes d'avoir été actrices pendant la naissance (n=40)



Le plus grand nombre de parturientes, soit **97,5%** d'entre elles ont eu le **sentiment d'avoir été actrices lors de la naissance** (figure 9).

Concernant le sentiment de contrôle pendant le travail et la naissance, 29/40 patientes (soit 72,5%) ont répondu avoir eu « tout à fait » le sentiment de contrôle, 9 (soit 22,5%) « plutôt oui » et 2 (soit 5%) « plutôt non ».

## IX. La satisfaction globale des parturientes concernant l'autohypnose

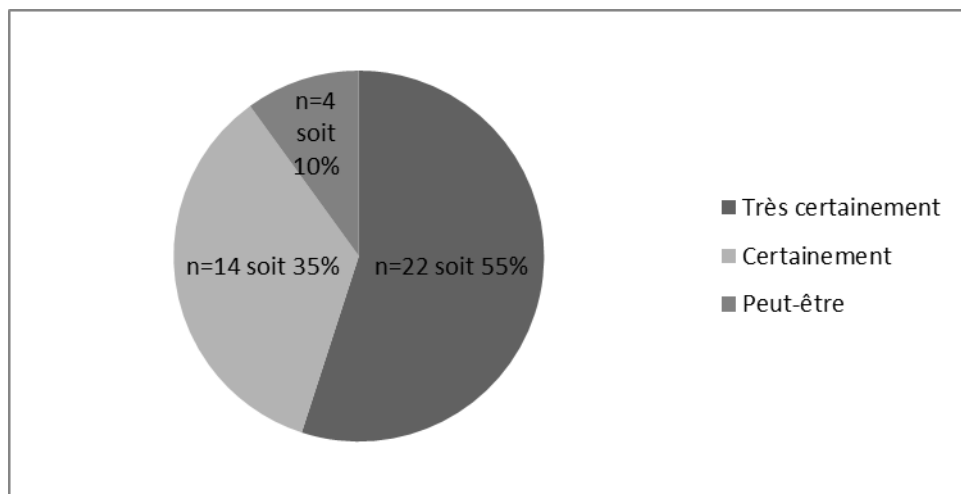
Pour 27/40 patientes (soit 67,5%), leur accouchement a été « tout à fait » conforme avec ce qu'elles en attendaient, pour 9 (soit 22,5%) « plutôt conforme » et pour 4 (soit 10%) « plutôt non conforme ».

Les raisons d'un accouchement « plutôt » ou « tout à fait » conforme par rapport à ce qui était attendu ont été : le soutien de la part de l'équipe obstétricale et/ou du conjoint, une analgésie péridurale ayant soulagé la douleur, un accouchement par voie basse en utilisant l'autohypnose, la rapidité de la naissance, la bonne santé de l'enfant et enfin le sentiment d'avoir été actrice lors de la naissance.

Les parturientes ayant jugé leur accouchement « plutôt non conforme » (n=4 soit 10%) ont exprimé le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale sans avoir pu le réaliser ainsi que des douleurs pendant la naissance de l'enfant.

**Par rapport au vécu global du travail et de l'accouchement, il était « très bon » pour 25/40 patientes (soit 62,5%), « bon » pour 12 (soit 30%), et « moyennement bon » pour 3 patientes (soit 7,5%).**

Figure 10: Souhait de participer à nouveau à des séances d'hypnose lors d'une prochaine grossesse (n=40)



**90%** des parturientes **participeraient « certainement »** ou **« très certainement »** à des séances d'hypnose lors d'une **prochaine grossesse** (figure 10).

Concernant les parturientes qui conseilleraient cette préparation à une amie, 31/40 (soit 77,5%) le feraient « très certainement », 7 (soit 17,5%) « certainement » et 2 (soit 5%) « peut-être ».

# Discussion

## I. Les limites de l'étude

Le recrutement de la population a été réalisé avec le concours de plusieurs sages-femmes hypnotérapeutes exerçant en France que j'avais contactées. Ce sont ces dernières qui ont distribué la feuille de recueil de consentement aux parturientes, ce qui m'a permis de débiter ce travail original sous forme d'enquête, sur l'intérêt d'utiliser l'hypnose dans le processus d'accouchement. Les femmes, ayant répondu positivement, au nombre de 40, représentent donc des personnes volontaires et investies dans la pratique de l'hypnose. Il est difficile de discuter ce chiffre et la représentativité de cet échantillon car, à ma connaissance, il n'existe actuellement aucun chiffre permettant de quantifier le nombre de patientes suivant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité en hypnose en France, ou encore le nombre de celles ayant accouché en pratiquant l'hypnose en salle de naissance.

Les patientes étaient interrogées à l'aide d'un questionnaire téléphonique. Dans ce cas précis, les personnes pourraient avoir tendance à répondre positivement, afin d'obtenir « l'approbation » de l'enquêteur. Cependant, le questionnaire a été construit pour éviter ce biais en posant des questions qui se recourent. De plus, bien que les parturientes fussent contactées entre deux semaines et un mois après leur accouchement, j'ai pris soin de fixer avec chacune d'elles un rendez vous téléphonique afin qu'elles soient tout à fait disponibles et qu'elles puissent disposer du temps nécessaire pour répondre aux différentes propositions. Il pourrait également exister un biais dans la réponse lié à l'état de leurs souvenirs et à leur subjectivité, notamment concernant les propositions portant sur la douleur ressentie pendant le travail. En effet ces données sont intimement liées à l'histoire de la patiente, aux conditions de prise en charge de l'équipe médicale, ainsi qu'à la santé de leur enfant à la naissance. Ces considérations m'ont orientée pour fixer un délai maximum d'un mois après la naissance.

## II. Discussion des résultats

### 1. Gestion de la douleur obstétricale

L'efficacité de l'hypnose réside dans la capacité à modifier les sensations corporelles et à augmenter le seuil de douleur. Bien que la majorité des parturientes (70%) se soit considérée comme sensible ou très sensible par rapport à la douleur, 87,5% d'entre elles ont souligné que le processus hypnotique les avait aidées à modifier leurs sensations corporelles. Ce résultat s'est traduit au cours des différentes étapes du travail. En effet la majorité des parturientes (62,5%) a pu rester chez elle lors des premières contractions utérines douloureuses de début de travail. Parmi celles n'ayant pas pu, seulement 13,3% d'entre elles ont affirmé que la douleur des contractions avait été trop importante pour être tolérée à l'aide de la pratique seule de l'autohypnose.

Ceci montre qu'en tout début de travail, lorsque les contractions utérines commencent à être douloureuses, ces dernières sont assez aisément gérées lors du processus hypnotique. Le fait de s'installer dans une position confortable, de s'évader par rapport à la douleur, de l'atténuer sont les items les plus fréquemment cités. De plus « laisser aller » les contractions utérines et ne pas anticiper négativement celles à venir participent à mieux maîtriser la douleur en début de travail. Une minorité de patientes (20%) avait l'impression d'être submergée par les sensations douloureuses en début de travail. Tout ceci traduit une « tolérance » vis-à-vis de la douleur obstétricale du début de travail.

Concernant la majorité des patientes, une augmentation du seuil de perception de la douleur est démontrée lors du processus hypnotique. Ces résultats sont en accord avec l'étude d'Harmond TM [40] qui incluait 60 nullipares. Les travaux de ce dernier ont démontré une capacité supérieure d'atténuer la douleur lors du travail chez les patientes ayant suivi 6 séances d'hypnose pendant leur grossesse. D'un point de vue pratique, les parturientes ont la capacité de rester plus longtemps chez elles, en toute autonomie, dans un milieu familial et rassurant, et de se présenter à la maternité lorsqu'elles sont réellement en travail.

Au cours du travail proprement dit, l'étude montre que 75% des patientes a bénéficié d'une analgésie péridurale. Parmi ces patientes, quelques-unes souhaitaient accoucher sans analgésie initialement (12,5%), mais n'ont pas pu gérer la douleur des contractions utérines en utilisant seulement leur pratique de l'autohypnose. Ce taux d'analgésie péridurale n'est que légèrement inférieur à celui déclaré lors de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 [41] chez les parturientes ayant accouché voie basse (79,3%). Par conséquent, dans la présente étude, l'apprentissage de l'autohypnose n'a pas permis une réelle diminution de la demande des patientes en analgésie péridurale.

Seulement 25% des parturientes (n=10) ont accouché sans analgésie péridurale. Parmi elles, 9 patientes n'y ont pas eu recours et ont pu gérer le travail et la naissance de leur enfant en pratiquant l'autohypnose. Une minorité de parturientes a réellement été en mesure de ne pas demander d'analgésie péridurale, et a pu se servir de l'apprentissage de l'autohypnose à ce moment-là du travail (de 3cm de dilatation environ, jusqu'à la naissance de l'enfant) afin de maîtriser la douleur obstétricale. Ce résultat diffère de celui obtenu en Angleterre par Jenkins M et Pritchard M [37] qui constataient une réduction significative du recours aux analgésiques pendant le travail. Parmi les 10 parturientes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale pendant le travail, 6 d'entre elles n'ont pas eu d'autre moyen thérapeutique pour soulager la douleur. Pour les 4 autres patientes, un traitement pharmacologique tel que le MEOPA (pour 3 d'entre elles) a été requis en complément de leur pratique de l'autohypnose. Ceci renvoie à l'étude d'Annequin D [18] ayant montré le succès de l'hypnose secondée par l'utilisation du MEOPA chez des enfants lors de différentes interventions allant des soins dentaires aux ponctions de moelle osseuse.

## 2. Evaluation de la douleur pendant le travail

Les parturientes ayant eu une analgésie péridurale pendant le travail ont évalué la douleur au cours d'une contraction utérine juste avant la pose de cette dernière. Ainsi, la valeur déclarée par ces parturientes était la plus proche d'un travail sans analgésie péridurale. Cependant, il est nécessaire de noter que l'analgésie péridurale a été réalisée à différents stades de dilatation (allant de 2cm pour une patiente, à dilatation complète pour une autre). De plus, cette analgésie a été demandée pour diverses raisons, et

notamment pour obtenir plus de confort lors du travail, par peur que la douleur s'amplifie ou encore pour soulager une douleur devenue insupportable. Ainsi, certaines parturientes étaient très algiques au moment de la pose de l'analgésie péridurale, tandis que d'autres l'ont obtenues alors qu'elles ressentaient peu de douleurs.

Les moyennes de cotation de la douleur pendant une contraction utérine lors du travail ont été comparables chez le groupe de patientes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale (moyenne de 8,2/10) et le groupe ayant eu une analgésie péridurale (moyenne de 7,8/10). Néanmoins, la moyenne dans le groupe de patientes ayant bénéficié de l'analgésie péridurale se trouve être légèrement inférieure à celle de l'autre groupe. Ceci peut s'expliquer par le fait que certaines de ces parturientes ont eu une analgésie péridurale tôt dans le travail (autour de 3cm de dilatation), et qu'elles n'étaient pas forcément très algiques au moment de la pose de cette dernière.

De plus, il est nécessaire de noter qu'il s'agit d'une évaluation de la douleur *a posteriori*, et qu'en aucun cas elle ne peut se substituer à une évaluation type échelle numérique pendant le travail, réalisée par un professionnel auprès des parturientes. Ceci permet seulement de donner une idée de leur ressenti par rapport à la douleur obstétricale. Concernant les parturientes ayant demandé une analgésie péridurale au cours du travail (75%), une majorité (55% des parturientes) a jugé la douleur trop importante pour n'être seulement gérée qu'à l'aide de l'autohypnose. Par conséquent, plus de la moitié de l'échantillon lors du travail n'a pas été en mesure de « laisser aller » la douleur seulement à l'aide de leur pratique hypnotique. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par Jenkins M et Pritchard M [37], qui constataient que seulement 36% des patientes du groupe « hypnose » n'avaient pas pu gérer la douleur obstétrical au seul moyen de l'autohypnose.

Les parturientes n'ayant pas bénéficié d'analgésie péridurale, représentant le quart de l'effectif de l'étude, ont globalement géré physiquement et mentalement la douleur, en ayant pu se mettre dans une position confortable et « accepter » les contractions utérines, ceci en se focalisant sur le moment présent sans anticiper la contraction utérine à venir. Il est à noter chez ces patientes, une maîtrise de la douleur obstétricale, favorisée lors du processus hypnotique. Ceci permet de supposer que leur apprentissage de l'autohypnose leur a permis d'éviter le recours à une analgésie péridurale au cours du travail.

### 3. Préparation en hypnose des parturientes

La démarche de choisir l'hypnose relève de différentes motivations : conseil d'un proche, curiosité, éviter l'analgésie péridurale, surmonter des angoisses, être actrice de son accouchement. La majorité des séances dispensées était réalisée de façon collective. Le nombre de ces séances était variable, et la plupart des patientes (35%) en avait suivi quatre. La majorité des parturientes (67,5%) avait considéré le nombre de séances proposées comme suffisant pour reproduire les exercices d'hypnose seules. Certaines étaient favorisées par une pratique antérieure à leur grossesse et d'autres par une hypnotisabilité importante. De plus, il peut être noté que la maîtrise de l'autohypnose suite aux séances a favorisé l'apparition de modifications des sensations corporelles lors du processus hypnotique. Le plus grand nombre de patientes (65%) s'est entraîné entre les séances. Certaines se sont aidées d'un support audio ou écrit. Elles ont ainsi mis régulièrement en pratique leur apprentissage de l'autohypnose. Les patientes ayant eu un entraînement régulier ont eu significativement plus de facilité que les autres à maîtriser la douleur en début et au cours du travail d'accouchement. Ainsi, il peut être noté l'importance de la répétition des exercices, qui contribue au « succès » d'une telle pratique.

Bien que seul 25% des conjoints aient pu participer aux séances de préparation, leur sensibilisation à l'hypnose en amont peut être d'un réel soutien lors du travail. Ils constituent un relais pour aider leurs compagnes à se plonger dans le processus hypnotique.

### 4. L'environnement des parturientes en salle de naissance

Cette étude montre l'importance de l'accompagnement d'un proche et de l'équipe médicale pour promouvoir le processus hypnotique. Toutes les parturientes ont déclaré avoir été en présence de leur conjoint lors du travail et de l'accouchement. Cependant, seul 40% d'entre eux les ont aidées à se plonger dans le processus hypnotique. Il faut souligner que peu nombreux étaient les conjoints à avoir suivi les séances de PNP en hypnose. Néanmoins, toutes ces patientes déclaraient que cela leur avait permis de rentrer plus facilement en hypnose.



En salle de naissance, seulement 17,5% des parturientes ont affirmé avoir été secondées dans leur pratique de l'autohypnose par un professionnel présent ce jour-là. Ces derniers étaient des sages-femmes, et seulement une était diplômée en hypnose médicale. Toutes les patientes encouragées par une sage-femme, diplômée ou non en hypnose, se sont senties aidées dans leur pratique. Une parturiente de l'échantillon a déclaré qu'elle aurait souhaité pouvoir être accompagnée le jour de la naissance par un professionnel formé en hypnose afin de pouvoir se plonger plus aisément dans le processus hypnotique.

Il peut être souligné que l'entourage de la parturiente en salle de naissance est un élément très important. En effet, la présence d'un accompagnant ou d'un professionnel se montrant congruent et empathique tend à améliorer et faciliter leur pratique de l'autohypnose [36]. Finalement, seulement 45% des patientes ont eu une aide en salle de naissance.

##### 5. Le rôle de la respiration dans la pratique de l'autohypnose

Au delà de la maîtrise de la douleur, la pratique de l'autohypnose permettrait de mieux gérer des situations en lien avec le stress et l'anxiété. Bien que la majeure partie des femmes interrogées ne présentait que peu ou pas du tout de craintes en salle de naissance, elles ont exprimé des angoisses telles que la peur de complications obstétricales, de la douleur, du milieu médical et enfin de la rencontre ou de la pathologie de l'enfant. Elles ont estimé pour la plupart d'entre elles (83,4%) que leur pratique de l'autohypnose leur avait permis de les gérer. Ainsi, lors du processus hypnotique, ces parturientes avaient pu trouver les ressources nécessaires afin d'être plus sereines et de maîtriser ces différentes angoisses.

Que ce soit lors du travail ou en d'autres occasions, l'obtention d'une respiration calme et apaisée est un élément clé pendant le processus hypnotique. Pour ce faire, imaginer un lieu ou une image leur inspirant sécurité permet de retrouver calme et sérénité.

Pendant le travail, le taux de respiration calme est plus faible comparé au début, tout en restant néanmoins majoritaire. Il en est de même concernant la possibilité

d'imaginer un lieu ou une image inspirant sécurité. Ainsi au fur et à mesure de l'avancée du travail, les parturientes ont présenté des difficultés à se plonger dans le processus hypnotique. Ceci pourrait s'expliquer par des douleurs s'intensifiant et une fatigue maternelle augmentant au cours du travail.

En revanche, parmi les parturientes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale (n=10) au cours de leur travail, 90% d'entre elles ont réussi à respirer calmement et à imaginer un lieu intime leur inspirant sécurité. Ces patientes ayant pu maîtriser la douleur obstétricale ont également été à même de retrouver calme et sérénité pour la plupart lors du processus hypnotique. Concernant la naissance, la plupart des parturientes avait confiance en leurs capacités de mettre leur enfant au monde (90%). L'autohypnose, en avantageant la sérénité des patientes, a pu faciliter des contractions utérines de qualité. En effet, l'état paisible des femmes en travail empêche une production en grande quantité de catécholamines, antagonistes de l'ocytocine, hormone nécessaire à l'efficacité de la contraction du muscle utérin [32].

Suite à leur grossesse et leur accouchement, de nombreuses parturientes ont déclaré gérer leur appréhension concernant un acte médical (une ponction veineuse par exemple) en utilisant l'autohypnose (80%), réussir à faire face à une situation stressante (87,5%), être plus sereines au quotidien (90%), et avoir une plus grande confiance en elles (87,5%). Il peut être affirmé, suite à ces données, que l'apprentissage de l'autohypnose a été bénéfique dans la maîtrise d'angoisses et stress du quotidien.

#### 6. Distorsion du temps pendant le processus hypnotique

La durée du travail a été globalement assez courte, à la fois chez les primipares (moyenne de 7h) et les multipares (moyenne de 4,8h). Ceci va dans le sens des résultats obtenus en Angleterre par Jenkins M et Pritchard M [37] qui constataient une moyenne de travail de 7h chez les primipares et de 5,6h chez les multipares pratiquant l'autohypnose en salle de naissance.

Néanmoins, ce propos est à nuancer, en rappelant qu'il ne s'agissait pas d'une durée renseignée par le dossier médical des parturientes, mais d'une valeur énoncée par ces dernières à distance de leur accouchement. De plus, certaines patientes étaient déjà

avancées dans le travail lorsqu'elles se sont présentées en salle de naissance. La durée déclarée différait donc de la durée réelle. Cependant, il est pertinent de souligner que plusieurs répondantes ont su gérer seules la première partie du travail, et qu'elles n'ont alors pas eu besoin de consulter rapidement en service de salle de naissance.

Il ressort que la perception du temps lors du processus hypnotique est modifiée. En effet 87,5% des parturientes ont perçu la durée du travail d'accouchement globalement plus courte que la durée réelle. Pour ces patientes, se plonger dans le processus hypnotique leur a permis d'appréhender d'une autre manière le temps qui passe. De façon similaire, la durée des contractions utérines semblait plus courte et le temps les séparant plutôt plus long au début du travail. Lors de la phase active du travail, moins de parturientes ont été en mesure de ressentir les contractions utérines comme courtes (42,5%). Le temps séparant deux contractions utérines n'a été perçu comme plutôt long seulement par 32,5% des parturientes. Les résultats obtenus peuvent être expliqués tout d'abord par des contractions utérines s'intensifiant au cours du travail, tant en amplitude qu'en fréquence. Ensuite les parturientes semblent accéder moins facilement au processus hypnotique lors de cette phase, et gérer une douleur obstétricale de plus en plus importante au fil de son avancée.

Concernant le sous-groupe constitué uniquement de parturientes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale au cours du travail (n=10), 80% d'entre elles ont ressenti comme courte la durée des contractions utérines, et 70% comme plutôt court le temps les séparant. Ces patientes ont paru réussir à s'évader lors de la contraction utérine et ainsi pouvoir percevoir lors du processus hypnotique le temps comme s'écoulant plus vite. Ceci renvoie à la notion connue en hypnose de la *distorsion du temps*, qui revient lors d'une contraction utérine douloureuse à anticiper « l'après » et ainsi à écourter artificiellement ce moment désagréable [1]. De plus, le temps entre les contractions utérines a été perçu comme court par ces mêmes patientes. Ceci s'expliquerait comme précédemment par des contractions utérines s'intensifiant et devenant plus fréquentes qu'en début de travail.

En parallèle de ces notions de temps, les parturientes ont souligné leur capacité à récupérer énergie et dynamisme lors du processus hypnotique pendant les premières contractions utérines douloureuses (77,5%). En revanche, au cours du travail, seulement 37,5% en ont eu la possibilité. Ces données impliquent qu'au fil de l'avancée du travail

(de 3 cm de dilatation à la naissance de l'enfant), les parturientes présentent des difficultés à gérer leur fatigue uniquement grâce à leur apprentissage de l'autohypnose.

Au moment de la naissance, la majeure partie des patientes interrogées (77,5%) a déclaré avoir pu se focaliser sur la progression de leur enfant au niveau du bassin, au cours du processus hypnotique. De plus 67,5% des parturientes ont pu à ce moment-là communiquer avec lui. Il apparaît qu'à l'aide de l'autohypnose, un certain nombre de parturientes interrogées ont été en mesure de se concentrer totalement sur les changements se produisant dans leur corps à partir du moment où leur enfant s'était engagé dans le bassin, ceci qu'elles aient ou non une analgésie péridurale. Ainsi, plus de 95% des parturientes n'a pas eu le sentiment d'avoir été passive ou spectatrice de leur travail ou de leur accouchement, qu'elles soient ou non sous analgésie péridurale. Néanmoins, avaient été préalablement exclues de l'étude les parturientes ayant eu une extraction instrumentale, car celle-ci pouvait influencer négativement leur ressenti concernant le moment de la naissance.

#### 7. La satisfaction globale des parturientes concernant l'autohypnose

Nombreuses ont été les parturientes de l'étude (90%) à trouver leur accouchement conforme à leurs attentes. Néanmoins, toutes n'ont pas exprimé leur satisfaction quant à la pratique de l'autohypnose. Plusieurs répondantes ont souligné l'importance d'être bien entourées à la fois par leur conjoint et par les professionnels lors de leur pratique de l'autohypnose.

Concernant le vécu du travail et de l'accouchement, il a été « bon » voire « très bon » pour un nombre important de patientes (92,5%). Ce résultat est comparable à celui déclaré suite à l'étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l' Evaluation et des Statistiques) en 2006 [41]. En effet, parmi les 2656 parturientes interrogées au sujet du suivi de grossesse et de l'accouchement, 95% se déclaraient « très » ou « plutôt satisfaites ». Par conséquent, il ne peut être conclu que l'apprentissage de l'autohypnose permet une satisfaction accrue concernant le travail et l'accouchement. Cependant il semble y contribuer au point que 90% des patientes envisagent de participer à nouveau à des séances de PNP en hypnose. Elles sont également nombreuses à désirer conseiller cette PNP à une amie (95%). Ceci permet de

constater qu'elles ont apprécié leur apprentissage et qu'elles souhaitent pour la plupart soit le perfectionner, soit le faire partager à un proche. D'une façon plus générale, elles estiment que leur pratique de l'autohypnose leur donne des outils pour gérer une douleur dans la vie de tous les jours. Néanmoins, il s'avère nécessaire de noter que ces douleurs, étant en général plus supportables que celles des contractions de travail, sont à même d'être plus aisément supportées et tolérées à l'aide du processus hypnotique.

### III. Projet d'action

Dans le cadre de mon projet d'action, je souhaiterais tout d'abord réaliser une plaquette d'information au sujet de l'hypnose médicale, destinée aux professionnels de santé œuvrant dans le domaine de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, IADEs, etc...). Celle-ci serait mise à disposition de ces différents acteurs dans plusieurs services de maternité d'Auvergne, à commencer par celui du CHU Estaing à Clermont-Ferrand. Elle présenterait une définition ainsi qu'une description de l'hypnose telle qu'elle est pratiquée dans le domaine de la santé, une présentation des formations existant en France de même que leurs durées et leurs coûts. De plus, les principales applications de l'hypnose médicale, notamment autour de la maternité, y seraient développées.

Ensuite, je désirerais réaliser une intervention à l'école de Sages-femmes de Clermont-Ferrand, afin de sensibiliser les étudiants à cette pratique peu connue qu'est l'hypnose, et pourtant ayant sa place dans le domaine de la maternité et de la naissance.

Enfin, d'un point de vue personnel, mon projet serait de m'inscrire à un Diplôme Universitaire d'hypnose, ceci en continuité avec mon travail de recherche dans ce domaine. En effet, j'aimerais pouvoir faire de l'hypnose un outil dans ma pratique quotidienne, et ainsi être en mesure de proposer des séances aux patientes lors de leur grossesse, leur accouchement ou encore dans le *post-partum*.

# Conclusion

L'autohypnose pratiquée par les parturientes leur a permis d'avoir une meilleure maîtrise sur la douleur obstétricale, plus particulièrement lors du début du travail, en les aidant à gérer le plus longtemps possible chez elles, les premières contractions utérines douloureuses. Par la suite, nombreuses étaient celles à avoir demandé une analgésie péridurale en salle de naissance en raison de plus grandes difficultés à se plonger dans le processus hypnotique, le travail avançant. Leur apprentissage n'avait alors pas été suffisant pour gérer en toute autonomie la douleur obstétricale, mais avait été mis à profit en complément d'une technique antalgique pharmacologique. Par ailleurs, il semblerait qu'une pratique régulière de l'autohypnose pendant la grossesse soit primordiale afin d'être en mesure de maîtriser la douleur obstétricale quelle que soit son intensité.

Néanmoins, stress et anxiété étaient aisément gérés en salle de naissance, ce qui pouvait favoriser un état d'esprit serein, propice au bon déroulement du travail. Les parturientes ont souligné l'importance d'un environnement bienveillant à leur égard, afin de retrouver un cadre leur permettant de se ressourcer et encourageant leur pratique de l'autohypnose.

La formation en hypnose médicale des professionnels œuvrant en salle de naissance et plus largement dans le milieu de la périnatalité, serait bénéfique aux parturientes entraînées ou non en hypnose pendant leur grossesse. Les premières disposeraient alors d'un soutien encourageant leur autonomie, et les secondes, d'une prise en charge non uniquement centrée sur le médicament. Cela leur permettrait par exemple de disposer d'une méthode alternative afin de soulager leur douleur dans l'attente d'une analgésie péridurale.

# Références bibliographiques



- [1] Becchio J, Jousselin C. De la Nouvelle Hypnose à l'Hypnose Psychodynamique. La méridienne 2002 ; 244p.
- [2] Salem G. Soigner par l'hypnose. Masson 1999 ; 222p.
- [3] Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine 2007 ; 302p.
- [4] Bellet P. L'Hypnose. Editions Odile Jacob 2002 ; 288p.
- [5] Yvay S. L'analgésie sous hypnose : approches théoriques expérimentales et thérapeutiques. Thèse de doctorat en médecine : Université du Mans 2005 ; 153p.
- [6] Tenenbaum S. L'hypnose ericksonienne : un sommeil qui éveille. InterEditions 1996 ; 208p.
- [7] Malarewitch JA, Godin J. Milton H Erickson : de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. ESF éditions 2012 ; 193p.
- [8] Benhaeim JM. L'hypnose médicale. Med-line editions 2003 ; 252p.
- [9] Morgan A, Hilgard E. Age differences in susceptibility to hypnosis. Int J Clin Exp Hypnosis 1973 ; 21: 78-85.
- [10] Zeltzer L, LeBaron S. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. Pediatrics 1982 ; 88: 34-42.
- [11] Eliahu Levitas, et al. Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. Fertility and Sterility 2006 ; 85 : 1404-1408.
- [12] Bioy A, Wood C. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? médecine palliative 2006 ; 5 : 328-332.
- [13] Goldschmidt G. Apport de l'hypnose médicale dans la conception d'un projet de soin du résident en EHPAD. Mémoire de Diplôme Universitaire de Médecin Coordinateur en EHPAD : Université René Descartes Paris V 2008 ; 23-26.
- [14] Ministère de la Santé. Charte du patient hospitalisé 1995. Disponible à partir de URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_nb.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_nb.pdf) [consulté le 20/12/2012]
- [15] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible à partir de URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> [consulté le 20/12/2012]

[16] Ministère de la Santé. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Disponible à partir de URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf) [consulté le 20/12/2012].

[17] Defechereux T, et al. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. *Annales de chirurgie* 2000 ; 125 : 539-546.

[18] Annequin D., Carbajal R., Chauvin P. et al., Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures : a french survey. *Pediatrics* 2000 ; 105 : 47-54.

[19] De San Fulgencio J. et al. Soins dentaires sous sédation consciente au mélange oxygène-protoxyde d'azote à l'Hôpital Robert Debré. *Douleurs* Novembre 2004 ; 5.

[20] Rainville P, Duncan G, Price D, Carrier B, Bushnell M. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997 ; 277 : 968-971.

[21] Maquet P, Faymonville ME, Delguedre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, Lamy M. Fonctionnal neuroanatomy of hypnotique state. *Biological Psychiatry* 1999 ; 45 : 327-333.

[22] James E, Horton JE, Crawford H, Harrington G, Downs JH. Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain. *Brain* 2004 ; 127 : 1741-1747.

[23] Bydlowski M, Squires C, Candilis-Huisman D. Des mères et leurs nouveaux-nés. ESF Editeur 2002 ; 213 p.

[24] Dubosc M, Guyard-Boileau B, Emmery B. Le sommeil dans le dernier trimestre de la grossesse. *La revue sage-femme* Juin 2007 ; 62-69.

[25] Mamelle N, Seguilla M, Munoz F, Berland M. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor-The benefits of psychological support. *Am J Obstet Gynecol* 1997 ; 177 : 947-952.

[26] Omer H, Palti Z, Friedlander D. Evaluating treatments for preterm labor: possible solutions for some methodological problems. *Eur J Gynecol Biol* 1986 ; 22 : 229-236.

[27] Simon E, Schwartz J. Medical Hypnosis for Hyperemesis Gravidarum. *Birth* December 1999 ; 248-254.

- [28] Mehl LE. Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation. Arch Fam Med 1994 ; 3 : 881-887.
- [29] Touyarot A. Pas à pas, Guide d'auto-préparation à l'accouchement par l'hypnose. Satas 2006 ; 176 p.
- [30] Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Haute Autorité de Santé, novembre 2005.
- [31] Castro E. Hypnose et obstétrique en France : enquête auprès des professionnels formés à cette pratique. Mémoire Sage-Femme : Med : université de Lille 2010 ; 46p.
- [32] Triner L, Vulliemoz Y, Verosky M, Naha G. The effect of catecholamines on adenylyl cyclase activity in rat uterus. Life Sciences 1970 ; 9 : 707-712.
- [33] Fonseca M. Métaphores miraculeuses et hypnotiques dans le processus d'ouverture du col utérin en obstétrique. Mémoire du DU d'hypnose médicale : université de Toulouse 2010 ; 58p.
- [34] Bernard F. Pensée magique en obstétrique : A quelle heure allez-vous accoucher ? Mémoire du DU d'hypnose médicale : université Pierre et Marie Curie Paris VI : 2009 ; 28p.
- [35] Waisblat V. Balancement, hypnose et pose de péridurale en obstétrique. Mémoire du DU d'hypnose médicale : université Pitié-Salpêtrière Paris : 2007 ; 41p.
- [36] Diamond M. It takes two to tango : the neglected importance of the hypnotic relationship. Am J Clin Hypn 1984 ; 26 : 1-13.
- [37] Jenkins M, Pritchard M. Hypnosis : practical applications and theoretical considerations in normal labour. J obstet gynaecol 1993 ; 100 : 221-226.
- [38] Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006. ; 50p.
- [39] Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL. Antenatal Self-hypnosis for Labour and Childbirth : A Pilot Study. Anaesth Intensive Care 2006 ; 34 : 464-469.

[40] Harmon TM, Hynan MT, Tyre TE. Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *J Consult Clin Psychol* 1990 ; 58 : 525–530.

[41] Ministère de la santé. Enquête Nationale Périnatale 2010. Disponible à partir de URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) [consulté le 1/03/2013].

[42] Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *DRESS Etudes et Résultats n°660* septembre 2008. Disponible à partir de URL : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/080929\\_drees\\_enq\\_satisfaction\\_mater.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_enq_satisfaction_mater.pdf) [consulté le 1/03/2013]

# Annexes

Annexe I : Document de recueil de consentement distribué aux patientes pendant la grossesse.

M<sup>elle</sup> LHOUTELLIER Laura  
Téléphone  
Mail

Madame,

Etudiante en 5<sup>ème</sup> année à l'Ecole de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand, je réalise une enquête sur le vécu de l'accouchement par les femmes pratiquant l'auto-hypnose en salle de naissance, ceci dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude.

Par conséquent, je sollicite votre participation afin de m'aider à recueillir des témoignages. Un questionnaire par téléphone vous sera proposé environ deux semaines après votre accouchement ; il ne vous prendra que quelques minutes et son contenu respectera l'anonymat.

Si vous souhaitez participer à l'étude, il vous suffit de remplir le coupon réponse ci-dessous, vous demandant vos coordonnées et quelques renseignements supplémentaires afin que je puisse vous joindre. Une fois rempli, vous pourrez le remettre à votre Sage-femme.

Si toutefois vous acceptiez initialement de participer, et que par la suite vous ne vouliez plus être contactée, n'hésitez pas à m'en informer par mail ou téléphone.

Je vous remercie d'avance de toute l'attention que vous porterez à mon étude.

Cordialement

Laura Lhoutellier

-----  
Nom .....

Prénom .....

Téléphone ( fixe et/ou portable ) : .....

Quelle est la date prévue d'accouchement ?  
...../...../.....

Attendez-vous des jumeaux ? oui / non

Avez-vous d'autres enfants ? oui / non

Annexe 2 : Questionnaire téléphonique effectué auprès des patientes ayant accepté de participer à l'étude

**ENQUETE SUR L'AUTOHYPNOSE PRATIQUEE PAR LES PARTURIENTES EN SALLE DE NAISSANCE**

Madame,

Etudiante en 5<sup>ème</sup> année à l'Ecole de Sage-femme de Clermont-Ferrand, je réalise une enquête dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude.

Je m'intéresse au vécu de votre accouchement, suite à votre préparation à la naissance en hypnose pendant la grossesse. Par conséquent, je sollicite votre participation afin de mener à bien mon étude, et comprendre ce que vous a apporté la pratique de l'autohypnose durant votre travail d'accouchement et lors de la naissance de votre enfant.

L'entretien téléphonique qui vous est proposé ne prendra que quelques minutes et sera réalisé dans le respect de l'anonymat.

Je vous remercie d'avance de votre aide et collaboration.

Laura LHOUTELLIER, étudiante Sage-femme en 5<sup>ème</sup> année

## Renseignements généraux

1. Quelle est votre année de naissance ? .....

2. De quelle origine êtes- vous ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Française      | <input type="checkbox"/> Bassin méditerranéen |
| <input type="checkbox"/> Europe du Nord | <input type="checkbox"/> Autre : .....        |

3. Quel est votre niveau d'étude ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Collège / BEP / CAP | <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur |
| <input type="checkbox"/> Lycée / BAC         | <input type="checkbox"/> Autre : .....          |

4. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agricultrice     | <input type="checkbox"/> Cadre.Prof.Intellectuelle.Sup           |
| <input type="checkbox"/> Employée         | <input type="checkbox"/> Commerçante, artisan, chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Ouvrière         | <input type="checkbox"/> Inactive                                |
| <input type="checkbox"/> Au chômage       | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire                |
| <input type="checkbox"/> Elève, étudiante | <input type="checkbox"/> Autre : .....                           |

5. Quelle est votre situation familiale ?

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mariée | <input type="checkbox"/> Célibataire   |
| <input type="checkbox"/> Pacsée | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |

6. Vivez-vous :

- |                                |                                    |                                  |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seule | <input type="checkbox"/> En couple | <input type="checkbox"/> Autre : |
| .....                          |                                    |                                  |



7. Cet accouchement était votre :

- Premier  Troisième  Autre :  
.....
- Deuxième  Quatrième

### La préparation à l'autohypnose

8. Pourquoi avez-vous choisi ce type de préparation à la naissance ?

- Par curiosité  Pour être actrice de votre accouchement
- Conseillée par un proche  Pour surmonter des angoisses liées à la naissance
- Pour vous préparer à accoucher sans péridurale  Autre : .....

9. S'il ne s'agit pas de votre premier accouchement, lors de votre (vos) précédente(s) grossesse(s), aviez-vous suivi des séances de préparation à la naissance en hypnose ?

- Oui  Non  Non concernée

10. S'il ne s'agit pas de votre premier accouchement, lors de votre (vos) précédente(s) grossesse(s), aviez-vous suivi un autre type de préparation à la naissance ?

- Oui  Non  Non concernée

11. Si oui, lequel ?

- Classique  Sophrologie  Yoga
- Haptonomie  Piscine  Autre :  
.....
- Non concernée

12. Où avez-vous suivi les séances de préparation à la naissance en hypnose ?

- Au cabinet de votre sage-femme libérale  Autre :  
.....

A l'hôpital avec une sage-femme hospitalière

13. S'agissait-il de séances :

Individuelles  
collectives

Collectives

Individuelles ou  
collectives

14. Quand avez-vous débuté vos séances de préparation à la naissance ?

Au premier trimestre

Au 6<sup>ème</sup> mois

Au 9<sup>ème</sup> mois

Au 4<sup>ème</sup> mois

Au 7<sup>ème</sup> mois

Au 5<sup>ème</sup> mois

Au 8<sup>ème</sup> mois

15. A combien de séances de préparation avez-vous participé ?

Une

Quatre

Sept

Deux

Cinq

Huit

Trois

Six

Autre :

.....

16. Considérez-vous que le nombre de séances qui vous a été proposé soit suffisant afin de maîtriser l'autohypnose ?

Oui tout à fait

Plutôt non

Plutôt oui

Non absolument pas

17. Pour quelle(s)

raison(s) ? .....

18. Vous êtes-vous entraînée entre les séances à reproduire les exercices d'autohypnose chez vous ?

Très régulièrement

Parfois

Régulièrement

Jamais

19. Si oui, comment ?

- Avec un enregistrement audio des exercices réalisés en cours de préparation à la naissance
- Avec un livre de préparation à l'autohypnose
- Autre : .....
- Non concernée

20. Votre conjoint a-t-il participé à une ou plusieurs séances de préparation à naissance ?

- Oui  Non  Non concernée

### **Le jour de votre accouchement**

*Votre entourage en salle de naissance :*

21. Etiez-vous accompagnée en salle de naissance ?

- Oui  Non

22. Si oui, par :

- Votre conjoint  Une amie
- Un membre de votre famille  Autre : .....
- Non concernée

23. La personne vous accompagnant vous a-t-elle aidé à reproduire les exercices d'autohypnose lors du travail ?

- Oui  Non

24. Si oui, cela vous a-t-il aidé ?

- Beaucoup  Un  Non concernée  
 Assez  Pas du tout

25. Un professionnel vous a-t-il aidé en salle de naissance à reproduire les exercices d'autohypnose ?

- Oui  Non

26. Si oui, cela vous a-t-il aidé ?

- Beaucoup  Un peu  Non concernée  
 Assez  Pas du tout

27. Quelle profession exerçait-il ?

- Sage-femme hospitalière  Auxiliaire de puériculture  Anesthésiste  
 Sage-femme libérale  Gynécologue-obstétricien  Autre :  
.....  
 Non concernée

28. Ce professionnel était-il diplômé en hypnose ?

- Oui  Non  Ne sait pas  
 Non concernée

29. Comment vous plongez-vous dans un état d'hypnose ?

- Imagination d'un lieu puis vous y installer  
respiration  Focalisation sur votre  
 Focalisation sur un objet de l'environnement  Focalisation sur votre enfant  
 Mouvements de balancement  Autre : .....  
 Concentration sur une partie de votre corps

30. Avez-vous écouté en salle de naissance, un enregistrement audio d'hypnose, afin d'entrer dans un processus hypnotique ?

Oui

Non

### Le travail

31. Quelle a été la durée réelle de votre travail d'accouchement ? (de 3 cm de dilatation du col utérin à la naissance de votre enfant)

Moins d' 1 heure

5 heures

10 heures

1 heures

6 heures

11 heures

2 heures

7 heures

12 heures

3 heures

8 heures

Autre :

.....

4 heures

9 heures

Ne sait pas

32. La durée de votre travail d'accouchement vous a-t-elle parue :

Beaucoup plus courte

Similaire

Beaucoup plus longue

Plus courte

Plus longue

33. D'habitude, par rapport à la douleur, vous considérez-vous comme :

Très sensible

Peu sensible

Plutôt sensible

Insensible

34. L'état hypnotique vous a-t-il permis de modifier vos sensations corporelles ?

Oui tout à fait

Plutôt non

Plutôt oui

Non absolument pas

35. Avez-vous eu une analgésie péridurale au cours du travail ?

- Oui et vous en souhaitiez une  Non et vous n'en souhaitiez pas
- Oui, alors que vous n'en souhaitiez pas au départ  Non, alors que vous en souhaitiez une

36. Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

37. Si vous avez eu une analgésie péridurale, à quel stade de dilatation du col a-t-elle été posée ?

- |  |                               |                                  |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 cm          | <input type="checkbox"/> 6 cm | <input type="checkbox"/> 9 cm    |
| <input type="checkbox"/> 4 cm          | <input type="checkbox"/> 7 cm | <input type="checkbox"/> 10 cm   |
| <input type="checkbox"/> 5 cm          | <input type="checkbox"/> 8 cm | <input type="checkbox"/> Autre : |
| .....                                  | <input type="checkbox"/>      |                                  |
| <input type="checkbox"/> Non concernée | Ne sait pas                   |                                  |

38. Avez-vous eu un traitement pharmacologique pour soulager votre douleur pendant le travail ?

- Oui  Non  Ne sait pas

39. Si oui, il s'agissait de :

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protoxyde d'azote concernée | <input type="checkbox"/> Antalgique en comprimé | <input type="checkbox"/> Non         |
| <input type="checkbox"/> Antalgique en intra veineux | <input type="checkbox"/> Autre : .....          | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

**Début de travail** (entre la première heure de contractions utérines douloureuses et votre admission en salle de naissance).

40. En tout début de travail, sur une échelle de douleur allant de 0 (pas de douleur) à 10 (la plus grande douleur imaginable), pouvez-vous situer l'intensité de votre douleur ressentie pendant une contraction utérine ?

41. Avez-vous pu gérer les premières contractions douloureuses de début de travail chez vous en utilisant l'autohypnose ?

- Oui  Non

42. Si non, pourquoi être allée directement à la maternité ?

- Vous avez eu peur d'accoucher trop rapidement  Vous aviez rompu la poche des eaux  
 La douleur était trop importante  Autre : .....  
 Vous ne vous sentiez pas assez en sécurité chez vous  Non concernée

En début de travail :(entre la première heure de contractions utérines douloureuses et votre admission en salle de naissance)

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
43. Avez-vous réussi à vous mettre dans une position confortable ?				
44. Avez-vous pu adopter une respiration calme, vous permettant de vous oxygéner correctement ?				
45. Avez-vous pu vous « évader » par rapport à la douleur, et l'atténuer ?				
46. Avez-vous réussi à imaginer un lieu intime, une image vous inspirant sécurité ?				
47. Avez-vous pu accepter les contractions utérines, les « laisser aller » ?				
48. Avez-vous pu, lors du processus hypnotique, récupérer énergie et dynamisme nécessaires pour gérer la fatigue ?				

49. Avez-vous été capable, une fois la contraction utérine passée, de ne pas anticiper la suivante ?				
50. Avez-vous eu l'impression, malgré votre pratique de l'autohypnose, d'avoir été submergée par les sensations douloureuses ?				

51. Le temps pendant une contraction utérine vous a-t-il paru :

- Long
  Plutôt court  
 Plutôt long
  Court

52. Le temps séparant deux contractions utérines vous a-t-il paru :

- Long
  Plutôt court  
 Plutôt long
  Court

**Pendant le travail** (de 3 cm de dilatation du col utérin à la naissance de votre enfant)

53. Pendant le travail, sur une échelle de douleur allant de 0 (pas de douleur) à 10 (la plus grande douleur imaginable), pouvez-vous situer l'intensité de votre douleur ressentie pendant une contraction utérine ?

0 ————— 10

Pendant le travail (de 3 cm de dilatation du col utérin à la naissance de votre enfant)

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
54. Avez-vous réussi à vous mettre dans une position confortable ?				
55. Avez-vous pu adopter une respiration calme, vous permettant de vous oxygéner correctement ?				
56. Avez-vous pu vous « évader » par rapport à la douleur, et l'atténuer ?				



57. Avez-vous réussi à imaginer un lieu intime, une image vous inspirant sécurité ?				
58. Avez-vous pu accepter les contractions utérines, les « laisser aller » ?				
59. Avez-vous pu, lors du processus hypnotique, récupérer énergie et dynamisme nécessaires pour gérer la fatigue ?				
60. Avez-vous été capable, une fois la contraction utérine passée, de ne pas anticiper la suivante ?				
61. Avez-vous eu l'impression, malgré votre pratique de l'autohypnose, d'avoir été submergée par les sensations douloureuses ?				

62. Le temps pendant une contraction utérine vous a-t-il paru :

- Long
  Plutôt court  
 Plutôt long
  Court

63. Le temps séparant deux contractions utérines vous a-t-il paru :

- Long
  Plutôt court  
 Plutôt long
  Court

64. Aviez-vous des craintes ou des angoisses en salle de naissance ?

- Nombreuses
  Peu nombreuses  
 Assez nombreuses
  Aucunes

65. Si oui, pouvez-vous préciser ?

.....  
 .....

66. Si nombreuses ou assez nombreuses, la pratique de l'autohypnose vous a-t-elle permis de les gérer calmement ?

- Oui tout à fait                       Plutôt non  
 Plutôt oui                               Non absolument pas  
 Non concernée

67. Avez-vous confiance en vos capacités de mettre votre enfant au monde ?

- Oui tout à fait                       Plutôt non  
 Plutôt oui                               Non absolument pas

### La naissance

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
68. Vous êtes-vous focalisée totalement sur votre enfant et sa progression dans votre bassin ?				
69. Avez-vous eu le sentiment d'être actrice de cette naissance ?				
70. Lors du processus hypnotique, avez-vous communiqué avec votre enfant?				

### Vécu global du travail d'accouchement et de la naissance

71. Votre accouchement a-t-il été conforme avec ce que vous en attendiez ?

- Oui tout à fait                       Plutôt non  
 Plutôt oui                               Non absolument pas

72. Pourquoi ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

73. Avez-vous eu le sentiment de contrôler le travail d'accouchement et la naissance ?

- Oui tout à fait                       Plutôt non  
 Plutôt oui                               Non absolument pas

74. Votre vécu du travail d'accouchement et de la naissance est globalement :

- Très bon                                       Moyennement bon                       Très mauvais  
 Bon     Plutôt mauvais

75. Si vous aviez à choisir une préparation à la naissance pour une prochaine grossesse, participeriez-vous à nouveau à des séances d'hypnose ?

- Très certainement                       Peut être  
 Certainement                               Sûrement pas

76. Conseilleriez-vous cette préparation à une amie ?

- Très certainement                       Peut être  
 Certainement                               Sûrement pas

Pensez-vous que l'apprentissage de l'autohypnose effectué au moment de votre grossesse et de votre accouchement, pourrait vous servir par la suite pour :

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
77. Mieux gérer une douleur ?				





### Résumé

L'hypnose présente un large champ d'applications dans le domaine médical, notamment dans le milieu de la périnatalité.

**Objectifs** : L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les bienfaits de la pratique de l'autohypnose par les parturientes dans la gestion de la douleur obstétricale en salle de naissance.

**Matériel et méthode** : Un questionnaire téléphonique à l'intention des patientes ayant suivi des séances d'hypnose pendant leur grossesse et ayant pratiqué l'autohypnose en salle de naissance a été réalisé environ un mois après leur accouchement.

**Résultats, discussion** : 87,5% des patientes ont ressenti des modifications corporelles lors du processus hypnotique, 62,5% ont eu la capacité de maîtriser la douleur des premières contractions utérines chez elles, et 82,5% ont réussi à les atténuer en début de travail. Cependant, au cours de ce dernier, la majorité des patientes a eu des difficultés à se plonger en hypnose, et 75% d'entre elles ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Dans la présente étude, la pratique de l'autohypnose a été un outil utile en début de travail, mais a présenté ses limites dans la gestion de la douleur, au fur et à mesure de l'avancée de ce dernier.

**Conclusion** : La répétition régulière des exercices d'autohypnose en amont de l'accouchement s'avère être primordiale dans la maîtrise de la douleur obstétricale. De plus, la formation en hypnose des professionnels de santé œuvrant en salle de naissance serait bénéfique quant aux méthodes alternatives proposées aux parturientes algiques.

**Mots clés** : travail d'accouchement, hypnose, autohypnose, douleur.

### Abstract

Hypnosis has a wide range of applications in the medical field, especially in the middle of the perinatal period.

**Objectives**: The main objective of the study was to evaluate the benefits of the practice of self-hypnosis by parturients in the management of obstetric pain in the delivery room.

**Materials and Methods**: A telephone questionnaire for patients who attended sessions of hypnosis during pregnancy and who practiced self-hypnosis in the delivery room was made about a month after giving birth.

**Results, Discussion**: 87.5% of patients experienced bodily changes during the hypnotic process, 62.5% had the ability to control the pain of first uterine contractions at home, and 82.5% were able to mitigate the early labor. However, in the latter, the majority of patients had difficulties to delve into hypnosis, and 75% received epidural analgesia. In this study, the practice of self-hypnosis was a useful tool in early labor, but showed its limits in the management of pain, as the advance of the latter.

**Conclusion**: The regular repetition of self-hypnosis exercises before the childbirth proved to be crucial in the control of obstetric pain. In addition, the hypnosis training of health professionals involved in the delivery room would be beneficial as alternative methods available to painful parturients.

**Keywords**: labour, hypnosis, self-hypnosis, pain.