



HAL
open science

Place de l'hypnose en obstétrique : perception et réflexion des patientes

Anaïs Alfieri

► **To cite this version:**

Anaïs Alfieri. Place de l'hypnose en obstétrique : perception et réflexion des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01689538

HAL Id: dumas-01689538

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01689538v1>

Submitted on 22 Jan 2018

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

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

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
Faculté de médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

PLACE DE L'HYPNOSE EN
OBSTETRIQUE :
PERCEPTION ET REFLEXION
DES PATIENTES

Par ALFIERI Anaïs
Née le 11 août 1993 à Antibes (Alpes-Maritimes)

Mémoire présenté et soutenu le 15 mai 2017

Sous la direction du Docteur Michèle CARLON,
Médecin anesthésiste-réanimateur à la retraite et hypnothérapeute

DIPLÔME D'ETAT de SAGE-FEMME

2017

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
Faculté de médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

PLACE DE L'HYPNOSE EN
OBSTETRIQUE :
PERCEPTION ET REFLEXION
DES PATIENTES

Par ALFIERI Anaïs
Née le 11 août 1993 à Antibes (Alpes-Maritimes)

Mémoire présenté et soutenu le 15 mai 2017

Sous la direction du Docteur Michèle CARLON,
Médecin anesthésiste-réanimateur à la retraite et hypnothérapeute

DIPLÔME D'ETAT de SAGE-FEMME

2017

REMERCIEMENTS

Au Docteur Michèle CARLON, ma directrice de mémoire, pour sa guidance tout au long de la rédaction de ce mémoire, ses précieux conseils et sa disponibilité.

À toutes les femmes qui ont accepté d'être interrogées pour cette étude.

À toutes les personnes qui ont relu ce travail.

À l'ensemble des professionnels qui m'ont formée et encadrée durant mon cursus d'étudiante et qui m'ont tant apporté.

À mes amies de promotion, qui ont enrichi ces années d'études, et qui resteront à mes côtés encore de nombreuses années...

À mes parents et mes frères, pour tout...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	3
LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
PREMIER CHAPITRE L'HYPNOSE, UN DON UNIVERSEL	8
1) QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?	9
1.1) Définition officielle.....	9
1.2) Les précédentes définitions : une histoire de convictions	12
1.3) L'hypnose et les neurosciences	14
1.4) Les différentes manières de pratiquer l'hypnose	17
2. PRATIQUE DE L'HYPNOSE MEDICALE	18
2.1) Qui peut se former à l'hypnose médicale ?.....	18
2.2) Déroulement d'une séance d'hypnose médicale	20
2.3) La place de la communication	22
DEUXIEME CHAPITRE HYPNOSE ET OBSTETRIQUE : UN LIEN DE PLUS EN PLUS PROMETTEUR	24
1) AVANT LA GROSSESSE : HYPNOSE ET INFERTILITE.....	25
1.1) Aspects éthiques de l'infertilité.....	25
1.2) L'hypnose dans le combat pour une descendance.....	26
2) L'HYPNOSE PENDANT LA GROSSESSE	29
2.1) L'hypnose comme recours aux maux de la grossesse.....	29
2.2) La place de l'hypnose pour certaines indications obstétricales	32
3) L'HYPNOSE ET L'ACCOUCHEMENT	33
3.1) L'hypnose dans la Préparation à la Naissance et à la Parentalité	34
3.2) L'hypnose en salle de naissance en urgence.....	36
3.3) L'accompagnement hypnotique pendant une césarienne.....	37
4) L'HYPNOSE ET LE POST-PARTUM	38
TROISIEME CHAPITRE PRESENTATION DES ENTRETIENS REALISES	39
1) PRESENTATION DE L'ETUDE	40
1.1) Objectifs de l'étude réalisée.....	40
1.2) Méthodologie	40
2) PRESENTATION DES RESULTATS.....	41
2.1) Données sociologiques recueillies.....	41
2.2) Découverte et pratique de l'hypnose médicale par les femmes interrogées.....	45
2.3) Les indications de recours à l'hypnose médicale pour les patientes interrogées.....	50
2.4) Réflexion des femmes interrogées sur la place de l'hypnose en obstétrique.....	51
QUATRIEME CHAPITRE L'INTEGRATION DE L'HYPNOSE DANS LE DOMAINE OBSTETRICAL, AUJOURD'HUI ET DEMAIN	54
1) ANALYSE DE LA METHODOLOGIE	55
1.1) Intérêts de l'étude.....	55
1.2) Limites et biais de l'étude	55

2) REFLEXION SUR LA PLACE DE L'HYPNOSE EN OBSTETRIQUE.....	56
2.1) <i>Place de l'hypnose médicale en obstétrique actuellement</i>	56
2.2) <i>Réflexion sur le décalage entre la place actuelle de l'hypnose et celle souhaitée pendant la période périnatale</i>	59
2.3) <i>L'Avenir de l'hypnose en obstétrique : Propositions d'améliorations</i>	62
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE.....	65
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	70
ANNEXES	71

Liste des abréviations

AFEHM : Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale

APA : Association Américaine de Psychologie

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves

DU : Diplôme Universitaire

FIV : Fécondation in vitro

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

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaines d'Aménorrhées

SNH : Syndicat National des Hypnothérapeutes

INTRODUCTION

De nos jours, en France, les femmes enceintes sont prises en charge dans un contexte grandissant d'hypermédicalisation. Les professionnels de santé savent si l'enfant à naître va bien ou non, quand la grossesse est à risque, quand elle se déroule normalement. Ils savent quels examens sont nécessaires selon le terme de la grossesse, quels médicaments sont à prendre ou à proscrire, interpréter la viabilité et la bonne santé de l'enfant, estimer son poids, ses risques. Et puis, quand arrive la mise en travail, ils savent si elle se déroule normalement ou s'il faut intervenir. Ils savent quelles positions adopter pour aider l'enfant à s'engager dans le bassin, quand il faut ou non débiter les efforts expulsifs...

Petit à petit, on en vient à penser que l'acteur principal n'est plus la mère mais le professionnel qui la suit et celui qui accouche son enfant. Ce qui était instinctif devient hétéronome, la mère se repose sur lui, lui fait entièrement confiance, et suit ses moindres indications pour le bien de son enfant à venir.

Face à cette montée de la médicalisation survient un retour grandissant de l'envie de se réappropriier sa grossesse, son accouchement, son rôle de femme enceinte, son rôle de porter et donner la vie. Les alternatives se développent alors, pour apprendre à maîtriser différemment ces craintes qui accompagnent la grossesse, cette douleur qui angoisse, épuise voire paralyse, pour garder suffisamment de contrôle, de maîtrise pendant sa grossesse et son accouchement : l'acupuncture, la sophrologie ... et l'hypnose ...

Mais alors comment l'hypnose médicale peut-elle permettre aux femmes de se réapproprier leur grossesse et la naissance de leur enfant ?

Que cela soit avant la grossesse, pendant celle-ci, en salle de d'accouchement ou dans le post-partum, l'hypnose offre une aide précieuse quant aux différents maux, autant physiques que psychiques, qui peuvent apparaître durant cette phase si particulière, personnelle et intense de la vie, qu'est le fait de devenir mère.

Mon propos n'est alors pas de proclamer l'hypnose comme remède à tous les maux, mais de faire découvrir une approche différente des approches classiques, à travers laquelle la future maman est maîtresse de son corps, de ses sentiments, et apprend à puiser en elle les ressources nécessaires pour porter son enfant, et l'aider à naître.

Cependant, l'hypnose médicale reste effrayante pour beaucoup aujourd'hui : préjugés, doute, confusion avec l'hypnose de spectacle, crainte ... Sa réputation, noircie par son histoire, reste certainement un frein à sa progression dans la société actuelle.

Pour autant, la médiatisation récente de cette pratique permet une évolution des mentalités la concernant : documentaires, témoignages, livres, études ... L'hypnose est en train de se frayer une nouvelle voie dans l'avenir de la médecine.

Cela m'a amenée à poser la question suivante : comment les femmes enceintes et nouvelles mamans perçoivent-elles l'hypnose médicale, et qu'en connaissent-elles ?

L'objet de ce mémoire est ainsi de déterminer la place de l'hypnose médicale allouée par les patientes dans le domaine obstétrical, à l'effet d'en dégager ensuite les raisons et les pistes d'évolution.

La suite de ce mémoire va amener des réflexions sur ce qu'est l'hypnose médicale, ainsi que sur sa place potentielle dans le domaine obstétrical. Pour accompagner une réflexion théorique, basée sur les données présentes dans la littérature, mes propos seront illustrés des témoignages de patientes interrogées. Leurs citations seront délimitées par des guillemets et leurs initiales seront inscrites à la suite entre crochets.

PREMIER CHAPITRE

L'hypnose, un don universel

1) Qu'est-ce que l'hypnose ?

Dans les esprits d'aujourd'hui, l'hypnose peut autant être associée à des termes à la connotation intimidante tels que « *Contrôle de l'esprit* » [AF], « *dormir* » [BS], « *Surnaturel* » [LO] et « *mystérieux* » [AA], qu'à la connotation positive tels que « *relaxation* » [AB], « *Guérison* » [MD], « *aide* » [BA] ou encore « *naturel* » [AT].

En effet, l'hypnose a toujours été, et est encore de nos jours, source de controverses : chez la plupart des personnes se mêlent envie et crainte, attraction et rejet. Si pour certaines l'hypnose peut s'apparenter à la détention d'un certain pouvoir sur autrui, d'autres ne la voient que comme un état modifié de conscience périodique et universel, que tout le monde est capable d'expérimenter. Il est ainsi nécessaire de définir ce qu'est l'hypnose pour en comprendre le potentiel thérapeutique.

1.1) Définition officielle

Définir l'hypnose n'est pas chose aisée. Ceci est explicable par le fait que l'hypnose regroupe un ensemble de concepts, interagissant les uns avec les autres. En outre, pour définir l'hypnose il est d'abord à distinguer l'état hypnotique, qui est un état de conscience à part entière, et le processus hypnotique, c'est-à-dire la technique permettant d'induire l'apparition de cet état hypnotique.

La définition officielle communément admise de l'état d'hypnose a été formulée par l'Association Américaine de psychologie (APA) en 2014.

L'hypnose se définit ainsi comme un « *état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion* ».

Dans cette définition, de nombreux termes sont importants à développer.

1.1.1) Un état de conscience

Etre dans un état d'hypnose, c'est expérimenter un état de conscience dit « modifié ».

« *Le principe [de l'hypnose] est d'être dans un état second...* » [AS]

Cela sous entend qu'il existe un état de conscience « ordinaire », propre à chacun, reposant sur notre rapport à nous-mêmes, au monde et à l'information. Autrement dit, il s'agit de « *ce que captent nos cinq sens et notre façon de l'interpréter* » [1]. Il s'agit bien souvent d'un processus inconscient.

Pendant une journée, notre rapport au monde est fluctuant ^[6] : nous entrons régulièrement dans des phases d'état modifié de conscience, pendant lesquelles notre conscience expérimente une réalité différente de celle à laquelle elle se réfère habituellement : sa perception, tout comme sa relation au monde, en est alors altérée. Il y a une augmentation ou une perte progressive d'une vigilance (corporelle, sensitive, ou encore mentale) de la conscience.

Cet état modifié de conscience peut apparaître lors de l'expérimentation d'événements dit ritualisés, comme le fait de réaliser quotidiennement un trajet en voiture, ou de prendre une douche. Dans le langage courant, on parle de « faire les choses machinalement ». Il peut aussi se mettre en place lors du ressenti de certaines émotions, tel que l'ennui par exemple, qui induit un décrochage de l'attention et nous invite à voyager dans nos pensées, ne prêtant plus, ou bien moins, attention au monde extérieur ^[2]. Finalement, cet état regroupe tous ces instants de la journée où notre corps a été mis en « pilotage automatique » pendant que nous explorions notre monde intérieur, où se mêlent pensées et rêveries.

Être dans un état modifié de conscience est donc un processus naturel, que nous expérimentons tous plusieurs fois par jour spontanément.

1.1.2) Une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement

« Je dirais que l'hypnose permet de se déconnecter... » [TG]

« L'hypnose ça vous aide à vous fixer sur quelque chose d'autre ... » [LA]

Pendant l'état d'hypnose, ou état de transe hypnotique, le sujet expérimente une modification de sa perception globale, au cours de laquelle son **monde intérieur**, c'est-à-dire sa mémoire, son imagination, ses émotions et sentiments sont particulièrement vivifiés ^[1], au détriment de ce qui entoure l'individu, de sa **réalité extérieure**, et dont son ressenti en est nettement diminué.

En effet, pendant ces phases dites de conscience modifiée, notre cerveau se met à fonctionner différemment : certaines zones cérébrales sont activées, d'autres désactivées, comme un ordinateur, qui continuerait de fonctionner sans notre impulsion, à faire des mises à jour, des sauvegardes, dans le but d'organiser les informations qu'il a acquises.

Pendant cet état modifié de conscience, notre notion spatio-temporelle se fait distante : la durée du temps s'écoulant devient très subjective. En effet, notre attention devient sélective, c'est-à-dire qu'elle ne porte plus que sur une partie de la réalité, réduisant notre réception des autres informations d'éléments environnants. On parle d'**attention « focalisée »**.

1.1.3) Une capacité accrue de réponse à la suggestion

« Je ne pense pas que ça marcherait sur moi, je n'arriverais pas à lâcher prise comme ça... » [RM]

La **suggestibilité** d'une personne est sa capacité à accepter les suggestions émises et à les intégrer dans sa façon de penser.

D'après le dictionnaire Larousse ^[74], une suggestion est le fait « *d'inspirer une idée, une pensée* » sans l'imposer. Il fait également référence à une « *technique psychique reposant sur la croyance qu'une personne peut influencer, par la parole, un état affectif ou une conduite d'une autre*. *L'hypnose repose sur la suggestion et, utilisée dans un but à visée thérapeutique, elle attend de la suggestion qu'elle soit assez puissante pour entraver les manifestations du symptôme* ».

La suggestibilité est une donnée stable, non propre à l'hypnose, c'est-à-dire qu'une personne va, de par son caractère, être plus ou moins influençable face aux arguments et modes de pensées des personnes l'entourant. Cependant, celle-ci est augmentée pour tous lors de l'expérimentation d'un état hypnotique.

Certaines études ^{[3] [13]} ont essayé de trouver des corrélations entre certains traits de personnalité et la capacité de suggestibilité. Or, seule la variation de la suggestibilité en fonction de l'âge est effectivement prouvée, les sujets les plus jeunes étant globalement plus sensible à la suggestion ^[14]. Les autres critères étudiés, comme la capacité à partir dans l'imaginaire du sujet, celle de se focaliser sur une tâche interne, ou encore son caractère extraverti, n'ont pour l'heure pas abouti à une preuve certaine.

La suggestibilité va surtout dépendre du désir d'essayer du patient. Comme l'expliquait Christine Magat, psychologue et hypnothérapeute, lors d'une conférence en octobre 2016^[1] « [...] *On ne peut par exemple pas forcer une personne à arrêter de fumer. Si elle a le désir d'arrêter, l'hypnose va permettre d'induire des suggestions allant dans ce sens, pour que la personne trouve par exemple l'odeur ou le goût repoussant. Mais si la personne n'est pas réellement motivée pour arrêter, cela n'aboutira pas, ou que peu de temps* ».

Dans les années 1950, Hilgard et Weitzenhoffer, deux Docteurs en psychologie, ont mis au point des échelles appelées « **Echelles de STANFORD** » ^[73] composée de douze critères, dans le but d'évaluer l'hypnotisabilité, c'est-à-dire la capacité à entrer en état d'hypnose d'une personne, et la suggestibilité hypnotique des sujets. Ces échelles sont peu utilisées de nos jours mais peuvent être considérées comme un bon indicateur de degré d'hypnotisabilité.

<p>En résumé, tout le monde est hypnotisable, puisque l'état d'hypnose est un état de conscience naturel, que nous expérimentons tous plusieurs fois par jour spontanément. Mais selon les personnes, le degré d'hypnotisabilité et de suggestibilité va varier. Ceci dépend de nombreux facteurs, tels que la relation avec le thérapeute, l'âge du patient, et son histoire propre.</p>

1.2) Les précédentes définitions : une histoire de convictions

Bien qu'une définition universelle existe aujourd'hui pour l'hypnose, il a pendant longtemps été impossible d'expliquer scientifiquement cette pratique. L'hypnose n'était ainsi définie qu'à travers les observations des différents auteurs et les croyances et craintes populaires, propres à chaque époque. De nos jours, la crainte que l'hypnose a longtemps provoquée chez le public continue à être très présente dans l'esprit de chacun.

1.2.1) L'Antiquité et le Moyen-âge

L'histoire de l'hypnose débute bien avant son utilisation controversée en France. On retrouve des traces écrites de son usage dès l'an 3000 avant J.C. Dans l'Antiquité, tout comme au Moyen-âge, la transe hypnotique amène un triple intérêt : elle est « [...] utilisée pour la guérison, la relation avec le divin ou encore la relation avec le futur (prédictions) »^[6]. En effet, durant cette période, la croyance populaire est basée sur l'influence indissociable de l'esprit sur le corps. Ainsi, que cela soit réalisé par les guérisseurs chamaniques, les druides, les prêtres ou les sorcières, l'objectif est toujours similaire : amener un état de transe chez le malade dans le but de lui suggérer une guérison prochaine.

1.2.2) Le XVIII^{ème} siècle et le Mesmérisme

En 1784, Le Roi de France Louis XVI demande un rapport sur les pratiques inquiétantes, dites « thérapeutiques », de **Franz-Anton Mesmer**. Ce médecin d'origine viennoise installé à Paris a pour théorie qu'un fluide universel parcourt chaque corps et que sa désorganisation provoque la maladie. Pour harmoniser de nouveau son écoulement, il réalise des passes dites « magnétiques » : il effectue des mouvements de va-et-vient avec ses mains au dessus du corps du malade allongé. Ces mouvements, répétitifs et monotones, provoquent l'induction d'une transe hypnotique. Les sujets semblent alors endormis, aux yeux des témoins de la scène, ces séances étant réalisées en public.

L'engouement grandissant du public pour participer à ces séances, s'apparentant progressivement plus à des scènes de spectacle, alarme ainsi la Royauté. L'enquête effectuée par la commission en charge conclut par un rapport indiquant que « [...] le phénomène du Mesmérisme est simplement un produit de l'imagination, inutile aux hommes de science, et d'aucune valeur en thérapie »^[5].

1.2.3) Le XIX^{ème} siècle

1.2.3.1) La lutte contre la douleur

Dans les années 1800, la lutte contre la douleur devient une des priorités du corps médical. Très démunis face à celle-ci, n'ayant que l'alcool et la rapidité d'action comme ressources (lors des amputations notamment), les médecins s'ouvrent aux possibilités alternatives et introduisent le Mesmérisme dans la réalisation des interventions chirurgicales.

En 1843, **James Braid**, médecin écossais, apporte une explication scientifique à l'induction de la transe hypnotique et choisit le terme d'« hypnotisme » en référence au Dieu du sommeil « Hypnos », « [...] pour nommer cet état particulier dans lequel les sujets ont un aspect extérieur de sommeil »^[6]. Néanmoins, la sortie de la transe étant réalisée trop précipitamment, de fréquents effets secondaires sont à déplorer, comme l'apparition « d'intenses maux de têtes »^[5].

Parallèlement, à Calcutta en Inde, **James Esdaile**, médecin écossais, entraîne une baisse de la mortalité de 45% à 5% en introduisant la pratique du Mesmérisme pendant ses opérations chirurgicales.

En 1850, la découverte du protoxyde d'azote et de l'éther par les Docteurs Wells et Morton comme thérapeutiques analgésiques entraîne un abandon progressif de l'hypnose pour ce domaine d'action.

1.2.3.2) Quand l'hypnose devient spectacle

A cette même époque débutent les dérives de l'hypnose. En découvrant que sous hypnose, les sujets sont amenés à réaliser des actions bien étranges, les « hypnotiseurs » prolifèrent dans les rues et organisent des spectacles malsains. Les foules se passionnent pour ces spectacles où leurs semblables sont malmenés, bien qu'ils se promettent de ne jamais y participer eux-mêmes. L'image de l'hypnose se ternit : elle s'associe à la crainte, à la méfiance, et fait naître la croyance que l'hypnotiseur contrôle les pensées de ses sujets.

1.2.3.3) L'affrontement de deux écoles de pensées

En 1870, **J.M Charcot**, neurologue français et professeur d'anatomie, fait évoluer la pratique de l'hypnose de J.Braid dans son école de la Salpêtrière à Paris. Il met en place la technique de stimulation massive : il s'agit de provoquer une stimulation sensorielle brutale du sujet (fixation d'une lumière forte ou pression sur des zones corporelles jugées « hypnotiques » telles que les yeux ou la région ovarienne) dans le but de le plonger immédiatement en transe hypnotique. Ces pratiques très controversées, accomplies durant des séances publiques, sont uniquement réalisées sur des « sujets choisis pour leur extrême suggestibilité, les fameuses "hystériques de Charcot" »^[6].

Très opposé à ce concept, **A. Liebault**, directeur de l'école de Nancy, et son successeur **H. Bernheim**, sont les premiers à démystifier l'hypnose : pour eux, « la mise en place de suggestions seraient la clef de l'hypnose », comme l'exprime A. Liebault en 1866 dans son livre "Du sommeil et des états analogues". H. Bernheim conclut ses travaux en donnant sa propre définition de l'hypnose :

« L'hypnose est un état psychique particulier susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers la suggestibilité. » H. Bernheim

1.2.3.4) L'abandon de l'hypnose en France

Dans les dernières années du XIX^{ème} siècle, Sigmund Freud, élève de Bernheim à l'école de Nancy, puis de Charcot à l'école de la Salpêtrière, est initié à l'hypnose.

La faisant intervenir au soutien de ses premières séances de psychanalyse, il se détourne vite de cette technique qui est, à l'époque, encore très mécanique, impersonnelle et monotone pour le praticien. Pendant près d'un demi siècle l'hypnose est alors délaissée, car impossible à expliquer.

Parallèlement, dans d'autres pays, l'hypnose reste l'objet de recherches. Ainsi, en Russie, Ivan Pavlov, médecin et physiologiste, est le premier à adopter une approche neurobiologiste de l'hypnose dont il donnera la définition suivante :

« L'hypnose est un état intermédiaire entre le sommeil et la veille » I. Pavlov

Néanmoins, il ne dispose pas à son époque des moyens techniques d'observation des états cérébraux pour confirmer son hypothèse.

1.2.4) Le XX^{ème} siècle : le renouveau de l'hypnose

Milton H. Erickson, psychiatre et psychologue américain, marque un tournant dans la place que l'hypnose occupe dans le milieu médical. Réalisant de nombreux travaux de recherches à ce sujet, et appliquant ses découvertes à sa pratique professionnelle avec ses patients, il redéfinit les bases de l'hypnose par la phrase suivante :

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

M.H Erickson remet en cause l'approche autoritaire en introduisant l'usage de suggestions plus ouvertes, moins directives, et surtout la notion fondamentale de communication entre le thérapeute et son patient.

Son élève Jay Haley disait « Erickson n'a pas de méthode toute faite. Si sa méthode ne marchait pas il en essayait une autre. [...] [il n'était pas] contaminé par des idées préconçues ». ^[16]

Erickson l'expliquait ainsi « Je ne tente pas de structurer ma psychothérapie [...] c'est le patient qui la structure en accord avec ses besoins. [...] chacun d'entre eux est un individu particulier [...] vous devez essayer de découvrir quelle conception d'eux-mêmes se révèle... ce n'est pas une question de temps [...] c'est la question de comment vous rejoignez la personnalité de l'individu en disant la "bonne chose" au "bon moment". » ^[16]

1.3) L'hypnose et les neurosciences

1.3.1) La renaissance de l'hypnose par l'arrivée des neurosciences

La véracité de l'existence de l'état hypnotique a longtemps été source de débat dans les deux communautés, populaire et scientifique. L'avènement des neurosciences permis progressivement de démontrer de la réalité de l'état hypnotique.

Durant la fin des années trente, l'électroencéphalogramme fit son apparition [8]. Entre 1930 et 1950, les différentes expériences avec ce nouvel instrument permirent d'individualiser plusieurs états de conscience (de vigilance, de sommeil, de veille...) qu'expérimentait le sujet, à travers la lecture du tracé de l'électroencéphalogramme révélant l'émission de différentes ondes cérébrales. En 1972, une expérience [18] conclut à la spécificité de l'état hypnotique par la mise en évidence d'émission d'ondes cérébrales différentes d'un état de veille ou de sommeil. Cette étude fut néanmoins remise en cause de part les biais existants.

Si ces premières expériences permirent de donner une existence scientifique à l'état hypnotique, le différenciant de l'état de sommeil, elles n'étaient encore pas suffisamment concluantes pour comprendre le fonctionnement de l'état hypnotique au niveau cérébral.

1.3.2) Le fonctionnement cérébral hypnotique mis en évidence par la neuro-imagerie

L'apparition progressive des techniques de neuro-imagerie va permettre de comprendre le fonctionnement cérébral hypnotique [19][20].

Celui-ci a notamment été mis en évidence dans une expérience réalisée en 1999 par les Docteurs Faymonville, Boly et Laureys [21]. Dans cette expérience, le fonctionnement cérébral de neuf sujets a été étudié par l'intermédiaire de la Tomographie par Emission de Positons*.



Figure 1 – Activation des zones du cerveau sous hypnose. *Journal « l'Hebdo », « les prouesses de l'hypnose », octobre 2015*

Pendant une première phase, l'expérimentateur leur demandait de penser à un souvenir de vacances à la connotation agréable, sans être sous hypnose. Puis, après induction hypnotique, il leur demandait de se remémorer ce souvenir.

Il a ainsi été démontré que les réseaux cérébraux mémoriels étaient très différents en état de vigilance ordinaire et sous hypnose. Dans un état de vigilance ordinaire, trois zones vont être activées : les régions temporales antérieures bilatérales (droite et surtout à gauche) et la zone méso-temporale gauche.

*Tomographie par Emission de Positons : examen de médecine nucléaire consistant à mesurer la concentration d'un élément radioactif (émetteur de positons) dans un organe cible, à partir de laquelle un ordinateur reconstruit une représentation de cet organe en trois dimensions [74]

Cependant, dans l'état d'hypnose, il y a **activation d'un réseau mémoriel plurimodal** avec activation large des différents cortex : occipital, pariétal, région précentrale, région préfrontale et cortex cingulaire antérieur.

De plus, il y a à l'inverse une désactivation du cortex pariétal médian (précunéus), permettant habituellement la représentation (orientation et interprétation) du monde extérieur ainsi que l'expérimentation de l'état habituel de conscience. Il y a également désactivation du cortex auditif.

En conséquence, le sujet en état de vigilance ordinaire va seulement repenser à ce moment de sa vie : il s'en souvient. Mais **sous hypnose il le vit de nouveau**. Il y a une génération d'imageries mentales (de par l'activation du cortex cingulaire antérieur), le ressenti de sensations somesthésiques, motrices, olfactives et émotionnelles. De ce fait, le sujet sent les odeurs, voit l'action, et a l'impression de bouger tout en restant immobile en réalité : c'est ce que les sujets interrogés confirmeront après l'expérience.

Ainsi, les progrès en neuro-imagerie ont permis d'observer les différentes modifications d'activités au niveau cérébral pendant l'hypnose. En outre, plusieurs études ont mis en évidence les modifications d'activité cérébrale en présence d'un **phénomène douloureux**, puisqu'étant le phénomène le plus facilement reproductible dans le cadre d'expérimentations.

1.3.3) Neurophysiologie de la douleur

La **douleur** est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion ^[12].

L'information de la présence d'un stimulus douloureux est propulsée à travers les fibres nerveuses vers la moelle épinière, puis acheminée vers différentes zones corticales et sous-corticales après être passée par le thalamus. On parle ainsi de **matrice corticale de la douleur**, puisqu'il n'y a pas de zone cérébrale unique de la douleur.

Si la perception de cette douleur aiguë est un phénomène naturel indispensable à la survie d'un individu, elle apparaît être très **subjective** en fonction de chacun ^{[22][66]}.

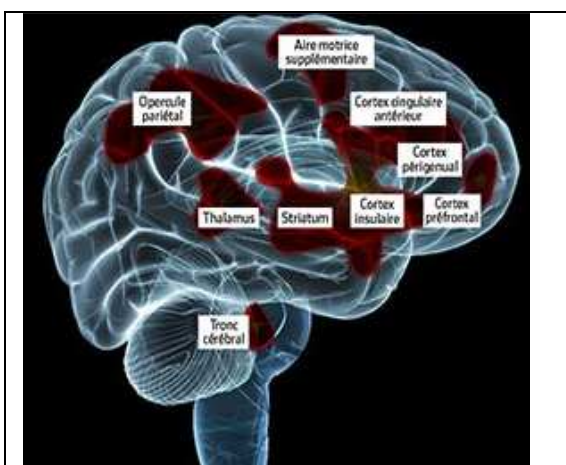


Figure 2 – Stimulation douloureuse en conscience normale. *Journal « l'Hebdo », « les prouesses de l'hypnose », octobre 2015*

Cela s'explique par le fait qu'elle comprend une triple composante.

La douleur est d'abord **sensorielle**, c'est-à-dire que l'activation de plusieurs régions cérébrales, telles que l'insula et le cortex somato-sensoriel, permet de l'identifier et de la localiser.

Mais la perception de cette douleur est également attachée à une connotation **émotionnelle**, provoquant un sentiment d'inconfort, à travers l'activation du cortex cingulaire antérieur du cerveau.

Enfin, elle est également **cognitive et comportementale**, de par l'activation du cortex préfrontal et prémoteur, aboutissant à l'interprétation de cette douleur et la modification du comportement.

Si l'activation des différentes zones citées est réalisée chez tout individu en présence d'un stimulus douloureux, l'importance de cette activation sera très différente d'un individu à l'autre, ce qui aboutira à une perception bien différente de l'intensité de cette douleur [23].

A ce sujet, Rainville et al ont publié une étude [24] en 1997. Mesurant l'activité cérébrale d'un groupe de sujets hautement hypnotisables, ils induisaient des suggestions hypnotiques d'augmentation ou de diminution du désagrément de la douleur, pendant que leur main trempait dans de l'eau à température neutre (35°C) ou douloureuse (47°C). Il a été révélé une **modulation de l'activation des différentes zones cérébrales en fonction des suggestions hypnotiques** énoncées : par exemple une suggestion de diminution du ressenti douloureux de la sensation provoquait la diminution notable de l'activation du cortex cingulaire antérieur. Il a été également mentionné que l'hypnose a une **action périphérique** puisqu'agissant sur la moelle épinière en diminuant les réflexes nociceptifs de retrait du membre soumis au stimulus douloureux.

En 2004, Derbyshire [26] réalisait une étude en prenant le questionnement à l'envers. Les sujets étaient sélectionnés pour leur capacité à halluciner une sensation de douleur. Une sonde thermique était posée sur leur main. Dans une première phase les sujets devaient imaginer une douleur au niveau de la sonde. L'activation des régions cérébrales du réseau de la douleur était alors minime. Puis, dans une deuxième phase, on leur annonçait envoyer via la sonde une source de chaleur douloureuse: si une partie de ces *stimuli* douloureux était physique (réelle), l'autre était hypnotique (induite). Dans les deux cas, il y avait activation des zones cérébrales dans les régions de la matrice neuronale de la douleur, indiquant la possibilité **d'éprouver une douleur en l'absence de stimulation directe**.

Pour finir, il est intéressant de souligner que ce sont les suggestions hypnotiques qui permettent une modulation de la perception douloureuse. En effet, des études ont montré que la seule induction de l'état hypnotique, ou d'un simple état de relaxation, ne suffisait pas à entraîner le soulagement de la douleur. [27][28]

1.4) Les différentes manières de pratiquer l'hypnose

De nos jours, la pratique de l'hypnose peut se faire dans de **nombreux contextes différents, avec des objectifs différents** : pour amuser un public dans le cadre d'un spectacle, pour soigner un patient dans un cadre médical, ou encore pour permettre d'atteindre un « mieux être » dans tous les domaines de la vie d'une personne.

Pour chaque domaine d'utilisation, il **n'y a pas une unique manière de pratiquer l'hypnose**. Ainsi, dans le domaine médical, la façon d'aborder l'hypnose sera très différente en fonction du contexte, du praticien, et du patient.

En effet, l'hypnose peut se pratiquer en urgence ou dans le cadre d'une consultation programmée.

« J'en ai pratiqué avec mon psychiatre suite à la perte de mon premier enfant pendant ma grossesse. Ça m'a énormément apporté... » [FD]

L'induction de l'état hypnotique peut se faire par l'usage de **suggestions ouvertes**, laissant une place importante à l'**imaginaire du patient**. Mais dans certaines situations, elle peut également se baser sur le recours à des **suggestions plus formelles**, impliquant une approche **dirigiste**. Dans tous les cas, elle repose fondamentalement sur la **communication respectueuse** entre le praticien et le patient.

L'hypnose médicale comporte de nombreuses **spécificités**.

Elle peut par exemple être utilisée pour détourner l'attention du patient lors de la réalisation d'un soin, source d'inquiétude ou de douleur pour lui. Dans cet objectif temporaire, l'hypnothérapeute pourra se tourner vers l'usage de l'**hypnose dite conversationnelle**. L'application de formules hypnotiques positives lors d'une discussion ordinaire a pour but de mobiliser subtilement les ressources inconscientes du patient, sans instaurer de transe hypnotique profonde.

Elle peut également s'employer à diminuer la perception douloureuse d'un patient. On parle alors d'**hypnosédation**, si elle s'associe à une sédation médicamenteuse, comme la péridurale par exemple, et d'**hypnoalgésie** lorsqu'elle est seule utilisée.

Ces dernières années, de nombreux praticiens ont cherché à développer et recommander leur **propre** approche de l'hypnose. De nouveaux termes ont alors émergé comme celui de « Nouvelle hypnose » dans les années 75, ou encore d'hypnose « Humaniste » dans les années 2000. Les hypnothérapeutes à l'origine de ces nouveaux termes prônent leur vision comme plus respectueuse du sujet, moins directive.

Toutes ces variations ont finalement pour même objectif d'améliorer, temporairement ou à plus long terme, la vie de l'individu. Elles s'inscrivent tout simplement dans une évolution progressive des mentalités, qui tend à permettre à l'individu d'être l'acteur principal de sa thérapie. Lors de sa conférence ^[1], la psychologue C. Magat l'explique ainsi : *« Au lieu de mettre la personne dans un état de veille, on la réveille. Vous vous connectez à ce que vous êtes vraiment. Vous vous sentez plus éveillé qu'à l'ordinaire, [...] C'est vous qui prenez le contrôle de la thérapie. »*

2. Pratique de l'hypnose médicale

2.1) Qui peut se former à l'hypnose médicale ?

2.1.1) Encadrement juridique en France

En France, la pratique de l'hypnose n'est pas encadrée par un cadre juridique strict.

Néanmoins, depuis 2004, s'est mis en place un référentiel de règles de bonnes pratiques, proposé par la **Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB)**. C'est une association de portée internationale (France, Belgique, Canada et Suisse) regroupant plus de 3000 praticiens formés à l'hypnose.

Elle réunit en réseau des associations et instituts de formations à l'hypnose (dont l'Institut Français d'Hypnose et l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (A.F.E.H.M)).

Parmi les clauses énoncées dans le code éthique ^[75] on retrouve la dispense, par les associations adhérentes, d'une « *formation qualifiante à la pratique thérapeutique de l'hypnose* », l'obligation de **placer l'intérêt du patient comme unique objectif**, ainsi que l'obligation pour l'hypnopraticien d' « *avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique : Médecin, Chirurgien-dentiste, Psychologue, Sage-femme, Infirmier, Kinésithérapeute* ». Il est précisé que l'hypnothérapeute doit « *limiter son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession* ».

De plus, depuis mars 2013 il existe désormais un **Syndicat National des Hypnothérapeutes (SNH)**. Il a pour but de participer à la reconnaissance de la profession ainsi que de se porter garant que tout adhérent ait reçu une formation adéquate pour exercer la profession d'hypnothérapeute et respecte les principes déontologiques et éthiques exposés sur leur site internet ^[76]. Il a néanmoins le désavantage d'être accessible à tout professionnel formé à l'hypnose, ne se limitant pas aux professionnels de santé.

2.1.2) Formations à l'hypnose

En France, de nombreuses formations existent : certaines sont sous la forme de Diplômes Universitaires (DU), d'autres sont dispensées par des associations ou encore des organismes privés.

Actuellement, treize diplômes universitaires ont été recensés par l'INSERM ^[29]. La création du premier diplôme universitaire par le Docteur Jean-Marc Benhaïem remonte à 2001. Il a été mise en place à Paris à la faculté de médecine de La Pitié Salpêtrière. Tout **diplôme universitaire** de formation à l'hypnose médicale dure au minimum un an. Les prix de ses formations ainsi que leur durée sont variables. Tous se composent d'un certain nombre d'heures de cours (au minimum 60h), et sont validés par un mode de contrôle continu et/ou un examen final écrit, ainsi que la présentation d'un mémoire sur le sujet.

Depuis 2014, à la **faculté de médecine de Nice**, a été créé un **Diplôme Universitaire d'Hypnose**. Il regroupe un ensemble de cours théoriques et pratiques. Cette formation s'échelonne sur un an (de janvier à septembre) avec un total de quatre-vingt heures réalisées, et elle requiert la rédaction d'un mémoire et la validation d'épreuves théoriques. Elle est accessible à tout professionnel de santé, et ne peut s'adresser à plus de quarante participants par année.

Concernant les **autres formations**, dispensées par des organismes associatifs ou privés, elles sont de durée variable, possiblement réparties sur plusieurs années. Elles sont ouvertes à un public plus ou moins large.

Les formations peuvent s'effectuer dans le cadre d'une formation continue, de développement ou d'amélioration de la pratique de l'hypnose. Elles sont alors réservées aux professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), se déroulant sur une durée de un à douze jours. C'est par exemple le cas des formations dispensées par **L'Institut français d'hypnose** ou encore celle dispensé par **l'AFEHM**.

D'autres formations existent et sont pour leur part ouvertes à un public plus large et sont généralement basées sur un module d'initiation à l'hypnose. Elles posent des questions d'ordre éthique, n'adhérant pas au code éthique mise en place par la CFHTB.

Néanmoins, comme le précise l'INSERM ^[29] « *il faut rappeler que s'il n'y a pas de texte légal interdisant la dispense de ces formations à des **non professionnels de santé**, la pratique de l'hypnose [médicale] [...] a par contre déjà fait l'objet de **condamnations** pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du code de la santé publique)* ».

2.2) Déroulement d'une séance d'hypnose médicale

Une séance d'hypnose médicale ne consiste pas uniquement en l'instauration par l'hypnothérapeute d'un **état de transe hypnotique** chez le patient. C'est davantage un processus : la séance n'est pas figée, elle évolue en plusieurs phases ^[6]. On parle de transe provoquée, par opposition à la transe spontanée, que chacun expérimente sans en être conscient plusieurs fois par jours.

2.2.1) La mise en relation

L'accueil du patient comprend de nombreuses **dimensions relationnelles et sensorielles** capitales pour la suite de la séance. A travers ce premier échange, en état ordinaire de conscience, le praticien et le patient sont amenés à se découvrir, se faire confiance, et échanger des informations, autant verbalement que sensoriellement. Le patient doit se sentir suffisamment **en confiance** pour accepter de laisser rentrer dans son intimité le praticien, de partager avec lui ses **motivations et difficultés**.

Dans cette relation, le patient est actif, l'hypnose se fait avec lui et non pas sur lui : l'hypnothérapeute se positionne ainsi comme l'égal du patient et non comme son supérieur. En effet, le premier objectif est de former les bases d'une **alliance thérapeutique**. Les deux parties se veulent mutuellement protection et bien être. L'objectif de cette alliance est que le patient aille mieux et qu'il n'ait plus besoin de revenir voir l'hypnothérapeute. Cette alliance a donc pour vocation d'être de courte durée.

Pendant ce premier contact, le praticien va établir avec le patient le **thème** suivi pendant le **voyage hypnotique**. Il peut par exemple se baser sur un souvenir ou un endroit agréable pour le patient.

Avant de passer à la deuxième phase, il est fréquent de mettre en place un système permettant au patient de manifester s'il est inconfortable à un moment de la séance. En fonction des patients, ce système peut être de type verbal, si le patient ressent le besoin de continuer à parler, ou non verbal, tel que le mouvement d'une main. On parle de **signaling**.

2.2.2) L'induction

La phase d'induction consiste à **inhiber progressivement la conscience critique du patient**, en l'amenant à se focaliser sur un seul élément : cela peut être sa respiration, qui est invitée à être de plus en plus profonde, ou le son de la voix du thérapeute. C'est au praticien d'adapter son discours en fonction de la réceptivité du patient.

2.2.3) La transe hypnotique

Véritable « fil rouge » de la narration, le thème choisi par le patient est amené et suivi par le thérapeute pendant toute la durée de la transe hypnotique. Le praticien n'impose aucunement le déroulement du voyage, au risque d'aller à l'encontre de l'imaginaire du patient, et de le sortir de son état d'hypnose. Ses paroles se font de plus en plus rares, puisqu'il n'a qu'une idée imprécise de ce que ressent et voit le patient.

Pendant la transe, le praticien vise à modifier la perception négative du patient concernant son problème actuel de sorte à ne plus le voir comme un obstacle insurmontable. Pour se faire, le patient doit être motivé pour améliorer sa situation actuelle.

L'hypnothérapeute peut suivre différentes méthodes. Il peut par exemple travailler sur une **reformulation des faits vécus** à travers une technique de régression en âge. Le patient est alors amené à revivre le fait vécu mal assimilé pour en modifier sa perception. Il peut également travailler sur le **recadrage** : il s'agit de guider progressivement le patient vers une modification de perception de sa réalité et de son problème, en changeant ses croyances et son comportement. En outre, l'hypnothérapeute peut amener le patient à expérimenter un **élargissement de sa perception** : le patient, auparavant focalisé sur son problème, arrive à voir au-delà de celui-ci, ce qui est source d'apaisement et de libération tensionnelle. Enfin, il peut également **projeter le patient dans le futur**, pour le laisser vivre un événement qui l'angoisse, et ainsi amoindrir son anxiété à ce sujet.

Pendant toute la transe, l'observation visuelle du patient est réalisée. La manifestation d'une modification du rythme respiratoire (respiration profonde, lente) ou de la tenue musculaire (catalepsie, relâchement musculaire, mouvements automatiques), permet au thérapeute de modifier son discours pour réorienter le patient dans une situation sécurisante pour lui, ou approfondir l'état de transe hypnotique.

2.2.1) le retour au fonctionnement ordinaire

Le retour à la conscience critique se fait progressivement. Il est d'abord proposé au patient de **conserver un souvenir** de ce voyage intérieur. En l'invitant à garder en mémoire ce qui a été le plus intéressant pour lui pendant cette expérience, cela lui permet également de pouvoir réactualiser ce souvenir, cette ressource, à chaque fois qu'il en ressentira le besoin dans sa vie quotidienne. Puis le retour à la réalité se fait **graduellement** : les étapes sont comme rembobinées une à une : le voyage hypnotique est conclu, puis l'attention est de nouveau portée sur la respiration, l'ouverture des yeux, les éléments environnants dans le monde réel. Enfin, l'éveil total du patient est encouragé par la réalisation de mouvements volontaires.

Après **évaluation verbale et visuelle** du bon retour à la réalité du patient, le thérapeute converse avec lui en orientant la discussion vers le futur, l'amenant à réfléchir sur ce qu'il fera dans quelques minutes, heures, jours.

2.3) La place de la communication

Pratiquer l'hypnose médicale, c'est avant tout apprendre à communiquer. En effet, comme mentionné ci-dessus, la communication joue un rôle fondamental dans le travail hypnotique. ^[8]

2.3.1) La communication verbale

Communiquer c'est d'abord une affaire de langage, de choix des mots.

Le discours de l'hypnothérapeute se doit **accessible** à tous : les mots choisis sont simples à comprendre, tout jargon médical est proscrit. Il est souhaitable d'utiliser, pendant la séance, le langage employé en début de rencontre par le patient, pour rendre le discours du praticien le plus accessible possible.

Les **pauses** sont importantes pour laisser à l'imaginaire le temps de fonctionner. Elles se prolongent à mesure que la transe s'installe, devenant des silences, d'une durée d'au moins trente secondes, quand la transe hypnotique est bien établie.

Le temps de conjugaison est également important : les expériences passées ou présentes à connotation négatives sont traitées au passé, tandis que les expériences, passées ou présentes à connotation positive, agréable, sont évoquées au présent. Cela permet une mise à distance du négatif, pour ne laisser la place qu'au positif durant l'expérience présente.

Durant la transe hypnotique, le cerveau est dans un état de fonctionnement différent et, entre autre, il ne prend plus en compte la négation. Ainsi, l'hypnothérapeute n'a recours qu'à l'emploi de **termes à connotation positive**. En effet, s'il est mentionné « ne vous inquiétez pas » le patient va d'abord penser à s'inquiéter, alors que la remarque « tout va bien se passer » le rassurera. De même, pour évaluer le ressenti douloureux d'un patient, il est préférable d'émettre une suggestion induisant une recherche du positif : à la place de « ressentez-vous une douleur ? », il faut demander plutôt « êtes-vous suffisamment confortable en ce moment ? ». Il a notamment été démontré que l'anticipation de la douleur ou sa simple évocation avant un geste entraîne une augmentation de l'activation du réseau cérébral de la douleur ^[30].

Concernant le langage hypnotique, il est basé sur l'emploi de **métaphores** et **suggestions** ouvertes. Ces dernières peuvent être renforcées par l'utilisation de **truismes**, c'est-à-dire d'évidences énoncées avant une suggestion, pour que le patient accepte d'autant plus facilement celle-ci.

De plus, notamment dans le cadre de l'hypnose conversationnelle, l'hypnothérapeute peut proposer un **choix illusoire** au patient. Le but est que le patient choisisse entre deux options, sans que la réalisation de l'action ne soit remise en cause. Par exemple, lors d'une prise de sang, la proposition « vous préférez qu'on réalise la prise de sang sur le bras gauche ou droit ? » donne au patient la possibilité de choisir, sans remettre en cause la réalisation du geste. De même pendant la transe hypnotique, le praticien peut proposer « le chemin se sépare en deux : vous pouvez choisir d'aller à droite... ou préférer vous diriger à gauche... ». Le choix n'a pas d'importance sur la suite du discours de l'hypnothérapeute, mais il donne une forme de pouvoir et contrôle au patient qui le rassure.

2.3.2) La communication non verbale

La communication non verbale regroupe tous les gestes, attitudes, expressions faciales, mais également tout ce qui a trait à l'environnement. D'après les études en 1967 du professeur Meherabian, elle représenterait 93% des informations échangées dans une conversation ^[31]. Bien que ses conclusions soient aujourd'hui critiquées, il est indubitable que la communication non verbale occupe une place prédominante dans nos échanges.

Les informations non verbales sont prises en compte par nos cinq sens.

Que cela soit par leurs apparences, à travers leur tenue, leur coiffure, ou par leur gestuelle, et expressions faciales, le patient et le praticien sont amenés à se découvrir avant tout par ce qu'ils perçoivent **visuellement** l'un de l'autre. Il est très important que le patient se sente en confiance avec l'hypnothérapeute, aussi le choix de ce qu'il dégage visuellement devra-t-il être réfléchi.

L'**audition** est également stimulée, notamment à travers l'écoute de la voix de l'hypnothérapeute. Elle doit être douce et calme. Elle est modulée pendant le discours, s'abaissant en fin de phrases. Elle se fait plus puissante quand vient la fin de la séance, pour accompagner la sortie de la transe.

Le rythme de la voix a également beaucoup d'importance, se faisant plus lent et monotone à mesure que la transe hypnotique s'installe chez le patient, de sorte à l'accompagner et le maintenir dans celle-ci.

Les autres sens du patient peuvent être pris en compte par l'hypnothérapeute pendant la séance. Le praticien portera l'accent sur le **toucher** en incitant le patient à se focaliser sur le siège sur lequel il se trouve, ou encore sur le **goût** ou l'**odorat**, en fonction du thème de la séance.

Deux techniques permettent d'utiliser le non-verbal pour soutenir les informations verbalement communiquées.

D'abord, le **mirroring** : le thérapeute va effectuer ce qu'il demande au patient, pour accentuer son message verbal. Par exemple, il va prendre une profonde inspiration en même temps qu'il demande de le faire au patient. Par mimétisme, le patient va ainsi inconsciemment la reproduire.

L'autre technique possible est le **pacing** : si le patient est stressé, il va avoir tendance à respirer rapidement. Le thérapeute va donc moduler son rythme respiratoire de sorte à rejoindre dans un premier temps celui du patient : c'est ainsi ce dernier qui donne le rythme. Puis il va progressivement ralentir son rythme, pour induire le même phénomène chez le patient.

Il est enfin à souligner que la communication est effectuée dans les deux sens : on émet et on reçoit des informations. L'observation de l'autre est ainsi une partie active, et capitale, de la conversation pour adapter son discours.

DEUXIEME CHAPITRE

Hypnose et obstétrique : un lien de plus en plus prometteur

Le recours à l'hypnose semble être prometteur dans de nombreux domaines médicaux^[29], motivant la réalisation d'études dans les différents secteurs de la santé existants : addictologie, dermatologie, dentisterie, chirurgies, cardiologie, etc.... Bien que la qualité de ces études soit hétérogène, et que, dans la plupart des domaines, de nouvelles études sont nécessaires pour confirmer ou infirmer un potentiel thérapeutique de l'hypnose, dans son rapport de juin 2016, l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale juge qu' « *il existe néanmoins suffisamment d'éléments pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel, en particulier en anesthésie per-opératoire ou dans la colopathie fonctionnelle (colon irritable)* »^[29].

Dans le domaine obstétrical, bien des indications peuvent être jugées intéressantes pour l'emploi de l'hypnose, que cela soit en amont d'une grossesse, pendant celle-ci, pour l'accouchement ou encore dans les suites de celui-ci, durant la période dite du *post-partum*.

1) Avant la grossesse : Hypnose et infertilité

« *Avant de tomber enceinte, l'hypnose permet d'assimiler des traumatismes refoulés...* » [FD]

« *Avant la grossesse ça permet de lever des blocages inconscients pour tomber enceinte...* » [FB]

1.1) Aspects éthiques de l'infertilité

[67] [68]

La capacité de concevoir un enfant est un désir complexe. D'abord naturel, instinctif, c'est celui de tout être vivant. C'est également un désir d'amour, de transmettre des valeurs, des coutumes, une histoire, son histoire. Néanmoins c'est aussi un désir des plus narcissiques, celui de donner la vie, sous la forme d'une partie de soi, et ainsi d'acquérir une certaine forme d'immortalité.

De ce fait, la découverte d'une infertilité (définie par l'incapacité à concevoir un enfant après deux ans de rapports sexuels réguliers en l'absence de contraception) est vécue comme un traumatisme par le couple, une profonde blessure existentielle comparée à la découverte d'un cancer par certains^[68]. Elle révèle des peurs, des angoisses, des doutes. Après une période de déni vient la colère, la peur, la honte, la solitude, la remise en question. L'acceptation, bien difficile à atteindre, se soustrait à une évolution des mentalités : depuis l'établissement de la Charte d'Ottawa en 1986, être en mesure de concevoir un enfant et de donner la vie est vécu comme un droit. En France, l'infertilité n'est alors plus considérée comme une maladie incurable mais comme une **inégalité** sociétale qu'il est juste de tout faire pour corriger.

Cependant, après avoir fait les différents examens recommandés dans le but de rechercher une cause à cette infertilité, qu'elle soit d'origine organique ou fonctionnelle, un couple sur dix ne se verra retrouver aucune explication rationnelle à leur infertilité.

La question d'une cause plus profonde alors, enfouie dans l'histoire du couple infertile, dans leurs vécus et croyances, est recherchée.

En effet, le désir d'enfant peut être un sentiment ambivalent. Il est lié à l'histoire de chacun, au passé familial, à l'enfant qu'on a été, au lien à la mère.

Certaines femmes vont désirer être enceintes bien plus que d'avoir un enfant, pour combler un manque. D'autres n'auront l'impression d'exister qu'en étant mère à leur tour.

Cependant, certaines femmes vont être parasitées par un besoin obsessionnel d'avoir un enfant, d'autres par l'impression de ne pas en être capable ou de ne pas être à la hauteur. *« Des blocages psychiques qui prennent souvent racine dans la relation mère-fille peuvent expliquer ces échecs répétés. On veut un enfant plus que tout, mais paradoxalement une part inconsciente de nous ne le désire pas, le corps refuse alors la conception. Pour essayer de lever ces verrous inconscients, un travail psychanalytique est souvent nécessaire [...] ».* [67]

Enfin, il est à souligner que l'anxiété engendrée par le recours à la Procréation Médicalement Assistée est nettement augmentée, puisque s'ajoute à la pression normale d'un premier projet d'enfant, celle de l'échec à concevoir naturellement cet enfant.

1.2) L'hypnose dans le combat pour une descendance

Comme évoqué lors du premier chapitre de ce mémoire, l'hypnose est étroitement liée à l'accès à l'inconscient d'une personne, à ses traumatismes enfouis et à ses ressources insoupçonnées. S'il vient d'être établi ci-dessus que fertilité et psychologie peuvent être étroitement intriquées, il est ainsi cohérent de penser que l'hypnose peut être utile dans ces circonstances, autant en amont du recours à toute technique contre l'infertilité, que pendant la réalisation d'une de ces techniques.

1.2.1) L'hypnose comme aide psychologique à l'infertilité : témoignage

Il est possible d'avoir recours à l'hypnose médicale dans le cadre d'une psychothérapie, pour dépasser la déception ainsi que la potentielle culpabilité de ne pas avoir de grossesse spontanée.

De même, l'hypnose peut aider, par la levée de blocages inconscients et la découverte de ressources intérieures, à diminuer le stress, l'anxiété et à vivre ainsi plus sereinement l'attente d'une grossesse.

Lors de mes entretiens, j'ai rencontré Madame FB en consultation. Son témoignage s'inscrit dans cette indication.

En effet, dès l'introduction de mon sujet de mémoire, elle a immédiatement mentionné le fait d'avoir eu recours à l'hypnose durant son parcours pour pouvoir concevoir un enfant. Elle a accepté de me raconter son histoire. Etant un témoignage oral, le discours de Madame FB n'était pas aussi linéaire et chronologique que comme présenté ci-dessous. J'ai volontairement organisé ce témoignage par thèmes, en y mêlant une synthèse de ses dires et ses propres mots, de sorte à en rendre la lecture plus fluide.

Témoignage de Madame FB,

35 ans, professeur de langues à l'université, enceinte de son premier enfant.

Son histoire :

Madame FB est née par Procréation Médicalement Assistée. *« Je l'ai appris pendant que j'étais ado et ça m'a beaucoup travaillée ... » « ... Ça m'a fait me demander : « est-ce que moi aussi j'aurai besoin d'en passer par là ? Est-ce que je pourrai tomber enceinte ? ».*

Ainsi, avoir la capacité d'être enceinte n'a pas toujours été si évident pour elle : *« Tomber enceinte a toujours été un gros point d'interrogation, je ne sais pas pourquoi ça m'a autant marquée mais vraiment ça m'a bloquée, enfin j'ai l'impression... ».*

De plus, Madame FB juge qu'elle a mis du temps à vouloir un enfant : *« ...j'ai tardé, je ne me suis pas sentie prête, jusqu'à il y a vraiment trois ans, à être mère... J'ai fait mes études puis j'ai eu mon travail,... ça passe vite ! »*

Son parcours pour avoir un enfant :

Elle a consulté une première fois son médecin au bout de dix mois d'essais infructueux : *« je suis allée voir notre médecin avec mon mari et il nous a dit de ne pas nous inquiéter, que c'était encore trop tôt pour parler de stérilité ... ».* Elle a mal vécu ce rendez-vous : *« c'était frustrant, j'ai eu l'impression d'être encore plus seule, qu'on ne me prenait pas au sérieux... ».*

Elle ne se souvient pas du temps qui s'est écoulé entre celui-ci et son deuxième rendez-vous avec un gynécologue-obstétricien : *« on a attendu encore quelques mois mais ça ne venait pas alors on a demandé à faire les tests ... ».* Mais après avoir réalisé les examens médicaux prescrits, il en est résulté que *« tout était normal, pour tous les deux... ».*

Après les résultats, Madame FB a décidé d'arrêter de se focaliser sur cette question : *« Je me suis vraiment dit à ce moment là que voilà je ne tomberais pas enceinte... ».* *« ...Cette période là c'était très compliqué à vivre, on se disputait beaucoup avec mon mari pour ça ».*

Son recours à l'hypnose :

Son mari a entendu parler d'un hypnothérapeute qui *«... avait aidé [la sœur d'un collègue de travail] pour tomber enceinte ».* Madame FB n'a pas directement accepté de voir cette hypnothérapeute : *« ...J'ai beaucoup hésité. Je me rappelle, j'ai lu pleins de choses sur le sujet ».*

Elle a finalement pris rendez-vous. Elle ne se rappelle plus de toute la séance : *« ...Je sais que sur le moment j'étais très stressée, mais elle m'a mise assez vite à l'aise. On a beaucoup parlé avant qu'elle me fasse l'hypnose ».* *« Elle m'a fait une séance comme si j'étais enceinte. Je me rappelle que j'étais seule dans mon salon chez moi. Et je me rappelle, je me caressais le ventre, j'étais enceinte et je profitais de ce moment. C'était très intense comme émotion ».* Elle rajoute *«...elle m'a dit quelque chose qui m'a marqué, que maintenant tout allait bien se passer et j'ai vraiment eu cette impression après la séance d'avoir un énorme poids en moins. C'est comme si j'avais enfin accepté que c'était possible pour moi de tomber enceinte ».*

Madame FB est aujourd'hui enceinte de 27 semaines d'aménorrhées (SA). Elle n'a pas refait de séance d'hypnose après celle-ci et a appris sa grossesse six mois après cette séance. Elle ne sait pas si c'est vraiment grâce à l'hypnose qu'elle a réussi à être enceinte, mais elle dit que l'hypnose l'a aidée à se sentir mieux et surtout à se *« sentir capable de tomber enceinte ».*

1.2.2) L'usage de l'hypnose durant les techniques de Procréation Médicalement Assistée :

Tout au long du parcours de Procréation Médicalement Assistée (PMA), l'hypnose peut apporter une aide de sorte à gérer au mieux les difficultés physiques et psychologiques liées au contexte d'infertilité et aux différents traitements.

Ainsi dans certains centres en France, comme à Perpignan ou à Brest, elle peut être proposée à l'hôpital aux couples suivant un parcours de PMA.

Plusieurs études ont démontré que l'hypnose tendait à favoriser la fertilité.

Une étude australienne en 1999^[32] a pris en compte 1156 femmes ayant recours à une ou plusieurs fécondations *in vitro*. L'objectif de cette étude était de déterminer l'impact d'un soutien psychologique, basé sur différents procédés dont le suivi de séances d'hypnose, sur le succès de l'obtention d'une grossesse. Il en est ressorti un taux plus élevé de grossesses chez le groupe de patientes ayant reçu cette prise en charge psychologique durant leur parcours de Procréation Médicalement Assistée (56.4% de grossesses obtenues dans ce groupe) que pour le groupe de patientes ayant refusé ce soutien psychologique (39% de grossesses obtenues dans ce groupe).

En 2006, une étude israélienne^[33] a comparé deux groupes de patientes réalisant l'implantation d'embryons obtenus par Fécondation *in vitro* (FIV), un groupe témoin et un groupe réalisant l'intervention sous hypnose. Dans le groupe hypnose, 52 des 98 patientes au total ont bénéficié d'une FIV aboutissant à une grossesse. Cela équivaut à un taux de réussite de 53,1%. Concernant le groupe témoin, sur 96 patientes, 29 FIV ont conduit à une grossesse, soit un taux de réussite s'élevant à 30,2%.

Enfin, en Inde en 2013, une étude^[34] a été effectuée sur une période de 28 ans, regroupant le suivi de 554 couples infertiles sans explication médicale retrouvée. Le recours à l'hypnothérapie durant leur parcours de procréation médicalement assisté dans le but de soulager le stress conjugal a abouti à un taux de succès de grossesses de 71.7%. Bien que l'étude ne s'est basée que sur des couples ayant bénéficié de séances d'hypnothérapie, les chercheurs soulignent que 349 couples avaient préalablement effectué un ou plusieurs parcours de Procréation Médicalement Assistée en amont, sans avoir recours à l'hypnose, et sans succès.

Toutes ces études tendent à souligner le fait que l'infertilité inexplicquée peut être due à un **processus psycho dynamique** semblant réversible par l'hypnose psychothérapeutique.

En effet, sur le plan biologique, la réaction au stress provoque certaines modifications hormonales en lien avec la fertilité. Comme l'explique un article scientifique de 2009^[35], face à un stress physique ou émotionnel, le corps favorise la transformation de la progestérone en cortisol. Si la durée du stress est importante, cela a non seulement pour conséquence une diminution du taux de progestérone, hormone essentielle dans le cadre de la conception et du maintien d'une grossesse, mais également l'inhibition par le cortisol de la « Gonadotropin-releasing hormone (GnRH) », induisant une diminution de la production des spermatozoïdes, une inhibition de l'ovulation et une perte de la libido.

Ainsi, par la prise en charge de ce stress, notamment avec un recours à une **hypnothérapie** qui permettrait la mise en place d'une relaxation régulière, et qui apporterait la possibilité d'un travail sur des souvenirs inconscients traumatiques, il est envisageable de penser que le **processus infertile d'origine psychique** serait réversible.

Les résultats de ces différentes études sont donc prometteurs concernant l'utilisation de l'hypnose dans le cadre d'une infertilité inexplicée. Néanmoins, le faible nombre d'études sur le sujet nécessite de réaliser de plus amples recherches pour confirmer ou infirmer ces premiers résultats positifs.

2) L'hypnose pendant la grossesse

Pour toute femme, la grossesse est source d'importants remaniements et bouleversements, autant physiques que psychiques.

La conception d'un enfant provoque un fort bouleversement émotionnel, basé sur des modifications hormonales, mais également sur des modifications plus profondes, faisant écho avec le psychisme propre de l'individu : il s'agit d'une véritable crise identitaire aboutissant au passage du statut de fille à celui de mère. Le Docteur Racamier, psychiatre français, a employé le terme de « maternité » pour regrouper « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité* ». [69]

Dans la même lignée, la psychanalyste M. Bydlowski [36] évoque pendant la grossesse « *un état particulier du psychisme, état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience* ». Ainsi, les traumatismes refoulés remontent aisément à la conscience, et la femme enceinte est amenée à en parler bien plus spontanément qu'ordinaire, ces remémorations ne soulevant pas les résistances inconscientes habituelles. Le travail hypnotique s'en trouve alors facilité.

Pour accompagner cette transition psychique et physique, l'hypnose semble offrir de nombreuses possibilités, dont la plupart sont présentées ci-après.

2.1) L'hypnose comme recours aux maux de la grossesse

2.1.1) L'hypnose et les vomissements gravidiques

L'apparition de vomissements est fréquente au premier trimestre de grossesse. Généralement résolutifs sans traitement, ils s'estompent dès la fin de celui-ci, soit vers seize semaines d'aménorrhées. Néanmoins, ils deviennent pathologiques lorsqu'ils persistent, ou qu'ils deviennent chroniques.

On parle d'*Hyperemesis gravidarum* lorsque les vomissements sont incoercibles. En cas de perte de poids dépassant les 5% ou de l'apparition d'une déshydratation ou d'une cétonurie, une hospitalisation est alors nécessaire. Selon le degré de gravité, le traitement comprend l'établissement de mesures diététiques, médicamenteuses et une prise en charge psychologique.

En effet, cette pathologie a une origine multifactorielle encore mal identifiée, comprenant un facteur psycho-social indéniable. Des chercheurs se sont intéressés aux différentes méthodes de soulagement de ces vomissements incoercibles.

Ainsi, d'après les premières études sur le sujet, après avoir exclu tout diagnostic d'origine médical, organique ou fonctionnel, les méthodes de psychothérapie sont à prioriser, telle que l'hypnothérapie.

Dans une étude américaine en 1999 ^[37], 138 patientes enceintes souffrant de cette pathologie, et récalcitrantes aux traitements classiques (hospitalisation, traitements médicamenteux et réhydratation par perfusion), ont suivi une à trois séances d'hypnose. Suite à cela, 88% des patientes n'ont plus eu aucun vomissement.

Une étude américaine de 2012 ^[38], dans la même lignée, développe les différents moyens de traiter cette même pathologie, dont l'hypnose.

En effet, l'hypnose permettrait de traiter l'*Hyperemesis gravidarum* en induisant une relaxation de la personne, qui amènerait ainsi une diminution de la surexcitation du système sympathique. Ainsi, les différents muscles du système supérieur digestif, présents notamment dans la gorge et l'estomac, se relâcheraient, interrompant les réflexes de reflux.

2.1.2) L'hypnose et les troubles du sommeil

Un article de 2015 ^[39] révèle que 66 à 94% des femmes enceintes ressentent des troubles du sommeil (insomnies, sommeil léger, réveils fréquents...). Ces troubles peuvent aboutir à plusieurs conséquences maternelles, comme la survenue de maladies cardiaques, d'un syndrome dépressif, de menace d'accouchement prématuré ou de douleurs pendant la grossesse. Ils peuvent également impacter sur la bonne croissance fœtale avec une augmentation du risque d'hypotrophie.

L'hypnose peut être pratiquée pour remédier à ces troubles du sommeil.

Une étude suisse de 2014 ^[40] a été menée sur le sujet. Soixante dix participantes d'une vingtaine d'années ont été amenées à écouter avant de dormir un texte audio contenant des suggestions hypnotiques. Elles étaient équipées d'un électroencéphalogramme de haute fréquence qui enregistrerait pendant quatre-vingt dix minutes les ondes cérébrales. Il en est ressorti que l'écoute de suggestions hypnotiques provoquait un raccourcissement significatif du temps d'endormissement (67%) ainsi qu'une augmentation de la durée de sommeil à ondes lentes SWS (81%), ondes en relation avec le sommeil profond.

Si la technique semble prometteuse, aucune étude à l'heure actuelle n'a été réalisée pendant la grossesse.

2.1.3) L'hypnose dans la lutte contre l'anxiété

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, l'anxiété se définit comme un « *sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement* ».

L'anxiété généralisée, ou trouble anxieux généralisé, peut s'exprimer dès l'enfance, bien qu'elle soit en général diagnostiquée pour la première fois entre vingt et trente ans en moyenne.

Elle se manifeste par un comportement introverti, un manque de confiance en soi pouvant être dissimulé par un excès de perfectionnisme, la présence de craintes injustifiées voire de préoccupations excessives et l'expérimentation de troubles du sommeil (insomnie, cauchemars fréquents...).

Une étude anglaise analysant les causes de l'anxiété pendant la grossesse ^[41] a révélé que le motif d'angoisse le plus fréquent est la **peur de la mort du fœtus**, renvoyant à l'histoire propre des femmes enceintes concernant un problème d'infertilité familiale ou la survenue de décès. Dans la même lignée, une étude ^[42] portant sur les motifs d'anxiété au cours de la grossesse révèle trois grands thèmes : la **peur de l'accouchement**, la **peur de porter un enfant malade/handicapé**, et la préoccupation concernant la modification de son apparence.

Selon plusieurs études l'anxiété a de néfastes conséquences, autant pour la femme enceinte que pour son nouveau-né. En effet, d'une part, les **symptômes physiques** peuvent ainsi se déclarer chez la femme enceinte tels que des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales), musculaires (raideur ou douleur), sensoriels (bouffées de chaleur, vertiges, fourmillements), cardiaques (tachycardie) ou encore respiratoires (essoufflement, polypnée) ^[69]. D'autre part, il est également à noter que l'anxiété est l'un des facteurs de risque important retrouvés dans les cas **d'accouchements prématurés** ^[43], d'apparition **d'hypertension**, de **pré-éclampsie** ^[44] et de **rupture prématurée des membranes** ^[45].

Quant aux conséquences liées à l'enfant on peut entre autres retrouver une **hypotrophie à la naissance**, ainsi que des troubles **d'irritabilité, d'agitation, de sommeil** et des interactions précoces dès la période néonatale ^{[35][45]}. En outre, deux études ^{[48][49]} révèlent qu'un niveau sévère d'anxiété a un impact significatif sur le **développement mental et moteur de l'enfant**. Tous ces troubles s'expliquent par le fait que l'anxiété provoque la diminution d'oxygénation du fœtus ainsi que du passage de nutriments et la production excessive de cortisol qui passe la barrière placentaire ^[47].

Plusieurs équipes de chercheurs ont voulu étudier l'impact de l'hypnose sur l'anxiété, mais à ce jour une seule étude s'est intéressée à l'évaluation de cette technique durant la grossesse. Il s'agit d'une étude malaisienne datant de 2016 ^[46]. Elle porte sur cinquante-six femmes séparées en deux groupes équivalents de vingt-huit femmes chacun. Le premier groupe de femmes, groupe expérimental, bénéficiait à partir du deuxième trimestre de grossesse de séances d'hypnose jusqu'à trente-six semaines d'aménorrhées. Le deuxième groupe de femmes, groupe témoin, bénéficiaient de la prise en charge classique concernant le suivi de grossesse.

Il en résulte plusieurs points :

- les patientes du groupe expérimental avaient, à 36 SA, une diminution significative de leurs **symptômes psychiques anxieux**. Au contraire, les patientes appartenant au groupe témoin expérimentaient une augmentation de leurs symptômes psychiques anxieux.

- Concernant les **symptômes physiques**, on observe une diminution de l'ensemble des symptômes étudiés dans le groupe expérimental. Dans le groupe témoin, la majorité des symptômes physiques sont, à l'inverse, en augmentation. Si certains symptômes sont tout de même en diminution, ils restent plus présents pour le groupe témoin. Par exemple, on observe une réduction des nausées dans les deux groupes. Néanmoins, si cette diminution est totale dans le groupe expérimental, passant de 71,4% en début de deuxième trimestre à 0% en fin de grossesse, elle est présente mais moins importante dans le groupe témoin, passant de 96,4% à 26,1%.

Si cette étude s'avère encourageante concernant l'impact positif de l'hypnose sur les symptômes découlant de l'anxiété pendant la grossesse, le faible nombre de participantes requiert de réaliser d'autres études sur le sujet.

2.2) La place de l'hypnose pour certaines indications obstétricales

2.2.1) L'hypnose et l'hypertension artérielle gravidique

L'hypertension artérielle pendant une grossesse, qu'elle soit primaire, c'est-à-dire antérieure à celle-ci, ou secondaire à la grossesse, entraîne un risque important de développer différentes pathologies, autant fœtale (mort fœtale in utéro, retard de croissance...), que maternelle (hématome rétro-placentaire, pré-éclampsie, insuffisance rénale etc...) [9].

Son diagnostic nécessite un suivi maternel et fœtal étroit. Sa prise en charge thérapeutique peut s'agencer autour de mesures hygiéno-diététiques, ainsi que si nécessaire, la prise d'un traitement médicamenteux. En cas d'hypertension non contrôlée une hospitalisation peut être indispensable. L'un des facteurs aggravant de l'hypertension artérielle pendant la grossesse étant le stress, certains hypnothérapeutes proposent des séances dans le but de réduire l'hypertension. C'est par exemple le cas de Madame A. Toyarot qui exerce en tant que sage-femme sur Toulouse « *Pendant la grossesse, j'utilise l'hypnose informelle ou formelle, pour le traitement des hypertensions. Elle s'avère efficace avec les personnalités stressées, inquiètes* » [50].

Aucune étude n'a pour le moment eu lieu concernant l'impact de l'hypnose sur l'hypertension artérielle pendant la grossesse.

Néanmoins une étude en 2013 [51] s'est basée, hors grossesse, sur l'impact de l'hypnose sur l'hypertension artérielle chez quatre-vingt patients, dont 57% de femmes et 43% d'hommes souffrant d'hypertension soit primaire (héréditaire) soit secondaire à cause identifiée (insuffisance rénale, obésité, grossesse, ...). Les participants furent divisés en deux groupes, l'un expérimental (n=52) suivant un programme psychothérapeutique incluant la pratique d'hypnose ericksonnienne en plus de la prise d'un traitement médicamenteux, et l'autre témoin (n=28) ne recevant que le traitement médicamenteux. Les résultats démontrent que les participants du groupe expérimental ont ressenti une diminution significative de la perception du stress, une augmentation de leur qualité de vie et leurs résultats médicaux ont montré des valeurs de pression artérielle normalisées, persistantes sur la durée. Des études sont ainsi à envisager pour cette indication pendant la grossesse.

2.2.2) L'hypnose pour la Menace d'accouchement prématuré

La Menace d'accouchement prématuré se caractérise par l'association de contractions utérines et de modifications cervicales ^[9]. D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, elle est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. Les étiologies sont nombreuses, mais un facteur d'anxiété est généralement retrouvé, soit en tant que cause de la pathologie, soit en conséquence de celle-ci.

L'hypnose, comme évoqué précédemment, peut intervenir dans la diminution de cette anxiété. Elle peut également permettre la relaxation de l'utérus de nature contractile.

Deux études évoquent surtout son efficacité quant à la **prévention** de la menace d'accouchement prématuré.

La première est une étude comparative de 2010 ^[52] partageant en deux groupes des patientes ayant suivi (n=101) ou non (n=10812) des séances d'hypnose et ayant ou non accouché avant terme : elle révèle moins d'accouchements prématurés pour les patientes du groupe hypnose (5.43%) en comparaison des patientes du groupe témoin (11.3%).

La deuxième étude, de 2009^[53], compare également deux groupes (hypnose et témoin) et retrouve que 4.7% des patientes du groupe hypnose ont accouché avant 37SA (n=64) contre 10.3% dans le groupe témoin (n=2135).

Nous pouvons remarquer que dans les deux cas, le groupe témoin est considérablement plus important que le groupe hypnose. Néanmoins les études concluent leurs résultats comme valide du fait de la valeur-p retrouvée significative.

2.2.3) L'hypnose pour la Version par Manœuvre Externe

L'impact de l'hypnose dans le cadre de la Version par Manœuvre Externe a également été traité dans une étude en 1994 ^[54] regroupant cent patientes enceintes portant un fœtus en siège de 37 à 40 SA. La mise en place de séances d'hypnose en amont de la version, et se poursuivant jusqu'à celle-ci ou jusqu'au terme, a permis, pour le groupe expérimental, un taux de conversion des fœtus en présentation céphalique de 81%, contre 48% dans le groupe témoin. Les séances d'hypnose préconisaient un relâchement général, destiné à supprimer la crainte et l'anxiété et interrogeaient le subconscient des patientes sur les raisons pour lesquelles leur enfant restait en siège.

3) L'hypnose et l'accouchement

Deux thématiques sont souvent associées à l'accouchement.

Tout d'abord la peur : *« j'avais surtout peur de l'inconnu, de ne pas savoir ce qui m'attendait, surtout pour l'accouchement » [BS]*, *« j'avais peur pour mon enfant, peur qu'il soit malade, que quelque chose n'aille pas » [TG]*. Cette peur aux origines multiples provoque un état de stress et d'anxiété, augmentant généralement à l'approche de l'accouchement.

L'**accouchement** symbolise à la fois la fin d'une période de la vie du couple, et le début d'une autre. Devenir ou redevenir parents est une étape pouvant être très **déstabilisante** pour le couple, puisqu'associée à de nombreux éléments : l'histoire de chacun avec ses propres parents, son parcours progressif vers l'indépendance, mais aussi l'histoire d'amour entre le couple, et les représentations que chacun s'est fait sur l'enfant à naître et le fait de devenir parent.

Un autre thème revient fréquemment dans l'esprit de toute femme enceinte, la notion de **douleur** : douleur des contractions, douleur de l'accouchement, la volonté de pallier cette douleur, avec ou sans anesthésie médicamenteuse : « *j'appréhendais l'accouchement... la douleur surtout* » [MS]. Si la douleur a bien une composante physique, elle devient dans l'accouchement autant **symbolique** que celui-ci : elle matérialise physiquement le passage entre les deux phases d'une même vie, celle de passer d'un statut de femme ou homme à celui de mère ou père. Elle n'est alors plus uniquement physique, mais également **psychique** : son intensité, son expression, ne serait-ce que sa présence, est vécue très différemment d'un couple à l'autre, d'une femme à une autre. Bien des facteurs extérieurs peuvent l'influencer : le contexte socio-économique, la situation familiale avec les ascendants, la culture, l'éducation ... Mais elle est aussi étroitement intriquée à la vision propre de chacun du "devenir parent", à la représentation intime de l'accouchement, à l'interprétation personnelle de la contraction : certaines la voient comme une alliée, d'autres comme un obstacle.

Finalement, il semblerait que les **deux notions ne fassent qu'une** durant cette étape singulière de la vie du couple : la peur potentialise la douleur, la douleur potentialise la peur.

Or, **l'hypnose peut jouer un rôle dans bien des aspects d'un accouchement** : pallier la douleur, prendre ou reprendre le contrôle de la situation, assimiler ou se désister d'angoisses et de peurs oppressantes, ou simplement comme une aide à la relaxation, ou encore pour atteindre une plus profonde connexion avec soi-même et son corps.

Mais l'hypnose peut surtout **se pratiquer de deux façons**, à savoir avec ou sans préparation préalable, et c'est ce qui fait toute sa singularité. En effet, elle peut s'enseigner durant une **préparation à la naissance** et à la parentalité ciblée. Mais, elle peut également être pratiquée par un professionnel de santé formé à cette pratique dans **l'urgence**, sans que la parturiente n'y ait jamais eu recours auparavant: pendant le travail, la pose de péridurale, ou encore l'accouchement, que celui-ci s'accomplisse par voie haute (césarienne) ou par voie basse.

3.1) L'hypnose dans la Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Un mémoire de fin d'études de sage-femme de 2012 ^[70] avait entre-autre relevé les **motivations** de choix de séances de Préparation à la Naissance ciblées sur l'hypnose de treize patientes interrogées. Il en était ressorti qu'une majorité des femmes (85%) avait choisi cette Préparation à la Naissance pour pallier un trouble émotionnel (vécu obstétrical traumatique, situation familiale difficile liée aux ascendants, angoisses précises). Les autres motifs exprimés étaient la volonté de gérer la douleur de l'accouchement (27%), ou de gérer certains troubles somatiques du post-partum (18%).

3.1.1) L'hypnose et la résolution d'un trouble émotionnel

« J'imagine que ça peut permettre de diminuer le stress, les peurs... De s'ouvrir aussi, dans le sens que ça permet de se libérer de ses anciens traumatismes et de son stress » [AF]

L'hypnose peut amener les femmes à être confrontées à leurs **doutes et angoisses** par rapport à l'accouchement dans le but de les transformer en images positives ou de pouvoir les raisonner. En apprenant à maîtriser leurs angoisses, elles apprennent à prendre confiance en elles et à gagner en assurance concernant le déroulement futur de la naissance de leur enfant. Elles peuvent également être amenées progressivement à se désister de certains ressentis négatifs, précédents la grossesse actuelle ou apparus pendant celle-ci. Par l'intermédiaire de séances d'hypnose, ils peuvent être subtilement assimilés par la femme enceinte au cours de sa grossesse.

En outre, une étude de 2015 ^[55] a démontré que l'enseignement de l'autohypnose lors de la Préparation à la Naissance a permis de réduire significativement le niveau de peur et d'anxiété éprouvé par les mères lors de la naissance de leur enfant, comparativement à ce qu'elles craignaient de ressentir. Les patientes se disaient en général satisfaites, en ayant expérimenté durant le travail une sensation de calme, une meilleure maîtrise et une plus grande confiance en elles-mêmes.

Une seconde étude de 2013 ^[56] randomisée a voulu comparer le vécu de l'accouchement de 1222 patientes réparties en 3 groupes suivant des Préparations à la Naissance et à la Parentalité différentes (classique, sophrologie et hypnose). Il en est ressorti que les patientes du groupe hypnose avaient un meilleur vécu selon plusieurs critères évalués que les patientes des deux autres groupes.

3.1.2) L'apprentissage de l'hypnose pour la gestion de la douleur

« Je pense que l'hypnose peut aider pour gérer la douleur des contractions ... Et aussi pour les accouchements sans péridurale » [LO]

L'hypnose est également utilisée en Préparation à la Naissance pour apprendre aux femmes à prendre le contrôle sur leur **douleur**, par l'intermédiaire de l'apprentissage de l'autohypnose ^[8]. Différentes techniques leur sont enseignées pendant les séances.

D'abord celle de distorsion temporelle : les patientes apprennent à éprouver le passage du temps différemment, par exemple entre deux passages d'un professionnel de santé dans la salle d'accouchement. Les temps d'accalmie paraissent durer plus longtemps, à l'inverse des contractions qui semblent plus courtes.

Elles apprennent également des techniques de gestion de la douleur. Elles peuvent imaginer une manette irréaliste pour diminuer artificiellement la sensation douloureuse lors d'une contraction, ou déplacer la douleur dans une autre partie du corps comme leur main ou leur pied où la sensation sera mieux gérée. Elles peuvent aussi substituer cette douleur par une autre sensation plus agréable (chaleur, engourdissement), ou encore dissocier leur corps de leur esprit, devenant spectatrice pendant la contraction.

Ainsi, l'hypnose est un outil qui peut aider la patiente à gérer sa douleur, autant dans sa composante sensorielle qu'émotionnelle. Elle permet à la parturiente d'être active sur son travail et son accouchement, de lui redonner son autonomie.

De nombreuses études ont été réalisées dans ce sens ^{[57] [58] [59]}.

L'INSERM a réalisé une évaluation ^[29] de l'efficacité de la pratique de l'hypnose médicale en juin 2015. Concernant le travail et l'accouchement, l'INSERM s'est basée sur l'analyse de deux revues Cochrane et deux essais cliniques, révélant deux types d'études réalisées.

D'une part, des études **quantitatives** qui ne révèlent pas d'effet significatif de l'hypnose sur le travail (durée, modalités, recours à l'anesthésie péridurale ou d'autres médicaments antalgiques) ni sur l'accouchement.

D'autres part des études **qualitatives** qui concluent au fait que « *l'hypnose permettrait aux futures mères de développer leur confiance en leurs capacités, de leur donner un rôle actif et d'augmenter leur sentiment de contrôle de la situation, de réduire leurs peurs, de diminuer leur anxiété, de se relaxer, et enfin l'hypnose contribuerait à rendre l'expérience positive* » ^[29].

Dans la discussion, l'INSERM évoque une remise en cause des critères de jugements principaux retenus dans les études quantitatives. En effet, ils ne correspondraient pas aux effets prônés par les patientes dans les études qualitatives, indications bien plus portées sur l'apport psychologique de l'hypnose, avec un meilleur vécu de l'accouchement, que physique, tels que le moindre risque de complications ou l'effet antalgique de cette technique.

De plus, elle regrette l'hétérogénéité des modalités des différentes études (pratique de séances d'hypnose en groupe ou seule, pratique régulière ou une seule séance réalisée etc...).

Ainsi, les chercheurs recommandent que de plus nombreuses études de qualité soient réalisées sur ce sujet.

3.2) L'hypnose en salle de naissance en urgence

L'accompagnement d'une patiente n'ayant jamais eu de séance d'hypnose peut être effectué en salle de naissance par un professionnel formé à cette pratique.

L'hypnose va notamment lui permettre de gérer ses peurs, que cela soit concernant la douleur des contractions et de l'accouchement, ou concernant la peur des examens gynécologiques, de la pose de la perfusion ou de la mise en place de la péridurale.

De même, elle peut permettre à la patiente de s'évader, dans l'attente d'une dilatation suffisante pour avoir accès à l'anesthésie péridurale, dans le cadre d'un travail sans péridurale, ou encore en complément d'une anesthésie médicamenteuse.

Durant le travail et l'accouchement, toute la difficulté est d'évaluer l'état de conscience dans lequel se trouve la parturiente. Certaines, de part la douleur ressentie, sont naturellement en état de transe hypnotique, mais il s'agit d'une transe négative, inconfortable. Le but est alors de l'aider à passer rapidement dans une transe positive. Néanmoins, d'autres sont encore dans un état critique de conscience. Le travail hypnotique est alors plus difficile à réaliser, sans initiation préalable à l'hypnose.

L'hypnose conversationnelle est dans ce cas privilégiée. Il s'agit de démystifier ses peurs, de dédramatiser la situation, en utilisant un langage positif et rassurant lors de l'explication du déroulé des événements à venir. La discussion peut se conclure par la projection de la patiente dans l'avenir avec son enfant, par la narration de son retour en chambre par exemple.

Si à l'heure actuelle la pratique de l'hypnose en urgence en salle de naissance n'a pas fait l'objet d'étude officielle, nous pouvons néanmoins citer l'étude réalisée dans le cadre du mémoire pour le diplôme universitaire d'hypnose médicale en 2009 d'un médecin anesthésiste [72]. Celle-ci a révélé une diminution significative du taux de césarienne pour stagnation dans un groupe de patientes (n= 74) ayant bénéficié d'une séance d'hypnose en salle de naissance sans préparation préalable, en comparaison avec un groupe témoin (n=652).

3.3) L'accompagnement hypnotique pendant une césarienne

« Je pense que l'hypnose peut être utile pendant une césarienne pour se déconnecter de la réalité. [...] une amie m'en avait parlé parce qu'elle en avait eu pour sa césarienne et que ça l'a bien aidée. [...] En tout cas j'aimerais essayer si j'ai une césarienne » [LA].

En cas d'accouchement par césarienne, une dimension psychologique importante est à prendre en compte pour la patiente. Elle avoue en général être déçue, surtout dans le cadre d'une césarienne non programmée, en ayant le sentiment de ne plus être actrice dans la naissance de son enfant. De plus, elle est fréquemment anxieuse quant à cette intervention et ses suites : le déroulement de l'opération lui est inconnu, le fait de rester consciente mais ne rien sentir peut s'avérer perturbant, sans oublier la frustration d'être séparée de son enfant lors de ses premières minutes de vie.

Un article écrit par le Dr Jean Michel Hérin, anesthésiste à la clinique Sainte-Anne à Strasbourg, explique comment il est possible de mettre en place un accompagnement hypnotique pendant un accouchement par césarienne [9]. Il peut débuter dès la mise en place de la rachianesthésie, permettant l'installation d'un état de détente chez la patiente, mais aussi d'une ambiance plus calme et sereine dans le bloc opératoire, intéressant notamment en situation d'urgence. Puis il est poursuivi pendant toute la durée de l'intervention, en usant de différentes métaphores, comme celle du bain qui permet de dissocier la partie émergée, partie corporelle non prise en charge par l'anesthésie (en général se situant au-dessus de la quatrième vertèbre thoracique), de la partie immergée : *« Le bain peut se faire dans la mer, ce qui permet d'introduire la notion de vagues de plus en plus grandes, ou de dauphins venant taquiner le ventre, au moment de la pose des écarteurs ou de l'extraction fœtale »* [60].

L'hypnothérapeute peut permettre à la mère d'être actrice de son accouchement en effectuant une « réassociation » de la patiente avant la sortie de son enfant : elle peut alors être placée dans un processus actif, en lui proposant par exemple de pousser ou souffler pendant que son enfant est extrait.

4) L'hypnose et le post-partum

Jusqu'à présent, peu d'études se sont intéressées au potentiel de l'hypnose pendant la durée du post-partum.

Pourtant, c'est une période bien importante, emplie de changements, d'adaptations et de nouveautés, qui s'ouvre aux nouveaux parents. Beaucoup de parents manquent de confiance en leurs capacités à s'occuper au mieux de leur enfant, craignant de ne pas comprendre ses besoins, de ne pas y répondre correctement, de manquer de temps, d'organisation.

« Je pense que l'hypnose peut être utile si la mère a peur de s'occuper de son nourrisson et aussi pour tous les problèmes quand la mère ne se sent pas à la hauteur, et que ça la rend triste » [BS]

« L'hypnose peut être utile pour les angoisses vis-à-vis de son enfant : qu'on ne comprenne pas ses pleurs, qu'on ait peur de mal faire, de ne pas bien lui répondre » [TG]

Dans ce sens, une étude de 2013 ^[61] montre que pendant la grossesse 18% des femmes expérimentent une anxiété sévère, et que ce pourcentage est réévalué à 20% après la naissance. Elle précise en outre que cette anxiété entraîne la mise en place de stratégies d'adaptation inadaptées, comme un déni de la réalité ou un sentiment de culpabilité exacerbé. Elle exprime ainsi l'importance de ne pas laisser la situation se détériorer.

Outre les nombreuses angoisses qui accompagnent les parents pendant ces premières semaines de cohabitation avec le nouveau-né, il y a également une évolution radicale de leur relation de couple, généralement imprévue et déroutante.

L'hypnose peut ainsi être une indication pour mieux appréhender cette période de leur vie, apprendre à se faire confiance et à mieux gérer l'évolution de la relation de couple. Dans mon étude, neuf femmes interrogées mentionnent l'hypnose comme une aide à surmonter les craintes et le stress en post-partum.

L'hypnose peut également être un support à la mise en place de l'allaitement. En effet, une mère stressée et fatiguée risque d'avoir une mise en place de la montée de lait perturbée, alors que l'hypnose lui permettrait d'apporter sérénité et détente, ce qui favoriserait le bon déroulement de l'allaitement.

Enfin, l'hypnose pourrait permettre de prévenir ou surpasser une déprime passagère (baby blues), voir une dépression, dite dépression du *post-partum*. Cette indication a été proposée par trois femmes lors de mes entretiens. *« je me demande si on ne peut pas proposer l'hypnose après la naissance pour les femmes qui sont déprimées ? » [RM]*

Néanmoins, bien que certaines études existantes sur le sujet indiquent la possibilité que l'hypnose puisse être efficace dans la réduction des symptômes ^{[62][63]}, il n'y a à ce jour pas d'études comportant des résultats réellement concluants sur ce sujet.

TROISIEME CHAPITRE

Présentation des entretiens réalisés

1) Présentation de l'étude

La place de l'Hypnose en obstétrique a déjà été source d'études dans différents mémoires ^{[70][71]}. Dans ceux-ci, elle est plébiscitée par les professionnels formés à cette pratique ^[71], ainsi que par les patientes y ayant eu recours dans le cadre de séances de préparation à la naissance ^[70].

Cependant, l'étude d'un échantillon représentatif de la population concernée par ce thème, à savoir les femmes enceintes ou ayant accouchées, dont la plupart n'ont théoriquement pas déjà eu recours à l'hypnose, n'a pas encore été réalisée.

Or, puisque l'application de l'hypnose médicale semble de plus en plus prometteuse en obstétrique, il est intéressant d'étudier la perception que s'en font les femmes enceintes et les nouvelles mères, ainsi que leurs attentes éventuelles concernant cette pratique. En effet, cela permet de déterminer si un développement de l'hypnose semble opportun ou désuet dans le domaine obstétrical. En d'autres termes, il s'agit de me servir de données qualitatives pour réfléchir sur la place passée, présente et future de l'hypnose en obstétrique.

1.1) Objectifs de l'étude réalisée

Cette étude a pour but d'identifier les connaissances et le regard que les patientes, enceintes ou ayant récemment accouché, portent sur l'hypnose et sur sa place en obstétrique.

Pour se faire, plusieurs objectifs ont été formulés :

- Déterminer les **connaissances** qu'ont les patientes interrogées sur l'hypnose médicale, et les **sources d'informations** principales
- Etablir le nombre de patientes interrogées qui ont déjà eu recours à l'hypnose médicale, leurs **motivations** et leurs **satisfactions**
- Identifier les **indications** principales de recours à l'hypnose formulées par les patientes
- Evaluer l'impact des informations apportées lors des entretiens sur la **modification de l'intérêt** des patientes
- Dégager des **perspectives d'avenir** pour le développement de l'hypnose médicale en obstétrique

1.2) Méthodologie

Des entretiens ont été réalisés au Centre Universitaire de l'Hôpital l'Archet II à Nice sur une période de deux mois et demi.

Il a été décidé de réaliser des **entretiens semi-directifs**, basés sur une trame [Annexe I] dans le but d'accompagner la réflexion des femmes en se dirigeant progressivement de leur vision globale de l'hypnose à leur intérêt propre pour cette pratique pendant leur grossesse, leur accouchement, et la période du post-partum.

Au fur et à mesure des questions posées, j'informais progressivement les femmes sur l'hypnose médicale [Annexe II]. Pour ne pas influencer les différentes réponses obtenues, mes explications étaient données après avoir recueilli leur propos, comme précisé dans l'Annexe I.

Pour cette étude, désirant obtenir un échantillon aléatoire de patientes, j'ai réalisé mes entretiens en fonction de mes jours de passages. J'ai interrogé toute personne, avec leur accord de participation, présente dans les services ciblés les jours où je me rendais au CHU l'Archet II. Ces femmes étaient de tout âge, de milieu socio-professionnels et de contextes obstétricaux (autant physiologiques que ceux jugés « pathologiques ») différents. Le fait qu'elles aient déjà eu ou non recours à l'hypnose n'était pas un critère d'exclusion.

Un seul critère d'exclusion a été retenu, à savoir les femmes ne parlant ou ne comprenant pas le français. Il était aisé dans le service de maternité d'exclure ces femmes de l'étude en consultant les sages-femmes présentes dans le service et qui les prenaient en charge les jours où j'y étais. Il m'était plus difficile de le faire en consultations, puisque j'abordais les femmes au hasard de leur présence et de leur disponibilité. En conséquence, **deux femmes** interrogées en consultations **ont été exclues** de cette étude car parlant peu le français.

Cette étude regroupe ainsi les propos recueillis lors d'entretiens effectués avec trente femmes, sans prendre en compte les deux femmes préalablement citées. Ce chiffre avait préalablement été établi avec ma directrice de mémoire et l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme, compte tenu du caractère qualitatif de cette étude.

Les entretiens ont durés de vingt-cinq minutes à cinquante cinq minutes.

Durant chaque entretien, il était proposé aux patientes **d'enregistrer leurs réponses** pour pouvoir retranscrire correctement leurs pensées. Cinq patientes ont refusé, leurs propos ont ainsi été uniquement retranscrits par écrit. Les entretiens ont ensuite tous été entièrement reportés dans des grilles questions/réponses informatisées.

Parmi ces femmes, quinze ont été interrogées pendant leurs grossesses, en service de consultations gynécologie-obstétrique, et quinze pendant leur hospitalisation en maternité, ayant récemment accouché.

2) Présentation des résultats

2.1) Données sociologiques recueillies

2.1.1) Les critères de statut

Quatre critères ont été recueillis pour présenter la population interrogée.

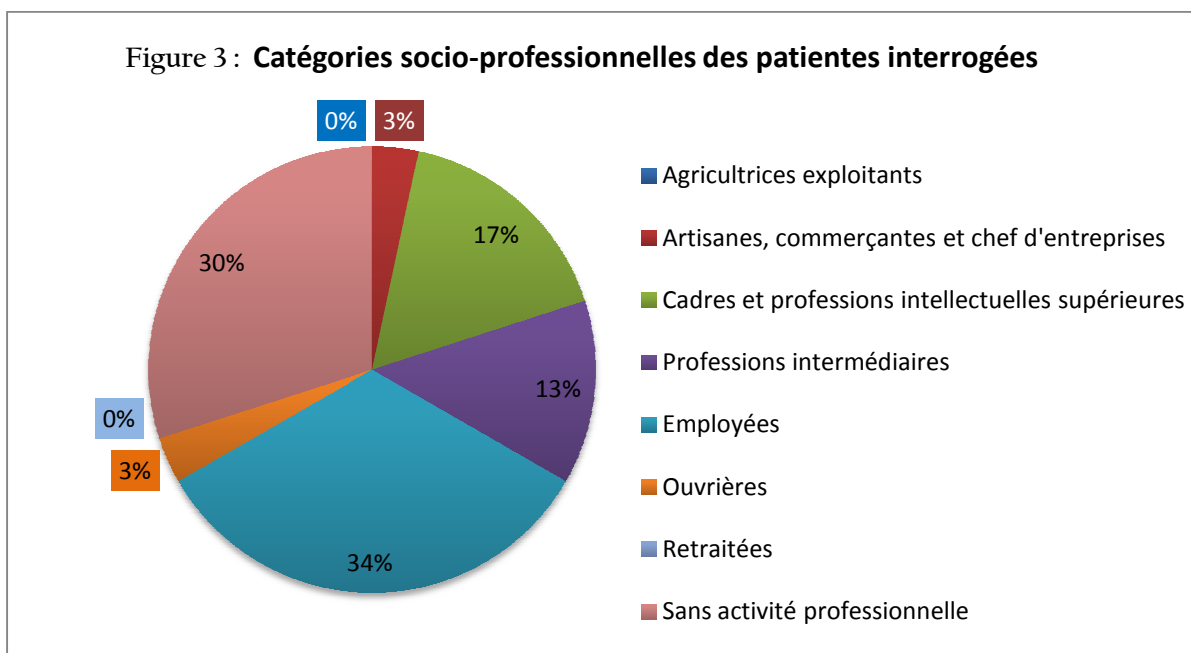
- L'âge maternel

L'âge des patientes interrogées se situait entre 16 ans et 44 ans, avec une moyenne d'âge de 29,3 ans.

Parmi ces femmes, deux avaient moins de 20 ans (dont une mineure), sept entre 20 et 25 ans inclus, quinze entre 26 ans et 35 ans, et six avaient plus de 35 ans.

- La profession

Les personnes interrogées sont regroupées en huit groupes de catégories socioprofessionnelles, selon la nomenclature en vigueur en France.



Remarque : dans la catégorie sans activité professionnelle sont regroupées les personnes sans profession (6) et les étudiantes (3).

- Le terme de la grossesse

Concernant les patientes interrogées pendant leur grossesse :

Le terme de grossesse des femmes était compris entre 20 SA et 41 SA et deux jours.

Parmi ces femmes, quatre avaient un terme inférieur à 30SA, huit avaient un terme entre 30 SA et un jour et 40 SA et six jours, et trois avaient un terme supérieur ou égal à 41 SA.

Concernant les patientes interrogées après leur accouchement :

Parmi ces femmes, dix avaient accouché à terme (c'est-à-dire un terme compris entre 37 SA et 41 SA), une avait accouché avant terme (36 SA et quatre jours) et quatre avaient accouché avec un terme dépassé (entre un à six jours de dépassement de terme).

- La parité

60 % des femmes interrogées étaient dites **primipares**, c'est-à-dire qu'elles attendaient ou venaient de mettre au monde leur premier enfant, avec une moyenne d'âge de 26.8 ans pour cet enfant.

Parmi les 40% restants des patientes dites multipares, cinq femmes attendaient ou venaient de mettre au monde leur second enfant, cinq leur troisième enfant, et deux avaient plus de trois enfants (respectivement six et sept enfants en prenant en compte la grossesse actuelle).

2.1.2) L'évaluation du degré d'anxiété

L'objectif de cette évaluation, bien qu'allouable à un objectif de type secondaire dans ce mémoire, est de déterminer le nombre de femmes jugées d'anxiété supérieure à la normale, pour lesquelles l'hypnose médicale aurait pu être une aide.

Cette évaluation ne se base pas sur une échelle d'évaluation de l'anxiété validée scientifiquement, de par un manque de temps durant mes entretiens, ces échelles étant longues à aborder avec les patientes.

L'échelle officielle d'évaluation de l'anxiété est celle mise en place par Hamilton [Annexe III]. Elle entreprend de classer en quatre catégories les personnes interrogées, par ordre croissant de niveau d'anxiété : anxiété normale, anxiété légère, anxiété modérée, anxiété importante à sévère.

De manière totalement subjective, j'ai mis en place une échelle **personnelle d'évaluation de l'anxiété** lors de mes entretiens [Annexe IV]. Elle est basée sur dix critères, permettant d'obtenir un score d'anxiété final entre 0 et 40. En fonction du score obtenu, en m'inspirant de l'échelle mise en place par Hamilton, j'ai classé en quatre catégories les patientes interrogées.

Ainsi, parmi les trente femmes interrogées j'ai considéré sept femmes (23.3%) comme de degré d'anxiété normal et huit avec un niveau d'anxiété légèrement supérieur à la normale. J'ai estimé neuf femmes (30%) comme ayant un niveau d'anxiété **modérément supérieur** à la normale (26.7%), et **cinq (16.7%) comme ayant un niveau d'anxiété sévèrement augmenté par rapport à la normale.**

Parmi les quatorze femmes manifestant une **anxiété modérée à sévère**, six révélaient un naturel déjà anxieux avant la grossesse.

De plus, pour toutes ces femmes souffrant d'anxiété chronique pendant leur grossesse, les **motifs** de cette anxiété se sont principalement avérés être de quatre types :

- la présence d'un **contexte particulier** : grossesse accidentelle, antécédent de mort fœtal in utéro à 31 semaines d'aménorrhées, antécédent d'infertilité avant la grossesse, ou contexte de prématurité.

« [...] *Quand on m'a annoncée que j'avais un risque d'accoucher très tôt, et qu'on m'a hospitalisée, au début cela ne m'a rien fait, je pense que j'étais vraiment dans le déni parce que je zappais dès qu'un programme parlait de maternité, d'accouchement, d'enfant, mais à coté de ça je ne vivais pas mal mon hospitalisation, je ne me posais pas trop de questions, enfin, je ne voulais pas trop m'en poser. Mais quand j'ai vraiment commencé à réaliser, là j'ai eu beaucoup de mal, je dormais mal, j'étais très angoissée. Une sage-femme m'a proposé de me faire une séance de respiration pour apprendre à me relaxer, et j'étais contente qu'on me propose ça...* » [AB]

- la peur de l'inconnu chez trois femmes interrogées
- la peur de l'accouchement chez quatre femmes interrogées
- la peur de ne pas réussir à bien s'occuper de l'enfant à naître pour quatre femmes, dont trois avaient plusieurs autres enfants à charge.

2.1.3) Autres données recueillies

- Qu'utilisez-vous quand vous êtes malade ?

Cette question avait pour but de distinguer les patientes ayant généralement recours en cas de **maladie*** à l'allopathie (mode habituel de traitement médical qui combat la maladie en utilisant des médicaments qui ont un effet opposé aux phénomènes pathologiques ^[74]), de celles utilisant plus fréquemment des médecines alternatives (homéopathie, phytothérapie, acupuncture, hypnose ...).

Douze femmes disent choisir dès qu'elles sont malades d'aller chez le médecin et de prendre les **médicaments** prescrits.

Quatre femmes disent se tourner vers les **médecines alternatives** telles que la phytothérapie, l'homéopathie ou l'acupuncture.

Trois femmes disent "prendre des remèdes de grand-mères" : « *J'utilise des remèdes de grands-mères, des tisanes maison par exemple* » [TG].

Huit femmes disent ne rien faire ni prendre : « *Je ne prends rien, je n'aime pas aller voir un médecin, je préfère attendre que ça passe* » [DB]. Parmi elles, une seule nuance son propos : « *Je ne m'y rends qu'en dernier recours, que si c'est grave, que ça ne passe pas. Je n'aime pas aller chez le médecin ou à l'hôpital.* » [ST]

*Maladie : Dans le but de faire référence à un état maladif dit « classique », non compliqué et non grave, il a été donné pour exemples aux femmes interrogées les termes de « grippe saisonnière », « bronchite », « gastro-entérite » etc....

Enfin, trois femmes disent ne pas être fixées sur un procédé : « *Je fais un peu de tout, il m'arrive d'aller chez le médecin et prendre des médicaments, comme prendre de l'homéopathie ou même ne rien prendre du tout et attendre que ça passe. Je ne suis pas fermée.* » [FR]

Aucune femme interrogée n'a mentionné pratiquer l'automédication.

- Pratique d'une séance de sophrologie

L'objectif à travers cette question était de connaître les patientes ayant déjà pratiqué une séance amenant une modification de leur état de conscience.

Huit patientes ont déjà pratiqué au moins une séance de sophrologie, dont une réalise également « *de la méditation depuis le début de la grossesse.* » [BA].

Parmi ces femmes, les avis divergent.

Pour la majorité, l'expérience a été plutôt positive : « *Oui j'ai essayé plusieurs fois. Je n'accrochais absolument pas au départ mais une fois que je me suis laissée aller, que j'ai accepté de prendre du temps pour me relaxer, ne plus penser à rien, j'ai vu rapidement les effets positifs sur ma vie.* » [FB].

Pour l'une d'entre elles, l'expérience a été de courte durée « *Oui j'en ai déjà fait, sur le moment ça m'a relaxée mais c'était juste sur le moment, ça n'a pas duré dans le temps* » [LO].

Néanmoins, l'une de ces femmes n'y a trouvé aucune aide « *J'ai essayé une fois en cours de préparation à la naissance avec ma sage-femme libérale. Mais ça n'a pas vraiment fonctionné sur moi, j'avais plus envie de rire qu'autre chose.* » [SS]

2.2) Découverte et pratique de l'hypnose médicale par les femmes interrogées

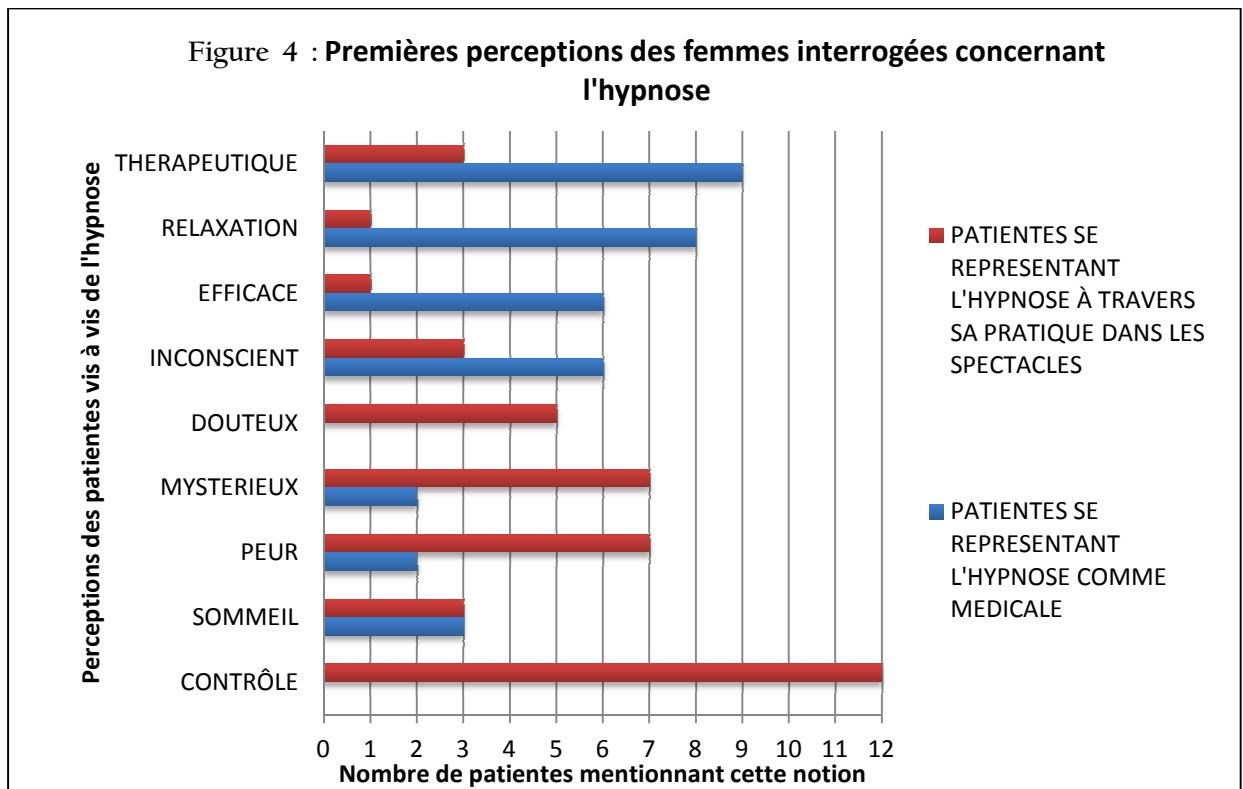
2.2.1) Premières perceptions de l'hypnose par les patientes interrogées

Pour ne pas influencer l'idée que se faisaient les femmes interrogées de l'hypnose, il n'a été aucunement défini ce qu'était l'hypnose avant de poser la question (question 11, Annexe I).

Il est d'abord intéressant de souligner que **80% des patientes interrogées** (soit vingt-quatre patientes) **avait notion de l'existence de l'hypnose médicale**. Néanmoins, parmi elles, toutes ne reliaient pas forcément l'hypnose et ce qu'elles en percevaient à son utilisation médicale.

En effet, cinq femmes (20,8%) n'ont uniquement associé l'hypnose qu'à son action médicale, alors que les dix-neuf autres femmes avaient connaissance des deux versants de l'hypnose (médicale et de spectacle). Parmi celles-ci, dix femmes (41,7%) se représentaient davantage l'hypnose à travers son utilisation pour le spectacle, et neuf femmes (37,5%) à l'inverse principalement à travers son utilisation médicale.

Il a été ensuite intéressant de **distinguer** les différentes impressions qu'avaient les femmes interrogées en fonction de leur **représentation de base** concernant cette technique. Au total, seize patientes (53,3%) se représentaient davantage l'hypnose à travers son utilisation dans les spectacles, contre quatorze patientes (46,7%) qui reliaient principalement l'hypnose à son utilisation médicale.



Il est ainsi à remarquer qu'en fonction de la représentation de base qu'ont les femmes de l'hypnose, leur définition et leur perception de celle-ci est bien différente.

On observe notamment que les thématiques associées à l'hypnose à connotation plutôt négatives (**contrôle** de l'individu, **peur** et **doute** relatif à la réelle existence d'une telle technique) sont bien plus présentes chez les femmes ayant une vision spectaculaire de celle-ci.

« Pour moi c'est une personne qui arrive à faire ce qu'il veut de nous » [AF]

« J'ai la vision de ce qu'on voit à la télévision, dans les shows. C'est vraiment impressionnant ce qu'ils arrivent à faire, j'y crois complètement et ça me fait peur. » [RM]

« Je ne sais pas trop quoi en penser, j'ai cette image de gourou qui rentre dans notre esprit et nous manipule, on n'est plus maître de nous-mêmes » [AP]

« Honnêtement je doute que ça fonctionne réellement » [AA]

A l'inverse, les thèmes à connotation positive (potentiel **thérapeutique** et **relaxant** de l'hypnose, **efficacité** de la technique) sont plus perçus par les patientes ayant une représentation médicale de l'hypnose.

« Je dirais que c'est un état naturel, et que ça permet d'essayer de se détendre au maximum pour éviter la douleur. » [AT]

« Pour moi l'hypnose c'est sortir ce que l'on a à l'intérieur » [AB.A]

« Je dirais que l'hypnose c'est se mettre dans un état de détente, de relaxation, se déconnecter un peu de la réalité pour évacuer la pression. » [ST]

*« Je dirais que ça permet de se rendre meilleur, ou d'avoir une vie plus saine, une vision positive »
[MD]*

Le rapport à l'**inconscient** et au subconscient est revenu chez neuf patientes. S'il est plutôt associé à une certaine emprise par l'hypnotiseur pour les femmes se représentant l'hypnose à travers son utilisation dans les spectacles, il est davantage lié à la notion psychothérapeutique de « *Gestion du subconscient* » [MD], « *d'atteindre les points sensibles cachés, l'inconscient* » [AH] pour les femmes attribuant avant tout une portée médicale à l'hypnose.

La notion de **sommeil** est mentionnée par six patientes. De même que pour la référence à l'inconscient, elle n'est pas connotée de la même façon en fonction des deux perceptions primaires des femmes.

Pour les femmes percevant l'hypnose comme thérapeutique, elle est associée à une certaine détente, un détachement de la réalité : « *Je dirais que c'est une séance pour dormir, se déconnecter* » [LE].

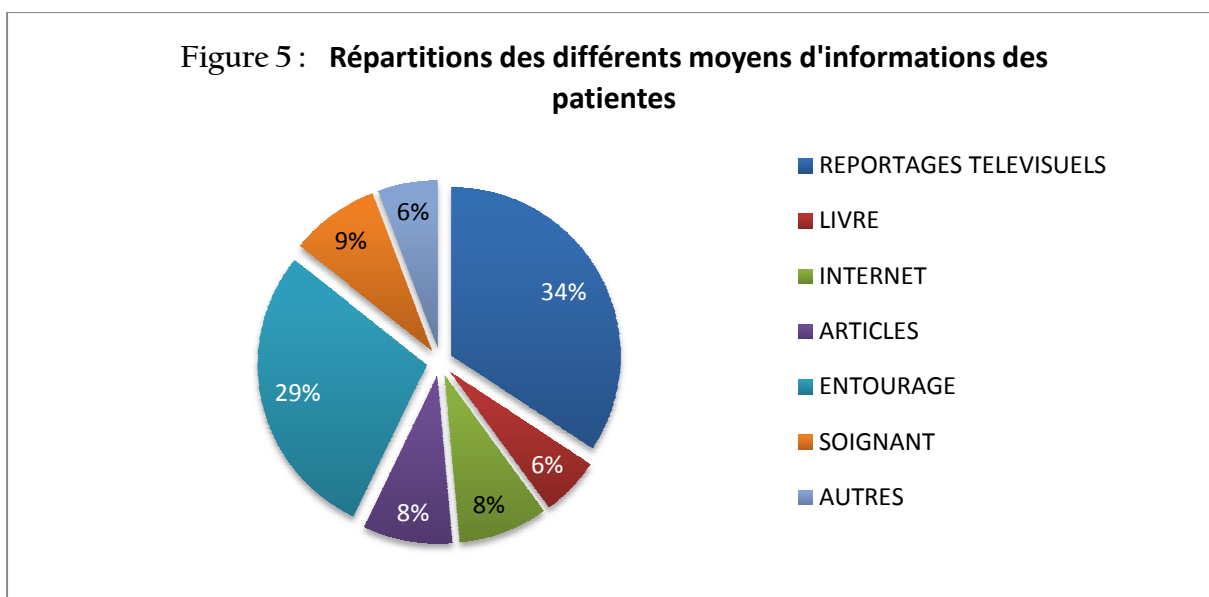
En revanche, pour les autres, elle est plutôt associée à une certaine crainte de perte de contrôle : « *Pour moi il s'agit d'une phase de sommeil où la personne qui nous y a plongé contrôle notre conscience* » [AB].

Pour finir, une notion qui est souvent revenue dans les entretiens est celle du **mystère** que suscite l'hypnose.

« Je suis intriguée parce que c'est mystérieux » [TG]

« C'est mystérieux quand même ce qu'on peut faire avec » [LO].

2.2.2) Moyens d'informations des femmes interrogées



Cinq femmes ont évoqué plusieurs sources d'informations concomitantes.

La **télévision** est le premier moyen d'information des patientes. Douze femmes disent avoir découvert l'existence de l'hypnose médicale à travers des reportages sur son application, notamment dans les domaines de la chirurgie et de la pédiatrie. Une femme mentionne également l'avoir découverte dans un film traitant de la psychothérapie par l'hypnose (classé dans autres).

L'**entourage** semble également être un moyen d'information important, puisque dix patientes mentionnent le fait qu'une personne de leur entourage (ami ou famille) leur en a parlé après y avoir eu recours elle-même. Parmi celles-ci, toutes évoquent l'efficacité de cette technique, que cela soit dans le contexte d'une addiction (« *J'en ai entendu parler pour le tabac par mon beau-père qui a utilisé l'hypnose pour arrêter de fumer. Ça c'est révélé efficace il n'a pas repris depuis plus de deux ans* » [AP]), dans le cadre d'une grossesse (« *Ma mère [...] en a pratiqué pendant toute la grossesse et pendant son accouchement. Ça lui a permis de bien le vivre et bien gérer la douleur* » [BA]) ou encore d'une césarienne (« *une amie m'en avait parlé parce qu'elle en avait eu pour sa césarienne et que ça l'a bien aidée* » [LA]).

D'**autres moyens d'informations** sont ensuite évoqués moins fréquemment : internet (trois femmes), la lecture de magazines (trois femmes), la lecture de livres sur l'hypnose (deux femmes), et un cours dispensé lors de ses études en faculté (une femme).

L'information par un **personnel soignant** n'est mentionnée que par trois femmes : l'une pour arrêter de fumer lors d'une consultation avec un **tabacologue**, une deuxième par un de ses proches, **sage-femme** hypnotérapeute, et la troisième par une **sage-femme** de la PMI (Protection maternelle et infantile) qui la suivait pour sa grossesse.

Enfin, les six patientes ayant uniquement connaissance de l'hypnose de spectacle l'ont toutes découverte dans des émissions à la télévision.

2.2.3) Pratique de l'hypnose médicale : témoignages

Lors de mes entretiens, cinq patientes ont déclaré avoir déjà eu recours à l'hypnose. Les moyens et buts recherchés se sont avérés bien différents.

En effet, trois personnes disent avoir utilisée l'hypnose médicale sans avoir recours à un professionnel.

Tout d'abord madame ST, 28 ans, ayant accouché il y a deux jours de son premier enfant : *« Je cherchais à me détendre un peu quand je faisais mes études, avec les examens, et j'ai découvert des vidéos sur internet qui duraient une vingtaine de minutes, et qui nous amenaient à nous relaxer. Je pense qu'au début c'était juste comme des séances de relaxation, mais après j'ai découvert des enregistrements à écouter par un hypnothérapeute, pour s'endormir ou pour déstresser. J'en écoutais régulièrement il y a quelques années, maintenant moins, je n'en ressens plus le besoin je pense »*.

Madame MD, 28 ans, ayant accouché de son deuxième enfant la veille, raconte : *« J'étais vraiment stressée pendant ma grossesse et une amie m'a conseillé un livre « La maîtrise de votre subconscient » de Marcel Rouet. C'est vraiment un très bon livre qui m'a beaucoup aidée, qui explique finalement comment notre subconscient a une emprise sur notre façon de réfléchir. Ensuite il nous explique comment faire de l'autosuggestion, de l'autohypnose, pour penser différemment, en se répétant qu'on va y arriver tous les soirs avant de s'endormir, que tout va bien se passer. Avec le stress que j'ai vécu pendant ma grossesse ça m'a beaucoup aidée »*.

Enfin Madame AT, 38ans, enceinte de son deuxième enfant, explique : *« Pendant sa grossesse une amie à moi avait lu un livre qu'elle m'a passé pour ma première grossesse : « hypnobirthing ». Je l'avais lu aussi parce que je voulais un accouchement naturel, sans péridurale, et donc je voulais prendre le dessus sur la douleur. Mais finalement ma première est arrivée très vite donc je n'ai pas eu le temps de mettre les techniques proposées en place. Je suis en train de le relire là pour mon deuxième, ça aide à bien se relaxer en tout cas »*.

Deux femmes ont eu en revanche recours à l'hypnose avec un professionnel.

Madame FD, 38 ans : *« J'ai perdu mon premier enfant [Mort Fœtal In Utero à 31 SA] il y a 3 ans. Suite à cela j'ai été suivie par un psychiatre longtemps car j'avais beaucoup de mal à l'accepter et m'en remettre ». « J'en ai pratiqué [de l'hypnose] avec mon psychiatre. J'ai réalisé deux séances qui ont vraiment bien marché, même si ça mettait toujours du temps pour me mettre vraiment en hypnose. J'en avais fait il y a quelques mois, toujours par rapport à la perte de mon enfant, avant de tomber enceinte ». « J'allais continuer à en faire pendant ma grossesse mais ma psychiatre est enceinte aussi donc elle s'est arrêtée pour le moment. Mais je vais me renseigner pour en faire avec quelqu'un d'autre »*.

Enfin, Madame FB, 33 ans, a consulté également un hypnothérapeute dans un contexte d'infertilité avant sa grossesse actuelle. Son témoignage a été retranscrit dans le deuxième chapitre de ce mémoire (page 27).

2.3) Les indications de recours à l'hypnose médicale pour les patientes interrogées

Lors de mes entretiens, de nombreuses indications de recours à la pratique de l'hypnose médicale pendant leurs grossesses ont été citées par les patientes, et synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Tableau des indications de recours à l'hypnose pour les patientes interrogées

	Indications	Nombre de patientes l'évoquant
Avant la grossesse	Surmonter un traumatisme	4
	Problèmes psychiatriques	2
	Addictions (tabac)	2
	Phobies	1
Pendant la grossesse	Relaxation : stress/ angoisses / peurs	20
	Troubles du sommeil	4
	Canaliser ses hormones/ sautes d'humeur	2
	Hospitalisation / pathologies durant grossesse	2
	Douleurs physiques	2
	Troubles digestifs (vomissements)	1
	Etre plus en phase avec son enfant à naître	1
En salle de naissance	Gestion de la douleur : contractions / accouchement	18
	Relaxation : stress/ angoisses / peurs	9
	Accouchement sans péridurale	6
	Pendant une césarienne	2
	Alternative aux médicaments	3
Pendant le post-partum	Relaxation : stress/ angoisses / peurs	9
	Baby blues et dépression du post-partum	3
	Surmonter la déception d'avoir eu une césarienne	1

Il est intéressant d'observer que les indications liées à l'amélioration d'un critère psychologique (gestion du stress, dépression du post-partum etc....) sont énormément citées par les patientes. En effet, seules deux femmes ne citeront aucune indication à caractère psychologique lors des entretiens.

En outre, l'indication la plus citée par les personnes interrogées est la gestion du stress et de l'anxiété, dans les différentes phases de la périnatalité, puisque mentionnée par vingt-trois femmes interrogées (76.7%).

On remarque que beaucoup de femmes ont également mentionné l'hypnose comme aide dans la gestion de la douleur en salle de naissance.

2.4) Réflexion des femmes interrogées sur la place de l'hypnose en obstétrique

Pour conclure mes entretiens, deux questions étaient posées aux femmes interrogées. La première permettait de recenser les différents avantages et inconvénients perçus par chaque femme interrogée à l'égard de la pratique de l'hypnose médicale en obstétrique. La seconde avait pour but de mettre en évidence l'évolution de l'intérêt porté sur la pratique de l'hypnose par les patientes interrogées.

2.4.1) Synthèse des atouts et des désavantages ressentis à l'égard cette pratique

Chacune des femmes interrogées était amenée à réfléchir sur ce qu'elle attribuait de positif à cette pratique, et ses limites.

- Les atouts de l'hypnose médicale dans le domaine obstétrical

Quatre thématiques ont pu être mises en exergue à partir des dires des patientes.

L'avantage le plus cité concerne les **multiples possibilités d'aide** apportées par l'hypnose médicale, mentionnées par vingt sept des trente patientes interrogées.

La plupart d'entre elles (quatorze patientes) ne cite pas d'aide spécifique mais le fait que l'hypnose offre un **large panel de possibilités d'action** : « *Je dirais que le point positif c'est surtout que c'est très large, ça peut servir à beaucoup de choses* » [ST].

Neuf patientes ciblent l'aide **psychothérapeutique** apportée par l'hypnose « *Je pense que ça aide à se libérer à se sentir bien ou mieux par rapport à la grossesse* » [FR], « *Je dirais que ça fait avancer. Ça permet de faire le vide, d'assimiler des traumatismes et de reprendre une meilleure qualité de vie* » [FD].

Quatre patientes se réfèrent plutôt à l'effet **apaisant et relaxant** de l'hypnose (« *Je dirais que ça m'attirerait surtout pour me détendre* » [AH]), deux femmes à son potentiel **analgésique** (« *Je dirais que ça permet de « détourner » la douleur, de se concentrer sur autre chose* » [AF]), et une patiente le mentionne surtout pour son impact sur les **vomissements** gravidiques : « *Moi ça m'aurait attirée d'en faire pour les nausées/vomissements* » [LE].

Quatre patientes soulèvent un autre atout : d'après elles, cette pratique est **inoffensive** : « *En fait c'est uniquement positif parce que, que ça fonctionne ou pas, il n'y a rien de malsain, ça ne risque rien. Et puis ça n'engage à rien, au pire ça ne marche pas.* » [AF]

De plus, deux patientes insistent sur le fait que l'hypnose est une technique verbale **non médicamenteuse** : « *Il n'y a pas de médicament, c'est juste de la parole donc aucune conséquence physique négative sur le corps* » [FB].

Enfin, une patiente mentionne le fait que l'hypnose est un **état naturel** « *Le gros avantage est que ça peut être proposé pour pleins de choses et que ça ne peut pas faire de mal puisque c'est un naturel comme état, c'est déjà en nous* » [AT].

- Les limites de l'hypnose médicale dans le domaine obstétrical

Six thèmes ont été traités par les femmes interrogées pour justifier de la précarité de la place que l'hypnose occupe dans le domaine obstétrical aujourd'hui selon elles.

Neuf patientes ont mentionné la **mauvaise information** dont pâtie l'hypnose, se disant peu ou pas informées du potentiel recours à l'hypnose médicale pendant leur grossesse : « *je dirais que c'est le manque d'information parce que si on le savait, je pense que plusieurs aimeraient essayer une fois.* » [LA].

Huit patientes ont abordé l'obstacle de l'**image négative** qu'a la société aujourd'hui, notamment en étant plus sensibilisée à l'hypnose de spectacle : « *Le gros point négatif pour moi, c'est qu'on pense plus à l'hypnose à la télé qu'à l'hypnose pour aider à soigner quelque chose... Résultat moi je garde ce sentiment, je n'ai pas confiance, ça me fait peur* » [RM].

Parmi elles, six femmes mentionnent qu'elles conservent une peur du manque de contrôle de la situation, et du pouvoir que l'hypnothérapeute peut avoir sur elles : « *Le point négatif pour moi reste cette peur du manque de contrôle, sûrement dû à ce qu'on voit en premier à la télévision.* » [AP]

Pour quatre femmes, la **présence d'une tierce personne** lors de l'expérimentation de l'état hypnotique est crainte. « *Le manque de contrôle... ça me fait vraiment peur que quelqu'un puisse nous manipuler, que ce soit lui qui nous guide, qu'on ne soit pas seule avec nous-mêmes* » [ST]. Si deux d'entre elles y voient réellement une limite à un éventuel recours à l'hypnose personnel, deux autres mentionnent le fait que l'existence de l'autohypnose les rassure et pallie ce problème « *Qu'une autre personne ait ce pouvoir m'inquiète, mais ce n'est pas un vrai point négatif car avec l'autohypnose ça peut annuler ce problème* » [AB-A].

Cinq patientes ont également mentionné leurs craintes concernant l'**après d'une séance d'hypnose**. Deux d'entre elles estiment : « *[...] peut être que ça complique le problème : que le faire ressurgir n'aide pas la personne au contraire* » [BS]. Deux autres mentionnent la crainte du manque d'effet à long terme, dont l'une d'elle l'exprime ainsi : « *Ça peut faire du bien sur le moment, mais je ne sais pas si à long terme c'est vraiment bien ou si c'est pire qu'avant. Par exemple J'ai peur que ça enlève la douleur à un moment T des contractions. Mais que dès qu'on quitte cet état d'hypnose la douleur revienne et que, comme on n'y est pas habituée, on gère encore moins bien que sans* » [AA]. Enfin une personne redoute « *[...] la peur de ne pas réussir à revenir dans un état complètement normal après la séance* » [AS].

Trois patientes relèvent aussi des éléments du **contexte** d'une séance pouvant apparaître comme un obstacle pour elles :

- l'aspect **financier** pour l'une d'elles : « *la curiosité est là mais une séance d'hypnose est chère* » [AS]
- le **manque de temps** pour une autre : « *Je pense qu'il faut quand même avoir le temps d'aller voir un hypnothérapeute* » [AF].

- Le manque de réglementation pour la dernière : «*Ce n'est pas du tout rassurant. J'ai l'impression que tout le monde peut faire de l'hypnose, on peut avoir peur des dérives, de se faire manipuler, d'avoir affaire à un imposteur* » [AP]).

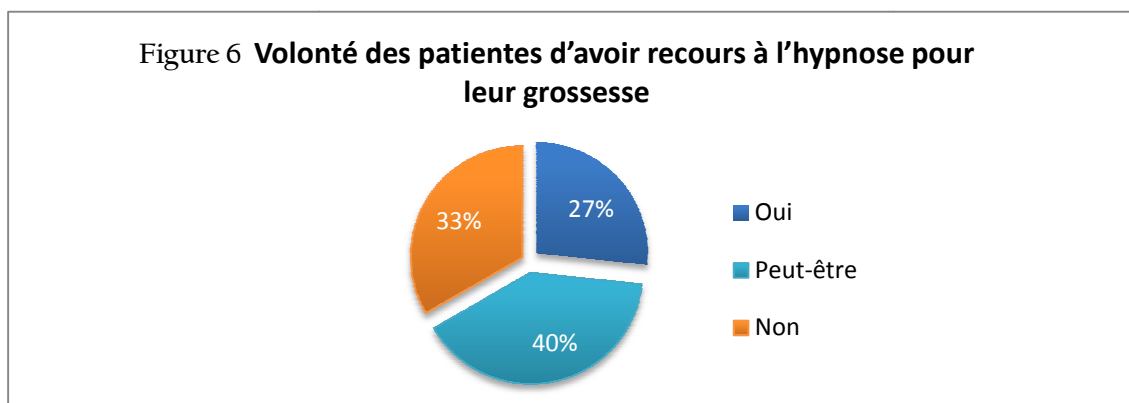
Enfin, huit patientes ont mentionné deux limites de l'hypnose médicale qui peuvent repousser les patientes à consulter. Pour certaines il s'agit du fait « *que ça ne fonctionne pas sur tout le monde* » [AT], pour d'autres c'est la difficulté du « [...] *lâcher prise je pense que ce n'est pas si facile. Ça peut demander beaucoup de temps avant d'arriver à faire de l'hypnose...* » [AB].

2.4.2) Bilan de l'intérêt porté par les patientes concernant le recours à l'hypnose médicale pour leurs grossesses

Evolution de la perception des patientes concernant l'hypnose au cours de l'entretien.

Vingt et une patientes manifestent une augmentation de leur intérêt vis-vis de l'hypnose médicale après les différentes informations données. Neuf patientes ont quant à elles indiqué ne pas ressentir de modification de leur intérêt pour cette pratique. Parmi elles, six avaient un premier avis positif sur cette pratique, et trois un avis négatif.

Volonté des patientes d'avoir recours à l'hypnose pour leur grossesse



Huit patientes ont clairement exprimé leur volonté de faire de l'hypnose pour cette grossesse, pour des motifs différents : gestion du stress (4), préparation à la naissance (2), psychothérapie (1), et pour combattre les vomissements (1).

Douze patientes sont moins catégoriques. Elles se disent intéressées soit pour une autre grossesse, soit en dehors de celle-ci, « *dans le futur si j'en ai un jour l'occasion* » [AH].

Enfin dix femmes ne veulent pas avoir recours à l'hypnose. Parmi elles, trois femmes disent ne pas en ressentir le besoin, deux ne pas en trouver l'intérêt (« *ça peut sûrement convenir à d'autres mais ça ne m'intéresse pas pour moi* » [FR]) et cinq déclarent conserver une crainte à l'égard de cette pratique (« *ça à l'air d'une pratique intéressante pour d'autres mais pas pour moi car j'aurais quand même trop peur de perdre le contrôle et de faire ou dire des choses que je regretterai après* » [AF]).

QUATRIEME CHAPITRE

*L'intégration de l'hypnose dans le domaine
obstétrical, aujourd'hui et demain*

1) Analyse de la méthodologie

1.1) Intérêts de l'étude

L'étude a été réalisée dans le Centre Hospitalier Universitaire de l'Archet II à Nice. Il n'a pas été jugé plus pertinent de réaliser une étude multicentrique, puisque les entretiens concernaient suffisamment de personnes avec des contextes et parcours différents pour avoir une réflexion globale concernant la place qu'occupe l'hypnose médicale dans le domaine obstétrical aujourd'hui.

De plus, le Centre Hospitalier Universitaire l'Archet II dispose d'une plage horaire de consultations d'hypnose un jour par semaine, proposée par le Docteur CARLON, anesthésiste retraitée et hypnothérapeute. Cela m'a permis d'orienter certaines patientes le désirant vers cette possibilité de prise en charge.

Le choix de réaliser des entretiens m'a amenée à prendre en compte les signaux verbaux et non verbaux des patientes et à adapter mes explications et mes questions à leurs réflexions.

De plus il a permis que toutes les questions posées obtiennent une réponse.

Il présente également eu l'avantage de pouvoir formuler des questions amenant une réflexion des patientes, et de recueillir des données qualitatives.

Par ailleurs, interroger des patientes à deux moments différents, à savoir pendant leur grossesse et pendant leur séjour en maternité, m'a permis de pouvoir prendre en compte différemment la perception que les femmes se font de la place de l'hypnose en obstétrique. En effet, l'abord de l'hypnose pendant la grossesse me permettait d'avoir leur ressenti actuel sur le vécu de leur grossesse. Elles pouvaient ainsi être plus à même de visualiser leurs besoins et leur volonté ou non d'avoir recours à l'hypnose. A l'inverse, la place potentielle qu'aurait pu avoir l'hypnose dans leur accouchement, et qu'elle pourrait avoir dans les suites de celui-ci a pu être évalué plus précisément en recueillant l'avis de femmes ayant récemment accouché.

La décision d'informer progressivement les patientes sur l'hypnose médicale et sur ses possibles indications dans le contexte d'une grossesse m'a permis d'éviter d'induire des biais de réponse, les patientes m'ayant ainsi répondu sans aucune influence de ma part.

Enfin, l'étude étant de type qualitatif, l'interprétation des résultats était prévue plus sensible et plus complexe: la limite de trente patientes a ainsi été fixée dès le début de l'enquête. Elle a été atteinte sans difficulté au bout de deux mois et demi d'enquête. Pour une analyse optimale des données de ce mémoire, il n'a pas été jugé intéressant de dépasser cette limite.

1.2) Limites et biais de l'étude

La trame d'entretien a été conçue précocement dans le processus de recherche sur le sujet, ce qui explique qu'elle comporte certains items qui ont soulevé des problèmes d'analyse.

En effet, deux questions n'ont pas été jugées pertinentes à exploiter par la suite. Il s'agit du choix de se tourner vers des médecines alternatives plutôt que l'allopathie, et de la pratique préalable de sophrologie. Ces **deux éléments** avaient pour but de déterminer si les personnes, spontanément tournées vers ceux-ci, avaient plus tendance à avoir un avis positif et à être attirées par l'hypnose médicale que les autres femmes interrogées.

Néanmoins, compte tenu du faible échantillon étudié, ils **ne peuvent en aucun cas être suffisants** pour démontrer d'une influence qu'ils auraient sur la perception de l'hypnose.

De plus, il est à souligner que les réflexions et ressentis des patientes étant propre à chacune, ils ne sont donc pas **extrapolables** à la population générale. Ils apportent néanmoins une **première vision** de la perception et des connaissances que portent les femmes enceintes et les nouvelles mères concernant la place de l'hypnose en obstétrique aujourd'hui.

2) Réflexion sur la place de l'hypnose en obstétrique

2.1) Place de l'hypnose médicale en obstétrique actuellement

Tout l'objet de ce mémoire est d'appréhender la place qu'occupe actuellement l'hypnose en obstétrique, pour pouvoir ensuite en dégager des perspectives d'avenir.

2.1.1) Perceptions et connaissances des patientes

Comprendre la réflexion des femmes enceintes sur la place qu'occupe l'hypnose aujourd'hui en obstétrique, c'est d'abord comprendre leur perception générale de l'hypnose. Comme présenté dans les résultats obtenus, il est d'abord à souligner que la **majorité** des patientes interrogées (soit vingt-quatre patientes) avait notion de l'existence de l'hypnose médicale. Parmi ces dernières, quatorze patientes (58,3%) percevaient davantage l'hypnose à travers son utilisation médicale que de spectacle. Il est ainsi intéressant d'observer que la population ciblée a une **perception généralement positive de l'hypnose**. Cette perception est principalement rattachée à sa **vocation première**, à savoir **soigner**, plutôt qu'à ses dérivés de spectacles, qui avait émergées au XIX siècle.

Cette évolution des mentalités est notamment permise par une **augmentation de la médiatisation** de l'hypnose médicale, source principale d'informations pour les patientes interrogées. La multiplication de reportages (télévisuels, radiophoniques, dans la presse écrite,...) permettent une progressive **démystification de l'hypnose**, en scindant la pratique de l'hypnose dédiée au spectacle de celle utilisée en médecine.

Malgré cela, pour 53,3% des femmes interrogées, restent ancrées des représentations négatives de l'hypnose, énormément portées sur la **Crainte de contrôle de l'esprit** par le praticien. Cette notion est intéressante dans son **ambivalence** ^[4]. En effet, actuellement, la notion de contrôle peut être étroitement liée dans les esprits à la notion d'hypnose, et ce de deux façons différentes.

Pour certains, elle peut être associée à une **connotation négative** de perte de contrôle, se référant à la mise en scène de l'hypnose de spectacle.

Pour d'autres, elle se joint davantage au souhait du patient que l'hypnothérapeute le délivre de ses maux.

Dans ces deux cas, l'hypnothérapeute cherche à **nuancer cette perception** en début de séance. Il n'a aucun pouvoir sur le fonctionnement mental de l'individu, aucun contrôle.

Le patient a un rôle actif dans l'amélioration de sa situation actuelle. Il doit être volontaire, motivé à apporter des changements. L'hypnothérapeute n'est qu'un guide, mais c'est le patient qui reste seul acteur dans la création et l'usage thérapeutique de cet état hypnotique.

2.1.2) L'hypnose médicale comme accompagnement des patientes interrogées

Il était supposé, en amont de la réalisation de cette étude, qu'une **grande majorité de femmes interrogées, voir la totalité d'entre elles, n'avaient jamais eu recours à l'hypnose médicale, que cela soit avant ou pendant la grossesse**. Ceci était présumé de part le choix d'interroger aléatoirement trente patientes, qui plus est dans un centre hospitalier universitaire proposant des séances d'hypnose de façon peu développée, et non spécifiquement dans le cadre de la grossesse ou de l'accouchement. Or, contrairement à cette supposition, **cinq femmes interrogées (16,7%)** avaient déjà eu recours à l'hypnose. **De plus, Huit patientes (27%)** ont clairement exprimée leur **volonté de faire de l'hypnose pour cette grossesse** (page 53).

Plus inattendu encore, parmi les femmes ayant déjà eu recours à l'hypnose, quatre en avaient pratiqué **dans le cadre d'une indication en relation avec la période périnatale** ciblée dans ce mémoire, comme décrit page 49 de ce mémoire.

En revanche, il est à souligner que trois d'entre elles pensent avoir pratiqué de l'hypnose médicale, alors qu'elles n'ont pas eu **directement** recours à un professionnel de santé. Si l'usage de livres ou d'enregistrements audio prétendus « hypnotique » peuvent être une bonne **initiation à la relaxation**, nous ne pouvons qu'insister sur l'importance de réaliser l'hypnose médicale avec un professionnel de santé pour tout autre motif (apprentissage de la gestion de la douleur, du stress etc...). Nous ne pouvons en effet pas garantir la qualité et l'efficacité de ces autres méthodes de recours.

2.1.3) L'hypnose médicale comme remède à tous les maux ?

Si l'hypnose semble de plus en plus envisagée comme possibilité de recours en obstétrique, il est intéressant d'en analyser les **motivations**.

- Une abondance de possibilités

Il est tout d'abord à observer l'importante **variété d'indications supposées** par les patientes. Au total, **dix-sept indications différentes** ont été relevées. Cela montre que l'hypnose médicale est supposée aider dans de nombreux domaines les patientes interrogées.

Il est à souligner que la plupart des indications citées par les patientes se concentre sur la période de la **grossesse** et de l'**accouchement**. Les indications mentionnées pour la période du post-partum (par onze patientes soit 36,7%) et pour la période périconceptionnelle (par six patientes soit 20%) sont moins nombreuses et entièrement ciblées sur un critère psychologique. De plus, toutes les femmes mentionnant avoir déjà eu recours à l'hypnose citent des indications centrées sur la grossesse et l'accouchement.

Cette observation est en adéquation avec la recherche scientifique actuelle, puisque peu d'études se sont portées sur la pratique de l'hypnose dans le cadre de la période périconceptionnelle et du post-partum.

En obstétrique, l'hypnose médicale aurait donc plus sa place actuellement dans l'accompagnement des femmes pendant leur grossesse et leur accouchement.

- L'hypnose dans la gestion du stress

Concernant les grandes indications émises par les patientes, il est tout d'abord à observer que l'indication la plus notable est celle de la **gestion du stress et de l'anxiété** (citée par vingt-trois femmes interrogées soit 76.7%). Or, comme présenté dans les résultats obtenus, cette étude comporte également une **évaluation personnelle** et subjective du **degré d'anxiété** des personnes interrogées.

En effet, cet intérêt est venu d'une réflexion personnelle suite à la rencontre régulière durant mes stages de **couples stressés**. Cette anxiété pouvait avoir pour **origine** la **grossesse** en elle-même (son déroulement, la peur pour la santé de son enfant etc.) ou une étiologie plus **profonde**, en lien avec le passé de la patiente, des vérités méconnues sur son fonctionnement, des traumatismes enfouis. A l'heure actuelle, la prise en charge de cette anxiété est difficilement réalisée par les professionnels de santé. Cela peut être par manque de temps, mais aussi par peur de ne pas trouver les mots justes, de faire ressurgir un traumatisme qu'on ne saurait contrôler, une question à laquelle on ne saurait répondre. On en vient même à penser que les couples seraient mal à l'aise si on en venait à leur demander comment ils se sentent psychologiquement, ou comment ils vivent la grossesse actuellement.

Pourtant, en abordant le **vécu de la grossesse** pendant mes entretiens avec des patientes que je venais de rencontrer, il en est ressorti que bien au contraire d'être un moment gênant pour elles, toutes les patientes interrogées **appréciaient cette question**. En outre, les personnes ayant une histoire plus difficile et sensible n'éprouvaient aucune difficulté à en parler. De plus les recherches existantes (présentées dans le chapitre deux) mettent en évidence l'impact majeur que l'anxiété a, autant pour la femme enceinte que pour son enfant.

Le dégagement de profils anxieux a ainsi permis de mettre en évidence qu'une importante partie des patientes interrogées manifestaient une anxiété pouvant être pathologique. Pour rappel, parmi les trente patientes interrogées, j'ai considéré **neuf femmes (30%)** comme ayant un niveau d'anxiété **modérément supérieur** à la normale et **cinq femmes (16.7%)** comme ayant un niveau d'anxiété **sévèrement augmenté par rapport à la normale**.

Les motifs de cette anxiété ont déjà été abordés lors de la présentation des résultats. Il est intéressant de souligner que parmi les quatorze femmes mentionnées, toutes indiquaient présenter des **troubles du sommeil**. De plus, sept mentionnaient éprouver des **troubles digestifs**, notamment des nausées par intermittence, durant les phases de forte angoisse. En outre, l'une d'entre elle m'a expliqué : « *je fais des **crises de panique** depuis le début de la grossesse. Je suis très angoissée [...] J'ai l'impression d'un coup que je manque d'air, j'arrive plus à respirer, je me sens oppressée, c'est impossible à contrôler...* » [DB].

Ces résultats permettent de mettre en évidence **l'impact aussi bien psychique que physique de cette anxiété** sur leur grossesse. Dans le cadre d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire, il aurait pu être intéressant de proposer à ces patientes l'hypnose en complément d'un suivi psychologique et du suivi de grossesse classique.

- L'hypnose pour apprivoiser la douleur

Si cette indication est énormément citée (par dix-huit patientes, soit 60%), elle est la seconde la plus évoquée.

Pourtant, historiquement, combattre la douleur lors des opérations chirurgicales a été la première fonction de l'hypnose en médecine. Ceci montre une **évolution des besoins actuels**, qui tendent à se concentrer davantage sur un besoin de mise en œuvre de moyens supplémentaires dans l'accompagnement psychologique des patientes, que dans la prise en charge physique, cette dernière ayant suffisamment évoluée avec les années.

- L'hypnose et les troubles du sommeil

Il est intéressant de remarquer que certaines indications ont été proposées par les patientes, alors même que **peu ou pas d'études ont été réalisées** sur le sujet.

L'indication la plus marquante est celle de la résolution des troubles du sommeil par l'hypnose. **Une femme interrogée sur trois (33,3%)** a mentionné avoir éprouvé des troubles du sommeil pendant sa grossesse. Spontanément, **quatre** patientes parmi celles-ci ont mentionné les troubles du sommeil comme indication pour recours à l'hypnose « *Je dirais que ça peut aider aussi à mieux dormir* » [SS] « *Je crois que l'hypnose peut être utile pour le sommeil, en tout cas je crois avoir lu que quinze minutes d'hypnose remplace une heure de sommeil* » [AF].

Il est ainsi à encourager la réalisation d'études sur ce sujet.

2.2) Réflexion sur le décalage entre la place actuelle de l'hypnose et celle souhaitée pendant la période périnatale

D'après les témoignages recueillis, nous pouvons en conclure qu'il existe **une réelle demande des patientes pour l'hypnose en obstétrique**. Pourtant, à l'heure actuelle, sa pratique est encore **peu répandue** au sein des établissements de santé. Notre objectif est alors de comprendre les obstacles à son développement en obstétrique.

2.2.1) Le manque d'informations

Un des premiers freins émergeant lors de la discussion avec les patientes est le **manque d'informations** sur le sujet. En effet, comme préalablement évoqué, beaucoup de patientes se sont dites mal ou non informées de cette possibilité de prise en charge pendant leur grossesse. On rappelle que neuf patientes ont mentionné le manque d'informations comme un **obstacle** au développement de cette pratique (page 52), et seules trois femmes ont été informées par un professionnel de santé pendant leur grossesse (page 48).

Plusieurs causes peuvent expliquer ce manque d'information par les professionnels.

Certains professionnels ne sont pas intéressés par cette pratique, il est alors complètement understandable qu'ils n'en parlent pas aux patientes enceintes.

D'autres professionnels sont intéressés mais **manquent eux-mêmes d'informations**. Une étude anglaise de 2017 ^[64] a révélée que 56% (n=129) des professionnels de santé interrogés (anesthésistes, sages-femmes et obstétriciens) ne connaissaient que peu ou pas l'application de l'hypnose en obstétrique. En outre, les sages-femmes étaient plus positives et plus connaisseuses que les médecins interrogés.

On peut enfin souligner le fait qu'au **CHU de l'Archet II** une seule sage-femme vient d'obtenir son Diplôme Universitaire d'hypnose. Il peut ainsi paraître **non adapté aux professionnels de proposer cette pratique** aux patientes, compte tenu du fait que seules cette sage-femme et le Docteur CARLON, préalablement mentionnée, peuvent proposer des séances d'hypnose.

De surcroît, un des objectifs de ce travail était d'évaluer l'impact des informations apportées lors des entretiens sur **la modification de l'intérêt** des patientes. Or, **70%** des patientes se sont dites plus intéressées après avoir été informées. Par ailleurs, si seize patientes (53,3%) avaient exprimé un premier avis négatif sur l'hypnose, seules dix femmes (33,3%) conservaient celui-ci après avoir été informées sur cette pratique.

Nous pouvons ainsi souligner que l'apport d'une **information** concernant le recours à l'hypnose médicale en obstétrique permet un accroissement de l'intérêt des femmes.

2.2.2) Le manque d'accessibilité

Un deuxième obstacle au développement de l'hypnose médicale est son **accessibilité**, dont il est à considérer **deux versants**.

Tout d'abord, il est à examiner le versant des **patientes**. Leur intérêt à l'égard de cette pratique ne fait aucun doute pour bon nombre d'entre elles. Néanmoins, leur possibilité de faire une séance s'en trouve aujourd'hui limitée. En effet, peu de professionnels de santé sont formés à cette technique dans la région.

Mais il est également à considérer le versant des **professionnels**. Si peu de professionnels de santé sont formés à cette pratique, ce n'est pas tant par manque d'intérêt.

En effet pendant mes différents stages, l'abord de mon sujet de mémoire soulevait régulièrement un vif intérêt des professionnels de santé. Néanmoins, plusieurs obstacles semblent empêcher l'accès à cette formation.

On peut tout d'abord citer le nombre de formations existantes, disparates de par leur qualité et leur coût.

Comme exposé page 18, la récente création d'un DU d'hypnose à la faculté de médecine de Nice permet de proposer un accès sérieux à une formation à l'hypnose médicale. Cependant, comme tout diplôme universitaire, il est contraignant de par le temps et la quantité de travail nécessaire à fournir. De plus, ayant un nombre de participants limités (quarante maximum pour plus de cent candidatures reçues en 2016), les demandes sont nettement supérieures à l'offre.

Un autre obstacle à l'accessibilité de cette formation est sa **complexité** : l'hypnose médicale n'est pas simple d'apprentissage. Elle regroupe énormément de notions différentes, de l'ensemble des subtilités de la communication hypnotique aux différentes applications possibles en fonction du problème ciblé.

Ainsi, d'une part, les formulations de bases sont complexes à apprivoiser. Elles requièrent beaucoup de pratique pour se sentir à l'aise avec cette technique.

D'autre part, l'hypnose peut servir pour beaucoup d'indications, très différentes les unes des autres, ce qui nécessite de réaliser de nombreuses formations spécifiques.

2.2.3) L'absence de cadre juridique

Un dernier obstacle peut également expliquer l'apparition des deux autres : le manque de cadre législatif.

En effet, comme présenté dans le premier chapitre, l'hypnose n'est pas une pratique réglementée par la loi, ce qui soulève de nombreux problèmes. Car sans cadre légal, tout le monde peut se prétendre hypnothérapeute, le suivi d'une formation qu'elle quelle soit étant suffisante. Or les formations d'hypnose médicale s'avèrent être de **durée**, de **coût**, de **qualité**, et de **possibilités d'application** très **hétérogènes**.

Ainsi, ce manque de cadre légal entraîne une **altération de l'image de la pratique** de l'hypnose, qui ne peut être considérée comme **sérieuse**, puisque réalisable par n'importe quelle personne, **sans assurance de qualité**.

Un autre problème qui se dégage de cette situation est la tarification d'une séance d'hypnose. Actuellement, il n'existe **aucune cotation spécifique** pour les séances d'hypnose.

En libéral, une séance peut ainsi être **tarifée de façon totalement libre**, pouvant aller de soixante euros à plusieurs centaines d'euros. Elle peut être remboursée partiellement par la sécurité sociale si elle est cotée comme une consultation classique ou consultation de spécialiste sur la feuille de soin. Certaines mutuelles prennent en charge la différence non remboursée par la sécurité sociale.

En milieu hospitalier, la séance peut être remboursée à 100% si elle est cotée comme une consultation.

On peut conclure que bien que les **patientes et professionnels de santé soient de plus en plus ouverts à l'hypnose médicale** en obstétrique, le **manque de cadre législatif entrave aujourd'hui sa progression**. De cet obstacle découle une **accessibilité hétérogène** à cette pratique, que cela soit pour les professionnels de santé comme pour les patientes désireuses d'y avoir recours. Il en résulte ainsi un **manque d'information** pour ces deux types de population.

2.3) L'Avenir de l'hypnose en obstétrique : Propositions d'amélioration

L'hypnose médicale n'est pas à proposer à toute femme enceinte mais uniquement à celles **manifestant des besoins** pour lesquels cette pratique semble être une indication de recours. Elle doit alors s'inscrire dans une **prise en charge globale** de la patiente, en collaboration avec différents professionnels de santé (médecin, sage-femme, anesthésiste, psychologue etc.....).

Les résultats de cette étude démontrent qu'il existe actuellement une réelle **demande des patientes** pour accéder à cette pratique. De plus, les études existantes sur le sujet tendent à confirmer le potentiel thérapeutique de l'hypnose en obstétrique. Il est de ce fait pertinent de chercher des pistes d'amélioration pour un **développement progressif** de l'hypnose dans ce domaine.

L'obstacle majeur existant à ce jour au développement de cette technique est l'**absence de cadre légal**. En effet, si la pratique de l'hypnose médicale était structurée par des lois, les formations ne seraient plus accessibles à tous mais **uniquement aux professionnels de santé**. D'une part, cela assurerait une bien **meilleure qualité** des prestations. D'autre part, plus de professionnels de santé auraient alors accès à ces formations, qu'elles soient courtes ou longues, puisqu'elles ne seraient uniquement accessible qu'à ces derniers.

Les professionnels de santé étant plus sensibilisés et formés à cette technique pourraient l'appliquer dans leur pratique quotidienne.

Les patientes seraient également amenées à être plus **informées** et à avoir **plus facilement recours** à cette pratique.

De surcroît, une des limites ressenties par les patientes est actuellement le **prix** de la séance et le manque de remboursement. Cette limite serait abolie par la mise en place d'une **cotation** pour la pratique de l'hypnose médicale, permettant un meilleur remboursement des séances.

Néanmoins, nous avons parfaitement conscience que cette proposition est idéaliste, et nécessitera d'attendre encore plusieurs années avant de pouvoir être considérée et mise en place. D'autres propositions peuvent cependant être formulées.

Concernant la **formation à l'hypnose**, plusieurs axes peuvent être envisagés.

Pour une **meilleure information** des professionnels de santé, il conviendrait de dispenser un cours, dès la formation initiale, visant à expliquer ce qu'est l'hypnose médicale et fournir une liste de praticiens hypnothérapeutes pour orienter les patientes.

Dans le cadre de notre cursus d'étudiants sages-femmes par exemple, il pourrait être intéressant, au vu du nombre de cours déjà existants, de proposer une **unité d'enseignement libre** sur le thème de l'hypnose, ou, tout du moins, sur celui des médecines dites alternatives.

Une autre option est de favoriser l'accès pour les professionnels de santé, ou futurs professionnels, à une **formation à l'hypnose conversationnelle**. En effet, comme expliqué précédemment, l'hypnose médicale est une pratique bien complexe à appréhender. Or, l'hypnose conversationnelle a l'avantage de pouvoir être plus facilement acquise, une fois les subtilités de communication maîtrisées, et utilisée dans la pratique quotidienne sans même le formuler.

L'hypnose médicale conserve une **image entachée** par son utilisation dans les spectacles, autant dans l'esprit des patientes interrogées que des professionnels de santé. Cette étude a mise en évidence qu'une **meilleure information** permettait d'**augmenter l'intérêt des patientes** pour cette technique. Il serait donc judicieux d'organiser une **sensibilisation des professionnels de santé et des patientes**.

Cette proposition est en bonne voie pour deux raisons. D'une part, l'Association Américaine de psychologie a formulée une **définition officielle** en 2014, ce qui permet de se baser dorénavant sur une **définition commune de l'hypnose**. D'autre part la médiatisation grandissante de cette technique permet une progressive initiation du public à l'hypnose médicale.

Concernant les **études réalisées sur le sujet**, ils seraient intéressants d'en réaliser davantage et sur un plus grand nombre de patientes. En effet, certaines études nécessitent d'être approfondies, comme l'impact de l'hypnose sur le vécu de la grossesse ou de l'accouchement. D'autre part, certaines indications non encore prises en considération pourraient faire l'objet d'études, comme l'impact de l'hypnose en salle de naissance lors de la réalisation d'extractions instrumentales ou de manœuvres endo-utérines ^[60].

Enfin, une dernière proposition envisageable, qui a été expérimentée dans le cadre d'une étude dans un service de radiologie ^[65], est la **formation d'un service complet** à l'hypnose, à des **degrés différents**. En effet, dans un service de consultation par exemple, la patiente est amenée à rencontrer non seulement une sage-femme ou un médecin, mais également une secrétaire, une aide soignante et/ou une infirmière. Ces professionnels pourraient être initiés à l'hypnose conversationnelle dans le but d'instaurer un climat de confiance et de bien-être chez la patiente, qui serait ensuite pris en charge lors de sa consultation par un professionnel de santé formé de manière plus approfondie à l'hypnose médicale. Si cette proposition est également plus difficilement mise en place, l'impact qu'elle aurait sur le vécu des patientes en serait certainement positivement décuplé.

CONCLUSION

Si l'hypnose médicale pâtie encore aujourd'hui de l'empreinte persistante défavorable de son utilisation scénique, son potentiel dans le domaine obstétrical est considérable.

L'hypnose médicale, c'est avant tout une forme de communication, un dialogue, une alliance. C'est apprendre à la personne à se connaître, connaître ses capacités, ses ressources internes, sa valeur. C'est lui apprendre à se faire confiance, à se pardonner, à se déculpabiliser, à s'épanouir, à se dépasser en dépassant ses limites supposées. L'hypnose « *ça aide à vivre plus sereinement, à lâcher prise* » [BA]. Elle offre un moyen de se détacher de ses perceptions négatives, s'affranchir de ses blessures passées, de ses sensations corporelles déplaisantes, en modifiant favorablement son appréhension de la réalité ; « *Ça aide à se libérer, à se sentir bien, à se sentir mieux* » [FR]. En obstétrique, elle apporte une suggestion du lâcher prise, du laisser faire, pour retrouver calme et sérénité, sang-froid et maîtrise sur cette période si singulière de la vie.

L'objectif de ce mémoire était d'amener les femmes enceintes et les nouvelles mères à réfléchir sur leur perception propre de la pratique de l'hypnose et sa potentielle place dans le domaine obstétrical.

Au travers des réflexions recueillies auprès des trente femmes interrogées, il a émergé une demande et un intérêt grandissants de recours à l'hypnose médicale.

Si de nombreux obstacles subsistent encore, la place de l'hypnose médicale connaît déjà depuis quelques années une évolution positive dans le cadre de la périnatalité.

De plus, les nombreuses possibilités d'amélioration existantes, couplées à l'intérêt grandissant des professionnels pour cette pratique, permettent d'être optimiste sur son développement futur.

Enfin, si l'hypnose n'est pas destinée à tous, elle peut être une bonne alternative pour certaines, un complément pour d'autres. Comme le disait Milton H Erickson « *Faites confiance à votre inconscient, car il sait plus de choses que vous ne savez que vous savez. C'est une formidable façon de vivre, une charmante façon d'accomplir les choses ...* » ^[10].

BIBLIOGRAPHIE

Conférences/Colloques/congrès

- [1] Magat. C, L'hypnose médicale : Pour qui, pourquoi et pour quoi faire ? Conférence à Nice, 2016.
- [2] Finel K, ça donnerait quoi si on prenait des cours de cerveau ?, conférence Technology, Entertainment and Design, 2014.
- [3] Provençal SC, B.A , G El-Baalbaki, S Néron, C Gélinas, R Benc, T Vuong, Associations entre les traits de personnalité et l'hypnotisabilité, Société Québécoise Pour la Recherche en Psychologie, congrès annuel, 2016.
- [4] Michaux. D, Hypnose contemporaine et adorcisme. Texte présenté lors du colloque «de la transe à l'hypnose», 2002, Bruxelles.15p

Livres

- [5] Rosenfeld SM, A Critical History of Hypnotism: The Unauthorized Story, Holland, Xlibris Corporation - Self-Published), 2008, 556p.
- [6] C.Virot, F. Bernar, Hypnose, Douleurs aiguës et Anesthésie, France, Arnette, 2010, 285p.
- [7] S. Freud, Métapsychologie 1915 , Allemagne, Flammarion, 2012. 325p : p110-120
- [8] D.Michaux, Y.Halfon, C.Wood, Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé, France, Maloine, 2007, 302p.
- [9] Marpeau, L. (2010). Traité d'obstétrique. Elsevier Health Sciences.
- [10] Rosen, S. (Ed.). (2010). My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson. WW Norton & Company.

Articles

- [11] G. A. Miller, « The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information », Psychological Review, vol. 63, no 2, 1956, p. 81-97
- [12] International Association for the Study of Pain (IASP) « Pain terms: a list with definitions and notes on usage » Pain 1979 ;6:249-252
- [13] Goldberg, L. R. Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In Wheeler (Ed.), 1981 Review of Personality and social psychology, Vol. 1, 141-165.
- [14] Weitzenhoffer, A.M., Higarard E. R. Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility, Forms I and II. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press 1963 Psychology, Vol. 1, No. 2, 113-124
- [15] Arch Gen Psychiatry 2012;69(10):1064-1072
- [16] E.L Rossi, Ph. D, K Lane Rossi ; La nouvelle approche neuroscientifique de la psychothérapie, de l'hypnose thérapeutique et de la réadaptation ; The Milton H Erickson Institut ;2008

- [17] The scientific status of unconscious processes: is Freud really dead? Westen D J Am Psychoanal Assoc. 1999 Fall; 47(4):1061-106
- [18] Ulett, G. A., Akpınar, S., & İtil, T. M. (1972). Hypnosis: physiological, pharmacological reality. *American Journal of Psychiatry*, 128(7), 799-805.
- [19] Raz, A. Attention and hypnosis: neural substrates and genetic associations of two converging processes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2005, 53(3), 237-258.
- [20] Pérez-Martin A., Schuster I., Dauzat M., Module Physiologie, Electroencéphalogramme. Cours dispensé à la Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, 2006.
- [21] Maquet, P., M. E. Faymonville, et al. (1999). "Functional neuroanatomy of hypnotic state." *Biol Psychiatry* 45(3): 327-333.
- [22] Hudson A J. Pain perception and response: central nervous system mechanisms. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 2000, vol. 27, no 01, p. 2-16.
- [23] Suarez B, Neuro-anatomie de l'adaptation maternelle et de l'hypnose : la neurogenèse et la neuroplasticité en action. Profession Sage-Femme. 2013 ;192 : 20 – 26.
- [24] Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in the human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277: 988-71.
- [25] De Pascalis V, Varriale V, Cacace I, Pain Modulation in Waking and Hypnosis in Women: Event-Related Potentials and Sources of Cortical Activity. *Plos One*. 2015 ; 10(6) : e0128474.
- [26] Derbyshire, S. W. G., Whalley, M. G., Stenger, V. A., Oakley, D. A. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage*, 27: 969-78
- [27] Knox, V. J., Morgan, A. H., Hilgard, E. R. (1974). Pain and suffering in ischemia: the paradox of hypnotically suggested anesthesia as contradicted by reports from the 'hidden observer'. *Archives of General Psychiatry*, 30, 840-847.
- [28] Miller, M. F., Barabasz, A. F., Barabasz, M. (1991). Effects of active alert and relaxation hypnotic inductions on cold pressor pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 223-226.
- [29] Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B, Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Rapport INSERM. 2015 ; 213 : 1-70, 129-143
- [30] Lang E et al., Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain* 2005 ; 114 : 303-309.
- [31] Mehrabian A, Ferris S, *Journal of Consulting Psychology*, Vol 31(3), Jun 1967, 248-252.
- [32] Poehl, M., Bichler, K., Wicke, V., Dömer, V., & Feichtinger, W. (1999). Psychotherapeutic counseling and pregnancy rates in in vitro fertilization. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 16(6), 302-5.
- [33] Levitas E, Parmet A, Lunenfeld E, Bentov Y, Burstein E, Friger M, Potashnik G, Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertility & Sterility*. 2006 ; Volume 85, Issue 5, Pages 1404-1408
- [34] Vyas, R., Adwanikar, G., Hathi, L., & Vyas, B. (2013). Psychotherapeutic intervention with hypnosis in 554 couples with reproductive failure. *Journal of the Indian Medical Association*, 111(3), 167-9, 173.

- [35] Stress increases putative gonadotropin inhibitory hormone and decreases luteinizing hormone in male rats. E. D. Kirby, A. C. Geraghty, T. Ubuka, G. E. Bentley, D. Kaufer. *Journal: Proceedings of The National Academy of Sciences* 200
- [36] Bydlowski Monique, « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », *Devenir*, 2/2001 (Vol. 13), p. 41-52.
- [37] EP Simon, J Schwartz, *Medical Hypnosis for Hyperemesis Gravidarum. BIRTH*.1999 ;26 : 4
- [38] LJ Wegrzyniak, JT Repke, SH Ural, *Treatment of Hyperemesis Gravidarum. Rev Obstet Gynecol.* 2012; 5(2): 78-84
- [39] Reichner, C. A. (2015). *Insomnia and sleep deficiency in pregnancy. Obstetric Medicine*, 8(4), 168-171.
- [40] Cordi MJ, Schlarb AA, Rasch B. *Deepening sleep by hypnotic suggestion. SLEEP* 2014;37(6):1143-1152.
- [41] Brockington, I., Macdonald, E. & Wainscott, G. *Arch Womens Ment Health* (2006) 9: 253
- [42] Huizink AC, Mulder EJH, de Medina PG R, Visser GH, Buitelaar JK: "Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?". *Early Hum Dev.* 2004, 79 (2): 81-91
- [43] Thombre MK, Talge NM, Holzman C. *Association Between Pre-Pregnancy Depression/Anxiety Symptoms and Hypertensive Disorders of Pregnancy. Journal of Women's Health.* 2015;24(3):228-236.
- [44] Thombre MK, Talge NM, Holzman C. *Association Between Pre-Pregnancy Depression/Anxiety Symptoms and Hypertensive Disorders of Pregnancy. Journal of Women's Health.* 2015;24(3):228-236.
- [45] Shahhosseini Z, Pourasghar M, Khalilian A, Salehi F. *A Review of the Effects of Anxiety During Pregnancy on Children's Health. Materia Socio-Medica.* 2015;27(3):200-202.
- [46] Zuhrah Beevi, Wah Yun Low & Jamiyah Hassan (2016) *Impact of Hypnosis Intervention in Alleviating Psychological and Physical Symptoms During Pregnancy, American Journal of Clinical Hypnosis*, 58:4, 368-382
- [47] Hosseini, S. M., Biglan, M. W., Larkby, C., Brooks, M. M., Gorin, M. B. and Day, N. L. (2009), *Trait anxiety in pregnant women predicts offspring birth outcomes. Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 23: 557-566.
- [48] Huizink AC, de Medina PG R, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK: *Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. J Child Psychol Psychiatry.* 2003, 44 (6): 810-818
- [49] O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V: *Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Br J Psychiatry.* 2002, 180: 502-508
- [50] Touyarot A, *Utilisation de l'hypnose en obstétrique par une sage femme*, 2009, 3p.
- [51] Holdevici, I., & Crîciun, B. (2013). *The role of Ericksonian Hypnosis in reducing essential and secondary hypertension. Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 461-465.
- [52] Reinhard J, Hüsken-Janssen H, Hatzmann H, Schiermeier S, *Hypnotherapy, gestational age and incidence of preterm labour. Z Geburtshilfe Neonatol.* 2010 ;214(3):82-87.
- [53] J Reinhard, H Huesken-Janßen, H Hatzmann, S Schiermeier, *Preterm labour and clinical hypnosis. Complementary Hypnosis.* 2007 ; 26(4) : 187-193

- [54] Mehl LE. Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation. Arch Fam Med 1994;3 : 881-7
- [55] K Finlayson, S Downe, S Hinder, H Carr, H Spiby, P Whorwell Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15 : 9p
- [56] Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Antenatal hypnosis training and childbirth experience : a randomized controlled trial ; Birth. 2013 ; 40(4) :9
- [57] Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Rosen G Self-hypnosis for coping with labour pain : a randomised controlled trial ; BJORG. 2013 ; 120(3) : 346-353
- [58] Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2012). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. The Cochrane Library.
- [59] Abbasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A., Sheikhvatan, M., & Mohammadyari, F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women. Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 57(2), 174-183.
- [60] JM Herin, Hypnose en maternité : de l'aisance à la naissance. 2010 ;10p.
- [61] George, A., Luz, R. F., De Tychev, C., Thilly, N., & Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. BMC pregnancy and childbirth, 13(1), 233.
- [62] M Shih, Y-H Yang M Koo, A Meta-Analysis of Hypnosis in the Treatment of Depressive Symptoms: A Brief. 2009 : 57 (4) : 431-442
- [63] M Sado, E Ota, A Stickley, E Mori, Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression, Cochrane Library. 2012
- [64] McAllister, S., Coxon, K., Murrells, T., & Sandall, J. (2017). Healthcare professionals' attitudes, knowledge and self-efficacy levels regarding the use of self-hypnosis in childbirth: A prospective questionnaire survey. Midwifery, 47, 8-14.
- [65] Fontaine M, Alexandre N, Suarez B, Mompoin D, Becchio J, Hypnosis in the Management of Claustrophobic MRI Patients. Radiological Society of North America 2011, Scientific Assembly and Annual Meeting

Cours

- [66] Pr Pierre Payoux centre TEP Inserm, Imagerie cérébrale Hypnose et douleur, DU hypnose CHU Toulouse, 21 janvier 2012, 28p.
- [67] Cauvin.P, Module de Sciences Humaines et sociales, Aspects éthiques et réglementaires de la PMA. Cours dispensé à l'école de sages-femmes du CHU de Nice, 2016.
- [68] Isnard V., Module Gynécologie, les Enjeux de la PMA. Cours dispensé à l'école de sages-femmes du CHU de Nice, 2016.
- [69] Sorci. K., Module Sciences Humaines et Sociales, Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Cours dispensé à l'école de sages-femmes du CHU de Nice, 2015.

Mémoires

- [70] Trucas. C, Réflexion sur la place de l'hypnose en périnatalité dans l'accompagnement du devenir mère : Mise en place au Centre Hospitalier de Grasse : Nice, 2012, 69p
- [71] Castro. E, Hypnose et obstétrique en France. Mémoire de sage-femme : Lille, 2010, 78p.
- [72] BERNARD F, pensée magique et obstétrique. A quelle heure allez-vous accoucher ?. Mémoire de diplôme universitaire d'hypnose médicale, Paris, 2009, 33p.

Autres sources

- [73] Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R.. Stanford hypnotic susceptibility scale, form C (Vol. 27). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1962.
- [74] Larousse, E. (2016). Encyclopédie Larousse en ligne. En ligne.
- [75] Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, Code éthique, 2p. En ligne.
- [76] Syndicat National des Hypnothérapeutes, code de déontologie, 2p. En ligne.

Liste des figures et tableaux

Figure 1 – Activation des zones du cerveau sous hypnose. *Journal « l'Hebdo », « les prouesses de l'hypnose », octobre 2015*

Figure 2 – Stimulation douloureuse en conscience normale. *Journal « l'Hebdo », « les prouesses de l'hypnose », octobre 2015*

Figure 3 – Catégories socioprofessionnelles des patientes interrogées. *Graphique personnel*

Figure 4 - Premières perceptions des femmes interrogées concernant l'hypnose. *Graphique personnel*

Figure 5 - Répartitions des différents moyens d'informations des patientes. *Graphique personnel*

Figure 6- Volonté des patientes d'avoir recours à l'hypnose pour leur grossesse. *Graphique personnel*

Tableau I : Tableau des indications de recours à l'hypnose pour les patientes interrogées

ANNEXES

ANNEXE I : Trames d'entretiens

ANNEXE II : Trame des explications transmises oralement aux femmes interrogées

ANNEXE III : Echelle d'Hamilton d'Evaluation de l'Anxiété

ANNEXE IV : Echelle Personnelle d'Evaluation de l'Anxiété

ANNEXE I

Trames d'entretiens

Trame d'entretien : patiente en consultation

Durée : 20 min - Anonyme

Présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien avant de débiter.

Généralités : Âge Profession Terme prévu d'accouchement Nombre d'enfants

Évaluation du profil psychologique:

[Q° 1-5 : Répondre pas du tout – un peu – modérément – beaucoup – énormément]

- 1) Au niveau de votre personnalité, dans la vie quotidienne, vous décririez vous comme une personne stressée, facilement inquiète?
- 2) Diriez-vous que vous aimez tout contrôler dans votre vie ?
- 3) Face à un problème, diriez-vous que vous avez du mal à « lâcher prise » ?
- 4) Etes-vous plutôt du genre à réfléchir avant d'agir pour prendre une décision?
- 5) Avez-vous des difficultés à vous concentrer en général ?
- 6) Quand vous êtes malade, (exemple : rhume/toux, gastro-entérite...) qu'utilisez-vous ?
[Réponse attendue : médicaments, homéopathie, acupuncture, autres]
- 7) Avez-vous déjà pratiqué une séance de sophrologie ?

8) Vécu de la grossesse :

Comment vivez-vous votre grossesse ?

[Psychologique] Avez-vous ou avez-vous eu des craintes, des angoisses particulières concernant celle-ci, votre accouchement ou le fait d'avoir un enfant ? Des attentes particulières ?

[Physique] Avez-vous expérimenté des troubles alimentaires ? des difficultés d'endormissement voire des insomnies ? des douleurs musculaires ou autre ? [si réponse affirmative pour l'un de ces troubles :] les avez-vous déjà expérimentés avant votre grossesse ? (se sont-ils intensifiés ou amoindris ?)

Question générale sur l'hypnose :

9) Que vous évoque le terme « hypnose » ? (sentiment concernant cette pratique, ressenti, images qui viennent quand on parle d'hypnose, 3 mots qui caractérisent cette pratique selon vous)

10) Connaissez-vous l'existence de l'hypnose médicale ?

- Si oui comment l'avez-vous découverte (média, proche, autres) ? Comment cela vous a-t-il été présenté ?

11) [quelque soit la réponse] Que vous évoque « l'hypnose médicale » ? (conception à vos yeux, ce que ça représente d'après vous, ce que cela permet)

12) Avez-vous déjà participé à une séance d'hypnose, avant ou pendant votre grossesse actuelle ?

- Si oui, quelles raisons vous ont incité à y participer ? Combien de séances ont été nécessaires ? A-t-elle ou ont-elles répondu à vos attentes ?

13) A votre connaissance, l'un de vos proches a-t-il déjà participé à une séance d'hypnose ?

Proposer une brève explication de l'hypnose médicale avant de poursuivre.

Hypnose et obstétrique :

14) Saviez-vous que l'hypnose était réalisable pendant la grossesse ?

- Si oui : comment l'avez-vous appris ? (Média, professionnels de santé, proche, autres)
Comment cela vous a-t-il été présenté ? Est-ce que vous aimeriez d'ores et déjà avoir recours pendant la grossesse à l'hypnose ? Pour quelles raisons ?

15) D'après vous, à quoi peut servir l'hypnose pendant la grossesse ? (Ce qu'elle peut permettre, ce qu'elle peut aider à résoudre, quelles indications la patiente imagine)

16) A quel moment de la grossesse pensez-vous que l'hypnose peut vous être utile ? Pourquoi ?

Proposer une brève explication des applications possibles de l'hypnose en obstétrique

17) Quels sont d'après vous les points positifs et négatifs de cette pratique ? (Expliquer son choix pour chaque)

18) *Pour conclure cette entrevue, j'aimerais savoir si avec les brèves informations que je vous ai donné, vous vous sentez ou non plus intéressée par l'hypnose en obstétrique ? [Quelle que soit la réponse] pour quelles raisons ?*

19) Aimerez-vous, si vous en aviez la possibilité, avoir recours à l'hypnose pendant votre grossesse ? Pour quelles raisons ? Et [si oui] pour quelles indications ?

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à ces questions.

Trame d'entretien : patiente en maternité

Durée : 20-30 min - Anonyme

Présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien avant de débiter

Généralités : Âge Profession Terme d'accouchement Nombre d'enfants

Évaluation du profil psychologique:

➔ Même questions que pour les patientes interrogées en consultation

8) Vécu de la grossesse :

Comment avez-vous vécu votre grossesse ?

[Psychologique] Avez-vous ou avez-vous eu des craintes, des angoisses particulières concernant celle-ci, votre accouchement ou le fait d'avoir un enfant ? Des attentes particulières ?

Même question concernant le vécu de votre accouchement et de votre séjour en maternité jusqu'à présent

[Physique] Avez-vous éprouvé des troubles alimentaires ? Des difficultés d'endormissement voire des insomnies ? Des douleurs musculaires ou autres ? [si réponse affirmative pour l'un de ces troubles :] les aviez-vous déjà ressentis avant votre grossesse ? (se sont-ils intensifiés ou amoindris ?)

Question générale sur l'hypnose :

9) Que vous évoque le terme « hypnose » ? (Sentiment concernant cette pratique, ressenti, images qui vient quand on parle d'hypnose, trois mots qui caractérisent cette pratique selon vous)

10) Connaissez-vous l'existence de l'hypnose médicale ?

- Si oui comment l'avez-vous découverte (média, proche, autres) ? Comment cela vous a-t-il été présenté ?

11) [quelle que soit la réponse] Que vous évoque « l'hypnose médicale » ? (Conception à vos yeux, de ce que cela représente d'après vous, ce que cela permet)

12) Avez-vous déjà participé à une séance d'hypnose, avant ou pendant votre grossesse ?

- Si oui, quelles raisons vous ont incité à y participer ? Combien de séances ont été nécessaires ? A-t-elle ou ont-elles répondu à vos attentes ?

13) A votre connaissance, l'un de vos proches a-t-il déjà participé à une séance d'hypnose ?

Proposer une brève explication de l'hypnose médicale avant de poursuivre.

Hypnose et obstétrique :

14) Saviez-vous que l'hypnose était réalisable pendant et après la grossesse ?

- Si oui : comment l'avez-vous appris ? (Média, professionnel de santé, proche, autres) Comment cela vous a-t-il été présenté ? Est-ce que vous aimeriez d'ores et déjà avoir recours pendant la grossesse à l'hypnose ? Pour quelles raisons ?

15) D'après vous, à quoi peut servir l'hypnose pendant la grossesse ? (Ce qu'elle peut permettre, ce qu'elle peut aider à résoudre, quelles indications la patiente imagine)

16) A quel moment de la grossesse pensez-vous que l'hypnose aurait pu vous être utile ? Pourquoi ?

17) Saviez-vous que l'on peut avoir recours à l'hypnose en salle de naissance ? D'après vous, que peut-elle permettre pendant le travail et l'accouchement ? Si vous en avez eu l'occasion, auriez-vous aimé y avoir recours ? Si oui, pour quelles raisons et à quel moment ?

18) Pensez-vous que l'hypnose peut servir après l'accouchement, c'est -à-dire dans la période dite du « post-partum » ? Pour quelles raisons ?

Proposer une brève explication des applications possibles de l'hypnose en obstétrique

19) Quels sont d'après vous les points positifs et négatifs de cette pratique ? (Expliquer son choix pour chaque)

20) *Pour conclure cette entrevue, j'aimerais savoir si avec les brèves informations que je vous ai donné, vous vous sentez ou non plus intéressée par l'hypnose en obstétrique ? [Quelle que soit la réponse] pour quelles raisons ?*

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à ces questions.

ANNEXE II

Trame des explications transmises oralement aux femmes interrogées

Explications des modalités avant de débiter : L'entretien est **anonyme**, seules les initiales de la patiente sont demandées. En moyenne il dure entre 20 et 30 minutes. L'entretien peut être, avec accord de la patiente, enregistré pour **retranscrire** au mieux ses propos et ne pas perdre d'informations. En cas de refus, il est pris en note.

Explications données sur l'hypnose médicale :

Ces explications étaient toujours basées sur les mêmes éléments, puis formulées différemment en fonction des femmes interrogées (les exemples étant adaptés à chacune). Elles sont basées sur les informations recueillies sur le site internet de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves ^[75].

- L'hypnose est un **état naturel** que chacun expérimente chaque jour sans le nommer
- c'est un état dit **modifié de conscience**, c'est-à-dire que notre vigilance fluctue de nombreuses fois au cours de la journée (« être ailleurs », « dans la lune »)

[Adapter l'exemple à la patiente] ex : en voiture, quand on se rend compte qu'on conduit sans y penser. On est « partis dans ses pensées », on ne sait ni combien de temps, ni ce à quoi nous réfléchissions réellement...

- Pendant ces multiples instants, notre **perception** des choses est **modifiée** : il y a une déconnexion partielle avec la réalité extérieure. Nous avons alors la capacité de mobiliser nos ressources internes (notamment notre mémoire) pour résoudre un problème actuel, dédramatiser une situation, diminuer notre stress etc...
- En médecine, le travail de l'hypnothérapeute consiste à faire découvrir quelque chose que le patient connaît mal, à lui apprendre à provoquer cet état et à l'utiliser
- Ce n'est pas un don, l'hypnose s'apprend et s'enseigne. Cela consiste à enseigner au patient à retrouver cet état qu'il a de nombreuses fois expérimenté sans l'identifier
- L'hypnothérapeute n'a pas de pouvoir sur le patient, tout repose sur celui-ci, sur sa volonté de participer, sa motivation à changer la situation actuelle, et sur sa confiance apportée au praticien.
- Nous recommandons de vous adresser à un **professionnel de santé** hypnothérapeute pour être assuré de la qualité de la séance. En effet il existe de nombreuses formations à ce jour, certaines médicales (réservés aux professionnels de santé), d'autres accueillant des personnes de métiers bien plus larges. Il est donc préférable de se tourner vers un hypnothérapeute exerçant une profession médicale.

Explications données sur les possibilités d'application de l'hypnose en obstétrique :

Celles-ci sont les mêmes que celles développées dans le troisième chapitre de ce mémoire, mais vulgarisées pour une meilleure compréhension des patientes.

ANNEXE III

Echelle d'Hamilton d'Evaluation de l'Anxiété

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?					
	Consigne : Encercler la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Moderément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience [besoin de bouger], incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. [1959], Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. ISBN : 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.

ANNEXE IV

Echelle Personnelle d'Evaluation de l'Anxiété

Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, appréhension, sensation de tension, de mal-être	0	1	2	3	4
Besoin de contrôle	Contrôle de la situation, gestion de sa vie quotidienne	0	1	2	3	4
Manque de lâcher prise	Focaliser sur un problème, a du mal à s'en détacher, à passer outre	0	1	2	3	4
Manque de spontanéité	Réfléchit avant d'agir, prend du temps pour prendre une décision	0	1	2	3	4
Difficulté de concentration	Sur son travail, dans sa vie quotidienne	0	1	2	3	4
Craintes	Peur de l'inconnu, de ne pas être à la hauteur, du futur etc...	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Nausées, vomissements, douleurs abdominales	0	1	2	3	4
Troubles du sommeil	Insomnies, réveils pendant la nuit, fatigue	0	1	2	3	4
Symptômes douloureux	Douleur musculaire, point douloureux	0	1	2	3	4
Autres symptômes	Bouffées de chaleur, vertiges, fourmillements, tachycardie, essoufflement, polypnée, sensation d'oppression	0	1	2	3	4
Score total sur 40 : ≤8 = anxiété normale ; entre 9 et 14 = anxiété légère ; entre 15 et 18 = anxiété modérée ; > 18 = anxiété importante à sévère.						

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE NICE

Titre : Place de l'hypnose en obstétrique : perception et réflexion des patientes

Mots clés : Hypnose, obstétrique, accompagnement médical

Résumé :

Objectif : Cette étude a pour but d'identifier les connaissances et le regard que les patientes, enceintes ou ayant récemment accouché, portent sur l'hypnose médicale et sur sa place en obstétrique en France.

Méthodes : Ce travail se base sur une revue de la littérature et sur la réalisation de trente entretiens semi-directifs au Centre Universitaire de l'Hôpital l'Archet II à Nice. Parmi les patientes interrogées, quinze patientes étaient enceintes et quinze avaient récemment accouché.

Résultats : L'hypnose médicale offre de nombreuses possibilités de prise en charge, autant pour des symptômes physiques que psychiques. A travers notre population d'étude, nous observons une augmentation croissante de l'intérêt des patientes, concomitante à la médiatisation grandissante du sujet. Une information des patientes semble modifier positivement leurs perceptions de cette pratique.

Discussion : Si l'hypnose médicale a sa place en obstétrique, différents obstacles entravent encore son développement : le manque de cadre légal, d'accessibilité et d'informations sont notamment détaillés dans ce mémoire. Néanmoins, plusieurs pistes d'améliorations sont proposées, et ces premiers résultats sont optimistes concernant le développement futur de l'hypnose en obstétrique.

Title: Hypnosis in obstetrics: patients' views and thoughts

Keywords : Hypnosis, obstetric, medical care

Abstract:

Aims: In this study we shall identify the knowledge and views that patients, pregnant or having recently given birth, have on medical hypnosis and on its place in French obstetrics.

Method: This paper is based on a review of the available literature as well as the results of thirty semi-directive interviews conducted at the University Hospital Center "Archet II" in Nice. Within the pool of interrogated patients, fifteen were pregnant and fifteen had recently given birth.

Results: Medical hypnosis offers numerous possibilities for the medical care of patients, regarding both their physical and mental symptoms. Throughout our pool of study, we have observed an increasing interest for the practice, that has developed in parallel of the ever rising media coverage of the subject. Educating the patients about medical hypnosis seems to positively modify their impressions of it.

Conclusion: Though medical hypnosis could play a role in obstetrics, different obstacles prevent its development: the lack of a legal framework, of accessibility and teaching of the subject are presented in this paper. However, multiple areas of improvement are pointed out, and the first results obtained concerning the future development of medical hypnosis in obstetrics are encouraging.