



HAL
open science

Pratique de thérapie brève type hypnose dans le post-partum précoce chez des mères présentant un trouble anxieux ou dépressif

Justine Liothier

► **To cite this version:**

Justine Liothier. Pratique de thérapie brève type hypnose dans le post-partum précoce chez des mères présentant un trouble anxieux ou dépressif. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02996410

HAL Id: dumas-02996410

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02996410v1>

Submitted on 6 Apr 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR en MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Justine LIOTHIER

Le 7 juin 2018

Pratique de thérapie brève type hypnose dans le post-partum précoce chez des mères présentant un trouble anxieux ou dépressif

Directrice de thèse :

Pr. Amaria BAGHDADLI

Co-directeurs de thèse :

Dr. Rose Marie TOUBIN

Dr. Alexandre YAILIAN

JURY

Présidente :

Pr. Amaria BAGHDADLI

Assesseurs :

- Pr. Sébastien GUILLAUME
- Pr. Tu Anh TRAN
- Dr. Rose Marie TOUBIN
- Dr. Alexandre YAILIAN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR en MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Justine LIOTHIER

Le 7 juin 2018

Pratique de thérapie brève type hypnose dans le post-partum précoce chez des mères présentant un trouble anxieux ou dépressif

Directrice de thèse :

Pr. Amaria BAGHDADLI

Co-directeurs de thèse :

Dr. Rose Marie TOUBIN

Dr. Alexandre YAILIAN

JURY

Présidente :

Pr. Amaria BAGHDADLI

Assesseurs :

- Pr. Sébastien GUILLAUME
- Pr. Tu Anh TRAN
- Dr. Rose Marie TOUBIN
- Dr. Alexandre YAILIAN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILLAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle

MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie -
 FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Comment remercier sans oublier les personnes qui m'ont accompagnée au cours de long chemin que fut mes 10 années de médecine... Ce sont probablement toutes les personnes qui m'ont entourées qui ont permis à la jeune pousse fragile de passer les tempêtes et être Thésée aujourd'hui.

Je commencerais par les officiels :

Au **Pr Amaria BAGHDADLI**, qui a soutenu mon projet avec enthousiasme, convaincue qu'il fallait des études pour éclairer nos prises en charge en psychothérapie. Merci pour ce soutien et cet encadrement, merci aussi d'avoir permis à mes idées parfois embrouillées de prendre un sens plus académique et compréhensible.

Au **Pr Anh Tu TRAN**, et à l'énergie qu'il investit pour faire de la pratique de l'hypnose un outil plus accessible. Merci d'avoir accepté d'être présent à mon jury pour rendre cette thèse pluridisciplinaire et apporter vos connaissances et votre regard sur ce sujet .

Au **Pr Sébastien GUILLAUME**, qui en plus d'avoir accepté simplement d'être mon jury malgré le sujet peu courant, m'a aussi orienté dans mes questions et cheminement sur ce travail. Merci aussi pour les 6 mois dans le service où j'ai pu aussi proposer de l'hypnose aux patientes, continuant ainsi à me former.

Au **Dr Rose Marie TOUBIN**, pour l'année dans son unité qui m'a permis de découvrir une autre manière de pratiquer la psychiatrie et une autre manière de considérer l'enfant et son environnement. Merci de m'avoir fait confiance dans ce projet, d'avoir orienté les participantes avec conviction vers mon étude, et du temps passé autour de ce travail.

Au **Dr Alexandre YAILLAN**, qui je ne sais plus quand ou à quel moment m'a permis d'oser porter ce projet. Tu parlais de nos discussions hypnotiques dans les remerciements de ta thèse. Était-ce une prédiction ? Elles sont devenues projets d'étude bercée d'amitié. Merci pour les repas à mettre mes idées au clair, pour la relecture, et les valorisations positives pour maintenir mon enthousiasme.

Arrivent aussi ceux du tout début, ceux qui ont planté la graine : mes parents

Merci à ma maman pour « debriefer » dès la primaire des injustices de la vie, pour soutenir mes faiblesses et protéger mon estime envers et contre tout au pris des longues heures de corrections orthographiques et syntaxiques. Depuis longtemps quand on révisait le « f » les « v », les « b », les « d » jusqu'à aujourd'hui où tu as pris bien des soirées à relire ma thèse et je crains que ce ne soit pas fini car tu es devenue experte. Tu as permis de faire de cette vilaine dyslexie, une jolie force de compréhension face à mes patients et leurs difficultés d'expressions.

Merci à mon papa qui pense souvent qu'il ne sait pas trop faire mais qui a toujours su faire et être là dans les moments importants où il fallait pleurer et me protéger. Mal au dos, tu ne pouvais pas me porter mais tu m'as soutenu bien des fois et transmis l'art d'assumer ses envies de différences : pessimiste de protection, utopiste dans le fond et anarchiste à notre manière.

Merci à celle qui m'aurait pris pour un tuteur : merci à **ma petite sœur**, toujours petite même si je voulais que tu deviennes grande et parfaite. Nous nous sommes disputées, chamaillées, testées, comparées. Nous arrivons tout de même à partager, même un appartement.

Puis, ceux qui l'ont fait germer, ma famille

Le côté traditionnel : Les **Mermoz**, famille bruyante. De nos vacances dans le sable au Noël mouvementées, de nos jeux d'enfants à nos débats infernales d'adultes, merci à cette famille qui présente toute la palette des troubles de la personnalité mais en dose suffisante pour tous les apprécier.

Le côté éparpillé : Les **Llamas**, merci à cette famille recomposée, géographiquement éloignée mais tellement soudée, pleine de tendresse et d'amour. Merci quand même, à celui quasi inconnu qui a planté des graines un peu partout et qui malgré lui a fait une sacrée famille pleine d'amour.

Merci à ceux malheureusement qui ont laissé des cendres... **Fanfan** ma presque grand-mère, **Super Mamie** et ses histoires espagnoles.

Merci à ceux qui m'ont vu simple tige, les très très vieux :

- **Nico** et **Cyrielle**, à l'âge où on était que des haricots secs dans la cours de maternelle, j'apprécie toujours nos retrouvailles et ce que nous devenons.
- Les un peu moins vieux **Pauline** et **Romain** et nos retours du lycée, **Laure**, et notre retour de la piscine de Walt Disney.

Merci à ceux qui m'ont arrosée et nourrie tous les jours : La longue séries des colocs qui ont supporté mes retours de stage pleins de doutes, mes études envahissantes, mon laxisme sur le ménage et le rangement, mes questionnements de « Hippy écolo » un peu « anar » et pour tous les bons moments surtout.

- La première, **Céline** qui égayait ma journée de P1, quand elle rentrait de cours et continue de l'egayer par son éternel sourire. Merci aussi à **Ujowol** pour votre anglais parfait.
- La deuxième en lasagne : **Laetitia**, ces 2 verres de rhum à la main et quelques pas de salsa en tête. **Chouchou** (tu ne changeras jamais de nom), les discussions de balcon, les virées en pyjama. **Flo** ti'mal, que le vent porte loin. **Greg** pas vraiment coloc mais tellement souvent là pour débattre sur le palier de la porte !
- La troisième, la casa Roja en Argentina, que suerte para seguir la medicina !
- La quatrième en squatte sur un canap', obligée de vivre avec les planches et les potins, mais aussi les discussions sans fin, hein **Fab** !
- La cinquième le 10-14 qui on bien arrosée la plante ! **Yo** le mucher absent, **Pierre** à fond la forme, **Etienne** le belliqueux, **Matthieu** le remplaçant bavard, nos bières ponges, le couloir, la bobine, et ces dimanche matin de D4 à prier pour que vous ne jouiez pas trop tôt à Mario Kart.
- La sixième en Lozère où il n'y avait que **Lalo**, feu-mon chat pour me tenir compagnie.
- La septième à Nîmes, **Arnaud** et ta trentaine pleine de question qui m'a peut-être permis d'anticiper la mienne.
- La huitième à Montpellier, l'occasion de retrouver **ma sœur**, **Anael** et un peu de leur monde d'antillais.

Merci à ceux qui m'ont connue jeune plante :

- Les copiiiines de médecine, l'incollable force tranquille **Juliette**, celle qui sait danser entre ses passions et des amis ; **Marie**, la mamourette et nos aventures « perdues » **Julie**, la photographe pleine d'énergie **Jo**, la copine de tente sur la plage à baleine ; **Maelle**, ma copine de bouteille ; **Adèle**, la grande marabou au courant de tout **Amina**, la moins grelou ; **Justine**, celle qui raconte ses potins quand les P1 travaillent ; **Serine**, la plus acharnée ; **Laura**, et tous nos craquages de P1, nos vacances de filles, nos quelques soirée Med, nos soirées potins interminables, nos sorties sportives, nos repas de roi de D4, notre semaine de révisions, vos pauvres copains qui, en se mariant, nous supporte aussi, et vos sacrés projets dans la vie ou ceux qui donnent la vie aussi! **Kevin, David, Lolo, Nico Adrien**, merci de nous supporter.
- **Alex N**, et toutes nos blagues qui ne font rire que nous et pourvu que ça dure !

Merci à ceux qui ont fait grimper la plante en Lozère : **Popo** et nos coups de folie, et tes 2 jolis amis que tu ne nous présentes (presque) plus, **Milou** et ses convictions chevaleresques, **Pierre** sa guitare et son piano, **Max** et les matchs de vin, **Matthieu** la pièce rapportée drôle et voyageuse.

Merci à ceux qui m'ont fait arbre à palabre :

- L'équipe de l'AHESG devenu PEPS (**Marine, Alex, Arthur, Alizée, Jonathan**), MEDSI avec qui j'ai partagé les réunions, les remises en questions, l'éducation populaire, les debriefs, la cafeteria, le calendrier...
- A ceux qui ont partagé cette belle aventure du **CNIPSY**, nos réunions et post-réunion tout aussi constructives.
- Le **SMAO** qui me fait partir dans ce pays où on palabre sous la « patane » et qui me donne un peu d'espoir dans le co-développement (**Camille, William, Aurore** et votre énergie non calmée par la « fluphé »)

Merci aux grands chênes et leurs forêts, qui m'ont accompagné dans mes stages

- **Cécile Vieux** et l'équipe de St Alban, leurs convictions à rester dans ce village peuplé d'irréductibles lozériens qui résistent à l'agresseur
- **Bérangère Pépin, Dr Monier, Dr Abbar** et l'équipe de l'USIP, les cow-boys des soins sous contraintes qui n'ont peur de personnes, pas même du Zyprexa
- **Cécile Michau et Lisa**, l'équipe de précarité et le CMP de Sommières, oh de lai oh de Lai, vous auriez fait le royaume de Petit Jean et Robin des bois aurait été content
- **Julie Majorel** et l'équipe de Peyre Plantade à haut potentiel, aux consultations hyperactives, aux réunions inattentives, entre 2 dossiers MDPH dysgraphiques et une équipe éducative dyslexique
- **Rose Marie Toubin** et l'équipe de périnatalité au posturage fragile et qui apaise bien des mères et des soignants.
- **Marie France Donadille** pour ma préparation très anticipée à l'accouchement par hypnose
- **Mathieu Lacambre, Celine Bais, Cyril Manzanera** et l'équipe de l'unité sanitaire et du CRIAVS, îlots de survie aux milieux de la tempête des violences ordinaires ou viennent s'échouer agresseurs à la dérive, délinquants sans brassard et quelques réfugiés dont le bateau n'a pas coulé en méditerranée (mes préférés !)
- **Sébastien Guillaume, Sylvain, Agathe, Camille et petit Paul, Maud, Kathlyn** et l'équipe des TCA, une fine équipe, boulimique de vie que GEP'apprécie et que je recommande sans restriction !

Ceux pour qui, en garde, je faisais le « bouleau » : Mirt tes clopiches et ton rire, **Nico R** tes chaussons d'escalade et ta cuisine trop peu testée, **Matthieu** nos séances d'escalade et cette envie namibienne qui m'a permis de te connaître un peu plus, **Sylvain** nos différences de vie, **Marina** et nos longues gardes, **Chloé** et ta relève psycho-éducative, mais aussi **Lucile, Stéphane, Marie, Antoine, Anis, Alex** (encore !)

Merci aux charmants insectes de ma a promo : Loïc, sacré morpion, qui a été le premier à oser travailler avec moi, **Emma**, petite abeille et nos escapades rocheuses lors des longues journées d'été à Peyre Plantade et , **Mehdi**, scarabée du désert, et tes lectures qui ont enrichi notre psychologie de comptoir, **Estelle**, et nos discussions affamées sur la route de l'internat à Nîmes puis Montpellier et ta puce d'amour, **Justine** jolie papillon et nos 6 mois communs a Nîmes, où notre prénom a embrouillé bien des infirmiers en garde, **Anne**, belle sauterelle et ta reconversion qui a permis de te connaître, **Thibault**, hétéroptère, tes oublis et tes rattrapages (de passeport), **Mélanie**, jolie coccinelle et tes relèves de pédopsy pleine d'attention, **Mathilde** charmante libellule, et ta folie d'avoir lancé le CNIPSY , **Dimitri** et tes projets ingénieux de cloporte qui révolutionneront les remplas, **Nicolas V** ton cafard et tes indécisions, **Charlie** sans bourdon, ta diplomatie et tes convictions, **Elisa**, et ta patience de fourmis pendant ce long retour de Biarritz.

Merci aux graines germées Manu qui a déjà germé mais « te fait pas si jeune, tu es pas si vieux », **Loïc** et nos petits voyages en commun, **Camille** et nos sorties volley ratées, **Yoan** et ton sourire d'enfant, **Ali** et ta tendresse alcoolisée, **Bruno** surtout lorsque tu te dissociés lors d'un trajet en avion, **Edith** qui a hérité de mes petits patients terribles, **Carole** et ta patience pour tous mes projets de stages.

Merci à tous les petits champignons qui poussent partout en ce moment Mathéo, Maxime, Laure, Gautier, Many, Ondine, Georges, Lise, Lila, Loup, Antoine, Alban, Tara, Héloïse, Leo, Gustave, Ulysse, Samuel, Lucas, Gabriel, Jasmine, Aaron, Marceau, Léon et leurs mères bienveillantes qui ont accepté de participer à mon étude.

Et enfin, merci à celui qui me fait fleurir...Max, tu as su me conter fleurette. Tu as arraché le bon nombre de pétales à cette pâquerette pour s'arrêter à « la folie ». Dans la savane aux acacias épineux ou sur les plateaux à côté d'un Lobeli, à l'ombre d'un olivier ou d'un Cecoya, notre amour a pris racine, à travers nos projets fous il a grandi. Solide, il a tenu dans les tempêtes et qui sait bientôt il donnera ses fruits.

Merci à vous tous qui font qu'aujourd'hui je suis devenue **Arbre de vie**

Sommaire

Abréviations	19
Avant-propos : pourquoi proposer de l'hypnose ?	20
1 Introduction.....	22
1.1 Anxiété et dépression maternelle en périnatalité	22
1.1.1 Généralités	22
1.1.2 Historique	23
1.1.2.1 Le couple parental	23
1.1.2.2 L'enfant	24
1.1.3 Définition et clinique	25
1.1.3.1 Dépression du post-partum.....	25
1.1.3.2 Troubles anxieux	26
1.1.3.3 Etat de stress post-traumatique lié à l'accouchement	26
1.1.4 Épidémiologie.....	27
1.1.4.1 Dépression du post-partum.....	27
1.1.4.2 Troubles anxieux	27
1.1.4.3 État de stress post-traumatique	28
1.1.5 Impacts	29
1.1.5.1 Sur la mère.....	29
1.1.5.2 Sur l'enfant	30
1.1.6 Prise en charge.....	33
1.1.6.1 Cadre législatif et recommandations	33
1.1.6.1.1 Circulaire et plan d'action en France.....	33
1.1.6.1.2 Au niveau international	34
1.1.6.2 Dépistage et évaluation.....	35
1.1.6.2.1 L'EPDS comme outil de choix.....	35
1.1.6.2.2 L'HADS	37
1.1.6.3 Traitement.....	38
1.1.6.3.1 Psychothérapies des troubles anxio-dépressifs.....	38
1.1.6.3.2 Les traitements pharmacologiques	39
1.1.6.4 En pratique.....	40
1.2 Hypnose.....	43
1.2.1 Généralités	43
1.2.2 Historique	44

1.2.2.1	Le « magnétisme animal » ancêtre de l'hypnose.....	44
1.2.2.2	La découverte de l'état de transe	45
1.2.2.3	Du déclin en occident à l'arrivée du terme hypnose.....	46
1.2.2.4	L'hypnose et la psychanalyse	47
1.2.2.5	Les années 30 et les grands noms américains de l'hypnose	47
1.2.2.6	Les années 2000.....	48
1.2.3	Définition.....	49
1.2.3.1	Hypnose	49
1.2.3.2	Transe hypnotique	49
1.2.3.3	Dissociation	51
1.2.3.4	Induction.....	51
1.2.3.5	Suggestion	51
1.2.3.6	Susceptibilité, suggestibilité et hypnotisabilité.....	53
1.2.3.7	Recadrage	53
1.2.4	Phénoménologie de l'hypnose.....	55
1.2.4.1	Phénoménologie théorique	55
1.2.4.1.1	Le courant psychosocial ou « non étatique ».....	55
1.2.4.1.2	Courant « étatique ».....	56
1.2.4.1.3	Entre les courants, les processus attentionnels	56
1.2.4.2	Phénoménologie clinique	57
1.2.4.2.1	Un sujet hypnotisable	57
1.2.4.2.2	Un sujet suggestible.....	57
1.2.4.2.3	Un sujet en transe	58
1.2.4.3	Modèles neurophysiologiques	59
1.2.4.3.1	Électro-encéphalogramme (EEG)	59
1.2.4.3.2	Imagerie cérébrale	60
1.2.5	Pratique de l'hypnose	62
1.2.5.1	En France.....	62
1.2.5.1.1	En CHU	62
1.2.5.1.2	Parmi les professionnels de santé.....	63
1.2.5.2	Recommandations de bonne pratique.....	63
1.2.5.2.1	Dans le code de la santé publique.....	63
1.2.5.2.2	Selon l'INSERM	63
1.2.5.2.3	Selon l'HAS	64
1.2.5.2.4	Charte éthique ou déontologique spécifique	65
1.2.5.3	Revue de la littérature sur l'intérêt de l'hypnose.....	65
1.2.5.3.1	Trouble anxieux et état de stress post-traumatique	65

1.2.5.3.2	Dans le cadre de la dépression :	68
1.2.5.3.3	Dans le cadre de la grossesse et du post-partum	69
1.3	Hypnose et pathologie anxieuse et dépressive de la mère : quelles convergences ?	72
1.3.1	Théorie de l'attachement	73
1.3.1.1	Généralités	73
1.3.1.2	Définition.....	73
1.3.1.1.1.	Transmission de l'attachement	76
1.3.1.1.2.	Pistes thérapeutiques de la théorie de l'attachement	77
1.3.1.3	Attachement et trouble anxieux et dépressif de la mère	77
1.3.1.1.3.	Evaluation de l'attachement dans les troubles anxio-dépressifs.....	77
1.3.1.1.4.	Conséquences des troubles anxio-dépressifs sur l'attachement	79
1.3.1.4	Attachement et hypnose.....	81
1.3.2	Ocytocine.....	84
1.3.2.1	Ocytocine et périnatalité.....	84
1.3.2.2	Ocytocine et hypnose.....	84
1.3.2.3	Ocytocine et attachement.....	84
1.4	Objectif de l'étude	86
2.	Méthodologie.....	87
2.1.	Lieu.....	87
2.2.	Population.....	88
2.2.1.	Taille de l'échantillon	88
2.2.2.	Recrutement.....	88
2.2.3.	Critères d'inclusion.....	89
2.3.	Outils de mesure	90
2.3.1.	Questionnaire de satisfaction.....	90
2.3.2.	Echelles d'évaluation.....	90
2.3.2.1.	Edimbourg postnatal depression scale (EPDS)	90
2.3.2.2.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	90
2.3.2.3.	Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (QAECEP)	91
2.4.	Procédure.....	92
2.4.1.	Cadre légal.....	92
2.4.1.1.	Ethique et protection de la personne.....	92
2.4.1.2.	Les risques et bénéfices potentiels.....	92
2.4.1.3.	Gestion des événements indésirables.....	92
2.4.1.4.	Dépôt légal.....	92
2.4.2.	Recueil des données.....	93

2.4.2.1.	Données quantitatives	93
2.4.2.2.	Données qualitatives	93
2.4.2.3.	Données sociodémographiques	93
2.4.3.	Description des séances	94
2.4.4.	Implication du nourrisson lors de la prise en charge	97
2.5.	Analyse des données.....	98
2.5.1.	Critères de jugement.....	98
2.5.1.1.	Critère de jugement principal	98
2.5.1.2.	Critères de jugement secondaire	98
2.5.2.	Méthode d'analyse.....	98
3.	Résultats.....	101
3.1.	Données descriptives	101
3.1.1.	Mode d'inclusion.....	101
3.1.2.	Distributions des participantes.....	102
3.1.3.	Description de la population.....	103
3.1.3.1.	Situation.....	103
3.1.3.2.	Antécédents	103
3.1.3.3.	Traitement médicamenteux	105
3.1.3.4.	Accouchement et suite de couche.....	105
3.2.	Faisabilité	107
3.3.	Critères de jugement secondaire.....	108
4.	Discussion.....	114
4.1.	Généralités.....	114
4.2.	Limites et biais de l'étude.....	116
4.2.1.	Type d'étude	116
4.2.2.	Etude monocentrique et thérapeute-évaluatrice.....	116
4.2.3.	Population et biais de recrutement.....	116
4.2.4.	Choix des échelles	117
4.2.5.	Biais d'apprentissage.....	119
4.2.6.	Protocole et hypnose.....	119
4.3.	Faisabilité	121
4.3.1.	Taux de rétention	121
4.3.2.	Satisfaction des participantes.....	122
4.3.3.	Événement indésirable et altération clinique.....	123
4.3.4.	Déroulement des séances.....	124

4.3.4.1.	Recrutement.....	124
4.3.4.2.	Lieu.....	125
4.3.5.	Efficacité de la prise en charge.....	126
4.3.6.	Implication du nouveau-né.....	128
4.4.	Perspectives.....	131
5.	Conclusion.....	133
	Bibliographie.....	134
	Annexe.....	145
	Annexe 1 : Script des séances.....	145
	Annexe 2 : Lettre d’information et questionnaires.....	156
	Annexe 3 : Résultats.....	162
	Résumé.....	168

Abréviations

ACI : aire corticale intermédiaire

ACA : aire cingulaire antérieure

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EPDS : *Edinburg Postnatal Depression Scale*

EEG: Electro-Encéphalogramme

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

DPP : Dépression du Post-Partum

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRMf: Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNL : Programmation Neuro Linguistique

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

QAECEP : Questionnaire d'Auto-Evaluation de la Compétence Educative Parentale

SA : Semaine d'Aménorrhée

SHSS : Stanford Hypnotic Susceptibility Scale

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

Avant-propos : pourquoi proposer de l'hypnose ?

L'idée de cette étude est née au décours du suivi d'une patiente suivie en périnatalité dans le cadre d'une dépression ayant débuté en anténatal. J'ai rencontré Mme G. à 6 mois de grossesse pour la première fois adressée par la sage-femme de la maternité pour une anxiété importante liée à la grossesse. Je l'ai suivie de façon mensuelle jusqu'au 8^{ème} mois de vie de sa fille. Son état remplissait les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée : clinophile au domicile, souvent triste et extrêmement préoccupée par de multiples angoisses sur son avenir, tant du bébé que sa capacité à être une mère adéquatée. Les pleurs du bébé s'intensifiaient dans la journée et étaient difficiles à apaiser le soir. C'est le père qui s'occupait principalement de l'enfant surtout que Mme G. attribuait la cause des pleurs à une réaction du bébé à son état de stress. Lors d'une consultation à 2 mois de vie du bébé, je lui ai proposé un temps d'hypnose où elle a pu expérimenter un lieu de sécurité. Elle s'est imaginée sur le bord d'une rivière dans une forêt tropicale très verte, avec sa fille. Pendant les 15 minutes de la séance j'ai gardé le nouveau-né contre moi : Elle est restée calme et silencieuse. Lorsqu'elle a ouvert les yeux, la patiente s'est mise à pleurer. En l'interrogeant sur la raison de ces pleurs, elle a pu exprimer qu'en ouvrant les yeux, elle a rencontré le regard de son bébé qui l'observait fixement, ce qu'elle ne faisait jamais habituellement. Cette expérience nouvelle pour la mère et la fille verbalisée avec la pédopsychiatre expliquait ces pleurs de joie et de soulagement et non pas une angoisse supplémentaire.

Suite à cela, Mme G a montré plus de confiance et de sécurité dans sa capacité à s'occuper de son bébé et a moins souvent délégué les soins au père. Aidée par les antidépresseurs et une prise en charge adaptée, les symptômes dépressifs se sont atténués. Aussi les moments de pleurs du soir sont devenus moins stressants pour la mère et ont diminué en temps et en intensité.

Interne en milieu de chemin, j'étais souvent déçue de voir que la prescription de traitement apaisait les symptômes sans pour autant satisfaire le patient. C'est dans cette optique que je me suis formée à différentes psychothérapies. J'ai choisi l'hypnose par le hasard d'une initiation ouverte à tous. J'ai d'abord été sceptique par la simplicité de cette technique puis intriguée par le calme que cela m'apportait rapidement. Son intérêt en analgésie et anesthésie semblait déjà prouvé par des études et observations avec une utilisation exponentielle depuis 10 ans en obstétrique comme en chirurgie.

Déçue aussi par rapport au faible nombre d'études sur l'efficacité de l'hypnothérapie, j'ai malgré tout commencé à utiliser quelques outils comme un appoint dans ma pratique sans pouvoir réellement le justifier. Cette recherche a donc pris un double sens pour moi : vérifier une intuition clinique issue d'une rencontre avec une patiente mais aussi renforcer mes connaissances dans ce domaine afin de pouvoir justifier scientifiquement ma pratique.

1 Introduction

1.1 Anxiété et dépression maternelle en périnatalité

1.1.1 Généralités

Être triste, angoissée dans ce moment qui doit être le plus heureux de la vie d'une femme, ne pas savoir comment faire alors qu'on nous parle d'amour instinctif, se sentir bouleversée par les changements, par *l'ouragan que provoque l'arrivée d'un nouveau-né, le tsunami* parfois dans la configuration du couple, *la tempête* fréquente avec les générations précédentes, voilà les émotions paradoxales que vivent beaucoup de femmes pendant le bien connu « baby blues », mais pour certaines ces idées deviennent envahissantes, les dépassent et impactent leur fonctionnement, devenant des troubles.

Ce chapitre s'intéressera aux troubles anxieux et dépressifs du post-partum leurs impacts sur la mère et l'enfant au sein du couple ainsi que les possibilités de prise en charge en exposant les recommandations et circulaires qui guident le suivi pluridisciplinaire dès la période anténatal.

1.1.2 Historique

1.1.2.1 Le couple parental

D. Winnicott (1), pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique, dans les années 50-60, fut un des premiers intervenants dans la période du postnatal, à s'intéresser à la maternité et ses spécificités. Il décrit un état psychique différent de la mère dans le post-partum qu'il qualifie de *préoccupation maternelle primaire*. Selon lui, cet état « se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et opérationnel à sa fin. » Winnicott précise que cet état de « repli narcissique » où la mère laisse ses préoccupations habituelles, pour se concentrer sur elle, ses pensées et ses rêveries à propos de son enfant, est normal et nécessaire à l'adaptation à venir de l'arrivée du nouveau-né (2). M. Bydlowski (3), pionnière en France de la psychanalyse dans la maternité, décrira dès les années 90, la femme enceinte comme « un bébé d'autrefois, portant un enfant à naître et se souvenant dans son corps de ses propres émotions précoces ». Elle parlera de *transparence psychique* pour décrire une certaine perméabilité entre conscient et inconscient avec une diminution du refoulement pendant la grossesse. Bien que ce mécanisme soit proche de ceux décrits lors de la psychose selon les psychanalystes, il est normal et nécessaire pendant la grossesse, expliquant par exemple les retours de souvenirs infantiles, le déni, le clivage entre attente et réalité. La mère est prise entre la satisfaction de devenir mère et le renoncement d'une vie passée. Ces modifications permettent ce travail psychique paradoxal (2).

Aujourd'hui, on décrit la maternité comme un *moment spécial* dans la vie. De nombreux changements hormonaux, psychologiques, neurologiques, sociaux (4) s'opèrent. Le degré de tolérance aux mutations somato-psychiques inhérentes à la maternité, aux interactions fœto-maternelles et aux éventuelles complications médicales reflète les constructions et la reconstruction des schémas psychiques de la mère très en phase avec les liens avec son environnement (5). Face à l'amélioration des soins somatiques périnataux, S. Missonnier dans plusieurs de ses travaux sur l'évolution de la considération du fœtus et de la maternité (6) fait remarquer que « la mère dans sa maternité se retrouve confrontée au paradoxe de la périnatalité actuelle entre médicalisation grandissante de la grossesse et personnalisation du fœtus qui s'accompagne d'un risque constant de déshumanisation et de scientisme des soins. Il devient parfois difficile de faire confiance à son bon sens et à ses sentiments de mère, surtout quand, fragilisée par une pathologie anxieuse ou dépressive, la mère est en recherche de réponses objectives et rassurantes » (6).

L'entourage, dans ce même moment de remaniement, va pouvoir soutenir ou ralentir la mère dans ce processus adaptatif pour accueillir le nouveau-né (2). Aussi toute fragilité psychologique sera mise à mal dans ce moment. Par la suite, le post-partum immédiat sera une période sensible dans notre société occidentale actuelle (4). En effet, lors du retour à la maison, la mère se retrouve sans avis médical et paramédical, ou du moins plus espacé que les jours précédents et c'est le cadre familial et social qui va prendre le relais. La qualité de cet entourage est donc primordiale (7) et souvent un facteur de risque d'apparition de difficultés pour la mère s'il est défaillant (6). C'est pour cela que le rôle du père est de plus en plus mis en avant (8). Plutôt que de focaliser sur la dyade mère-enfant, des travaux s'intéressent à la dynamique du couple et au changement que l'arrivée d'un enfant provoque dans leur relation (9). Le père, son rôle, sa place lors du suivi de la grossesse ainsi que lors de l'accueil du nouveau-né sont actuellement au centre de nombreuses recherches (10).

1.1.2.2 *L'enfant*

Parallèlement, l'enfant a longtemps été décrit comme un « être sans profondeur psychologique », qui ne pouvait ressentir la douleur et n'avait pas d'émotions (6). Dans les années 40, le pédiatre T.B. Brazelton (11) commence à décrire le nourrisson comme non plus *un tube digestif passif*, mais bien comme un *être social compétent* s'inscrivant d'emblée activement dans l'échange humain avec un style singulier. Ce n'est qu'à partir des années 80 que les gynécologues-obstétriciens ainsi que les pédiatres ont convié les psychiatres et psychologues dans les services de maternité afin de réfléchir aux problématiques de l'interruption de grossesse, des diagnostics anténataux, permettant ainsi une vision psychopathologique de la périnatalité et l'évolution de la perception du nouveau-né (2,8). Puis les travaux sur l'attachement (6) enrichiront la compréhension des besoins affectifs de l'enfant permettant aujourd'hui de faire des liens entre les difficultés de la mère et les troubles du développement de l'enfant. Ces travaux ont fait très tôt l'hypothèse de la nécessité de prendre en charge la mère pour espérer limiter l'impact sur l'enfant. Autrement dit, l'état émotionnel de la mère au sein de son environnement en périnatalité devient donc un outil de prévention précoce sur le développement de l'enfant (5).

1.1.3 Définition et clinique

1.1.3.1 Dépression du post-partum

La dépression du post-partum est, selon le DSM-5 (11), un « épisode dépressif caractérisé avec un début dans le péri-partum ». Le contexte de la grossesse et de l'accouchement est une spécificité dans les diagnostics du trouble bipolaire ou dépressif. Les symptômes de la dépression du post-partum sont identiques à ceux d'un épisode dépressif caractérisé mais il existe des signes spécifiques au contexte qui sont le sentiment d'incapacité et de culpabilité vis-à-vis de l'enfant ainsi que la phobie d'impulsion. Ainsi, la mère peut exprimer la peur de faire mal à son enfant. Les plaintes somatiques sont plus facilement mises en avant par la mère. Il est difficile d'interpréter ces symptômes somatiques comme la fatigue, l'insomnie, la perte d'appétit qui sont aussi physiologiques dans le cadre de la grossesse et le post-partum (13). La spécificité vient de la temporalité du trouble allant de la grossesse et jusque dans les quatre semaines qui suivent l'accouchement. Cette temporalité fait débat et la société Marcé, société savante internationale en périnatalité, défend l'intérêt d'un diagnostic jusqu'à 1 an après l'accouchement (14). Elle s'appuie notamment sur les travaux de Pop (15) et Holt (16) qui retrouvent deux pics de fréquence des dépressions postnatales. Le premier apparaît vers la dixième semaine et le second vers le neuvième mois du post-partum.

Schématiquement on note que :

- 50% des dépressions retrouvées à 2 mois selon l'auto-questionnaire de détection de la dépression du post-partum d'Edimbourg (EPDS), ont spontanément cessé un mois plus tard. Ceci allant en faveur d'un diagnostic de troubles de l'adaptation ou de dépressions mineures (17).
- Les épisodes dépressifs caractérisés survenus dans le post-partum selon des critères stricts (DSM-5 ou CIM10) ont une évolution plus péjorative : 50% des femmes ont encore des symptômes dépressifs ayant un impact fonctionnel à un an, même si le nombre de critères est insuffisant pour retenir le diagnostic. Les 50% restants ont une dépression résolutive en 3 à 6 mois (18). Le risque de récurrence dépressive en post-partum est évalué à environ 25%-30% à 1 an, ou à 40% si on englobe les recrudescences tardives (épisode dépressif caractérisé hors post-partum ou grossesse suivante) (19)

1.1.3.2 *Troubles anxieux*

Selon le DSM-5(12) les troubles anxieux comprennent le trouble anxieux généralisé mais aussi l'attaque de panique, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale. Le trouble obsessionnel compulsif ne fait plus partie des troubles anxieux et ne sera pas traité ici. L'état de stress post-traumatique sera traité de manière spécifique.

Les troubles anxieux ont tendance à s'apaiser pendant la grossesse, les symptômes se font moins bruyants. Le post-partum est un moment de recrudescence anxieuse où les symptômes préexistants réapparaissent. Cette recrudescence anxieuse est notée chez 70% des mères ayant déjà un trouble anxieux avant la grossesse (20). Il n'y a pas d'étude à notre connaissance qui cherche si les inquiétudes d'une mère ayant un trouble anxieux généralisé diffèrent de celle n'ayant pas de trouble (21). La différenciation entre anxiété « adaptative » et trouble anxieux se fait selon 3 critères (22), dans le trouble anxieux généralisé :

- L'inquiétude est excessive et interfère avec le quotidien
- Les raisons provoquant de l'angoisse et de l'inquiétude sont multiples. Elles impactent plusieurs domaines de la vie.
- L'anxiété apparaît sans élément déclencheur identifiable

Le critère diagnostique DSM-V (12) qui demande l'existence du trouble depuis plus de 6 mois pose problème pour le cas du post-partum car la prise en charge doit être précoce pour éviter un impact négatif sur l'enfant. Certains auteurs proposent un délai de 1 mois après l'apparition des symptômes pour diagnostiquer un trouble anxieux généralisé dans le cadre de la maternité (23).

1.1.3.3 *Etat de stress post-traumatique lié à l'accouchement*

Au niveau clinique, ce diagnostic reprend les critères de l'état de stress post traumatique avec des flash-backs, des cauchemars, des comportements d'évitement, une activation neurovégétative comprenant des troubles du sommeil ou de l'irritabilité. La spécificité se fera sur les comportements d'évitement qui pourront comprendre le refus des relations sexuelles par peur de la grossesse et de provoquer l'accouchement ainsi que des avortements répétés, voire une demande de césarienne pour les grossesses suivantes. Les symptômes impactent aussi la relation mère-enfant et sont fréquemment associés aux symptômes de la dépression du post-partum (24).

1.1.4 Épidémiologie

1.1.4.1 *Dépression du post-partum*

La prévalence des dépressions du post-partum est estimée, selon les études, entre 10 et 15% des femmes ayant accouché (13, figure 1). Différents facteurs de risques ont été identifiés comme les antécédents de dépression ou de trouble anxieux pendant la grossesse et les complications obstétricales (25). De même, chez les femmes ayant déjà eu un épisode dépressif caractérisé par le passé, le risque de décompensation dépressive dans le post-partum s'élève de 25 à 50% (19). Les facteurs environnementaux selon une étude américaine majorent ces risques (26). Les auteurs retrouvent de manière cohérente avec les autres données de la littérature un total de 17.7% des femmes ayant présenté une dépression du post-partum, avec un taux plus élevé dans les situations de précarité, de faible niveau d'étude et de famille monoparentale. D'autres études ont montré que la moitié des mères ne serait pas diagnostiquée par le médecin généraliste ou les professionnels de santé intervenant autour de la mère. Parmi celles prises en charge, un tiers d'entre elles ne suivent pas le traitement proposé (27,28).

1.1.4.2 *Troubles anxieux*

Moins souvent étudié que la dépression du post-partum, les troubles anxieux semblent communs pendant la maternité (21). Souvent diagnostiqués dans le post-partum, ils sont pour la plupart déjà présents dans la période anténatale. Le plus fréquent est le trouble anxieux généralisé, avec une prévalence allant de 8.5% à 10.5% pendant la grossesse et de 4.4% à 10.8% dans le post-partum (figure 1). En comparaison, la prévalence est de 1.2 à 6.4% en population générale. Cette variation de prévalence selon les études s'explique par le choix de critères de jugement principal qui est peut-être peu discriminant entre l'anxiété maladie (ou trouble anxieux généralisé) et celle normalement élevée pendant la grossesse et le post-partum du fait d'une phase d'adaptation nécessaire liée à l'arrivée d'un nouveau-né. Une augmentation des symptômes anxieux sans diagnostic spécifique est observée chez 20% des parturientes (29). Dans le cadre du trouble panique, une revue de la littérature de 2006 (21) retrouve une prévalence entre 1.3 et 2% et une incidence centrée sur la grossesse et jusqu'à 6 mois du post-partum entre 3 et 10.9%. Pour le trouble anxieux généralisé apparaissant en post-partum, il n'y a pas de facteur de risque spécifique retrouvé. On identifie l'existence d'inquiétude intense pendant la grossesse, les antécédents de fonctionnement anxieux dans la famille et les antécédents personnels de trouble anxieux ou de l'humeur (29).

La distinction entre dépression du post-partum et trouble anxieux est souvent difficile. Une étude en 2011 (30) montre qu'il existe une comorbidité entre ces troubles (49.5%). L'existence d'une dépression sans autre comorbidité associée est retrouvée chez 3.3% des patientes, celle d'un trouble anxieux généralisé sans autre comorbidité chez 5.5% des patientes. Les auteurs soulignent que l'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg a une sensibilité équivalente pour la détection de ces deux pathologies.

1.1.4.3 État de stress post-traumatique

Plus rarement discuté, l'état de stress post-traumatique lié à l'accouchement est un phénomène relativement fréquent. La prévalence est de 1.9 à 6% (figure 1) entre quatre et huit semaines du post-partum et diminue à 1.5 à 3 % à six mois. 22,6 à 30% des mères présentent des symptômes post-traumatiques sans remplir tous les critères diagnostiques (19, figure 1). Or ces symptômes sont des facteurs fragilisant et favorisant l'apparition d'autres troubles psychiatriques telle la dépression du post-partum et le trouble anxieux généralisé.

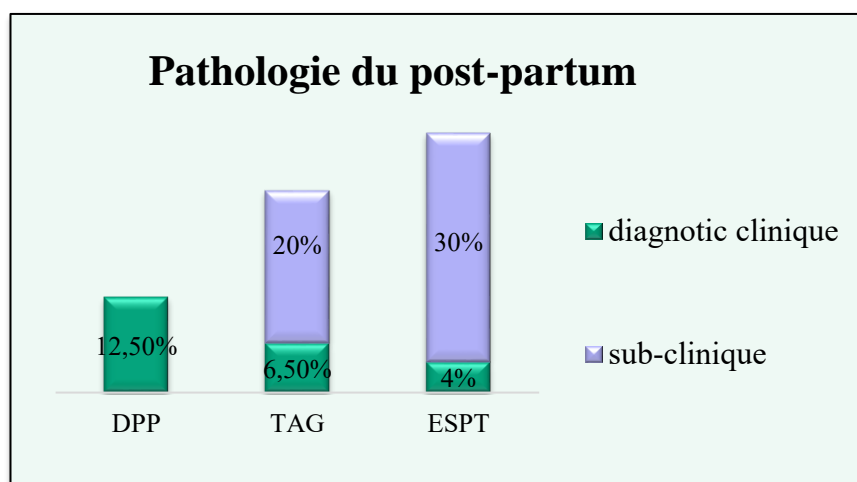


Figure 1 : prévalence de troubles anxieux et dépressif dans le post-partum :

(DPP : Dépression du post-partum ; TAG : Trouble anxieux généralisé ; ESPT : Etat de stress post-traumatique)

1.1.5 Impacts

1.1.5.1 Sur la mère

En dehors des impacts de la dépression qui peuvent être notamment l'isolement, la dévalorisation, la baisse d'estime de soi, dans la cadre du post-partum, c'est le rôle-même de la mère que la dépression remet en question. Les préoccupations et les ruminations de celle-ci sont centrées sur le bébé et sur sa propre capacité à s'en occuper. Il est souvent retrouvé que cette auto-dévalorisation renforcerait la tristesse et les symptômes dépressifs ou anxieux (32).

Le suicide peut être une conséquence de l'aggravation d'un trouble psychiatrique quel qu'il soit. Il s'agit d'une des principales causes de mortalité maternelle. Depuis vingt ans, le taux de suicide anténatal et dans les six mois du post-partum ne diminue pas à l'inverse du taux de suicide chez les femmes dans la population générale (33). Lors d'une étude menée sur plus de 1400 femmes atteintes de trouble psychiatrique entre 2001 et 2010, Gressier et ses collaborateurs (34) identifient que 11% de ces femmes ont fait une tentative de suicide anténatale ou postnatale. Ils précisent que les tentatives de suicide dans la période du post-partum sont principalement et de façon significative liées aux épisodes dépressifs caractérisés, aux dépressions récurrentes et à un plus jeune âge maternel. Conséquence des troubles psychiatriques ou comorbidité, le suicide et les tentatives de suicide sont des risques qu'il faut évaluer systématiquement lorsque l'on prend en charge ces mères.

En s'appuyant sur la cohorte EDEN, une étude a suivi les mères ayant présenté une dépression du post-partum sur 5 ans (35). Ils ont identifié 5 trajectoires à 5 ans :

- 62% des mères sont non symptomatiques
- 25.3% présentent des symptômes dépressifs légers à intermédiaires
- 4.6% des mères rapportent une persistance de symptômes dépressifs sévères
- 3.6% des mères rapportent avoir eu des symptômes uniquement pendant la grossesse.
- 4.6% des mères rapportent des symptômes en période pré-scolaire (3-5 ans).

Golse, Bydlowski et leurs collaborateurs en 2008 (36) dans une étude comparative qualitative sur 21 mères, ont recherché les spécificités du comportement des mères souffrant d'un épisode dépressif caractérisé sévère. Ils retrouvent des mères plus irritables, plus intrusives et brutales envers leur enfant. Cette évolution du comportement peut avoir un impact sur le lien entre la mère et l'enfant. Ces données sont équivalentes dans le cadre du trouble anxieux généralisé avec une auto-évaluation des capacités décrites par les mères de manière moins chaleureuse, plus

détachée. Elles se disent plus irritables et frustrées dans la relation avec leur enfant, impactant aussi leur confiance en soi (37).

Une étude (38) a recherché la capacité pour la mère à reconnaître les expressions faciales. Elle incluait 89 mères dont 34 ayant un diagnostic de trouble anxieux généralisé, 21 de dépression du post-partum, 34 témoins, toutes ayant un enfant de 10 à 18 mois. Sur l'épreuve de reconnaissance des émotions faciales, les mères ayant un diagnostic de trouble anxieux généralisé ou de dépression du post-partum étaient significativement moins précises dans l'identification des émotions que les témoins.

1.1.5.2 *Sur l'enfant*

L'enjeu des pathologies anxieuses et dépressives pendant la grossesse et le post-partum est amplifié par la crainte d'un impact sur l'enfant et son développement (39).

L'étude de cohorte de O'Conner et ses collaborateurs en 2002 (40) a suivi plus de 7000 mères jusqu'à 4 ans après l'accouchement. Elle montre qu'une dépression du post-partum à 8 semaines ou 8 mois de vie du nouveau-né est associée à des difficultés comportementales et de gestion des émotions de l'enfant. Cette association existe aussi lors d'un stress maternel important en anténatal, indépendamment de l'existence d'une dépression du post-partum. Ils concluent qu'un niveau d'anxiété élevé qu'il soit isolé ou faisant partie d'une dépression ou d'un trouble anxieux, en anténatal ou en postnatal influence le développement de l'enfant à long terme (à 4 ans).

En anténatal, plusieurs études ont montré que le haut niveau de stress, l'anxiété et la dépression pendant la grossesse avaient un impact sur le fœtus qui se maintenait chez le jeune enfant et l'adolescent. Dès la naissance, une étude portugaise (41) a montré que les enfants de mères déprimées ne montraient pas de préférence pour la voix ou le visage de celle-ci. Ils avaient besoin de plus de temps pour devenir familier dans les interactions avec leur mère. Plus tard dans la vie de l'enfant, Blair et ses collaborateurs (42) ont mis en évidence un lien entre les difficultés comportementales de l'enfant à 2 ans et l'existence de symptômes anxieux entre 13 et 17 semaines d'aménorrhée. Cette étude menée sur 120 enfants ne retrouve pas d'association entre le comportement de l'enfant et la présence d'un trouble anxieux dans le post-partum, les données démographiques ou les facteurs obstétricaux. Ils concluent que le stress maternel seul a un impact sur le fœtus. Buss et ses collaborateurs (43) ont précisé qu'un niveau d'anxiété maternel élevé pendant la grossesse prédisait d'une altération des fonctions exécutives de l'enfant. En effet, ils ont

montré un contrôle inhibiteur plus faible chez les filles de 6 à 9 ans et des performances visuo-spatiales de la mémoire de travail diminuées chez les filles et les garçons de 6 à 9 ans. Les auteurs différencient dans leur article l'anxiété spécifique de la grossesse comme facteur prédictif plus fort qu'un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. Un lien a aussi été fait entre l'anxiété maternelle et les troubles du comportement ou (trouble de conduite selon le DSM-5(12)), ou les troubles attentionnels d'après une grande cohorte britannique (44).

Dans le post-partum, les troubles anxio-dépressifs impactent aussi l'enfant comme le montre une étude contre témoin menée dans des structures équivalentes à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Genève sur 70 mères (45). Ils ont regardé le développement des enfants de mères ayant présenté une dépression du post-partum, à 3 mois, et comparé avec celles ne présentant pas ces symptômes. Ils ont retrouvé une diminution significative des index de développement mental et moteur au score de développement de l'enfant ainsi qu'une préexistence des problèmes somatiques. Il s'agissait principalement de troubles du sommeil et de problèmes de digestion. Ils ont noté plus de difficulté de séparation de l'enfant et observé moins d'interaction verbale et de temps de jeu avec le bébé.

Plus tardivement à l'âge préscolaire (2-3 ans) une étude citée précédemment (26) a permis d'observer que les enfants de mères déprimées en post-partum bénéficiaient moins souvent d'un suivi régulier par un dentiste (21.1% vs 8.2%, $p = .001$), se brossaient moins fréquemment les dents (moins de 2 fois par jour pour 37.1% vs 25.2%, $p = .041$). Pour les temps passés avec leur enfant, on leur lisait moins d'histoires (moins de 3 fois par semaine chez 31.0% vs 13.7%, $p < .001$).

L'état de stress post-traumatique de la mère, indépendant des symptômes anxieux et dépressifs, est associé à une augmentation des expressions de stress et d'anxiété chez l'enfant à 6 mois. A 1 an, on note des difficultés de régulation émotionnelle chez l'enfant plus fortes chez les 52 mères présentant un état de stress post-traumatique recrutées (24).

Si on reprend les données de la cohorte EDEN (35), on note que les enfants dont la mère conserve des symptômes modérés à majeurs à 5 ans, ont significativement plus de difficultés de régulation émotionnelle et plus de troubles du comportement. Aussi les scores de QI verbal, de QI performance et de QI total sont significativement réduits par rapport aux enfants de mères jamais déprimées.

Il existe donc un impact des dépressions et troubles anxieux aussi bien pour la mère et la confiance qu'elle a dans sa capacité à s'occuper de son enfant que sur le développement de l'enfant (46). La prise en charge de ces troubles paraît essentielle. Mais quels sont les éléments guidant notre pratique quant à la prise en charge de ces difficultés ? C'est ce que nous verrons dans la prochaine partie.

1.1.6 Prise en charge

1.1.6.1 Cadre législatif et recommandations

1.1.6.1.1 Circulaire et plan d'action en France

La psychiatrie périnatale s'est structurée à partir des années 90 autour de plusieurs circulaires et plans d'actions gouvernementaux. Nous citerons ici ceux qui nous orientent dans les troubles anxieux ou dépressifs.

Dès les premières circulaires dont celle n°70 du 11 décembre 1992, le ministre de la santé met en avant l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère pour éviter les distorsions du lien mère-enfant. Il recommandait alors des hospitalisations conjointes mère-enfant. En parallèle l'Organisation Mondiale de la Santé dans son « rapport sur les aspects psychosociaux de la santé des femmes » en 1993 met en avant l'importance des troubles psychiatriques autour de la maternité et conclut sur « l'impérieuse nécessité de conduire des recherches dans ce domaine pour proposer des mesures préventives ».

La circulaire n° 2005-300 du 4 juillet 2005 dite circulaire Molénat puis la circulaire n°2006-151 du 30 mars 2006 mettent en avant l'importance d'un réseau de soin autour des mères et du soutien des équipes. Elles précisent qu'il est important de pouvoir orienter les mères au juste moment (c'est-à-dire « ni trop tôt, ni trop tard ») et c'est pour cela que les équipes soignantes en maternité doivent être orientées et soutenues par des psychologues et psychiatres. Elles recommandent notamment des « staff de parentalité » pour permettre une meilleure cohérence des soins avec un souci de confidentialité. Ces circulaires préconisent une prise en charge qui s'articule avec les structures de PMI et demandent qu'un annuaire des psychiatres acceptant de participer à un suivi conjoint soit disponible pour les parents.

Le plan périnatalité 2005-2007 (47) intitulé « humanité, proximité, sécurité, qualité », issu de la circulaire Molénat est centré sur l'amélioration de l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant. Ce plan va préciser la démarche en périnatalité qui s'articulera autour de trois mesures :

- La mise en place de l'entretien individuel du quatrième mois de la grossesse
- La prise en compte de l'environnement psychologique autour de la naissance
- Le développement des réseaux en périnatalité intégrant hôpital, médecine de ville et structures médico-sociales.

Il précise qu' : « un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post natal, constitue un facteur de protection et une prévention nécessaire ». La place du père est mise en avant comme acteur dans l'environnement de la mère mais surtout comme parent au rôle à part entière dans l'arrivée de l'enfant et dont les difficultés sont à accompagner comme celles de la mère. On note à travers ces circulaires et plan d'action la volonté de prendre en charge le couple et leur enfant grâce à une équipe pluridisciplinaire. Cela a permis la création de réseaux de périnatalité comme le réseau Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon dont le but est de favoriser l'accès, la coordination, la qualité et la continuité des soins pluridisciplinaires de la mère et de l'enfant (48).

En 2006, les recommandations de la HAS (49) sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP - communiqué du 9 février 2006) plaident en faveur d'un soutien humaniste des professionnels dans les processus complexes que sont la maternité et la paternité. Ils introduisent alors la formule générique de *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Ces recommandations ont été mises à jour en 2016 (50) et précisent l'organisation de la consultation précoce en recommandant sept consultations « classiques » de préparation et de suivi pendant la grossesse avec une sage-femme ou un médecin plus une consultation précoce. Dans le mois suivant l'accouchement, aucune consultation spécifique n'est recommandée mais la sage-femme peut reconvoquer la patiente si nécessaire et ses consultations sont prises en charge par la sécurité sociale.

L'HAS encourage l'utilisation d'échelle de dépistage dont l'EPDS en consultation post-natale à 6 à 8 semaines après l'accouchement pour « rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors des grossesses précédentes »

Cependant il est important de noter qu'il n'y a aucune recommandation spécifique sur le site de l'HAS concernant la dépression ou les troubles anxieux pendant la grossesse ou le post-partum en dehors du dépistage. Cela est uniquement notifié comme faisant partie des facteurs de risque. Cette absence de précision nous a donc poussés à aller voir si d'autre pays proposait des recommandations plus spécifiques.

1.1.6.1.2 Au niveau international

Au Canada, le *Best Practice for Mental Health in the Perinatal Period* 2014 (51) recommande entre autre l'utilisation d'un protocole de dépistage comprenant la passation de l'échelle d'Edinburg (EPDS) pour le dépistage de la dépression du post-partum entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée puis entre 6 et 16 semaines après l'accouchement.

- Un score supérieur à 14 rend le diagnostic probable et une prise en charge spécialisée et un traitement médicamenteux nécessaire.
- Un score entre 12 et 13 rend le diagnostic possible et justifie un soutien et de la psychoéducation en se référant à un professionnel de santé primaire. Un score entre 9 et 11 nécessite une réévaluation entre 2 et 4 semaines et un soutien

Cependant, il n'y a pas d'échelle de dépistage spécifique des troubles anxieux. Il se fait selon les critères du DSM-V.

En Australie les recommandations de Février 2011 « *Beyond Blue Clinical Practice Guidelines* » (52) préconisent une évaluation psychosociale des femmes enceintes comprenant la passation de l'EPDS.

- Si les symptômes dépressifs et anxieux sont légers : les femmes doivent être prises en charge par le système de soin primaire et le service communautaire.
- Si les symptômes sont légers à modérés : les femmes seront orientées vers un infirmier en psychiatrie et un psychologue en plus des soins primaires pour assurer un suivi et des soins postnataux et une psychothérapie.
- Si les symptômes sont sévères : les femmes seront orientées vers un psychologue ou un psychiatre exerçant dans un service de santé mentale. L'hospitalisation sera discutée, ainsi qu'un traitement médicamenteux et une psychothérapie mère-enfant.

Les recommandations américaines et du Royaume-Uni conseillent l'utilisation d'échelle de dépistage. Elles précisent aussi la nécessité de placer la femme au centre des soins et de pouvoir accepter un refus de traitement médicamenteux malgré les recommandations et de continuer alors à l'accompagner avec un suivi psychothérapeutique et psychiatrique renforcé. Le dépistage reste cependant et quelles que soient les recommandations la première étape essentielle dans la prise en charge de ces troubles.

1.1.6.2 Dépistage et évaluation

Afin de permettre la prise en charge, la première étape semble être l'évaluation des mères plusieurs raisons. Plusieurs échelles sont validées dans le contexte de la dépression, de l'anxiété et du post-partum. Nous évoquerons ici les échelles choisies pour notre étude, à savoir l'EPDS et l'HADS.

1.1.6.2.1 L'EPDS comme outil de choix

La principale échelle de dépistage utilisée et recommandée est l'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg (EPDS) (53). L'OMS la mentionne comme faisant partie des

questionnaires de référence pour dépister les symptômes dépressifs en complément de l'évaluation clinique (54). Elle a été traduite et validée en français par A. Guédeney (55). C'est une échelle de dépistage non suffisante au diagnostic mais qui permet une évaluation des symptômes dépressifs spécifiques à la dépression du post-partum. Elle associe des questions sur l'humeur, l'anxiété, les idées suicidaires mais aussi la culpabilité et le sentiment d'incapacité. Elle exclut les items somatiques qui peuvent être facilement confondus avec des manifestations somatiques liées à la suite de couche comme l'amaigrissement, la réduction du sommeil et de l'appétit. Elle est courte (10 questions). Les autres questionnaires comprenant plutôt entre 20 et 30 questions soit une durée de passation estimée à 5 minutes au lieu de 10 à 15 minutes (13).

Le score retenu pour la version française est de 10.5 soit un score supérieur à 10. La sensibilité est alors de 0.80 et sa spécificité de 0.92. Si l'on considère une prévalence de 15% des dépressions du post-partum, la valeur prédictive positive est de 0.64 et la valeur prédictive négative est de 0.96. Il existe une corrélation hautement significative entre les scores à l'EPDS entre le 4 et 5^e jour du post-partum et celui à la 6^e semaine après l'accouchement (56). Une revue de la littérature publiée par Jardri et collaborateurs en 2004 a sélectionné 47 documents entre 1987 et 2004. Ils évaluent la sensibilité entre 65 et 100% et la spécificité entre 71 et 97% pour des seuils de positivité variant de 8.5 à 13.5 (57). Un score à 9 peut se justifier lors du dépistage des mères à risque, d'après Chabrol et ses collaborateurs (28). Lors de leur étude le choix de ce score s'est confirmé par les résultats à la deuxième passation de l'EPDS où 18,4% des mères ayant un score égal à 9 entre 2 et 5 jours après l'accouchement avaient un score supérieur ou égal à 11 à 4-6 semaines plus tard. Seulement 4% de celles ayant un score égal à 8 à 2-5 jours avaient un score supérieur ou égal à 11 entre 4 et 6 semaines du post-partum.

Dans une étude parallèle sur les valeurs seuils, la passation de l'échelle au 3^e jour, montre une sensibilité à 0.88 et une spécificité à 0.50 pour un score à 9. Ce score paraît être le plus prédictif de dépression du post-partum. L'étude de la sensibilité et de la spécificité entre la 4^e et la 6^e semaine post-partum prévoit un seuil de 12 pour le dépistage des dépressions majeures du post-partum (sensibilité : 0,91 et spécificité : 0,74). Les auteurs concluent aussi que l'échelle présente une bonne consistance interne selon l'étude de la fidélité (alpha de Cronbach > 0,80) que cela soit au 3^e jour après l'accouchement ou à 4 semaines du post-partum. Les résultats psychométriques de l'échelle sont très satisfaisants. L'EPDS paraît donc être un outil validé et recommandé pour le dépistage précoce et le diagnostic de la dépression du post-partum.

1.1.6.2.2 L'HADS

L'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) est un auto-questionnaire permettant le dépistage, l'évaluation et le suivi des troubles anxio-dépressifs non spécifiques au post-partum. Elle exclut les symptômes physiques de l'anxiété et de la dépression. La version française a été validée auprès de 2669 patients souffrant de troubles dépressifs avérés aigus ou chroniques (58). Différents seuils sont discutés. Pour Zigmond et Snaith (59) les seuils pour les 2 sous scores sont les suivants :

- 0-7 : absence de trouble
- 8-10 : trouble suspecté
- 11-21 : trouble avéré.

Ibbotson (60) dans son étude portant sur les seuils globaux, fixe les scores suivants :

- De 0 à 14 : pas de trouble anxio-dépressif
- De 15 à 42 : existence d'un trouble anxio-dépressif.

Il s'agit d'un outil fiable. En effet le coefficient alpha de Cronbach du sous score de dépression varie de 0.81 à 0.90 ce qui permet de conclure à une bonne cohérence interne. Les revues de la littérature publiées par Bjelland en 2002 (61) ou Hansson en 2009 (62) retrouvent, respectivement, des moyennes sur les coefficients alpha à 0.82 et 0.87. La fiabilité test-retest après deux semaines de passation, confirme une corrélation élevée ($r > 0.80$). L'HADS peut donc être utilisée dans le suivi des patients car il s'agit d'un instrument stable résistant aux influences situationnelles (63). La validité de cette échelle pour la dépression a été démontrée par Bjelland en 2002 qui retrouve une corrélation entre le Beck Dépression Inventory et la sous-échelle de dépression HADS qui varie entre 0.62 à 0.73 et une corrélation entre 0.62 et 0.81 en comparant les scores de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale et celui de la sous-échelle de dépression HADS. La sensibilité et la spécificité sont supérieures à 0.80 (63).

Il s'avère que de nombreuses femmes ne sont pas identifiées comme « à risque » par les professionnels de soins primaires qui minimisent souvent les symptômes anxieux et dépressifs. Ces échelles facilitent un repérage rapide par les sages-femmes et les puéricultrices ainsi que les médecins non psychiatres, des signes pouvant évoluer vers un état anxio-dépressif et permettent des orientations sans décalage dans le temps pour prévenir l'impact sur le développement de l'enfant. Pour établir un diagnostic, la clinique reste indispensable selon de nombreux articles. Une étude transversale (64) a sélectionné 1524 femmes enceintes dans les 12 derniers mois sur une cohorte américaine de 43093 adultes de 18-50 ans. Elle montre que plus de trois quarts des patientes

enceintes souffrant de dépression n'avaient pas recours à des soins. Ceci qu'il s'agisse de soins médicamenteux ou psychologiques.

1.1.6.3 *Traitement*

1.1.6.3.1 *Psychothérapies des troubles anxio-dépressifs*

Parmi les prises en charge proposées et ayant fait l'objet de quelques études on retrouve :

- **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**

Une étude randomisée contre témoin chez des mères ayant un trouble anxieux généralisé (65) a pu montrer une diminution des symptômes mais de manière non significativement différente à la prise en charge sans TCC. Cette prise en charge était proposée en anténatale chez des mères présentant des symptômes de dépression ou de trouble anxieux. Les auteurs font l'hypothèse d'un trop petit nombre d'inclusions ou d'une prise en charge trop courte. On note aussi 50% de perdues de vue sur l'ensemble des inclusions ce qui questionne les résultats. Aucune étude n'a pu, à notre connaissance, valider l'intérêt de la TCC de manière formelle dans le cadre de la périnatalité.

- **Thérapie de pleine conscience, dite « mindfulness »**

L'étude CALM-pregnancy (66) a proposé un programme de mindfulness basé sur les principes des thérapies cognitives. Il a été proposé une séance par semaine pendant 8 semaines à 24 femmes enceintes présentant un trouble anxieux généralisé débuté en anténatal. 94% des femmes n'avaient plus les critères diagnostiques du trouble anxieux généralisé après l'intervention. Cependant les faibles échantillons et l'absence de contrôle ne permet pas de conclure à un intérêt de cette prise en charge spécifique.

- **Relaxation**

Les exercices de relaxation musculaire sont souvent intégrés dans les thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles anxieux généralisés (67). Bastani et ses collaborateurs (68) dans une étude contrôlée et randomisée montrent une diminution significative de l'anxiété et du stress dans le groupe relaxation en comparaison au groupe recevant les soins classiques du suivi de grossesse. Ces résultats sont obtenus pour une évaluation à court terme et sur un échantillon de 110 mères.

- **Psycho-éducation**

L'intérêt d'une psychoéducation brève et individuelle a été étudié par Donker et ses collaborateurs en 2009 (69) dans une revue de la littérature. Ils ont identifié 5 articles intéressants évaluant les effets sur la diminution des symptômes d'une psychoéducation courte (information lors d'un entretien). Ils retrouvent une taille d'effets significative faible dans la réduction des symptômes. Ils concluent que la psychoéducation a un intérêt dans un parcours de soins et que la facilité de sa mise en place (entretien individuel) peut en faire une première étape du traitement des pathologies anxio-dépressives pendant la grossesse. Cependant, comme il n'y a pas de mesures objectives de l'anxiété pendant la grossesse, les cliniciens trouvent souvent difficile d'engager une patiente enceinte en psychoéducation. Aussi le diagnostic de trouble anxieux généralisé peut être difficile à séparer des traits de personnalité anxieuse augmentés par le stress de la grossesse.

Plusieurs études ont donc recherché l'impact sur le taux de rémission des différentes thérapies non spécifiques au post-partum. Les auteurs ont inclus les thérapies de soutien, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies psychodynamiques, les thérapies interpersonnelles et la relaxation (70,71). Ces thérapies avaient comme point commun d'être individuelles et courtes (entre 6 et 12 séances). Elles ont montré une absence de différence significative entre elles sur le taux de rémission. Par contre on note un taux de rémission variant entre 40 à 80 % suite à l'utilisation de psychothérapie contre 15 à 40% chez les personnes n'ayant pas eu de psychothérapie. Une seule étude (71) a comparé les effets de trois de ces thérapies (thérapie de soutien, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie psychodynamique). Elle conclut à un effet équivalent sur la fréquence de rémission des dépressions postnatales. Il semble donc exister des facteurs non-spécifiques des thérapies. L'évaluation des interactions mère-enfant n'était pas significativement différente selon la thérapie. Cependant il existe de nombreux biais et limites à l'ensemble de ces études rendant la généralisation des résultats difficile. Ainsi, Boath et Henshaw (70), concluent que « les limitations méthodologiques de ces études impliquent que l'efficacité de ces approches thérapeutiques n'a pas été clairement démontrée et qu'il y a très peu de faits prouvés sur lesquels se baser pour des recommandations de pratique des soins et de politique de santé ».

1.1.6.3.2 Les traitements pharmacologiques

L'intérêt du traitement médicamenteux n'est pas clairement identifié dans le cadre de la dépression du post-partum. Une revue de la littérature de 2010 concluait sur 30 articles sélectionnés comparant les différents traitements de la dépression du post-partum qu'il n'était pas possible

d'établir de recommandations. Nous n'avons pas retrouvé depuis d'étude spécifique dans la dépression ou le trouble anxieux dans le cadre du post-partum. La prescription d'un traitement se justifie dans le cas d'éléments suffisants pour diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé ou un trouble anxieux. La balance bénéfice-risque pour le nouveau-né et la mère doit être réfléchie. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes est rassurant envers les antidépresseurs et certains anxiolytiques permettant de justifier leur prescription pendant la grossesse voire en cas d'allaitement. Il existe tout de même des risques comme le syndrome néonatal d'exposition pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine mais qui reste transitoires et ne retarde pas le retour au domicile ni ne semble influencer le développement de l'enfant (72). Malgré cela, une évaluation par le pédiatre est souvent réalisée à visée préventive ce qui insécurise les mères. C'est pourquoi la balance bénéfice-risque d'un traitement pharmacologique doit être réfléchie au cas par cas en sachant que lorsqu'un traitement pharmacologique est prescrit, la majorité des mères refuse leur prescription par peur pour leur bébé (70). Cela poussant à aller voir comment les mères elles-mêmes pensent la prise en charge.

1.1.6.4 En pratique

La récente thèse de M. Fillols (73) visant à évaluer l'organisation des services de soins dans les 30 CHU de France met en avant une grande diversité des organisations et collaborations psychiatres-pédopsychiatres. L'orientation des patientes vers un psychiatre spécialisé se fait le plus souvent par une sage-femme hospitalière de consultation, par le gynéco-obstétricien puis par le psychiatre de secteur ou un psychologue. Le suivi dans le post-partum est très diversifié et difficile à évaluer. Un tiers des suivis n'est réalisé ni par le psychiatre ou pédopsychiatre ou médecin généraliste.

De nombreux obstacles à la prise en charge sont identifiés. On retrouve une barrière financière mais aussi logistique (64). En effet les femmes se disent trop occupées pour se déplacer aux rendez-vous et s'occuper d'elles-mêmes. Bien sûr, le manque de connaissances sur la dépression et sur les possibilités de prise en charge est aussi identifié comme un obstacle important à la prise en charge. Il paraît aussi difficile pour les mères d'admettre la nécessité de soins. Le sentiment de honte et d'échec des mères lorsqu'elles présentent des symptômes anxieux et dépressifs est une barrière importante pour l'accès aux thérapies (74). Elles mettent en avant la peur de stigmatisation, la crainte d'être considérée comme une mauvaise mère et la peur de mettre en péril leurs droits parentaux (75). Les auteurs de cette étude qualitative précisent la difficulté pour certaines de repérer les services vers lesquelles se tourner pour demander de l'aide. Enfin certaines études mettent en avant la peur pour les femmes de se voir prescrire un traitement antidépresseur si

elles demandent de l'aide et les risques pour le bébé ou la nécessité de devoir interrompre l'allaitement (76) si ce traitement est prescrit.

Ces études montrent donc l'importance des recherches centrées sur l'intérêt des différentes prises en charge pour justifier les soins proposés et rassurer les mères dans leur parcours de soins.

Pathologie anxieuse ou dépressive et maternité

Dans le cadre de la grossesse et du post-partum, il s'agit de troubles fréquents avec une prévalence de :

- 10 à 15% de dépressions du post-partum,
- 4.4% à 10.8% de troubles anxieux généralisés
- 1.9 à 6% d'états de stress post-traumatique liés à l'accouchement.
- Aussi 20% des mères présentent une anxiété importante dans le post-partum précoce et 22,6 à 30% présentent des symptômes post-traumatiques sans remplir les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique.

Or ces difficultés ont un impact important :

- Sur la mère : isolement, culpabilisation, dévalorisation, difficultés à interagir avec l'enfant, à reconnaître ses émotions. Les symptômes dépressifs et anxieux persistent à 1 an chez 50% des mères, à 5 ans chez 4.6%.
- Sur l'enfant : Il existe des variations significatives du développement moteur et mental du nourrisson qui perdurent à 5 ans avec des scores inférieurs au calcul du quotient intellectuel (total, indice de compréhension verbale, indice performance) ainsi que des difficultés de régulation émotionnelle et des troubles du comportement.

Cet impact a été constaté dès un niveau de stress maternel élevé sans nécessairement de troubles définis. Ceci dès la grossesse avec un impact sur le développement du fœtus.

- La prise en charge est orientée par les recommandations et très variable selon les différents services de périnatalité en France.
- Les études ne permettent pas de valider une thérapie spécifique (médicamenteuse ou psycho thérapeutique).
- L'utilisation du dépistage semble essentielle et est recommandée dans plusieurs pays. L'EPDS est l'échelle la plus reconnue et validée.
- Bien que les prises en charge soient extrêmement variées, toutes mettent l'accent sur la nécessité d'une intervention la plus précoce possible et même dans le cas de stress maternel important sans forcément de diagnostic psychiatrique.

1.2 Hypnose

1.2.1 Généralités

Utiliser le mot « Hypnose » vient réveiller en nous un ensemble de pensées, de représentations, de croyances, de mythes. Sa pratique est ancienne et on note un regain de son utilisation actuellement. Souvent critiquée dans les soins, elle est surestimée comme technique de manipulation. Cette ambivalence importante montre sa méconnaissance et la méfiance qu'elle suscite, soit inoffensive, soit toute puissante. Cependant pour certains elle est une possibilité de soin avec des vertus antalgiques, anesthésiantes mais aussi psychothérapeutiques. C'est ce que nous allons explorer dans ce chapitre. Nous débuterons par son histoire dont elle ne peut se défaire puis essayerons de comprendre les fondements scientifiques qui justifient son utilisation. Enfin nous nous centrerons sur notre sujet, à savoir l'intérêt dans l'anxiété et lors de la maternité.

1.2.2 Historique

Etat de magnétisation devenue *hystérie* puis *rêve éveillé* en passant par *sommeil nerveux*, *état neuro-pathologique* ou *sommeil artificiel provoqué*, l'hypnose a depuis longtemps suscité questions et débats. C'est le contexte historique à travers les différents personnages présentés dans la figure 2 que nous allons détailler dans cette partie (77).

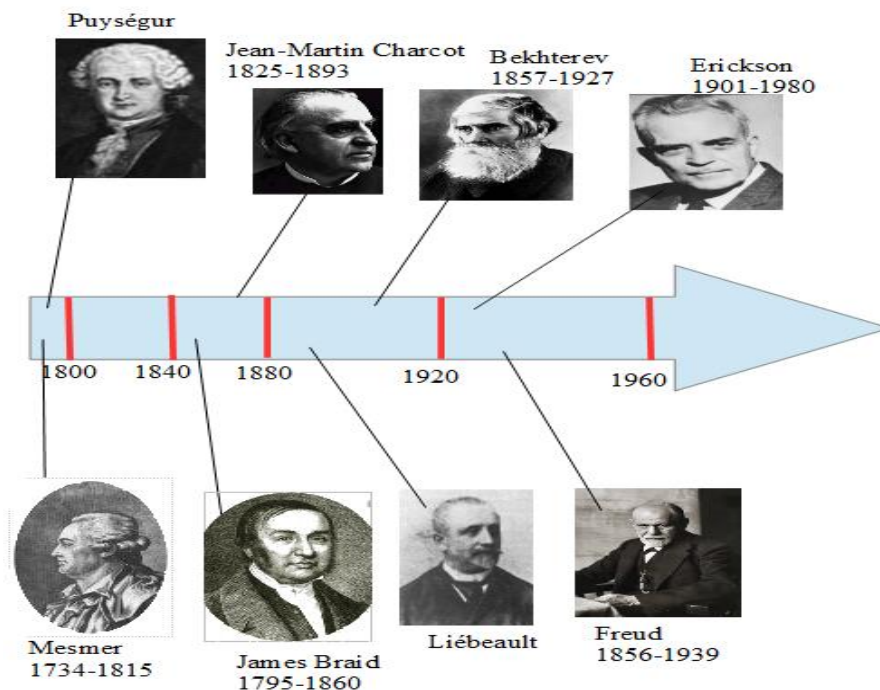


Figure 2 : Chronologie des différentes personnes importantes dans l'histoire de l'hypnose (78).

1.2.2.1 Le « magnétisme animal » ancêtre de l'hypnose

Au XVIIe siècle, F.A. Mesmer (1734-1815) est le premier à décrire un phénomène qui s'apparente à l'hypnose. Il le nomme « magnétisme animal ». Inspiré par la toute nouvelle théorie newtonienne de la gravité, F.A. Mesmer pensait que l'univers était rempli d'un fluide qui traverse les hommes et que la maladie était un déséquilibre de ce fluide. D'abord à l'aide d'aimants, puis via le corps du thérapeute et grâce à des *passes* spécifiques, il prétendait rééquilibrer ce fluide magnétique. A l'image de sa première patiente, une manifestation de type crise convulsive était alors attendue comme réponse au traitement. Dans les descriptions, ces crises ressemblaient à celles des possédés que l'on exorcise. F.A. Mesmer créa pour ses *passes* le *baquet* (figure 3), grande cuve de cuivre remplie d'eau et ornée d'éléments en fer, permettant de *rééquilibrer le fluide* d'une trentaine de personnes en même temps.



Figure 3 : Photographie d'un « baquet »

Cette idée de fluide se retrouve dans d'autres médecines traditionnelles notamment en Chine (le *qi*), en Inde (le *prana*), au Japon (le *ki*). L'hypnose semble déjà avoir été pratiquée, sans en avoir le nom, dans les temples du sommeil égyptien puis dans la Grèce Antique (77). Au Moyen-âge, elle est appelée sorcellerie. F.A. Mesmer fut le premier à rechercher une explication physique plutôt que magique et mystique. Ainsi, il ouvrait la voie vers des explications plus rationnelles et non métaphysiques au phénomène de l'hypnose et à l'ensemble des psychothérapies (79).

1.2.2.2 La découverte de l'état de transe

Un de ses disciples, le marquis C. De Puységur (1751-1825) décrit le phénomène de *transe* associé à l'hypnose. Le marquis fut convaincu de l'intérêt de l'hypnose après avoir vu son frère guérir d'un asthme chronique grâce au traitement de F.A. Mesmer. Il avait observé un état de presque sommeil chez un de ses patients. Il s'agissait d'un paysan qui n'avait jamais entendu parler des crises convulsives des patients citadins de F.A. Mesmer. Il décrit alors l'hypnose comme un état proche du sommeil. Le marquis choisit le nom de *somnambulisme provoqué* et de sommeil *magnétique* pour définir le moment au cours duquel le sujet, alors qu'il paraissait dormir pouvait répondre aux questions posées. Ce jeune paysan avait, selon ses descriptions, la capacité de parler avec un langage distingué et bourgeois sous hypnose alors qu'il s'exprimait habituellement de manière familière. Le marquis C. De Puységur fit ainsi l'hypothèse d'un lien entre « la parole qui libère » et la guérison des symptômes physiques. L'épidémie de crises convulsives décrites lors des thérapies évolua progressivement vers des manifestations plus apaisées, à l'image de cet état de *transe* vécu par le jeune paysan.

L'abbé J.C. De Faria (1754-1819) puis C. De Villers (1765-1815) réfutèrent chacun leur tour l'idée de *fluide magnétique* accordant le pouvoir thérapeutique dans la conviction du *pouvoir* de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé et au seul fait de la relation médecin-malade. L'abbé J.C De Faria proposa une induction hypnotique grâce à des suggestions d'hallucinations visuelles, auditives, olfactives. Pour lui, la guérison s'expliquait par les vertus de l'imagination et non par les *fluides magnétiques*.

D'ailleurs, en 1785, une enquête de la commission royale de Paris, présidée par B. Franklin –alors ambassadeur des Etats-Unis en France– finit de discréditer le Mesmérisme et le *magnétisme animal* en concluant que les effets observés étaient uniquement du fait de l'imagination du patient. Non sans finesse et justesse, C. D'Eslon (1738-1786), disciple de F.A. Mesmer aurait alors rétorqué qu'il « était remarquable d'obtenir de l'imagination des effets aussi visibles sur la santé. Si un tel traitement par l'imagination s'avérait aussi efficace, pourquoi ne pas l'utiliser ? » (80).

1.2.2.3 Du déclin en occident à l'arrivée du terme hypnose

Cela provoqua t un déclin du Mesmérisme jusqu'à la fin du XVIIIe siècle où le chirurgien britannique J. Braid (1795-1860) initié au mesmérisme, préféra une explication plus rationnelle que celle des fluides et proposa à nouveau une définition de cet état de conscience qu'il nomma *hypnotisme*.

Hypnos (Ἵπνος), dans la mythologie grecque, est le fils de la *Nuit* et le frère jumeau de la *Mort*, il incarne le *Sommeil*. A cette époque on pense alors l'hypnose comme un état de sommeil spécifique. Dans ses travaux, J. Braid notait que malgré cet état, les muscles restaient actifs et contractés et les réflexes ostéoarticulaires présents. Progressivement, il décrit cet état comme un état de *concentration mentale soutenue* plutôt que celui d'une fatigue physiologique post-induction. Il mit aussi en avant le rétrécissement de la conscience du patient permettant aux suggestions de provoquer des comportements spectaculaires et étranges chez l'hypnotisé. Il découvrit aussi les vertus analgésiantes de l'hypnose (81). Par la suite, le chirurgien J. Esdaile (1808-1859) rapportait plus de trois cents interventions chirurgicales sous hypnose allant de l'amputation de membre, à la tumeur du scrotum, en passant par l'ablation d'une masse maxillaire volumineuse. Cette pratique resta rare probablement du fait des préjugés médicaux qui lui réfutaient alors tout fondement scientifique.

1.2.2.4 L'hypnose et la psychanalyse

J.M. Charcot (1825-1893) reprit ce concept suite à la traduction des écrits de J. Braid en allemand. Il associait l'hypnose à l'hystérie et démontra qu'il pouvait par suggestion post-hypnotique traiter les conversions hystériques. Il décrit aussi trois états de l'hypnose : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme (82).

Certains, dont A.A. Liébeault (1823-1904), réfutèrent la spécificité de l'hystérie. Pour lui, il s'agissait d'un *état propre à chacun*. Les phénomènes hypnotiques étaient un produit normal de la suggestion. Médecin de campagne, A.A. Liébeault hypnotisait ses malades pour les soigner ce qui lui valut la réputation de guérisseur et la critique de ses confrères. Il remarquait que la réponse des patients était différente et propre à chacun mais que tous finissaient par répondre à l'hypnose, à condition qu'ils le souhaitent et qu'ils coopèrent avec l'hypnotiseur. Il admit aussi le facteur de suggestibilité alors défendu par H. Bernheim (1840-1919) qui décrivait « une exaltation de la suggestibilité normale du sujet » lors de l'hypnose. Cette suggestibilité était considérée par J.M. Charcot comme un trait de l'hystérie et par le sociologue G. Le Bon (1841-1931) comme l'explication des mouvements de foule et de ses éventuelles paniques contagieuses (83).

S. Freud (1856-1939) se confronta aussi à la pratique de l'hypnose, dans les suites de J.M. Charcot. Il jugeait la méthode de H. Bernheim trop autoritaire, bien qu'il reconnût son talent de thérapeute. Il utilisa l'hypnose au service de ses théories psychanalytiques comme outil de réactivation d'expériences éprouvées qu'il appela *abréaction*. Les *abréactions* signaient, pour lui, l'hystérie et permettaient une *réminiscence refoulée de l'inconscient* apaisant les symptômes. Il observa aussi qu'un symptôme apaisé en créait un autre et jugea la suggestion hypnotique comme un acte « magique et trop intrusif ». Dans ses pas, ses successeurs abandonnèrent la pratique de l'hypnose qui tomba de nouveau dans l'oubli.

Parallèlement, en Allemagne, J.H. Schultz (1884-1970) essaya de lier psychanalyse et hypnose avec la création du *training autogène*, méthode de relaxation diffusée dans les années 1930. En France P. Janet (1859-1947) étudia le phénomène et ses processus, expliquant la dissociation qu'il pensait au centre de l'hypnose.

1.2.2.5 Les années 30 et les grands noms américains de l'hypnose

C.L. Hull défendait l'état hypnotique comme un état normal, qui ne permet pas d'améliorer les capacités humaines, mais dont les suggestions hypnotiques peuvent modifier certaines performances humaines (seuil de la douleur, tolérance de la fatigue, modification des

perceptions...). Sa démarche utilisait l'expérimentation et les statistiques pour appuyer ses dires. Des études de la suggestibilité furent aussi entreprises. Des échelles de suggestibilité furent créées comme celle de Stanford (84) établie en 1961.

Elève de C.L. Hull, M.H. Erickson (1901-1980) développa de nombreuses techniques et écrivit de multiples observations. Il s'intéressa à la dimension métaphorique de l'hypnose (85). Son apport, en plus des nouvelles techniques et outils qu'il expérimenta, fut surtout visible sur les fondements même de la compréhension de l'hypnose. Il considéra par exemple l'inconscient non plus comme une *boîte de Pandore* mais comme une réserve de ressources. Dans les années 50 naquit aussi un nouveau mouvement de pensée, considérant le patient comme dépendant de son environnement. Les maladies psychiatriques dépendent alors du contexte et des interrelations du patient avec son environnement. Il en découlera nombre de nouvelles pratiques comme les théories des systèmes, l'éthologie animale, l'ethnologie, la psychanalyse culturelle... Travaillant en parallèle, les recherches de M.H. Erickson inspirent ces nouvelles pratiques dont celles de l'école de Palo Alto et réciproquement. M.H. Erickson modifia la place de l'hypnothérapeute. En effet, de celui autoritaire et directif, qui « connaît la solution », en hypnose classique il préféra opter pour une position dite *basse*, un compagnon de la voix intérieure du patient pour l'aider à puiser dans ses propres ressources et ses solutions. L'hypnose est, pour M.H. Erickson, une « relation intersubjective échappant aux mesures objectives des sciences dures ». La dimension interpersonnelle est pour lui au centre du processus hypnotique.

1.2.2.6 Les années 2000

Actuellement, les thérapies ericksonniennes connaissent un engouement à travers le monde. Selon le moteur de recherche *pubMed*, on observe un nombre important de publications depuis les années 70 à 90 avec environ 200 à 250 publications répondant à la recherche « *hypnosis* ». On note une recrudescence depuis les années 2000. D'autres thérapies actuelles découlent de l'hypnose comme la sophrologie, la PNL (Programmation Neuro-Linguistique) ou l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). On retrouve ces procédés dans des techniques venant de l'Asie telles le yoga, les méditations bouddhistes utilisant aussi les mécanismes d'attention, de concentration et de focalisation (77).

1.2.3 Définition

Pour essayer de comprendre toutes les facettes de l'hypnose, nous allons aborder la définition du terme hypnose et les autres notions qu'il véhicule.

1.2.3.1 Hypnose

Le terme même d'hypnose est ambigu, il définit en effet trois idées distinctes. A. Weitzenhoffer les distingue ainsi (86) :

- L'état de transe hypnotique : Etat modifié de conscience.
- L'hypnotisme : Ensemble des techniques utilisées par le praticien pour provoquer l'état de transe hypnotique.
- L'hypnothérapie : Hypnose dont le but est thérapeutique. Elle est généralement brève et utilise l'état de transe hypnotique ou l'hypnose conversationnelle.

La personne qui pratique l'hypnose peut avoir une formation et des fins distinctes. T. Melchior (1948-2016) a créé deux néologismes pour distinguer cela (87). A savoir :

- Hypnotiste, issu de l'anglais, qui est le spécialiste de l'hypnotisme (les outils de l'hypnose)
- Hypnotiseur, qui est la personne qui pratique l'hypnose dite *de spectacle*.

Pour M.H. Erickson (8), l'hypnose est un état modifié de conscience. Il est l'amplification d'un état naturel, spontané, banal et familier. Il l'appelle *transe commune* ou *transe quotidienne* traduisant un état d'absorption par des pensées où l'individu ne prête plus attention aux éléments qui l'entourent. Pour lui, l'hypnose est « un état d'attention et de réceptivité intense avec une augmentation de la réactivité à une idée ou à un groupe d'idées » ou encore « un état de concentration mentale durant lequel les facultés d'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée que, pour le moment, il devient mort ou indifférent à toute autre considération ou influence » (88).

1.2.3.2 Transe hypnotique

La transe est visible par l'observateur. Celui-ci note chez le sujet en transe hypnotique un état de concentration accrue avec une baisse de la réactivité aux stimuli extérieurs. Le corps est souvent rapidement plongé dans un état de détente et de léthargie. Généralement les fréquences respiratoires et cardiaques diminuent ainsi que la tension artérielle. Le réflexe de déglutition est plus

espacé, les mouvements volontaires sont inhibés. Ces éléments ressemblent à un état de sommeil mais à l'inverse de celui-ci, les réflexes ostéo-musculaires sont présents (85).

Le sujet hypnotisé décrit souvent une sensation de flottement, parfois une sensation paradoxale de lourdeur et de légèreté dans ses membres ou dans l'ensemble de son corps (89). Une étude qualitative, rapporte l'impression d'être « complètement présent » tout en étant « ailleurs » (77) lors de la transe.

G.M. Rager décrit dans son ouvrage *Hypnose, sophrologie et médecine* en 1973 différents niveaux de transe (89) :

- La transe légère pendant laquelle le ralentissement des fréquences cardiaques, respiratoires et de la tension artérielle est observé, mais sans inhibition des mouvements volontaires (le sujet peut encore cligner des yeux, faire des mouvements légers, se réinstaller sur sa chaise quand la position devient inconfortable).
- La transe moyenne où s'ajoutent des réponses concrètes aux suggestions et des mouvements oculaires rapides habituellement observés dans la phase de sommeil. Les rythmes respiratoires et cardiaques s'adaptent aux thèmes abordés (situation de calme ou de stress) laissant penser à une plus grande suggestibilité.
- La transe profonde pendant laquelle les mouvements deviennent ralentis. Le sujet a des difficultés à parler sans stimulation. Le relâchement s'observe par un affaissement des épaules, par exemple. Dans cet état, l'évocation des souvenirs anciens semble facilitée, permettant au sujet de les retravailler s'ils sont traumatiques.

La transe ne signifie donc pas forcément une inhibition des mouvements. Un sujet peut être mobile, en train d'effectuer une activité et être en même temps dans un état de transe. Une activité rythmée est favorable à l'induction de celle-ci, comme la marche, le jogging...

G. Salem rapporte sept paramètres constants quelle que soit la forme de transe (77) :

- L'attention sélective : processus de sélection d'un stimulus spécifique excluant les autres stimuli.
- L'état dissocié : capacité d'avoir un fonctionnement inconscient plus autonome parallèlement au fonctionnement conscient.
- La réactivité accrue aux stimuli : augmentation de la capacité à répondre aux suggestions, aussi appelée *acceptation*.

- L'interprétation littérale : le sujet ne perçoit plus la métaphore, le sens caché, second des mots. Il colle au texte et interprète les mots selon la signification première. La négation n'est pas perçue dans le discours.
- La logique particulière : elle diffère de la logique objective car elle n'a pas de scepticisme réaliste. Cela permet d'imaginer des scénarii non réels et non réalisables.
- Les conduites de type « as if » : capacité à avoir une attitude mimétique, à faire « comme si » les propositions et suggestions étaient réelles.
- La léthargie ou l'activité rythmée : état particulier du corps caractérisé par un fonctionnement involontaire.

1.2.3.3 *Dissociation*

Il s'agit d'un phénomène non spécifique à l'hypnose. Elle est définie par la simultanéité d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente, différentes l'une de l'autre. On peut décrire la dissociation comme un fonctionnement cognitif plus autonome de ces deux activités d'habitude plus intégrées. Ainsi lors de la dissociation, certaines pensées, sensations, informations sont exacerbées, mises en avant alors que d'autres pensées sont mises sous silence momentanément. Plus la transe est profonde plus elle permet la dissociation (90).

1.2.3.4 *Induction*

Il s'agit de la première étape des processus hypnotiques. Son but est de focaliser l'attention de la personne (91) sur quelque chose. Une fois la focalisation réalisée, l'état de transe peut être observé. Elle sera longue ou très brève (quelques phrases) selon l'individu, sa capacité à répondre aux suggestions, son expérience en hypnose mais aussi les techniques utilisées. Le thérapeute peut demander de fixer un objet, de se focaliser sur une sensation corporelle, un bruit, d'utiliser des images mentales (un escalier, un lieu, un mouvement régulier...).

1.2.3.5 *Suggestion*

Il s'agit d'un phénomène banal dans la communication. La suggestion élabore un message destiné à influencer l'interlocuteur dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, ses comportements. Elle peut utiliser tous les canaux de communication (verbale, para-verbale, non-verbale). Elle est présente dans toute thérapie, mais l'hypnose a cette particularité qu'elle l'a étudiée afin de la contrôler et de l'adapter au mieux à la demande du patient.

Il existe différents types de suggestions et les classifications sont multiples et non exhaustives. Voici quelques exemples de suggestions qui seront utilisées lors des séances proposées dans notre étude :

- La suggestion directe : C'est la plus souvent utilisée dans l'hypnose traditionnelle. Elle consiste à diriger clairement le sujet. Nous l'utiliserons dans les séances proposées lors de l'induction : « plus vous descendez les marches plus vous vous sentez détendue »
- La suggestion post-hypnotique : elle consiste à programmer pendant la transe du sujet un comportement qui se déroulera par la suite. Par exemple : « ...et quand vous en aurez envie ou besoin vous reviendrez dans cet endroit et vous réutiliserez cet exercice »
- La ratification : Il s'agit d'un mot ou d'une action qui valide le comportement de la personne. Elle peut être assimilée à une suggestion directe dans le sens où elle renforce le comportement que la personne est en train d'avoir, suggérant qu'il s'agit du comportement attendu. Elles peuvent prendre la forme d'un compliment, « c'est bien », d'un grognement, d'un hochement de tête...
- La suggestion indirecte : Elle a été enrichie par les travaux de M.H. Erickson. Elle est plus permissive et a un caractère plus manipulateur que la suggestion directe, reposant parfois sur des paradoxes. Parmi les suggestions indirectes notons :
 - L'allusion : Elle favorise des associations psychiques. Par exemple, proposer au sujet de penser aux vagues de la mer qui vont et viennent lentement pour permettre une respiration régulière.
 - Le questionnement : « Je me demande à quel moment vous vous sentirez complètement détendue ». Il permet de donner l'illusion de contrôler le moment du changement sans en négocier le but (se détendre) évitant ainsi les résistances du sujet à se laisser porter par les suggestions du thérapeute.
 - La prescription paradoxale : Elle consiste à conseiller un comportement négatif pour permettre le contraire. Par exemple, « surtout ne faites rien, ne vous concentrez pas sur ma voix ».
 - La séquence d'approbation aussi appelée *yes set* : Elle enchaîne une série de propositions vraies et non discutables jusqu'à une proposition plus discutable que l'individu va accepter par mise en confiance et automatisme. « Votre bébé s'appelle X, nous sommes à l'hôpital, il est né le ... et je vais vous demander de vous détendre »
 - La suggestion métaphorique : elle utilise les images, les contes, les métaphores pour changer le regard sur une situation. Nous l'utiliserons lors *du conte de la petite*

éléphante qui voyait sa vie en couleurs pour parler des différences émotionnelles entre la mère et son bébé.

Pour conclure ce listing non exhaustif, il paraît important de souligner que la maîtrise de la suggestion n'a d'intérêt que dans le cadre d'une relation thérapeutique stable, de confiance et bien établie, comme pour toute psychothérapie.

1.2.3.6 *Susceptibilité, suggestibilité et hypnotisabilité*

Il s'agit de 3 termes proches et pourtant non semblables (74) :

- La susceptibilité hypnotique est définie comme la prédisposition individuelle à développer l'état hypnotique. Elle se mesure une fois l'hypnose induite.
- La suggestibilité définit la capacité de produire une réponse à la suggestion. Ceci de façon non volontaire et sans dépendre de l'induction hypnotique. Elle peut se produire à l'état d'éveil ou à la suite d'une induction hypnotique devenant alors « susceptibilité ».
- L'hypnotisabilité est l'augmentation de la suggestibilité grâce à l'hypnose, c'est-à-dire le moment de recouplement entre les deux termes précédents. C'est la différence entre suggestibilité (à l'état d'éveil) et susceptibilité (ou suggestibilité hypnotique).

Malgré ces définitions et, selon une étude qui interroge 208 membres de la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis (SCEH)* ayant fait au moins une publication sur l'hypnose, c'est le terme *hypnotisabilité* (50%) qui est le plus souvent utilisé pour définir cette capacité qu'a l'individu à expérimenter l'hypnose, quatre fois plus utilisé que le second terme *suggestibilité hypnotique* pourtant plus adapté (92).

1.2.3.7 *Recadrage*

Goutte d'huile qui permet de faire tourner les rouages de l'hypnose, c'est le recadrage qui va donner un ensemble cohérent aux différents outils et notions que nous venons d'aborder. Il apporte un autre sens aux symptômes du patient, en l'observant d'un autre point de vue, plus *hypnotique*. Ainsi pour reprendre l'expression de Balken (89) grâce au recadrage : « l'oubli peut devenir amnésie, l'imagination peut devenir hallucination, le souvenir peut devenir régression en âge et la rêverie peut devenir hypnose ». La transe hypnotique devient alors le recadrage d'une expérience ordinaire permettant de se traiter « soi-même comme un autre » selon la formule de P. Ricoeur (93).

Pour conclure sur la définition de l'hypnose, il est important de préciser qu'elle contient les éléments universels des psychothérapies telles que la prise en compte des demandes dites et non dites du patient, les dimensions éthiques et l'aspect symétrique-asymétrique de l'interaction thérapeutique. Elle utilise la transe comme levier spécifique du changement. Le sujet expérimente alors ses capacités à voir différemment, à trouver d'autres explications, d'autres ressources. Cet apprentissage pourra se généraliser par la suite, grâce au recadrage et aux suggestions, donnant à la transe la vertu d'une expérience correctrice.

1.2.4 Phénoménologie de l'hypnose

1.2.4.1 Phénoménologie théorique

Il existe deux grands courants qui tentent d'expliquer le fonctionnement de l'hypnose avec chacun plusieurs théories(94). Un courant défend l'existence d'un état de conscience spécifique de l'hypnose (dit courant étatique), l'autre un état socialement induit, non spécifique (dit courant non étatique) (94). A ce jour, aucun des courants ne prévaut sur l'autre et cela se perçoit dans la définition de l'hypnose proposée par l'Association Américaine de Psychologie en 1994 : « l'hypnose est une procédure durant laquelle un professionnel de santé ou un chercheur suggère une modification dans l'expérience du sujet, du patient ou du client au niveau des sensations, perceptions, pensées ou comportements. Le contexte hypnotique est généralement établi par une procédure d'induction [...]. Certains décrivent leur expérience en termes d'état modifié de conscience. D'autres décrivent l'hypnose comme un état normal d'attention focalisée dans lequel ils se sentent très calmes et détendus » (95).

1.2.4.1.1 Le courant psychosocial ou « non étatique »

Les points clés de ce courant sont :

- La conscience hypnotique n'est pas nécessaire à la réponse aux suggestions sur un mode involontaire, donc l'hypnose n'est pas nécessaire à la production d'effet hypnotique.
- Les phénomènes observés sous hypnose ne sont pas spécifiques à celle-ci. On peut les retrouver lors de méditation, de prise de toxique ou de symptômes psychopathologiques.
- La présence de l'état d'hypnose ne peut pas être vérifiée objectivement.

La conclusion des défenseurs de cette théorie est que le sujet hypnotisé prétend être hypnotisé selon un comportement psychosocial induit, appelé *prise de rôle*. L'hypnose est un rituel social fondé sur les croyances, les attentes, les attitudes des sujets (patient et thérapeute). C'est l'environnement qui induit le comportement de la personne. Il ne s'agit pas d'un jeu de rôle, dans ce sens où il n'y a pas simulation. Le *preneur du rôle* s'implique subjectivement mais entièrement dans le rôle, s'identifiant complètement à celui-ci (91).

Spanos en 1980 (96) approfondit cette idée en introduisant la notion *d'auto déception* : pour ne pas se décevoir lui-même par rapport à une situation dans laquelle il s'est mis volontairement et par rapport à laquelle il a développé des attentes, le sujet adopte le rôle qu'il pense que l'on attend de lui, se conformant aux consignes de l'opérateur. Pour répondre de son

mieux, il va solliciter activement son imagination. La dissociation ou les métaphores renforcent le caractère *non volontaire* de la réponse, créant de la confusion chez le sujet qui a l'impression d'être observateur plus qu'acteur. Dans ce sens, Council et ses collaborateurs en 1986 (97), montrent que les réponses aux suggestions sont supérieures lorsque le cadre hypnotique est posé que dans un exercice équivalent mais non défini comme de l'hypnose. Les variables sociales seraient déterminantes pour la réponse à l'hypnose d'après la théorie *sociocognitive*.

1.2.4.1.2 Courant « étatique »

Défendu entre autre par E. Hilgard en 1965 (98) et issu de la théorie de la *désagrégation* de P. Janet (99), ce courant est fondé sur l'idée d'une *néodissociation* impliquant l'existence d'un état de conscience modifiée.

Dans la théorie de la néodissociation, E. Hilgard appuyé par le cadre expérimental (98) met en avant l'idée d'un « observateur caché » (100). Il s'agit de la partie de l'individu qui garde le contrôle alors que l'autre partie hypnotisée se laisse aller aux suggestions. Chez certains individus hautement hypnotisables, il a observé des réactions psychophysiologiques de douleur alors que l'individu ne se disait pas algique. Il en conclut alors que la douleur a été enregistrée au niveau cognitif mais pas dans la conscience du sujet. En reprenant les idées de *désagrégation des consciences élémentaires* de P. Janet (99), il définit l'appareil mental comme constitué d'un ensemble de structures cognitives, chacune pouvant traiter sélectivement des informations, les faciliter ou les inhiber avant de les envoyer vers une superstructure qui coordonne le tout. Cette superstructure permet l'action volontaire et consciente. Parfois des liaisons entre ces structures peuvent s'interrompre. Les hiérarchies ne permettent plus le contrôle des structures subalternes qui fonctionnent alors de manière isolée, expliquant la dissociation. Considérant que l'appareil psychique a la capacité de se dissocier, E. Hilgard voit l'hypnose comme un outil permettant une barrière psychique qui va diviser la conscience en deux et permettre une dualité psychique.

1.2.4.1.3 Entre les courants, les processus attentionnels

O. Kihlstrom, en 1992 (101), met en avant le rôle de l'attention dans les processus de dissociation. Il décrit la mémoire procédurale comme inconsciente pour sa majeure partie. Ceci implique que l'individu n'a pas conscience des stimuli ayant influencé ses comportements et pourquoi il répond de telle manière à telle situation. Le focus attentionnel permet de sélectionner et d'intégrer ces procédés afin de les adapter aux objectifs du patient. Cette hypothèse fait écho à l'importance de la focalisation de l'attention dans les processus d'induction hypnotique pour

favoriser soit la prise de conscience de mécanismes, soit la dissociation face à l'action engagée (notamment pour la douleur).

Ce focus attentionnel est discuté dans les deux courants. Il paraît une piste d'exploration intéressante pour comprendre le processus hypnotique. Cette approche théorique des processus de l'hypnose amène donc à se demander en pratique, lors d'une séance, à quel moment le sujet est considéré comme en *état d'hypnose*.

1.2.4.2 *Phénoménologie clinique*

1.2.4.2.1 *Un sujet hypnotisable*

D'après M.H. Erickson, tous les sujets sont hypnotisables (88). Cela est plus ou moins facile, mais il y a toujours un axe, un moyen d'hypnotiser quelqu'un. Cependant la question d'hypnotisabilité et de sensibilité a soulevé bien des débats et des recherches. Aucune n'a permis à notre connaissance de définir exactement l'hypnotisabilité, de la capter, de la mesurer. Il semble donc difficile de restreindre l'hypnose à l'hypnotisabilité qui permettrait la transe sans forcément en garantir les résultats (98).

1.2.4.2.2 *Un sujet suggestible*

La suggestibilité peut, se mesurer à l'aide d'échelles comme l'échelle de mesure Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS). Elle a été créée par Hilgard et Weitzenhoffer en 1959, elle est la plus étudiée et la plus complète (102). Cette échelle part de trois postulats : l'état hypnotique est présent ; la profondeur de cet état varie ; il existe une relation croissante positive entre la profondeur de cet état et la suggestibilité hypnotique. Les scores de l'échelle mesurent la profondeur hypnotique à la suite d'une induction de l'état hypnotique standardisée en début de passation. Le score à cette échelle de suggestibilité est prédictif de la performance hypnotique.

Cette suggestibilité serait un trait cognitif latent, propre à chacun et stable dans le temps. L'étude la plus intéressante sur ce sujet est celle de Piccione et ses collaborateurs en 1989 (103), qui ont suivi des personnes pendant 25 ans. Les réponses à la SHSS montraient alors une stabilité significative dans le temps (selon un coefficient de corrélation de 0.64 à 10 ans, 0.85 à 5 ans et 0.71 à 25 ans ; les moyennes aux échelles n'ont pas changé de manière significative et le score médian a varié de 1 point pour un score total sur 12 points).

Des études ont cherché à mettre en évidence des facteurs influençant la suggestibilité. De nombreux travaux dans le cadre de l'hypnoalgésie montrent que l'âge, le genre, les croyances sur l'hypnose, l'attitude, les attentes, l'imagination font partie de ces facteurs. Ces associations restent peu robustes et Grenn et Lynn, en 2011 (6) concluent à une grande inconsistance des résultats.

La critique de ces échelles, portée par Weitenhoffer (84) qui en est l'un des principaux administrateurs, rapporte des confusions de terme et donc de sens. Dixon et ses collaborateurs (105) critiquent l'impossibilité de généraliser les résultats avec peu de correspondance entre les différentes échelles existantes. Le problème est de pouvoir donner un sens au score obtenu. Weitenhoffer propose une modification du vocabulaire, ne parlant plus d'hypnotisabilité mais de susceptibilité et de profondeur de l'hypnose. L'échelle SHSS devient alors plus une échelle de performance différenciant la capacité à répondre à l'hypnose et non l'hypnotisabilité qui en est le résultat. Ces scores ne disent rien de la présence de l'hypnose, de la capacité du sujet à la développer et ne sont pas prédictifs des résultats thérapeutiques.

1.2.4.2.3 *Un sujet en transe*

L'entrée en *transe* pourrait définir le début du phénomène de l'hypnose mais se pose le problème de sa non spécificité. En effet, le terme de *transe* est utilisé dans d'autres pratiques plus *traditionnelles* ou culturelles où on y décrit des modifications comportementales et psychiques similaires. Quel est alors le lien, les ressemblances et les différences avec les trances dites culturelles, que ce soit celle du bouddhiste en méditation ou du vaudou dans ses cérémonies ou encore des yogis, des chamanes ou celle mouvementée du derviche-tourneur ? Des études mettent en avant l'importance des phénomènes sociaux dans la transe hypnotique et inversement l'existence d'une dimension psychobiologique à la transe culturelle (79).

Certains auteurs comme E. Hilgard refusent le terme de transe parce qu'ils le trouvent trop traditionnel, d'autres pensent que la transe n'existe pas réellement (94). Une étude par exemple a montré que si on demande à un groupe de sujets de faire « comme si » ils étaient hypnotisés face au thérapeute jugé expert chevronné, celui-ci ne faisait pas de distinction sur la qualité et l'existence de la transe par rapport à un sujet ne faisant pas « comme si ». Cette étude remet en question les signes de transe plus ou moins profonde décrits précédemment. Mais elle ne tient pas compte de la capacité d'autohypnose du sujet faisant « comme si » pris dans le jeu de l'hypnotiseur ni de l'effet thérapeutique de la technique dite « comme si » qui est parfois utilisée pour les patients dits « résistants » (106). Cependant elle interroge sur la définition et l'identification de l'état de transe même.

Il paraît difficile de définir sur la clinique à quel moment commence l'hypnose lors d'une séance. Ces limites sont floues et difficiles à évaluer. Des études ont recherché des éléments neurophysiologiques pour expliquer et définir les phénomènes hypnotiques.

1.2.4.3 *Modèles neurophysiologiques*

L'expérimentation apporte des informations sur cet état qui n'est ni veille, ni sommeil et qui met en avant le *mode par défaut* du fonctionnement cérébral. Ce sont ces pistes que nous allons maintenant explorer (91).

1.2.4.3.1 *Électro-encéphalogramme (EEG)*

En 1946, Barker et ses collaborateurs (107) montrent lors d'une étude comparant les tracés EEG de patient en état d'hypnose qu'il n'y a pas de différence avec l'état de veille. En revanche, ils mettent en avant l'absence d'onde de phase 3 et 4 présente lors du sommeil ce qui différencie l'hypnose du somnambulisme. Ceci réfute la définition de l'hypnose des années 50, vue comme un état de sommeil.

En 1976, Engstrom et ses collaborateurs (108) mettent en avant la prépondérance des ondes alpha lors de l'enregistrement des patients en état de transe hypnotique profonde. Ils concluent que l'hypnose pourrait s'apparenter à un état de pré-sommeil.

L'étude de Sabourin et ses collaborateurs en 1990 (109) va plus loin, en montrant une corrélation entre la présence d'onde frontale thêta et l'hypnotisabilité. L'onde thêta serait présente lors des processus attentionnels, d'imagination et de mémoire. Ils retrouvent aussi une variation des ondes gamma sans en trouver le sens. Ils émettent l'hypothèse du contenu de la suggestion faite. C'est-à-dire que selon le type de suggestion, le cerveau active des aires cérébrales différentes modifiant les tracés EEG.

En conclusion, il n'existe pas de tracé EEG spécifique à l'hypnose, cependant ces différentes études permettent de faire évoluer la vision de l'état d'hypnose d'abord considéré comme un état de sommeil, puis de conscience modifiée (79). La notion d'hypnotisabilité s'appuie sur des données visibles à l'EEG, bien que ces résultats restent dépendants de l'échelle qui mesure l'hypnotisabilité et du sens de ce terme.

1.2.4.3.2 *Imagerie cérébrale*

La majorité des études en imagerie cérébrale ont été réalisées dans le cadre de la douleur et permettent d'éclairer le fonctionnement de l'hypnose. Nous évoquerons ici les plus intéressantes pour notre propos.

- **Aires cérébrales :**

Maquet et Faymonville en 1999 réalisent une étude sur l'IRMf intéressante (110). Il s'agit d'une étude en deux temps. D'abord l'individu est mis dans un état de repos avec comme consigne de se rappeler des souvenirs agréables. Dans le deuxième temps, une induction hypnotique est faite puis une suggestion d'un lieu ou souvenir agréable. En comparaison, ils notent une augmentation de l'activité de certaines aires corticales dont les aires occipitales, partiales, préfrontales, prémotrices ainsi que le cortex frontal. Cette activation spécifique serait en faveur d'un revécu de situation et différent de la remémoration retrouvée lors du premier temps.

Jensen et ses collaborateurs en 2003 (111) montrent une modification des processus cérébraux. L'activation des aires cérébrales lors de l'induction et du maintien d'une personne en état d'hypnose est significativement différente de celle d'une personne à qui on ne demande pas de tâche particulière. Il existe une activation spécifique des aires frontales et cortico-cingulaires lors de l'hypnose par rapport à un témoin qui n'effectue rien de spécifique.

Les travaux de Muller, Bacht, Schramm, et Seitz en 2012 (112) montrent une différence des aires cérébrales activées selon la suggestion hypnotique. Ainsi les suggestions motrices provoquent un recrutement des aires frontales, probablement en lien avec les fonctions exécutives alors suggérées, ce qui n'est pas retrouvé lors de suggestion auditive olfactive ou visuelle.

Au PET-scanner, on retrouve une activation des cortex intermédiaires (ACI) et cingulaires antérieurs (ACC) lors des séances d'hypnose (110). Ces aires corticales sont impliquées dans l'anticipation des récompenses, la détection des erreurs, l'attention, la motivation et l'expression des émotions. Selon la suggestion proposée et en accord avec les données précédentes, l'activation de ces aires diffère. Les auteurs précisent que lors de suggestion de souvenir agréable, l'activité de l'ACC augmente (110). La diminution de la douleur est permise par l'activation d'une mémoire autobiographique agréable. A l'inverse, on note une diminution de l'activation de l'ACC lors de suggestions directs pour diminuer l'intensité de la douleur (113).

- **Connectivité entre les aires cérébrales :**

Certaines personnes comme Walzlawick en 1980 (114) défendent que la dissociation s'explique par l'existence de deux hémisphères cérébraux aux fonctions et fonctionnements différents, le gauche étant dit digital et logico-mathématique, le droit analogique et créatif. L'état d'hypnose correspondrait à une activation du cerveau droit. Cependant les données scientifiques (111) ne montrent pas d'hyperactivation spécifique ou d'asymétrie. Aucune donnée scientifique n'éclaire à ce jour cette hypothèse.

- **Réseau mode par défaut :**

Le réseau mode par défaut ou *Default Mode Network* (DMN) (115) se définit comme un état de relâchement qui peut s'apparenter à de la rêverie, de la détente, voire du pré-sommeil. Cet état consomme plus d'oxygène et de glucose que l'activité consciente, cependant il est souvent passé inaperçu car se présentant comme l'état de base pour comparer les activités enregistrées à l'IRMf. Il a longtemps été considéré comme un bruit de fond permanent et sans importance pour les études.

Pour Yang (115), le DMN serait essentiel à l'affirmation, à l'identité de soi, au développement de la compréhension des comportements, à la création d'un code déontologique interne. Des études explorent le DMN dans le cadre de l'hypnose car l'activité cérébrale en état d'hypnose semble proche du fonctionnement dit *mode par défaut*. Aucune n'apporte encore de preuves suffisantes (36).

1.2.5 Pratique de l'hypnose

L'hypnose ne paraît pas mettre le cerveau au repos, cependant il n'y a pas encore d'imagerie cérébrale spécifique de l'hypnose tout comme les modèles théoriques et l'observation clinique ne permet pas de définir les processus hypnotiques. Cela n'empêche pas sa pratique. Dans ce chapitre nous réaliserons un état des lieux de son utilisation en France, puis nous nous intéresserons au cadre légal. Enfin nous réaliserons une revue de la littérature sur son efficacité dans le domaine de l'anxiété et de la dépression ainsi qu'en périnatalité.

1.2.5.1 En France

1.2.5.1.1 En CHU

G. Chabrimon et ses collaborateurs en 2016 (116) publient un état des lieux de la pratique de l'hypnose en France. Ils interrogent les 30 centres hospitaliers universitaires français sur leur pratique de l'hypnose dans le panel de prise en charge. En novembre 2015, sur les trente centres hospitaliers, ils concluent qu'il s'agit d'un outil très répandu dans le soin :

- 100% des CHU peuvent proposer de l'hypnose pour l'hypnoalgésie
- 66% pour l'hypnosédation
- 40% en hypnothérapie dont la majorité pour les troubles anxieux (91.7%) ou pour les psychotraumatismes (66.7%) ou pour les troubles de l'humeur (25%) (figure 5). Ils précisent que les indications de l'hypnose en psychiatrie restent très variées et non consensuelles.

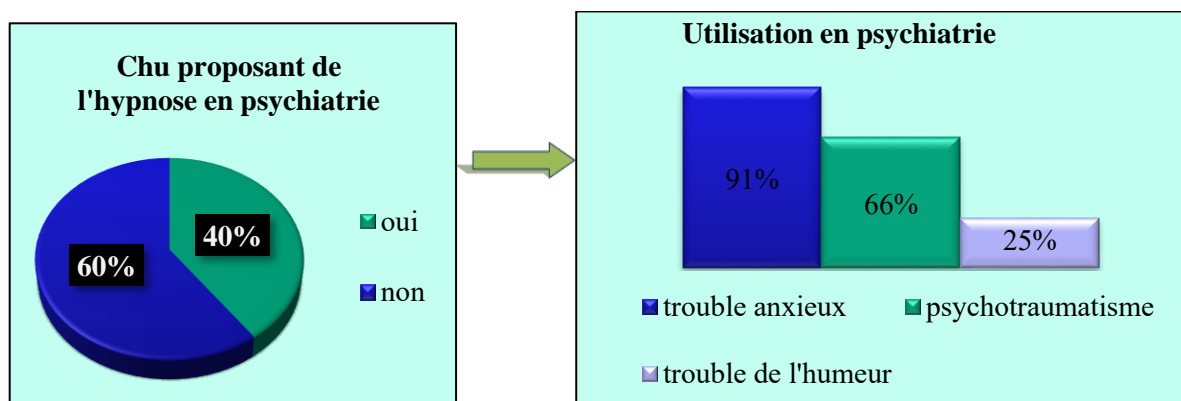


Figure 4 : utilisation de l'hypnose en psychiatrie dans les différents CHU de France

1.2.5.1.2 Parmi les professionnels de santé

Il est difficile de recenser les praticiens en hypnose. Pour avoir une idée, notons les chiffres rapportés par la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB) (117). Elle réunit 29 associations (dont 25 sont françaises) ce qui selon la confédération représente 3 000 professionnels de France, Belgique, Suisse et Québec. Il s'agit de praticiens francophones et non uniquement français et inscrits dans une des associations référencées.

L'annuaire de l'IFH, (Institut Français d'Hypnose) (118) qui propose une formation en 2 ans ouverte uniquement aux professionnels de santé, référence ses anciens élèves. Ils étaient au nombre de 508 professionnels en France métropolitaine en 2013. Sur leur site une répartition des professionnels formés est faite selon leur profession (119).

En 2016 on note :

- psychologues cliniciens (34%)
- médecins généralistes ou spécialistes sauf psychiatres (22%)
- infirmiers (25%)
- psychiatres (10%)
- chirurgiens-dentistes (2%)
- kinésithérapeutes (4%)
- sages-femmes (2%)

Bien que non exhaustive cette répartition donne une idée de l'utilisation de l'hypnose en France qui est fréquente et paraît facile d'accès.

1.2.5.2 Recommandations de bonne pratique

1.2.5.2.1 Dans le code de la santé publique

Dans le code de la santé publique, la pratique de l'hypnose n'est mentionnée qu'une fois dans l'article annexe 11-2 (120) pour préciser que: « [les troubles de conversion et somatoformes] pourraient être induits ou levés par l'hypnose ». On ne trouve aucune autre trace de l'hypnose.

1.2.5.2.2 Selon l'INSERM

Le rapport INSERM publié en 2015 sur l'évaluation de la pratique de l'hypnose est assez pessimiste sur son impact objectivé à ce jour en psychiatrie. Dans sa revue de la littérature, il relève :

- Une étude pour l'utilisation de l'hypnose en prévention de la dépression du post-partum dans la revue Cochrane (pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum) (121). Il s'agit d'une revue de la littérature qui inclut les études contrôlées randomisées évaluant la réduction du risque de développer une dépression du post-partum en utilisant l'hypnose en comparaison aux autres soins. Une seule étude portant sur 63 femmes a été incluse. Les données de cette étude ne permettent pas de faire un lien entre le score de dépression et l'intérêt de l'hypnose en prévention de la dépression du post-partum et ce score n'est pas équivalent selon les groupes en pré-thérapie. Le rapport conclut en « l'absence de données disponibles pour évaluer l'efficacité de l'hypnose pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, pour la prévention de la dépression post-natale ».
- Un essai chez les enfants balinais (122) que nous détaillerons dans le prochain chapitre
- Une revue Cochrane et deux essais pour l'utilisation de l'hypnose dans le sevrage tabagique.

Concernant la sécurité de la pratique de l'hypnose, le rapport INSERM est plutôt rassurant. Il écrit qu'« au total, les données concernant la sécurité de l'hypnose sont rassurantes. Il n'a pas été rapporté d'effet indésirable grave attribuable à l'hypnose. On ne peut cependant exclure leur existence, mais si de tels effets existent leur incidence est relativement faible. » (123). Cela va dans le sens de l'académie nationale de médecine qui dans son rapport de 2013 (124) sur l'utilisation des thérapies complémentaires (ostéopathie, homéopathie, hypnose) conclue : « L'introduction des thérapies complémentaires à l'hôpital public, et notamment dans les CHU, est acceptable dans la mesure où l'hôpital n'est pas considéré comme garant de leur efficacité, mais comme lieu d'exemplarité de leur pratique et espace ouvert à la recherche les concernant. L'expérience de ces établissements devrait contribuer à terme à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques destiné à tous les intervenants publics ou privés »

1.2.5.2.3 Selon l'HAS

Les recommandations HAS (125) restent vagues sur la pratique de l'hypnose. S'appuyant sur le rapport de l'INSERM, elle recommande l'hypnose uniquement dans les douleurs aiguës de l'enfant de 1 à 15 ans. Pour l'arrêt du tabac, l'HAS note qu'aucune étude n'a montré son intérêt de manière satisfaisante. Aucune allusion n'est faite à la psychiatrie. Cependant l'hypnose est recommandée dans la prise en charge des états de stress post traumatique au même titre que l'EDMR (121).

1.2.5.2.4 *Charte éthique ou déontologique spécifique*

Du fait de l'absence de cadre législatif clair, des codes déontologiques sont proposés par les associations de praticiens. Par exemple, la CFHTB (Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves) impose le respect d'un code éthique précis à ses membres (126) afin de limiter les dérives. Le site internet de la Mayo Clinic (127) (établissement de soins américain de renommée internationale situé à Rochester, Minnesota) élabore des règles de sécurité de la pratique de l'hypnose. Pour une pratique sûre, ils précisent :

- Elle doit être pratiquée par un professionnel de santé.
- Il existe des contre-indications comme le cas de pathologie psychiatrique sévère.
- Des effets indésirables peuvent survenir, bien qu'ils soient considérés comme rares tels que les céphalées, la somnolence, les vertiges, l'anxiété et la création de faux souvenirs.

Bien que l'hypnose soit un outil acceptable en pratique clinique, ses recommandations restent limitées, c'est pourquoi une revue de la littérature portant sur son efficacité clinique dans le cadre de notre étude nous semble nécessaire.

1.2.5.3 *Revue de la littérature sur l'intérêt de l'hypnose*

1.2.5.3.1 *Trouble anxieux et état de stress post-traumatique*

Dans une revue de littérature en 2016, Pelissolo et ses collaborateurs (128) répertorient entre 1980 et 2015, 370 articles portant sur l'hypnose dans l'anxiété. 39 articles traitent des effets thérapeutiques de l'hypnose dans les troubles anxieux et seulement 27 répondent aux critères d'inclusion choisis par les auteurs afin de limiter les biais. Parmi les études sélectionnées, 3 sont des études randomisées, 4 des études ouvertes et 20 des rapports de cas. Les auteurs concluent qu'aucune des études publiées à ce jour (en 2016) n'a un niveau de preuve suffisant. Cependant ils pensent les résultats encourageants et en faveur d'un intérêt de l'hypnose pour l'anxiété.

- **Etat de stress aigu et post-traumatique**

Les 3 études randomisées citées plus traitent d'état de stress aigu et post-traumatique.

Une des études retenues par Pelissolo comme la plus robuste et fiable (randomisée, en double aveugle, avec des échelles validées), compare 87 patients exposés à un stress aigu répartis en 3 groupes. Un groupe recevait de la TCC lors de 5 séances de 90 minutes abordant la psychoéducation, la gestion de l'anxiété, la restructuration cognitive, et l'exposition. Le deuxième

groupe recevait de la TCC associée à de l'hypnose. Les séances d'exposition étaient associées à une induction hypnotique et des suggestions, portant sur la focalisation attentionnelle, la détente musculaire et des expositions imaginaires. Le troisième groupe recevait une thérapie de soutien. Pour les 69 patients ayant fini les programmes, ceux des groupes « TCC » et « TCC + hypnose » présentaient moins de critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique en fin de prise en charge et à 6 mois que le groupe « thérapie de soutien ». Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Cependant on note moins de reviviscence à l'issue du traitement lors de l'utilisation de l'hypnose que ceux traités par TCC seule, mais cette différence n'était plus présente lors du suivi à 6 mois. L'évaluation à trois ans sur 53 sujets confirme l'impact préventif de la TCC sur les états de stress post-traumatique avec un diagnostic présent chez 10 % des sujets du groupe « TCC », 22 % des sujets du groupe « TCC+hypnose » et 63 % des patients contrôles du groupe « thérapie de soutien » (129).

La seconde étude retenue a été menée chez des enfants de 6 à 12ans, souffrant d'un état de stress aigu après une attaque terroriste à la bombe à Bali en 2002 (122). Après randomisation, elle montre que les patients ayant reçu une thérapie dite *spirituelle assistée par hypnose* (n =48), consistant à une séance de groupe de 30 minutes, présentent une amélioration de 77% de leurs symptômes alors que les 178 enfants du groupe-contrôle n'ayant pas reçu de traitement présentent une amélioration de 24% de leurs symptômes. Bien que facilement applicable, cette étude est peu généralisable du fait de sa facette *spirituelle*. On peut s'interroger sur l'impact de l'utilisation d'une séance de groupe avec les attentes psychosociales et les effets d'interactions interpersonnelles que cela engendre, sans parler d'hypnose.

Enfin, Abramowitz et Lichtenberg (130) ont développé une méthode nommée *thérapie hypnotique par conditionnement olfactif* consistant à apprendre au sujet, sous hypnose, à associer certaines odeurs à un état de relaxation et de bien-être, pour pouvoir ensuite utiliser ce conditionnement dans les moments de stress, notamment quand l'anxiété est elle-même déclenchée par des odeurs. Dans le cadre d'une étude ouverte auprès de 36 militaires souffrant de traumatisme de guerre, ils retrouvent après six séances d'une heure et demie, 58% de répondeurs. Ceci en se basant sur une réduction d'au moins 50 % sur l'échelle d'intensité symptomatique de l'état de stress post-traumatique et de la dépression. Même si l'absence de groupe contrôle limite la portée de ces résultats, cette nouvelle méthode peut être efficace dans le traitement de l'état de stress post-traumatique.

- **Phobie spécifique**

Une étude porte sur les phobies scolaires (131) chez des adolescents traités par autohypnose et facilités de contact téléphonique avec le thérapeute. Sur les 12 sujets traités, les auteurs rapportent un bon résultat chez 8 patients (retour complet en classe), une amélioration partielle chez 3 patients, et une absence d'amélioration chez 1 patient. Cette étude ne bénéficie pas de groupe contrôle ou de mesure psychométrique des effets thérapeutiques. Il existe un biais possible du fait de l'absence de prise en compte du simple impact des appels téléphoniques.

Les autres études sur les phobies spécifiques sont des rapports de cas, pour la plupart anciens. L'hypnose est souvent associée à une autre pratique avec notamment le cas de traitement d'une phobie de la conduite automobile où l'hypnose est associée à de la TCC (132), ou le cas de phobie de l'avion résistante où elle est associée à une exposition en réalité virtuelle (133).

- **Trouble panique**

Deux études cliniques non comparatives ont été retrouvées, l'une sur 27 patients traités par six séances de groupe utilisant l'hypnose ou la relaxation par training autogène (134), l'autre sur 34 patients traités par training autogène (135). Le training autogène est une technique de relaxation basée sur la respiration et la focalisation. Une amélioration significative est retrouvée avec un maintien des effets à trois mois. Cependant l'absence de groupe contrôle limite les conclusions.

- **Trouble anxieux généralisé :**

Notons qu'on ne retrouve pas d'étude ciblée sur le trouble anxieux généralisé. Un rapport de cas est publié sur un patient traité pour des troubles du sommeil dans le cadre d'un trouble anxieux généralisé (128).

Le faible nombre d'étude sur l'efficacité de l'hypnose dans les troubles anxieux, peut s'expliquer par la suprématie des thérapies type TCC qui ont déjà montré leur intérêt dans ce type de pathologie, bien que montrant aussi un fort taux de perdu de vue. Schoenberger et ses collaborateurs en 1997 (136) ont réalisé une étude sur les attentes des patients vis-à-vis de l'hypnose. Les auteurs comparent chez 62 patients souffrant d'une peur de parler en public, l'efficacité d'une méthode habituelle de TCC à la même méthode mais présentée comme une technique d'hypnose. Tous les patients traités voient leurs symptômes diminuer de manière significative par rapport aux patients placés sur une liste d'attente (groupe de comparaison). Cependant les patients qui pensent avoir reçu une thérapie type hypnose s'amélioraient légèrement

plus que les autres. Cette étude fait écho aux théories psychosociales de l'hypnose exposées précédemment.

Signalons le travail intéressant d'une thèse (137) sur l'intérêt de l'hypnose dans les troubles du sommeil. Dans les critères secondaires il était noté une amélioration des scores à l'HADS sur 3 patients notés anxieux, avec un différentiel aux scores entre 3 et 7 points.

1.2.5.3.2 Dans le cadre de la dépression :

Pour Michael Yapko (138), l'hypnose peut avoir un intérêt dans la dépression dans le sens où elle peut soutenir le traitement en travaillant les attentes positives de celui-ci. Aussi l'hypnose peut permettre l'amélioration de certains symptômes dont l'insomnie et les ruminations, et le changement des processus cognitifs internes qui entretiennent les pensées et l'humeur dépressives selon le cercle vicieux de la dépression.

Dans la littérature, une méta-analyse cherche un effet de l'hypnose sur les symptômes dépressifs. Sur six études incluses, il est retrouvé une taille d'effet modérée, calculée selon un d de Cohen à 0.57 (139). L'étude ne précise pas la sévérité des symptômes.

L'adjonction de l'hypnose à la TCC comme suggérée par Yapko a montré une amélioration des scores de dépression significative par rapport aux patients n'ayant bénéficié que d'une prise en charge en TCC (35). Cela confirme les études plus anciennes de Kirsch et ses collaborateurs en 1995 (141) qui concluaient dans leur méta-analyse que l'association de l'hypnose aux TCC permet une augmentation de l'amélioration des symptômes chez 75% des personnes en comparaison des patients n'ayant pas reçu de l'hypnose en association.

Enfin, une étude a comparé chez des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé, une prise en charge en psychoéducation classique ou en hypnose et psychoéducation ou en médiation et psychoéducation (142). Cette étude comparative, après inclusion de 46 individus, montre une amélioration pour les groupes « médiation » et « hypnose », mais cette amélioration n'est significative que pour le groupe « médiation ». Possiblement lié au faible échantillon, cette étude comme beaucoup d'autres apporte des résultats frustrés alors que des rapports de cas positifs et encourageants sont décrits depuis plusieurs siècles (130).

1.2.5.3.3 *Dans le cadre de la grossesse et du post-partum*

Lors de la grossesse, des sages-femmes proposent l'utilisation de l'hypnose en préparation à l'accouchement en vue d'une meilleure gestion du stress et de la douleur. Un article de Kenyon et ses collaborateurs en 2013 (143) exposait l'intérêt de l'hypnose lors de la délivrance, notamment pour diminuer la prescription de certains traitements tels que l'ocytocine et pour soutenir les mères dans la gestion de l'anxiété et du stress liés à l'accouchement. La littérature reste pauvre, et peu d'études recherchent l'impact de l'hypnose sur l'anxiété et la dépression de la mère.

Nous retrouvons un rapport de cas sur le bénéfice de l'hypnose chez une femme enceinte primipare de 23 ans à 31 SA. Elle bénéficie de séance quotidienne pendant une semaine. On note une diminution significative du score de l'inventaire national de l'anxiété en faveur d'une diminution des symptômes anxieux, puis un retour au score de base une semaine après les séances. Les mesures des contractions utérines et de la fréquence artérielle maternelle diminuent pendant la phase d'hypnose. Les auteurs concluent que ce rapport de cas peut ouvrir sur des groupes de patientes plus grands car il paraît suffisamment prometteur. L'impact existe pendant la séance mais aucun maintien dans le temps n'est retrouvé dans cette étude. L'autohypnose n'a pas été proposée, ce qui aurait pu permettre de rechercher si les mêmes effets sont retrouvés et de pouvoir multiplier les séances et faire espérer une amélioration qui se maintienne dans le temps.

Dans le cadre de l'accouchement, il existe deux rapports de cas publiés à notre connaissance mettant en avant les bénéfices de l'hypnose pour l'état de stress post-traumatique lié à l'accouchement (31). Le premier cas, lors du suivi d'une deuxième grossesse après un premier accouchement sous césarienne, a permis à la patiente de vivre la césarienne sans anxiété malgré une anticipation anxieuse forte et des reviviscences du premier accouchement. Le deuxième cas rapporte un état de stress post-traumatique après une psychose puerpérale. L'autohypnose pendant le travail a permis un deuxième accouchement jugé non anxiogène pour la mère selon l'entretien et sans échelle de stress ou d'anxiété spécifique utilisée. Ces deux rapports de cas s'intéressent au vécu subjectif de la mère et à l'intérêt de l'hypnose pour travailler en amont les événements craints par la mère et jugés comme potentiellement très anxiogènes.

Enfin, une étude publiée en avril 2016 (144) a comparé une prise en charge en hypnose avec un groupe témoin type *salle d'attente* selon une échelle d'évaluation des symptômes liés à la grossesse. Ils retrouvent une diminution significative des symptômes de stress et d'anxiété dans le groupe hypnose entre 16 et 36 semaines d'aménorrhée. Il existe une diminution non significative des symptômes dépressifs. La diminution des symptômes physiques dans le temps est significative

dans les deux groupes (évolution classique connu de la grossesse) mais supérieure dans le groupe hypnose. Cette étude ne permet pas de dissocier la part de l'amélioration liée aux heures de prise en charge supplémentaires et celle liée spécifiquement à l'utilisation de l'hypnose. Cependant elle est encourageante pour les prises en charge des symptômes autour de la grossesse notamment l'anxiété mais aussi les plaintes physiques.

En parallèle la revue de la littérature de Sado en 2011 (121) sur l'hypnose pour prévenir la dépression du post-partum, bien que ne permettant pas de conclure à un intérêt de cette pratique, ne rapporte aucun effet indésirable. Cela pour une pratique en anténatal, pendant l'accouchement et dans le post-partum. Le faible nombre d'étude répertorié explique en partie l'absence de conclusion possible, mais permet d'être rassurante quant à son utilisation.

En conclusion, pour G. Salem, l'hypnose est « comme un art de soin fondé avant tout sur les ressources du patient » (77). Actuellement on peut dire que l'hypnose appartient au champ des psychothérapies brèves avec ses outils propres. D'ailleurs, pour M.H Erickson, l'hypnose est un outil qui doit être associé à une stratégie pour permettre le changement (145). Les différentes études présentées sont encourageantes face à un impact de l'hypnose en complément des autres prises en charge et pour la gestion des symptômes anxieux et dépressifs. Aucune étude ne montre de spécificité pour la femme dans le post-partum et les rapports de cas pendant la grossesse sont positifs sur les symptômes anxieux pendant la séance. Notre revue de la littérature ne va donc pas à l'encontre de l'efficacité de l'hypnose dans le post-partum précoce chez les mères présentant des symptômes anxieux ou dépressifs. Il est nécessaire de préciser les ponts qui ont été faits entre l'hypnose et le post-partum permettant de penser qu'il s'agit d'un moment propice pour proposer des outils d'hypnose. C'est ce que nous allons approfondir dans notre dernière partie.

Hypnose

- L'hypnose
 - Est une thérapie brève basée sur les émotions et les ressources du patient.
 - L'un de ses outils est la transe hypnotique, mais il en existe beaucoup d'autres telles les suggestions, le recadrage, les contes et métaphores...
 - Pour certains la transe hypnotique est un état modifié de conscience, spécifique et thérapeutique. Pour d'autres il s'agit d'une réponse psycho-sociale adaptée au contexte du patient qui par une « prise de rôle » et grâce à son imagination va essayer de répondre à ses attentes et à celles du thérapeute.
 - Dans les deux cas, le but est un état de détente mais aussi de focalisation de l'attention permettant une augmentation de la suggestibilité.
- L'imagerie :
 - Il n'existe pas à ce jour d'imagerie cérébrale spécifique de l'hypnose mais des modifications y sont notées.
 - Les études explorent principalement la réponse à la douleur, sans imagerie à distance de l'induction hypnotique.
 - L'exploration du mode par défaut est une piste intéressante.
- En pratique :
 - Son utilisation est répandue en France aussi bien en CHU qu'en libéral.
 - Elle se recoupe avec de nombreuses autres psychothérapies mais aussi des pratiques culturelles d'où la difficulté d'en saisir sa spécificité s'il en est.
 - Le rapport Inserm 2015, encourage donc la poursuite des études en insistant sur l'importance de réaliser des recherches qualitatives afin de mieux comprendre le phénomène lié à l'hypnose et ses mécanismes.
- L'intérêt :
 - Peu d'études à haut niveau de preuve sont réalisées en hypnothérapie.
 - De nombreux rapports de cas sont encourageants mais les résultats ne sont, à ce jour, pas généralisables.
 - Il s'agit d'une pratique non dangereuse, comportant peu de risques et aucun effet secondaire retrouvé.

1.3 Hypnose et pathologie anxieuse et dépressive de la mère : quelles convergences ?

Nous avons vu que les troubles anxieux et/ou dépressifs maternels périnataux avaient un impact pour la mère ainsi que sur le développement de l'enfant. Le diagnostic précoce de ces troubles ainsi que leur prise en charge sont au centre des recommandations sans pour autant être précisées de façon spécifique. Bien que son intérêt soit encore peu démontré, l'hypnose est un outil acceptable en terme de sécurité, en complément des autres prises en charge (142). Il est particulièrement intéressant dans ce contexte compte-tenu de la dynamique en jeu : apprentissage, changement, adaptation, accordage, disponibilité, sensibilité. On retrouve dans la théorie de l'attachement décrite dans les années 70 des constats similaires par rapport aux soubassements des mécanismes en jeu dans l'hypnose. La présence d'une augmentation du taux d'ocytocine dans le sang maternel en prépartum et postpartum nous a aussi amené à étudier la présence de cette neurohormone dans les situations d'hypnose et de périnatalité.

1.3.1 Théorie de l'attachement

1.3.1.1 Généralités

C'est dans la période de l'après-guerre qu'ont commencé les recherches expérimentales sur l'enfant et le nourrisson selon une approche développementaliste. Ceci conduit aux premières observations de J. Bowlby (143) et M. Ainsworth (144), dans les années 70 et à la naissance de la théorie de l'attachement.

La théorie de l'attachement est au carrefour de plusieurs domaines scientifiques. L'éthologie d'abord, apporte la notion de système motivationnel où l'être humain est programmé avec un certain nombre de répertoires universels qui prendront leur forme définitive dans une interaction perpétuelle avec l'environnement. La théorie darwinienne évolutionniste ensuite où les systèmes motivationnels sont sélectionnés par l'évolution. Les comportements permettant des soins parentaux appropriés sont sélectionnés car ils favorisent la survie de la descendance. Les interactions entre inné et acquis sont constantes dans cette théorie qui montre une contribution génétique à la sensibilité parentale et à la sensibilité du bébé à la qualité des soins parentaux (145). Il s'agit d'une théorie psychodynamique qui sous-tend un inconscient cognitif et mnésique permettant des représentations selon des schémas cognitivo-émotionnels (146).

1.3.1.2 Définition

Le bébé : « celui qui s'attache »

Selon la théorie de l'attachement, si on regarde du côté du bébé, dès la naissance, celui-ci est programmé pour s'attacher, c'est-à-dire pour rechercher la proximité d'un adulte et la maintenir en cas d'alarme et de détresse. Ceci grâce à un ensemble de comportements programmés biologiquement et activés par le système motivationnel. Le bébé est dépendant de son environnement car il ne possède pas les capacités cognitives et motrices pour survivre seul. Il va alors chercher le contact avec les autres humains.

La première phase d'attachement de 0 à 3 mois se caractérise par la non orientation des signaux vers une figure d'attachement spécifique. Cependant de 36 SA à 3 mois de vie du bébé existe un processus d'« *imprinting like* » où il reconnaît les habitudes sensorielles, la chaleur, la voix de ceux qui sont souvent en interaction avec lui. Le principal est la mère. Le bébé réagit préférentiellement à ses stimuli (147).

Il existe 3 catégories de comportement d'attachement inné (31) :

- Les comportements aversifs : ils se caractérisent par les pleurs et les cris dont le but est l'appel du *caregiver*
- Les comportements de signalisation : ils se caractérisent par des babillages, des sourires. Le but est le maintien de la proximité grâce à l'échange de moments agréables
- Les comportements actifs : ils permettent d'aller vers l'autre. Ils sont encore rares et immatures.

L'adéquation de la réponse du *caregiver* permet une diminution des comportements aversifs et l'augmentation des comportements de signalisation et des comportements actifs.

De 3 à 6 mois, l'enfant orientera les signaux vers une figure d'attachement principale et contrôlera de plus en plus ses systèmes de comportements. L'enfant regardera et se déplacera plus souvent vers cette figure d'attachement, il sera plus facilement apaisé par elle. Il va progressivement hiérarchiser ses figures d'attachement en principale et subsidiaire, chacune devenant irremplaçable et non interchangeable.

A partir de 6 mois, le développement moteur de l'enfant lui permet de contrôler activement la distance qu'il peut supporter entre lui et sa figure d'attachement. Cela lui permet d'établir sa base de sécurité. La mère devient une « base de sécurité » dont le bébé s'éloigne pour explorer le monde et revient lors de signaux d'alarme et de détresse pour retrouver la sécurité perdue. Rassuré par sa base, il peut de nouveau explorer le monde, ceci de façon de plus en plus construite et éloignée et au fur et à mesure de son développement cognitif et moteur. L'attachement sera dit « sécure » si le bébé jongle aisément entre ces phases d'éloignement/rapprochement.

Dès la première année, l'enfant construit des modèles cognitivo-émotionnels rudimentaires appelés « modèles internes opérants ». Ils représentent les attentes de l'enfant, guident ses comportements et réactions cognitives et émotionnelles lorsque l'enfant active son système d'attachement. Ces modèles sont automatiques c'est-à-dire non conscients.

La mère : « celle qui prend soin » (*caregiver*)

Du côté du *caregiver*, le système motivationnel est l'ensemble des comportements issus de ses représentations qui permettent de répondre au besoin d'attachement de l'enfant. Il est différent de l'amour et représente les capacités à s'adapter et à répondre de manière adaptée pour permettre à l'enfant de construire un attachement le plus sûr possible. L'ensemble de ces comportements ont pour but de protéger l'enfant (148). Pour permettre un attachement sûr, le rôle du *caregiver* est complexe. Il doit être sensible au besoin d'attachement de l'enfant mais aussi à celui d'exploration. Il ne doit pas anticiper ou devancer l'activation du lien d'attachement pour que l'enfant puisse développer son autonomie (149). Ceci est défini par le terme anglo-saxon *responsiveness* c'est-à-dire la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales du bébé de manière correcte et à y répondre rapidement et adéquatement (144). Ces réponses doivent être cohérentes et prévisibles. Dans la moitié des cas, elles nécessitent un ajustement rapide du *caregiver* car elles ne sont pas adaptées initialement.

Pour le développement des capacités du *caregiver*, les facteurs psychologiques jouent un rôle primordial. Une pathologie (dépression, trouble anxieux, état de stress post traumatique, état psychotique) ou un fort niveau de stress environnemental pour la mère peut détériorer ces ressources. Ces stress sont principalement les événements de vie négatifs (chômage, précarité, maladie), les problèmes interpersonnelles (conflit parental, absence de père, autre personne à protéger) (150).

Les capacités du *caregiver*

La théorie de l'attachement met en avant l'importance de certaines capacités du *caregiver*. Parmi celle-ci :

- La sensibilité maternelle : capacité à être sensible et comprendre les états mentaux de l'enfant
- La disponibilité maternelle : capacité à faire abstraction de ses états mentaux pour être présente dans l'interaction avec l'enfant.
- La conscience réflexive : capacité de l'individu à avoir accès avec souplesse et cohérence à ses propres émotions et expérience d'attachement dans l'enfance. Elle emprunte des notions à la théorie de l'esprit. Elle regroupe aussi le « *mind-mindedness* » (capacité d'avoir l'esprit à l'esprit ou capacité à se mettre à la place de l'enfant, en termes d'état mentaux (désir, émotion...) plutôt que des caractéristiques physiques ou d'ordre général) et « *l'insightfulness* » (capacité du parent à imaginer les motivations des comportements de son enfant).

Cela permettra des fonctions plus complexes qui sont :

- La synchronisation : capacité à répondre de manière adaptée aux états mentaux et comportements de l'enfant en mettant de côté ses propres états mentaux. Elle est proche de l'accordage affectif. Pour Stern, c'est un phénomène non conscient actif et sélectif de coordination interactive où « chacun sait que l'autre sait qu'il sait ». Cela permet à l'enfant d'élaborer son système d'attachement où la mère imite le nouveau-né et inversement (151). Cet accordage est d'abord tonique dans la manière de porter l'enfant, de le tenir selon ses émotions, son comportement, puis comportemental sur les expressions faciales et enfin verbal.
- La mentalisation (148) : capacité de la mère à donner un sens aux sensations internes, réactions, émotions de son bébé permettant ainsi une régulation des peurs et de la détresse du bébé sans l'effrayer ou le troubler. Elle nécessite une conscience réflexive. Il s'agit donc d'une fonction complexe que va construire la mère selon l'accès qu'elle a à ses états mentaux et sa capacité de percevoir ceux des autres mais cette fois adaptée aux capacités de communication du bébé. Plus la mère arrive à se focaliser sur la subjectivité unique de son nouveau-né, différent de ses propres souhaits, besoins, croyances, désirs, plus elle est en adéquation et sensible aux signaux comportementaux de l'enfant. Une histoire d'attachement sécurisée pour la mère, lui permet d'explorer son propre état d'esprit et d'investiguer celui du bébé plus sereinement.
- Le mirroring (152) : capacité de la mère à produire une version exagérée de l'émotion exprimée par le bébé. L'exagération par la mère est symbolique, se faisant un miroir plus expressif de l'émotion de l'enfant. Cela va permettre progressivement à l'enfant de reconnaître ses propres états mentaux. Dans la première année, le mirroring permet le lien entre l'affect du bébé, ses comportements et ses expressions faciales et l'expérience qu'il en fait. Cette étape fait émerger les capacités de mentalisation ultérieures. Le langage permettra ensuite d'affiner les interactions et émotions.

1.3.1.1.1. Transmission de l'attachement

Il existe un aspect transgénérationnel de l'attachement bien démontré dans les travaux de Main et ses collaborateurs (153). Les compétences du caregiver dépendent aussi de sa propre histoire d'attachement et de la représentation qui en découle dans sa capacité à s'occuper du bébé. On parlera d'« état d'esprit de la mère quant à l'attachement ». Une méta-analyse de Bakermans-Kranenburg et Van Ijzendoorn en 2009 (154) reprend l'évaluation de l'attachement selon l'échelle d'attachement de l'adulte (AAI : *Adult Attachment Interview*), sur 10 500 mères. Ils notent 23% de

mères dites détachées (attachement désorganisé), 58 % de mères sécures, 19% de mères préoccupées. Cette méta-analyse met aussi en avant un lien entre l'attachement de la mère et celui de l'enfant. Le premier serait de nature prédictive sur l'autre. Bien que des études sur les facteurs génétiques soient en cours, il existe peu de poids d'héritabilité retrouvé dans les études entre jumeaux (155). Le contexte semble donc essentiel, d'où l'importance de soutenir les mères insécures et celles à l'état d'esprit incertain concernant leur capacité de *caregiver* afin de modifier au plus tôt le contexte du bébé.

1.3.1.1.2. Pistes thérapeutiques de la théorie de l'attachement

Les travaux de Bowlby (143) et de ses successeurs ont permis de détacher trois axes de travail possibles pour les programmes de prévention et d'intervention dont le but est de renforcer la sécurité du lien d'attachement. Certains de ces axes seront repris au cours des séances proposées dans notre étude. Ces interventions sont recommandées de manière précoce (débutant avant les 6 mois du bébé) et de durée plus ou moins longue selon le type, la population, la demande de la mère (28).

- Le premier axe s'intéresse aux modèles internes opérants de la mère. Il a pour but de développer l'insight de la mère sur sa propre vie psychique surtout dans les situations à haut niveau émotionnel. La compréhension et la reconnaissance de ses états émotionnels permet que ceux-ci affectent moins les échanges avec l'enfant.
- Le deuxième axe est d'aider la mère à comprendre et à répondre de manière adaptée à l'enfant pour satisfaire son besoin de réconfort, de proximité et de sécurité tout en encourageant ses attitudes d'exploration pour permettre son autonomisation.
- Le troisième axe consiste pour le thérapeute à « prendre soin de celui qui prend soin » comme le résume Kobak et Mandelbaum (156). Il s'agit de pouvoir représenter en tant que thérapeute une base de sécurité pour le parent afin qu'il puisse explorer la complexité de son monde interne et des relations avec son bébé.

1.3.1.1.3 Attachement et trouble anxieux et dépressif de la mère

1.3.1.1.3. Evaluation de l'attachement dans les troubles anxio-dépressifs

- **Retrait relationnel**

Le lien entre la mère et son enfant a souvent été étudié ainsi que ses modifications en cas de pathologie anxieuse ou dépressive de la mère. Selon la théorie de l'attachement l'un des premiers

signes de mise à mal de ce lien est le retrait relationnel de l'enfant. Le retrait n'est pas spécifique au trouble maternel, il peut être provoqué par des causes organiques (fièvre, intoxication, crise convulsive, déficit sensoriel...) mais aussi comme signe d'un autisme infantile où le retrait est permanent. Ce retrait s'observe dans la dépression précoce, l'état de stress post-traumatique et les troubles de l'attachement de l'enfant. L'enfant peut alors présenter des symptômes quasi autistiques qui seront réversibles lors de nouvelles stimulations adaptées.

Dans le cas de la dépression maternelle, ce retrait a été mis en avant par l'expérience du « visage immobile » (*still face*) (157). On demande à la mère d'interagir normalement avec l'enfant âgé de 6 à 9 mois puis soudainement d'adopter un visage immobile pendant 2 minutes, puis d'interagir normalement. On observe, lorsque le visage de la mère est immobile, que l'enfant essaie de maintenir le contact en augmentant les expressions faciales et babillages puis qu'il se retire de la relation. Lors de la reprise de l'interaction par la mère, l'enfant va mettre quelques instants avant d'interagir à nouveau. Cette expérience montre comment les changements d'expression de la mère impactent l'enfant. Stern concluait que la répétition de ruptures de contact pouvait avoir un impact sur l'enfant et ses capacités d'interaction. Or, lors de la dépression ou d'une anxiété importante la mère perd le contact avec son enfant, prise par ses préoccupations, provoquant ainsi des ruptures répétées. N. Stern met en avant la notion d'accordage affectif de la mère et de l'enfant.

L'échelle la plus utilisée et reconnue pour évaluer le retrait relationnel est l'ADBB, « Alarme Détresse Bébé » (158). Créée par l'équipe du Dr A. Guédénéy, il s'agit d'une échelle de dépistage pour les enfants de 2 à 24 mois qui consiste à observer l'enfant lors de différentes situations (jeu, éloignement de la mère, interaction...) et de noter les différents points nécessaires à l'interaction. Il s'agit d'un outil relativement simple et rapide de passation. Dans un article qui reprend l'évaluation de l'ADBB, A. Guédénéy (158) conclut que : « L'ADBB peut être utilisée pour mesurer le comportement de retrait, par exemple en réponse à une dépression maternelle postnatale, ou son évolution sous traitement dans une situation donnant lieu à un retrait important ».

- **Sentiment d'efficacité et de satisfaction parentale**

Une autre valeur retrouvée comme impactée par la dépression est le sentiment de capacité d'attachement ressenti par la mère (159). C'est-à-dire qu'une mère déprimée a plus de risque de décrire et ressentir des incertitudes sur sa capacité d'attachement à son enfant. De la même manière on note une moins bonne confiance en ses capacités d'être parent chez 39.4% des mères ayant

présenté une dépression du post-partum contre 18.5% des mères n'ayant pas présenté ces symptômes ($P = 0.005$) (25).

Le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (QAACEP) propose une évaluation simple et rapide de l'impact de la dépression sur le sentiment d'efficacité et de satisfaction parental lui-même reflet de l'état d'esprit de la mère sur sa capacité à s'attacher à l'enfant. Sans être directement en lien avec l'attachement comme *l'Adult Attachment Interview*, il permet cependant un reflet de l'impact de la dépression sur la relation mère-enfant selon la mère. Il est de passation plus rapide et non dépendant du thérapeute.

Traduction de *Parenting Sense of Competence* de Gibaud-Wallston (1997), cette échelle a été réalisée et validée dans sa version française par Terisse et Trudelle en 1988 (160). La fidélité est relativement élevée avec un coefficient alpha de Cronbach à 0.87 pour le score total, 0.83 pour le sentiment de compétence et 0.80 pour celui d'efficacité (161). La validité est démontrée si on met l'échelle en relation avec le *Maternal efficacy Questionnaire (MEQ)* où les résultats sont corrélés avec un score $r=0.82$ en post-natal (162). Une corrélation importante d'envergure faible à moyenne est observée entre les déclarations des parents sur les problèmes de leur enfant et la sous échelle sur le sentiment de satisfaction parentale (163). La corrélation devient toutefois moins importante si on s'intéresse au sous score du sentiment d'efficacité. Un score faible serait corrélé avec une moins bonne évolution de la dépression maternelle.

1.3.1.1.4. *Conséquences des troubles anxio-dépressifs sur l'attachement*

Dans le cas d'une maladie mentale, Lyons-Ruth retrouve un attachement désorganisé allant jusqu'à 60 % des enfants. Il explique cela par une altération de la capacité de la mère liée aux symptômes (164). Un attachement désorganisé à 12 mois selon une étude de Main et ses collaborateurs en 2005 (153), évolue à 6 ans vers un attachement contrôlant dans 80% des cas. L'enfant paraît renverser le processus en devenant parent. Il peut contrôler en étant punitif ou protecteur ou en présentant une sexualisation précoce.

Dès 1990, Cummins et ses collaborateurs (165), montrent qu'il existe une diminution de la sensibilité maternelle dans la dépression. La mère est moins à même de pouvoir comprendre et traduire les signaux de son enfant et sa réponse se fait moins adaptée vis-à-vis de son nourrisson. Pour eux c'est la sensibilité, altérée par l'existence d'une pathologie qui est prédictible de l'attachement sécure ou non de l'enfant et non directement la dépression ou le trouble anxieux. La disponibilité maternelle est aussi impactée par la dépression maternelle. En effet, selon un étude

regroupant 900 dyades mère-enfant, une dépression en anténatal chez la mère, augmente de 30% le risque de disponibilité moindre (170).

En 2008, Trapolini et ses collaborateurs (166), précisent ces travaux en montrant une diminution des fonctions réfléchives c'est-à-dire la capacité de mirroring de la mère. Les mères ayant une pathologie dépressive ou anxieuse semblent moins en capacité d'adopter des expressions renvoyant à l'enfant ses propres états émotionnels. Toth et ses collaborateurs (167) précisent la même année que seules les dépressions majeures et durables peuvent expliquer de manière directe l'apparition d'un attachement désorganisé chez l'enfant. C'est la capacité à garder une sensibilité qui influencera ou non l'attachement de l'enfant. La mère trouve souvent des possibilités pour compenser ses difficultés grâce à des relais parentaux ou à un soutien social, éducatif ou psychologique. Il est important de noter que dans la plupart des cas la discipline des soins de la mère envers son enfant reste cohérente. Les soins apportés par la mère à son enfant se font en confiance (25).

En neuroimagerie, Gillath et ses collaborateurs (168) ont cherché les modifications fonctionnelles liées à cet attachement sécure ou non. Ils constatent que, chez les femmes ayant un attachement insécure, le niveau d'anxiété est positivement corrélé à l'activation de région cérébrale qui active les émotions (zone temporale antérieure) et inversement corrélé à celle des systèmes de régulation des émotions (cortex orbito-frontal). Ils soumettent l'hypothèse que ces activations spécifiques seraient un court-circuit dans le système atténuant les émotions négatives provoquant une surexpression de celle-ci. La conséquence peut être une augmentation du risque d'attachement insécure pour l'enfant dont la mère surexprimera les émotions négatives et ne pourra pas se faire le miroir rassurant et adapté des émotions de détresse de son enfant.

Behrendt et ses collaborateurs (169) en 2016 travaillent sur l'impact des dépressions subcliniques à 6-8 mois de vie de l'enfant sur la dyade mère enfant. Ils montrent que les mères primipares ayant une dépression subclinique, c'est-à-dire remplissant les critères d'une dépression légère à modérée montrent des capacités de *caregiver* significativement de moins bonne qualité et plus hostiles envers l'enfant. L'évaluation de la notion de plaisir dans l'interaction ne s'est pas montrée significativement modifiée. Dans leur discussion ils concluent à la nécessité d'une prise en charge précoce ciblée sur le lien d'attachement afin de limiter les conséquences sur le nouveau-né, ceci dès les éléments de dépression légère à modérée.

Enfin dans le cadre des états de stress post-traumatique, il est souvent décrit une relation mère-enfant plutôt hostile (148). La mère oscille entre des moments d'interaction adaptés et sensibles permettant d'activer le système d'attachement de l'enfant et d'autres, lors de reviviscence par exemple ou de ruminations, où la mère n'arrive plus à être disponible émotionnellement pour son enfant. Des ruptures de la relation s'opèrent donc comme lors des dépressions du post-partum. Leur impact sera proportionnel à la capacité de la mère à rester disponible lors des interactions avec l'enfant et à la présence de relais affectifs pour le bébé dans ces moments.

Ces études permettent donc de généraliser ce lien en montrant par exemple qu'il est affecté dès l'existence d'une dépression au troisième trimestre ou bien si la dépression est légère à modérée. Cela expliquerait aussi les conséquences sur le nouveau-né des troubles de la mère.

1.3.1.4 *Attachement et hypnose*

Dans un article, V. Zalinka et collaborateurs (170) identifient de nombreuses similitudes entre hypnose et attachement telles que :

- Différents types de métaphores hypnotiques sont construites avec des termes appartenant à la théorie de l'attachement. Il s'agit des termes qui se réfèrent plus ou moins explicitement à un « refuge » ou à un « protecteur » comme la projection d'un lieu de sécurité.
- Les caractéristiques humaines régulièrement attribuées au « patient inconscient » (par exemple : « votre esprit inconscient écoute, sait, aide à ») favorise la personnification des ressources et peut susciter le sentiment d'interaction réciproque nécessaire au développement d'une relation d'attachement sécuritaire pour le patient.
- Il existe certains concepts communs comme le regard inconditionnel, la vision non pathologique des individus, l'attitude centrée sur le sujet, l'harmonisation affective, la mise en miroir grâce à l'autre (thérapeute ou *caregiver*).
- Les suggestions utilisées en hypnose sont déjà présentes dès nos premiers jours de vie, lorsque le parent par exemple s'accorde affectivement à son bébé et lui renvoie des émotions (*mirroring*) (171). Le nouveau-né est très rapidement capable de répondre à cet accordage affectif suggestif.

E.B. Spiegel a écrit un article intéressant où il relie attachement et hypnose (172). Il fait l'hypothèse que l'hypnose par ses outils permet un travail sur l'attachement, pour le renforcer et reprendre son développement vers un attachement plus sécuritaire. Cette sécurité est alors facteur

favorisant pour la rémission des dépressions et troubles anxieux du post-partum. Il conclut que certains éléments d'attachement sont inhérents à l'hypnose. Parmi les outils hypnotiques qui reprennent l'attachement notons :

- La synchronisation entre le thérapeute et le patient pendant la transe. Elle active les neurones miroirs, présents dans le cortex préfrontal, servant à aider le patient et le thérapeute à imiter les mouvements moteurs l'un de l'autre. Les gestes, les expressions et la posture du thérapeute stimulent les neurones miroirs chez le patient, comme le fait un parent pour son nourrisson.
- Les truismes, où le thérapeute décrit par des vérités non discutables ce qui est ici et maintenant et renforce les ancrages sensorimoteurs et phénoménologiques du corps du patient.
- L'utilisation d'images, de métaphores pour décrire des expériences du patient. Cela facilite et renforce l'émergence de la mentalisation et de l'utilisation adaptative du langage pour le fonctionnement réflexif. Les images permettent des connexions préverbales et linguistiques évocatrices de l'expérience sensorielle. En remplaçant les mots par des images le patient réapprend à définir ses émotions et en passant par les images à mettre en mots cela affinant ainsi ses propres capacités réflexives. Le patient pourra ainsi renforcer ses ressources internes afin qu'elles soient plus sécurisantes.
- La ratification : elle permettra de valider les changements qui ont tendance à mettre le patient dans une position inconfortable car nouvelle. Elle accompagne et encourage aussi le travail de revécu d'expériences traumatiques anciennes et insécurisantes pour permettre leur réinterprétation.
- L'harmonisation : Elle se définit comme « la capacité du thérapeute à suivre, comprendre et se rapporter à l'expérience du patient comme s'il était cette personne ». Cette harmonisation empathique simultanée mais différenciée est une partie critique du lien ou de l'attachement entre le patient et le thérapeute qui constitue une « alliance de travail » saine en psychothérapie, à la différence du lien d'attachement ancien du patient. J.M. Diamond (1973) parlera de l'alliance symbiotique comme une « expérience symbiotique corrective » en ce sens que le patient absorbe et éprouve des sentiments d'apaisement et de sécurité en fusionnant hypnotiquement avec le thérapeute. Il compare ce processus à l'expérience d'attachement préverbal du nourrisson avec sa mère. En effet le sentiment de connectivité et d'intimité vécu par le patient lors de l'hypnose semble similaire à celui qui résulte de l'expérience relationnelle avec le *caregiver* pendant la petite enfance. Il pourra permettre une

incorporation mentale de la représentation symbolique du soignant pour généraliser l'expérience d'un attachement sécuritaire aux autres liens d'attachement.

La recherche expérimentale longitudinale (174) sur la synchronisation psychobiologique sociale du patient et du thérapeute en transe montre une harmonisation et une synchronisation mesurables et significatives entre le thérapeute et le patient pendant l'hypnose. Elle montre aussi que l'hypnose permet l'activation d'ancrages proprioceptifs chez le patient, comme la capacité d'être attaché de manière sûre, sécurisée et tolérable.

D'un point de vue neurologique, le cortex cingulaire antérieur pourrait jouer un rôle lors de l'hypnose et dans l'activation du système d'attachement mais il ne s'agit que d'une hypothèse (175).

Dans ce chapitre, on constate donc que la théorie de l'attachement est un élément clé dans le postpartum pour le développement de l'enfant mais aussi pour la mère et sa confiance dans ses capacités de *caregiver*. Les éléments de la théorie de l'attachement peuvent être mobilisés pendant les séances d'hypnose pour renforcer la disponibilité et la sensibilité de la mère ressemblant aux thérapeutiques proposées par les théoriciens de l'attachement. Surtout dans le cas où les mères sont fragilisées par des ruminations anxieuses ou des débords émotionnels. Soutenir la mère dans ce travail, peut lui permettre de sécuriser son attachement grâce au lien avec le thérapeute. Les outils proposés en hypnose pourraient rassurer et renforcer son sentiment de compétence et de satisfaction parentale améliorant aussi les symptômes anxieux en lien avec l'enfant. Aussi cela pourrait être bénéfique pour l'enfant dans le développement d'un attachement plus sécuritaire.

1.3.2 Ocytocine

Un axe de recherche intéressant est celui du rôle d'une neurohormone, l'ocytocine. Elle a été longtemps considérée comme *l'hormone psycho-sociale* (175) car elle permettrait et faciliterait nombre d'interactions entre les individus.

1.3.2.1 Ocytocine et périnatalité

Elle est fortement sécrétée pendant l'accouchement pour permettre la dilation du col. Elle est d'ailleurs prescrite pour aider son ouverture. On la retrouve aussi en lien avec les comportements de gestion et de reconnaissance des émotions.

1.3.2.2 Ocytocine et hypnose

Parallèlement elle serait pourvoyeuse d'une meilleure susceptibilité à l'hypnose (176). En effet, son adjonction chez les patients hautement hypnotisables lors d'un essai clinique a permis de constater une augmentation de la suggestibilité (versus placebo) sur des suggestions socialement peu admises. Les hypothèses face à cela sont que l'ocytocine permet une augmentation de la confiance dans l'hypnotiseur, une diminution de l'anxiété sociale ou une meilleure compréhension des attentes. Ces résultats sont en faveur d'un rôle potentiel de l'ocytocine dans la persuasion sociale et les processus de suggestibilité. Ces résultats lient aussi les phénomènes hypnotiques à cette période particulière de la maternité.

1.3.2.3 Ocytocine et attachement

Une revue de la littérature sur l'hypnose, l'attachement et l'ocytocine (170) suggère que les effets biopsychosociaux de l'ocytocine partagent plusieurs aspects avec les effets biopsychosociaux attribués à l'hypnose clinique. Suggestions hypnotiques et ocytocine peuvent par exemple influencer la qualité des interactions relationnelles, le niveau de confiance, et la force des alliances de collaboration. Cette revue suggère aussi que l'hypnose clinique et l'ocytocine ont toutes deux un effet sur

- La grossesse,
- Le seuil de la douleur,
- Les réactions inflammatoires et l'immunologie,
- Les problèmes sexuels
- La mémoire
- La dépression, l'anxiété et les maladies liées au stress

La théorie de l'attachement

L'attachement va du plus faible vers celui qui protège : le bébé est attaché et le *caregiver* protège et assure la sécurité du lien.

Les quatre concepts clé de la théorie de l'attachement sont :

- L'universalité
- La normativité : Ces comportements sont valorisés dans toutes les civilisations
- L'importance de la sensibilité maternelle
- L'importance de la compétence : elle favorise la gestion des émotions négatives, le développement des capacités de relation avec ses pairs et le développement des compétences cognitives du bébé

Il existe différents modèles d'attachement selon s'il est plus ou moins sûr ou plus ou moins désorganisé. A. Guedney les sépare selon leur type :

- sûr : maternage sensible, protestations à la séparation, recherche de contact lors du stress
- insûr :
 - évitant : maternage évitant : pas de protestation à la séparation, évitement du contact aux retrouvailles
 - résistant : maternage variable : protestation intense à la séparation, colère aux retrouvailles
 - désorganisé : maternage violent ou imprévisible ou absent : figement, attitudes contradictoires (recherche de réconfort/fuite).

Le contexte joue un rôle essentiel dans l'histoire de l'attachement de l'enfant. Aider les mères insûres ou à l'état d'esprit incertain quant à leur capacité de *caregiver* pourrait donc avoir un impact sur l'histoire d'attachement de l'enfant. Ceci d'autant que cette aide est précoce.

Les attachementnistes proposent des prises en charge débutant avant 6 mois, centrées sur l'identification de sa propre vie psychique pour explorer de manière plus sensible et adapter les états mentaux du bébé. Le thérapeute doit être sécurisant pour permettre au *caregiver* de pouvoir explorer la complexité de ses échanges avec le bébé.

Ocytocine

Il s'agit d'une neuro-hormone qui est fortement secrétée par la mère pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Elle paraît aussi jouer un rôle dans les processus d'attachement.

Un taux élevé d'ocytocine serait corrélé à une meilleure sensibilité à l'hypnose

1.4 Objectif de l'étude

Le post-partum est un moment particulier durant lequel les troubles anxieux et dépressifs sont plus fréquents qu'en population générale (23). Ces troubles ont comme particularité de pouvoir impacter négativement le développement de l'enfant (35). Pourtant, les recommandations professionnelles et les études sur les prises en charge de ces troubles sont rares. L'hypnose dont l'intérêt est mis en avant dans de nombreuses pathologies pourrait être une thérapie appropriée des troubles anxio-dépressifs mais son évaluation reste à faire.

Notre objectif principal est d'évaluer selon un critère de jugement composite (recouvrant la satisfaction et le taux de rétention des patientes) la faisabilité d'une thérapie brève utilisée dans le cadre des soins courants et s'inspirant de l'hypnose, proposée en post-partum précoce, à des mères présentant cliniquement des troubles anxieux et/ou dépressifs.

Notre objectif secondaire est d'étudier si cette thérapie modifie les symptômes anxio-dépressifs de ces mères (d'après les scores à l'EPDS et l'HADS), et leur sentiment d'efficacité et de satisfaction parentale (d'après l'QAECEP), ces aspects étant évalués en fin de prise en charge puis deux mois après.

Notre hypothèse principale est que cette thérapie brève est réalisable, satisfaisante pour les mères qui en bénéficient. Notre hypothèse secondaire est qu'elle permet une amélioration des symptômes anxio-dépressifs en fin de thérapie avec un maintien à deux mois de suivi selon des questionnaires d'autoévaluation (EPDS et HAS) et l'auto-évaluation des compétences parentales (QAECEP).

2. Méthodologie

2.1. Lieu

Les entretiens ont eu lieu au CHRU de Montpellier dans le service médico-psychologique pour enfant et adolescent de Peyre Plantade. Pour les patientes en difficulté pour se déplacer mais habitant à Montpellier, l'intervention a été proposée à domicile.

2.2. Population

2.2.1. Taille de l'échantillon

L'effectif de notre étude est le résultat du recrutement qu'il a été possible d'effectuer sur la durée des inclusions d'un maximum de mères suivies en périnatalité pour symptômes anxio-dépressifs. Il est à souligner que la plupart des études publiées sur l'intérêt de l'hypnose en psychiatrie porte habituellement sur un échantillon faible de 10 à 30 cas. Par ailleurs, il n'existe aucune étude au design semblable à celui de notre étude permettant d'estimer une taille d'effet et donc le nombre de sujets nécessaires.

2.2.2. Recrutement

Les participantes ont été recrutées au CHRU de Montpellier par Justine Liothier, interne des hôpitaux, de Mars 2017 à Janvier 2018 à la suite d'une consultation pédopsychiatrique anténatale en périnatalité ou via la sage-femme de coordination de la maternité du CHU Arnaud de Villeneuve.

Dans le cadre des consultations pédopsychiatriques en périnatalité, l'équipe a proposé aux mères anxieuses ou déprimées de bénéficier de la prise en charge en hypnose. Cette équipe (composée d'une pédopsychiatre, d'un interne en stage de pédopsychiatrie et d'une psychologue) reçoit des mères ou couples adressés par des sages-femmes (libérales ou hospitalières) et des gynécologue-obstétriciens. Parfois la première rencontre a lieu à la maternité après l'accouchement, mais dans la majorité des cas elle a lieu en anténatal.

Les participantes recrutées via la sage-femme de coordination, étaient des mères ayant bénéficié de séances d'hypnose lors de leur préparation à l'accouchement (à raison de trois séances en groupe ou d'une prise en charge individuelle). Ce type de prise en charge est proposé pour anticiper les modalités de gestion de la douleur lors d'un accouchement physiologique mais aussi pour aider des mères ayant un souvenir traumatique d'un accouchement précédent et/ou étant dans une anticipation anxieuse de l'accouchement. Le but est d'écouter leurs craintes et de leur proposer des outils pour gérer le stress et la douleur à venir. Les séances portent donc essentiellement sur le temps de la naissance mais une anticipation du post-partum en s'imaginant en présence du bébé est également proposée. La sage-femme de coordination leur a systématiquement remis la lettre d'information sur la possibilité de prise en charge en hypnose en postpartum dans le cadre de la

recherche ainsi que les coordonnées mails et téléphoniques si elles souhaitent en bénéficier.

En parallèle, elles bénéficiaient des mêmes soins courants lors du suivi obstétrical que les patientes non incluses.

2.2.3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion spécifiques à l'étude étaient les suivants :

- Mères présentant des symptômes anxieux et/ou dépressifs ayant nécessité une prise en charge en périnatalité-pédopsychiatrie ou une prise en charge en hypnose en préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) par la sage-femme de coordination.
- Lieu d'accouchement : maternité du CHRU de Montpellier
- Possibilité pour les mères de participer à la première séance avant le 5^{ème} mois de vie de l'enfant.

Les critères d'inclusion non spécifiques étaient les suivants :

- Agées de 18 ans ou plus.
- Accord oral par non opposition et consentement éclairé recueilli lors de la première séance après l'information orale sur le déroulement des séances, l'intérêt de l'étude ainsi que la lecture du document d'information.

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Patientes avec une pathologie psychiatrique décompensée (crise suicidaire, état délirant, accès maniaque ou hypomane) nécessitant une prise en charge psychiatrique en urgence.
- Patientes avec une désorganisation psychique ou un diagnostic de schizophrénie. Bien qu'il n'y ait pas de contre-indication formelle à l'utilisation de l'hypnose, les exercices doivent être adaptés ce qui n'est pas compatible avec le protocole d'étude.

2.3. Outils de mesure

2.3.1. Questionnaire de satisfaction

Il s'agit d'un questionnaire en ligne (réalisé sur le site SurveyMonkey®), créé spécifiquement pour l'étude et envoyé aux patientes dans les 15 jours suivant la dernière séance. Ce questionnaire comprend 10 questions portant sur l'intérêt des séances pour la mère, pour le bébé et pour la relation mère-bébé, la réutilisation des outils et l'organisation pratique (objectifs clairement définis, nombre de séances, lieu, moment propice). La dernière question est une zone d'expression libre. La réponse aux neuf premières questions se fait en déplaçant un curseur sur une échelle visuelle allant de « pas du tout » à « complètement ». Un score global est obtenu sur 900, chaque item étant compté sur 100 selon la place du curseur. Plus le score est élevé, plus la satisfaction des mères est importante. Ce questionnaire est disponible dans l'annexe 2.

2.3.2. Echelles d'évaluation

2.3.2.1 *Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)*

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 10 questions portant sur les symptômes dépressifs dont les idées suicidaires et excluant les symptômes physiques. Chaque item comporte 4 réponses en fonction de l'intensité de chaque symptôme. Sa passation est rapide de l'ordre de quelques minutes. Chaque item est coté de 0 à 3. Le résultat se calcule en faisant la somme des résultats à chaque item. Plus le score est élevé plus les symptômes sont importants. Le score retenu pour la version française permettant une forte probabilité de dépression du post-partum est de 10.5 soit un score supérieur strictement à 10. Ce questionnaire est disponible dans l'annexe 2.

2.3.2.2 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Ce questionnaire a pour but premier le dépistage des symptômes anxieux et dépressifs. Il a également montré son intérêt dans le suivi des pathologies anxieuses et dépressives. L'HADS est composé en 2 parties. 7 items reprennent des symptômes de la dépression, 7 autres ceux de l'anxiété. Les items concernant l'anxiété recherchent principalement les symptômes du trouble anxieux généralisé. Un score de 0 à 3 est attribué à chaque item. La somme de ces scores donne 2 sous échelles entre 0 et 21 pour la dépression ou l'anxiété et un score global sur 42 points. Le temps de référence comprend les sept derniers jours. Plus le score est élevé plus les symptômes sont importants. Afin de limiter les faux positifs, les symptômes physiques de l'anxiété et de la dépression ne sont pas recherchés dans cette échelle. Sa passation est de 2 à 6 minutes. Ce questionnaire est disponible dans l'annexe 2.

2.3.2.3 Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (QAECEP)

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 17 questions toutes cotées de 1 à 6, allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord ». Il est divisé en 2 sous échelles, la première comprenant 7 questions sur le sentiment d'efficacité et la deuxième comprenant 10 questions sur le sentiment de satisfaction. Pour la sous échelle du sentiment d'efficacité, le score s'obtient par le calcul inverse de la valeur obtenue, 1 valant 6. Le premier sous-score varie donc de 7 à 42, un score entre 7 et 13 signifie un sentiment d'efficacité parentale faible, un score de 38 à 42 signifie un sentiment élevé. Pour la sous échelle de satisfaction, il faut additionner les valeurs numériques telles qu'obtenues. Un score entre 9 et 17 signifie un sentiment de satisfaction faible, un score entre 46 et 54, un sentiment élevé. L'addition des scores donne un score global, plus il est élevé plus le sentiment est positif. Ce questionnaire est disponible dans l'annexe 2.

2.4. Procédure

2.4.1. Cadre légal

2.4.1.1 *Ethique et protection de la personne*

Cette recherche a été conduite dans le respect de la réglementation française en vigueur, notamment des dispositions relatives à la recherche biomédicale du Code de la Santé publique, Ainsi, préalablement à la participation aux séances d'hypnose, toutes les participantes ont reçu une note d'information comportant toutes les informations sur les modalités de la prise en charge, les bénéfices, l'absence de risques attendus et les modalités de retrait de l'étude. Chaque patiente avait connaissance de son droit d'opposition par simple refus de participation. Cette étude en soins courants n'a entraîné aucune modification des traitements ou prises en charge reçus par les patientes. Le Comité Local d'Ethique Recherche du CHRU de Montpellier a donné un avis favorable à notre étude lors de la commission du 14 Février 2018 (annexe 4).

2.4.1.2 *Les risques et bénéfices potentiels*

L'hypnose est une technique thérapeutique évaluée de façon générale par le rapport Inserm de 2015 (123) comme sans risque. De plus, il n'y a pas de risque spécifique identifié quant à l'utilisation de l'hypnose dans cette étude. La pédopsychiatre de l'équipe de périnatalité ainsi que le médecin investigateur proposant les séances ont été présentes pour répondre à toute question ou difficulté.

Les bénéfices attendus sont une diminution des symptômes anxio-dépressifs et une amélioration du bien-être maternel, de la sensibilité et la disponibilité de la mère envers son enfant dans le but d'un meilleur développement global de celui-ci.

2.4.1.3 *Gestion des événements indésirables*

Il n'y a pas d'effet indésirable prévisible dans cette étude.

2.4.1.4 *Dépôt légal*

Cette étude a été réalisée au sein du CHU de Montpellier.

Les investigateurs principaux sont :

- Pr BAGHDADLI Amaria, PU-PH, Service Médico-psychologique pour Enfant et Adolescent Peyre-Plantade, Hôpital la Colombière, CHU Montpellier
- Dr TOUBIN Rose-Marie, PH chargée d'enseignement, Service Médico-psychologique pour Enfant et Adolescent Peyre-Plantade, Hôpital la Colombière, CHU Montpellier

- Dr YAILIAN Alexandre, CCAH, Service Médico-psychologique pour Enfant et Adolescent Peyre-Plantade, Hôpital la Colombière, CHU Montpellier
- Mme DONADILLE Marie-France, Sage-femme, Service de consultations gynécologie-obstétrique, Hôpital Arnaud de Villeneuve, CHU Montpellier
- Mme LIOTIER Justine, interne des hôpitaux, CHU Montpellier.

2.4.2. Recueil des données

2.4.2.1. Données quantitatives

Les auto-questionnaires (EPDS, HADS, QAECEP) remis par l'investigateur aux participants avant la première séance (T0) (soit en format papier ou par mail) ont été remplis avant le début de la prise en charge. Les mêmes auto-questionnaires ont été remis à la fin de la troisième séance (T1) puis lors de l'évaluation réalisée deux mois après la fin de la prise en charge (T2). Parallèlement il a été demandé aux participantes de remplir un questionnaire de satisfaction en ligne. Ce questionnaire a été envoyé entre 1 à 3 semaines après la prise en charge. Les patientes ont été relancées à trois reprises par mail et SMS en cas de nos réponses.

2.4.2.2. Données qualitatives

Une trame écrite de chaque séance a été réalisée et suivie par le thérapeute. D'éventuelles modifications ont été retranscrites par écrit afin d'en tenir compte dans l'analyse des données. Les commentaires faits par les patientes sur les séances ont été retranscrits par écrit afin d'enrichir la discussion quant à la satisfaction et proposer d'éventuelles perspectives. Aucune analyse qualitative n'a été réalisée pour cette étude.

2.4.2.3. Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques concernant les patientes et leur nourrisson ont été recueillies d'après leurs dossiers médicaux (via le dossier commun informatique partagé (DCPI) régional de périnatalité) et les notes manuscrites prises lors des entretiens. Les données suivantes ont fait l'objet d'un recueil : antécédents gynécologiques, obstétricaux et psychiatriques maternels, âge, situation conjugale, lieu de vie de la patiente, particularités dans le développement de l'enfant.

L'ensemble des données a été recueilli dans un cahier d'observation rendu anonyme et propre à chaque patiente. Un fichier Excel a permis de saisir les données rendues anonymes. Ce dernier étant indépendant des autres fichiers de recueil des données.

2.4.3. Description des séances

L'ensemble de la prise en charge s'est déroulé sur 4 rendez-vous d'une heure chacun dont 3 séances d'hypnose.

Le premier rendez-vous comportait un entretien prolongé et une première séance d'hypnose entre 15 jours et 5 mois de vie du bébé. Deux autres séances ont été proposées avec un intervalle de 2 à 4 semaines entre chaque rendez-vous. Le détail de l'ensemble des séances est disponible en Annexe 1.

La dernière rencontre s'est déroulée entre 1 mois et demi et 2 mois et demi après la dernière séance d'hypnose. Il s'agissait d'un entretien et d'un temps d'évaluation de la mère et du bébé, réalisé avec deux médecins et sans but thérapeutique à la différence des trois premières séances. Cela permet de faire un bilan de la prise en charge, d'évaluer la patiente et son bébé ainsi que la qualité du lien qui unit la mère et l'enfant de manière qualitative et orientée par l'ADBB. Elle est réalisée avec le Dr Toubin, pédopsychiatre, pour permettre l'évaluation de l'enfant.

La réflexion sur la construction de chaque séance d'hypnose ainsi que leur enchaînement est la suivante :

- **Séance 1 : travail sur le passé**

Elle débute par une information sur la prise en charge donnée par l'investigateur suivi d'un dialogue avec la mère consacré à la verbalisation de sa situation actuelle. Il est demandé à la mère de parler de ses difficultés mais aussi de ses ressources et points forts. Puis elle décrit le père de l'enfant si celui-ci est présent, son implication ressentie par la patiente dans les soins de l'enfant, son lien avec le bébé. Enfin elle est invitée à parler de son enfant et son tempérament. Il est rapporté par écrit les mots qu'elle utilise et sa capacité à décrire son enfant selon ses difficultés, ses besoins primaires et son aptitude à interpréter les comportements de ce dernier en se détachant de ses propres états mentaux.

L'entretien s'oriente ensuite vers la reprise du déroulement de la naissance. Une description détaillée de l'accouchement depuis les premières contractions jugées efficaces jusqu'à la sortie de la maternité est demandée. Les images importantes sont reprises, en précisant les détails sensoriels (par exemple : « Qu'est-ce que vous voyez, vous entendez, vous sentez à ce moment-là ? »)

Enfin une transe hypnotique est proposée au cours de laquelle, après la visualisation d'un lieu agréable appelé *place sécur*e, on demande à la patiente d'imaginer un écran et une télécommande. Grace à cette télécommande elle est invitée à modifier le souvenir de la naissance et de son séjour en maternité, du moins certaines parties comme on peut le faire lors d'un montage vidéo (avance sur image, arrêt, modification du volume, ajout d'une musique, retouches...)

Cette première séance a pour but d'établir un premier lien, de comprendre dans quel état psychologique est la patiente, comment elle perçoit son bébé et le lien qui les unit puis de travailler sur un événement important comportant des imprévus, potentiellement traumatique que peut être l'accouchement. L'objectif est de limiter les souvenirs traumatiques tout en explorant sa *place sécur*e. Afin de permettre une autonomisation, il est proposé à la patiente de retourner par elle-même dans cet endroit imaginaire et de pouvoir le décrire à son enfant selon ses cinq sens dans un moment d'interaction apaisée.

- **Séance 2 : travail sur le présent**

Le début de cette séance est un temps de retour sur les événements qui se sont produits depuis la séance précédente, sur l'éventuelle utilisation de l'autohypnose proposée en fin de séance dernière, sur l'évolution des ressentis de la mère et sa manière de décrire son enfant et leur lien. La gestion des émotions est ensuite annoncée comme le thème de cette séance et la patiente est invitée à s'exprimer librement sur ce thème : la gestion de ses propres émotions et de celles de son enfant.

Une transe hypnotique est proposée en 2 étapes :

Après un temps d'induction où la patiente est recentrée sur ses sensations corporelles, il lui est demandé de visualiser et de faire revenir les sensations physiques et morales d'une situation agréable où elle s'est sentie en confiance et fière d'elle et d'y associer une couleur, puis à l'inverse de visualiser et de faire revenir les sensations physiques et morales d'un moment désagréable et d'y associer une autre couleur. Un va et vient est réalisé entre ces deux situations et ces deux couleurs jusqu'à un équilibre appelé *point neutre émotionnel*, représenté par une troisième couleur.

Ensuite un conte métaphorique est lu par le thérapeute, toujours en état de transe hypnotique. Cette métaphore aborde le ressenti des émotions maternelles et celles de l'enfant, et propose de travailler sur la différence entre les angoisses et sensations ressenties par la mère et celles propres de son nourrisson.

Enfin une tache à domicile est proposée pour se mettre dans les sensations de l'*ici et maintenant* pour couper les ruminations et les anticipations anxieuses

Le but de cette séance est d'apporter des outils face à l'anxiété de la patiente pour pouvoir s'apaiser et se mettre dans le présent (*ici et maintenant*). Cela pour prendre de la distance avec les pensées anxieuses, qui sont souvent dans l'après (dans l'anticipation), ou celles dépressives, qui sont dans l'avant (les souvenirs). La métaphore propose une compréhension du développement émotionnel de son bébé et du travail d'interprétation du *caregiver* qu'est la mère pour son enfant selon la théorie de l'attachement.

- **Séance 3 : travail sur le futur pour une autonomisation**

Cette séance porte sur la résolution de problèmes selon les difficultés amenées par la patiente en vue d'une autonomisation. Le début de la transe reprendra l'*ici et maintenant* afin de prêter attention à toutes les sensations de son corps puis nous proposerons une métaphore qui relie toutes les particules de son corps aux étoiles pour imaginer un lien riche, fort et serein entre soi et l'univers. Ensuite nous inviterons la patiente à se souvenir des apprentissages précoces telles la marche ou l'apprentissage du vélo avec ses nombreux échecs et déceptions pour permettre une parfaite maîtrise actuelle. Le but étant de mettre en image ses capacités à puiser dans ses ressources pour réussir, de valoriser cela pour augmenter sa confiance en soi. Enrichie de cela nous proposons une méthode appelée *bardo light* où la patiente est amenée à situer son problème dans son corps puis à le déposer dans une main. Elle le note sur 10 (10 = difficulté majeure) et imagine sa forme et la sensation qu'il provoque dans sa main. Ensuite elle visualise des souvenirs agréables, de réussite, de confiance et doit observer comment ce problème (sa note et sa forme) peut varier en intensité, jusqu'à devenir suffisamment léger pour pouvoir le porter seule. Cela est symbolisé par une lévitation de la main. La séance se termine en demandant à la patiente ce qu'elle souhaite faire de ce problème et de mimer cette solution.

Dans le cas où la patiente a mis en avant une difficulté qui semble trop importante pour que cet exercice suffise, la séance est adaptée. L'exercice de résolution de problème est alors proposé comme tâche en fin de séance en vue d'une autonomisation.

2.4.4. Implication du nourrisson lors de la prise en charge

Il est demandé de pouvoir au minimum rencontrer l'enfant lors de la première et de la dernière séance afin que le thérapeute évalue le développement du nouveau-né et l'interaction mère-enfant. Il est nécessaire de s'adapter aux besoins de l'enfant dans son âge de développement. C'est pour cela que le choix a été fait de laisser faire selon le nourrisson, le ressenti de la maman et du thérapeute. Pendant les séances, l'enfant est intégré à la prise en charge. Au moment de la transe hypnotique le bébé peut rester installé à côté de sa mère s'il est endormi, mais aussi dans les bras de celle-ci ou du thérapeute s'il est en phase d'éveil. Tout en guidant la patiente dans la transe, le thérapeute apporte une attention particulière à l'enfant. Tous ces éléments sont notés par le thérapeute afin d'enrichir la réflexion sur la faisabilité de la prise en charge et la discussion de l'étude.

2.5. Analyse des données

2.5.1. Critères de jugement

2.5.1.1. Critère de jugement principal

- L'évaluation de la faisabilité de la prise en charge d'après un critère composite recouvrant :
 - Le taux de rétention des patientes lors de la prise en charge, c'est-à-dire la proportion de patientes qui restent présentes sur l'ensemble de la prise en charge, de la première à la quatrième séance.
 - La satisfaction des patientes via le questionnaire de satisfaction en ligne.

2.5.1.2. Critères de jugement secondaire

- L'évolution des scores aux échelles EPDS et HADS avant la prise en charge (T0), en fin de prise en charge (T1) et 2 mois après la prise en charge (T2).
- L'autoévaluation des compétences parentales selon le QAECEP avant la prise en charge (T0), en fin de prise en charge (T1) et 2 mois après la prise en charge (T2).

2.5.2. Méthode d'analyse

Les critères de faisabilité ont été analysés selon une étude descriptive après calcul du taux de rétention, des pourcentages de réponses, et des moyennes aux différents scores. Pour les critères de jugement secondaire, les données ont été analysées grâce au site « biostaTGV » (182) après anonymisation des résultats sur un fichier Excel. Seuls les scores des patientes ayant bénéficiées de l'ensemble de la prise en charge (deux ou trois séances) ont été recueilli. Une description qualitative de l'échantillon a été réalisée. Les moyennes des différents scores a été calculé pour observer l'évolution globale des scores à 3 moments données : T0 pour les scores avant prise en charge ; T1 pour les scores après prise en charge ; T2 pour les scores recueillis 2 mois après le fin de la prise en charge.

Du fait d'une variable de réponse quantitative sur un groupe apparié (avant-après) et d'un faible échantillon (moins de 30) nous avons utilisé le test des rangs signés de Wilcoxon pour l'analyse des auto-questionnaires. Une comparaison entre 3 temps : T0, T1 et T2, a été réalisée. Il a été conclu qu'il existait une amélioration significative si le risque alpha est inférieur à 5% (ou p est inférieur à 0.05).

Des analyses ont été réalisées selon le test exact de Fisher en utilisant des variables qualitatives selon les seuils de dépistage ou de diagnostique suivants : EPDS>9 ou EPDS>10, HADS total>14, HADS dépression>7 ou HADS dépression>11, HADS anxiété>7 ou HADS anxiété> 11. Pour l'échelle QAECEP les seuils retenus sont les suivants : QAECEP efficacité faible si score<14 ; QAECEP efficacité fort si score>37 et QAECEP satisfaction faible si score<18 ; QAECEP satisfaction fort si score>45. Il a été conclu à une différence significative si p est inférieur à 0.05. Les données manquantes ont été exclues pour les analyses des différentes échelles.

Méthodologie

- Type : Etude observationnelle sur une série de cas cherchant à discuter la faisabilité de trois séances de thérapie brève type hypnose chez les mères anxieuses ou déprimées dans le post-partum précoce.
- Recrutement : de Mars 2017 à Janvier 2018
- Lieu : CHRU Montpellier
- Echantillon : 23 patientes
- Critères :
 - D'inclusion : mères suivies en périnatalité pour trouble anxio-dépressifs au CHRU de Montpellier, dans les 5 mois après l'accouchement
 - De non inclusion : mineure, pathologie psychiatrique décompensée (crise suicidaire, état délirant)
 - De jugement principal : faisabilité composite du taux de rétention et de la satisfaction des usagers.
 - De jugement secondaire : évolution des symptômes dépressifs et anxieux selon les échelles EPDS, HADS et QAECEP (ressenti des compétences parentales)
 - Déroulement : 3 séances individuelles à 15-21 jours d'intervalle
 - Entre 15 jours et 5 mois de vie du bébé
 - Le bébé peut être présent
- Contenu des séances :
 - Séance 1 : TRAVAIL SUR LE PASSE : reprise de la naissance par images puis travail en le projetant sur un écran. Expérimentation de sa base de sécurité maternelle.
 - Séance 2 : TRAVAIL SUR LE PRESENT : reprise des mouvements émotionnels, retour dans sa base de sécurité, conte métaphorique et focalisation sur un point neutre émotionnel pour parler des émotions de la mère et du bébé.
 - Séance 3 : TRAVAIL SUR LE FUTUR A VISEE D' AUTONOMISATION : technique de résolution de problème actuel autour de la maternité et travail de l'ici et maintenant dans l'interaction avec le bébé et son environnement.

3. Résultats

3.1. Données descriptives

3.1.1. Mode d'inclusion

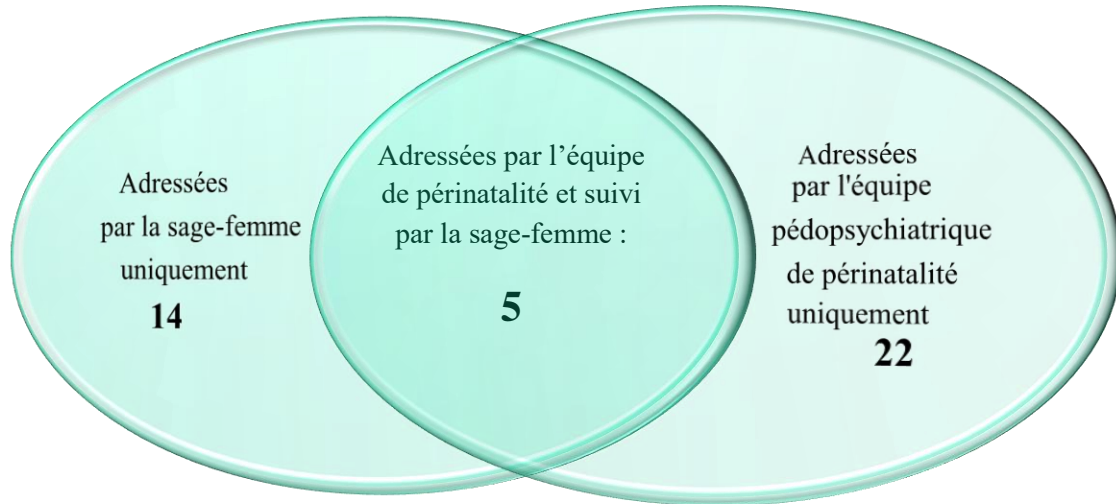


Figure 5 : répartition des participantes selon le mode d'adressage

Comme montré dans la figure 5, l'équipe pédopsychiatrique de périnatalité a proposée à 27 patientes de bénéficier des séances d'hypnose, elles ont toutes été contactées par la thérapeute. Parmi celle-ci, 5 ont aussi été suivies par la sage-femme de coordination dans le cadre de préparation à l'accouchement par hypnose. Pour les patientes adressées par la sage-femme, la lettre d'information a été remise à 19 participantes dont 14 qui n'ont pas eu de suivi par l'équipe pédopsychiatrique de périnatalité, 2 ont directement contacté la thérapeute.

3.1.2. Distributions des participantes

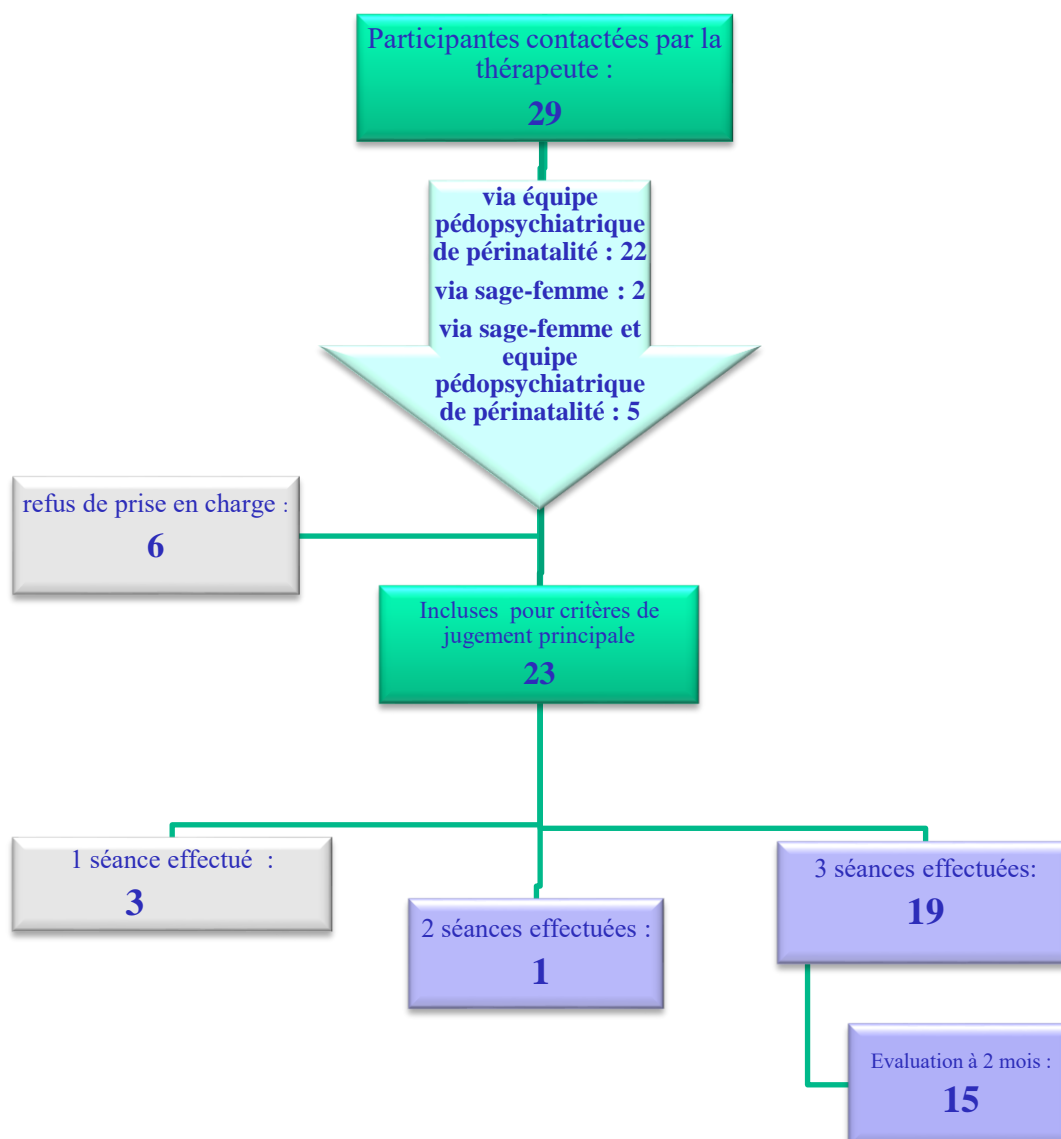


Figure 6 : diagramme de flux

23 participantes ont été incluses dans l'étude. Il s'agit de l'ensemble des patientes ayant bénéficié de la première séance au minimum entre Mars 2017 et Janvier 2018. 19 ont réalisé les trois séances, 1 a réalisé deux séances et 3 ont réalisé une séance. Une seule participante a bénéficié de séances à domicile (figure 6). On rapporte 31% de perdues de vue (6+3 participantes) entre le premier contact par la thérapeute et la fin de la prise en charge (figure 6), dont 20% des participantes contactées qui n'ont pas souhaité participer à l'étude. Les raisons des non-inclusions étaient principalement l'absence d'intérêt ressenti par les patientes (2 participantes), et le manque de temps (1 participante). 3 participantes n'ont pas pu répondre à la suite des trois appels avec message laissé.

7 patientes ont bénéficié d'hypnose pour la préparation à l'accouchement (dont 3 en groupe et 4 en séance individuelle (annexe 3). Le délai de prise en charge entre 15 jours à un mois de vie du nourrisson pour la première prise en charge a été respecté chez 11 patientes dont 1 qui n'a effectué qu'une séance. Par contre le délai de 15 à 21 jours entre les séances est globalement respecté avec une moyenne de 21 jours entre les séances 1 et 2, et de 20 jours entre les séances 2 et 3 (annexe 3).

3.1.3. Description de la population

Un tableau résumant l'ensemble de données descriptives est disponible en annexe 3.

3.1.3.1. Situation

- **Age :**
 - L'âge moyen des mères était de 35.16 ans, au moment de l'inclusion.

- **Famille :**
 - 21 participantes étaient en couple, dont 2 familles recomposées
 - 2 participantes étaient célibataires. Les pères ne souhaitaient pas reconnaître l'enfant et étaient absents pendant la grossesse, une grossesse était inopinée, l'autre programmée.
 - 8 mères étaient considérées par l'équipe soignante comme isolées socialement.

- **Situation géographique**
 - 7 participantes vivaient à plus de 50 km de Montpellier
 - 16 dans l'agglomération Montpelliéraine.

3.1.3.2. Antécédents

- **Antécédents psychiatriques**

9 participantes ne rapportaient pas d'antécédent psychiatrique, contre 14 qui en avaient déjà présenté :

- 3 avaient déjà eu un trouble anxieux ou dépressif, dont 1 tentative de suicide
- 3 présentaient un trouble bipolaire,
- 3 étaient diagnostiquées trouble de la personnalité borderline, dont 1 tentative de

suicide.

- 5 patientes rapportaient également un état de stress post-traumatique lié à un accouchement antérieur dont 2 dans un contexte d'urgence : mort fœtale pour l'une et de césarienne en urgence pour la seconde.

- **Antécédents somatiques**

- 2 participantes avaient une maladie chronique : sclérose en plaque et lupus érythémateux disséminé.
- 10 rapportaient un antécédent bénin.

- **Addiction**

- 4 participantes ont eu une consommation tabagique active pendant les 3 trimestres de grossesse, 3 ont arrêté dès la découverte de la grossesse.
- 2 participantes rapportent avoir consommé du cannabis et de l'alcool régulièrement jusqu'à la découverte de la grossesse.

- **Antécédents obstétricaux**

- 10 participantes étaient primigestes, c'est-à-dire sans grossesse auparavant
- 14 participantes étaient primipares avec grossesse arrêtée auparavant :
 - 5 participantes avaient connu une fausse couche précoce
 - 1 une interruption médicale de grossesse
 - 1 une mort fœtale in utero
- 9 participantes étaient multipares :
 - 4 ont eu une césarienne lors d'un autre accouchement précédent

3.1.3.3. *Traitement médicamenteux*

Pendant la grossesse, 11 participantes ont reçu un traitement médicamenteux (antidépresseur n=3 ; neuroleptique n=4 ; anxiolytique n=2 ; méthadone n=1 ; corticoïdes n=1). Une participante a été traitée par valproate de sodium (Dépamide®) jusqu'à la 9^e semaine d'aménorrhée, date de découverte de l'état de grossesse.

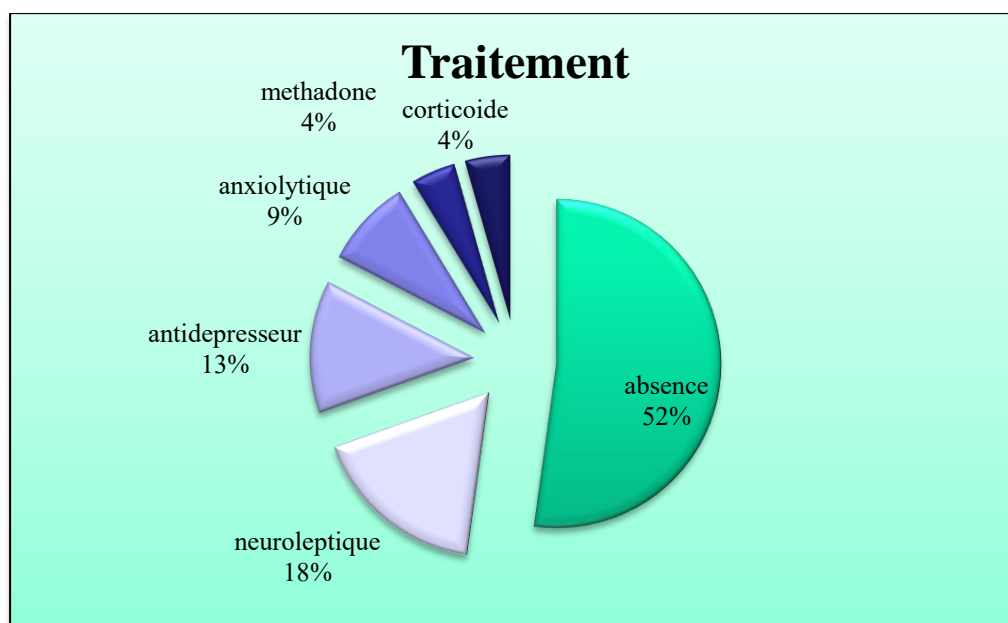


Figure 7 : patientes ayant bénéficiées d'un traitement pendant la grossesse, selon le type de traitement

3.1.3.4. *Accouchement et suites de couches*

• **Modalités d'accouchement et postpartum immédiat**

- 18 participantes ont accouché par voie basse :
 - 11 ont eu recours à l'anesthésie péridurale,
 - 7 ont eu recours à l'espace physiologique, sans surveillance médicale rapprochée :
 - 1 avait une contre-indication à la péridurale du fait d'une hémophilie,
 - 4 couples avaient un projet de naissance démedicalisé sans péridurale,
 - 2 couples, sans projet de naissance précis, avaient débuté l'accouchement en salle physiologique et ont souhaité y rester.

- 5 participantes ont bénéficié d'une césarienne :
 - 1 en urgence sur un problème de rythme cardiaque fœtal,
 - 1 du fait de ses antécédents de césarienne suite à une phobie de l'accouchement par voie basse qui avait abouti à une première césarienne d'emblée. Il s'agissait de sa troisième césarienne.
- Des complications (hémorragie de la délivrance, douleur pelvienne intense, endométrite) sont survenues chez 4 patientes.

- **Nouveau-né**
 - Sexe :
 - 16 garçons
 - 7 filles
 - L'âge moyen lors des consultations était de :
 - 43.2 jours à la première séance,
 - 61.5 à la deuxième séance,
 - 78.3 jours à la troisième.
 - Développement :
 - 3 nourrissons ont présenté des troubles somatiques bénins (reflux, constipation),
 - 1 présentait des autostimulations isolées à 5 mois associés à des pleurs inconsolables et difficultés de sommeil.
 - 1 a été hospitalisé pour une infection materno-fœtale à 1 mois de vie.

3.2. Faisabilité

Le taux de rétention des patientes, selon le diagramme de flux (figure 6), est de 87% parmi les patientes motivées pour la prise en charge, c'est-à-dire ayant débuté la thérapie.

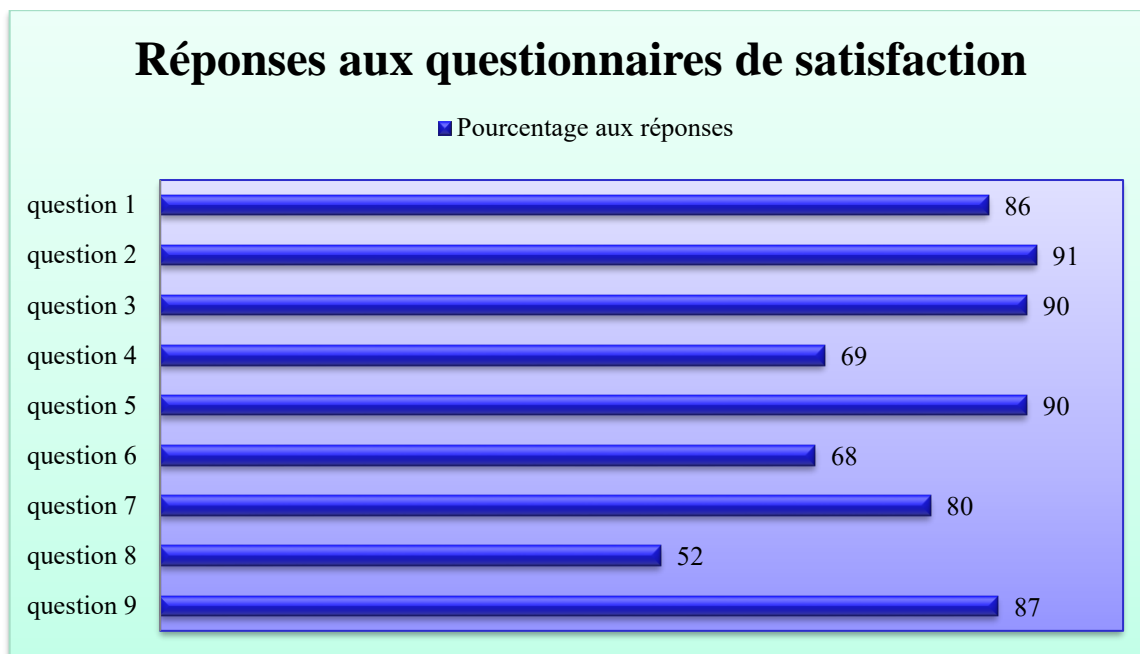


Figure 8 : résultats pour les 9 items du questionnaire de satisfaction rempli par les 23 participantes

- *Question 1 : On m'a clairement expliqué le protocole au début des séances ?*
- *Question 2 : J'ai réussi à trouver du temps pour me rendre à la prise en charge ?*
- *Question 3 : On m'a proposé cette prise en charge au bon moment dans mon parcours de maternité ?*
- *Question 4 : J'ai trouvé le nombre de séances suffisant ?*
- *Question 5 : J'ai ressenti un intérêt personnel à cette prise en charge ?*
- *Question 6 : J'ai trouvé un intérêt pour mon bébé ?*
- *Question 7 : J'ai trouvé un intérêt par rapport à la relation avec mon bébé ?*
- *Question 8 : J'ai réutilisé les exercices proposés pendant les séances ?*
- *Question 9 : Je recommanderai cette prise en charge à un proche ?*

La moyenne de l'ensemble des résultats aux questionnaires de satisfaction est de 710/900 soit une satisfaction générale à 78.8%. Le détail de chaque réponse est précisé dans la figure 8. La réponse à la question 8 sur l'utilisation de l'hypnose en dehors des séances, est en moyenne à 52%. A l'entretien, nous notons ainsi qu'à la fin de la prise en charge, 6 participantes réutilisaient fréquemment les exercices, 5 les ont réutilisés quelques fois.

3.3. Critères de jugement secondaire

	T0-T1		T0-T2		T1-T2
EDPS	0,0287	*	0,04	*	0,475
HADS total	0,0208	*	0,171		0,905
HADS dépression	0,0594		0,18		0,811
HADS anxiété	0,229		0,204		0,522
QAECEP total	0,0361	*	0,059		0,528
QAECEP efficacité	0,488		0,909		0,282
QAECEP satisfaction	0,0065	*	0,0068	*	0,759

Tableau 1 : calcul de la p value selon le test de rangs signé de Wilcoxon, aux 3 auto-questionnaires (EPDS, HADS, QAECEP), pour temps donnés (T0, T1, T2)

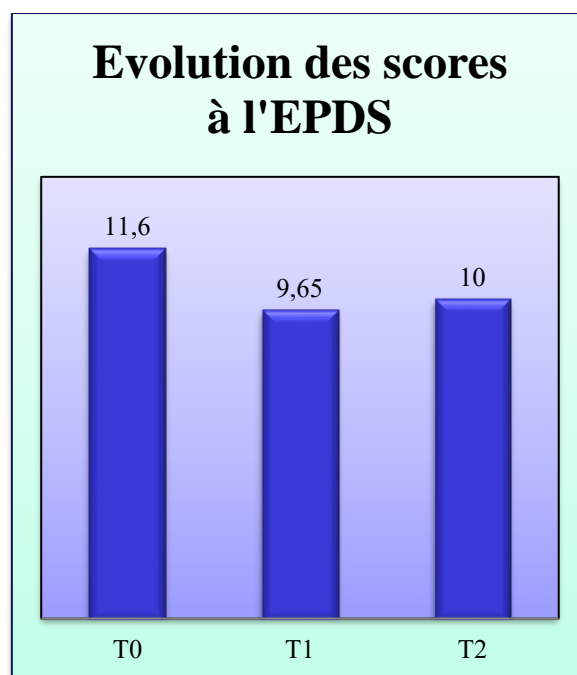


Figure 9 : moyennes de réponses à l'EPDS à T0, T1 et T2

Score		T0	T1	T2
EDPS >10	nombre	12	9	7
	%	60	45	35
			p 0,52	p 0,53
EDPS [9-11]	nombre	5	2	2
	%	25	10	13,3
			p 0,082	p 0,15

Tableau 2 : données qualitatives selon les réponses à l'EPDS et calcul de la p value selon le test exact de Fischer

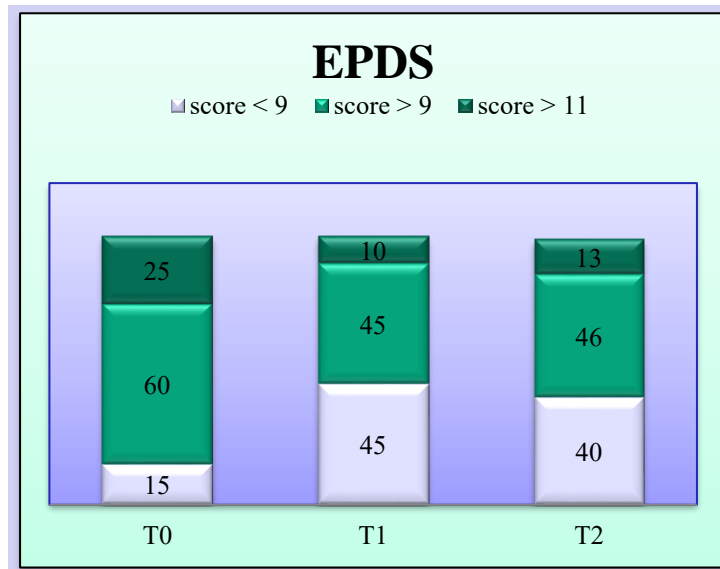


Figure 10 : répartition des participantes, en pourcentages, selon le score à l'EPDS, à T0, T1, T2

Pour les symptômes de la dépression du post-partum, on note une différence significative entre les scores, T0-T1 ($p = 0.0287$) et T0-T2 ($p = 0.04$) à l'auto-questionnaire de l'EDPS (tableau 2), avec une diminution des scores en faveur d'une amélioration clinique. La moyenne des réponses à cette échelle est de 11,6 à T0, 9,65 à T1, puis 10 à T2 (figure 9). Sur la figure 10 on observe l'évolution des scores à l'EDPS selon le pourcentage de participantes ayant une forte probabilité de présenter une dépression du post-partum (score supérieur à 11) ou à la nécessité d'une prise en charge (score entre 9 et 11) ou, enfin, celles qui ne présentaient pas de symptôme à l'EDPS suffisant pour suspecter une dépression du post-partum (score inférieur à 9). Avant la première séance, 12 participantes (25%) avaient un score supérieur ou égal à 11, signifiant une forte probabilité de dépression du post-partum. En fin de prise en charge 9 participantes dépassaient ce score (10%). En T2, cela concernait 7 participantes (13%). On note que la moitié 50% des participantes dépassant le seuil diagnostique avant la prise en charge, ne répond plus à ce score par la suite (figure 10).

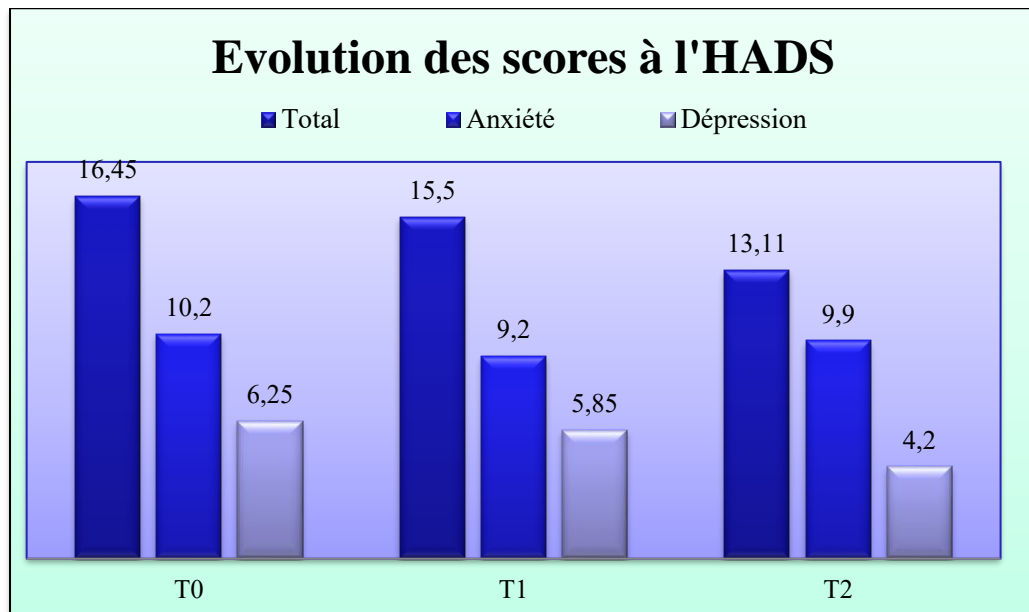


Figure 11 : moyennes des scores et sous score à l'HADS sur 23 participantes en 3 temps données (T0, T1, T2)

Score		T0	T1	T2
HADS total > 14	Nombre	15	8	8
	%	75	34,7	53,3
			p 0.0535	p0.282
HADS anxiété > 11	nombre	9	6	6
	%	45	30	0
			p 0.51	p 1
HADS anxiété [8-11]	nombre	6	7	5
	%	30	46,7	33,3
			p 0.7	p 1
HADS dépression > 11	nombre	1	2	0
	%	5	10	0
			p 1	p 1
HADS dépression [8-11]	nombre	4	2	4
	%	20	10	26,7
			p 1	p 1

Tableau 3 : données qualitatives selon les réponses au sous score de l'HADS et calcul de la p value selon le test exact de Fischer

Pour l'HADS, la moyenne des résultats est rapportée dans la figure 11. Nous observons une diminution du score total et du sous-score dépression au cours du temps. Pour l'HADS total les moyennes sont 16,45 en T0 ; 15,5 en T1 ; 13,11 en T2 (figure 11). Pour le sous score HADS dépression les moyennes sont 6,45 en T0 ; 5,85 en T1 ; 4,2 en T2 (figure 11). Cette diminution ne se maintient pas dans le temps pour le sous-score HADS anxiété (10,2 à T0, 9,2 à T1 et 9,9 à T2). Il existe une différence significative entre les scores à l'HADS total entre T0 et T1 ($p = 0.0208$), mais

cette différence est non significative entre T1 et T2 ou T0 et T1 ($p > 0.05$) (tableau 1). De même, nous n'observons pas de différence significative en comparant les sous-scores (HADS dépression ou HADS anxiété) aux 3 temps donnés ($p > 0.05$). Avant la prise en charge, en T0, 15 participantes avaient une forte probabilité de présenter un trouble anxio-dépressif (HADS total > 14). Elles étaient 8 en T1 et T2. Cette variation du nombre de sujets n'est pas significative ($p = 0.053$). Selon le sous score HADS anxiété, 9 participantes présentaient un trouble anxieux en T0 (HADS anxiété > 11), 6 en T1 et en T2. Selon le sous-score HADS dépression, 2 participantes présentaient un épisode dépressif (HADS dépression > 11) en T0, 1 en T0, et aucune participante ne présentait d'épisode dépressif en T2. Ces variations qualitatives ne sont pas significatives, ceci pour un score seuil à 11 ou 7, incluant les personnes aux symptômes anxio-dépressifs léger à modéré ($p > 0.05$) (tableau 3).

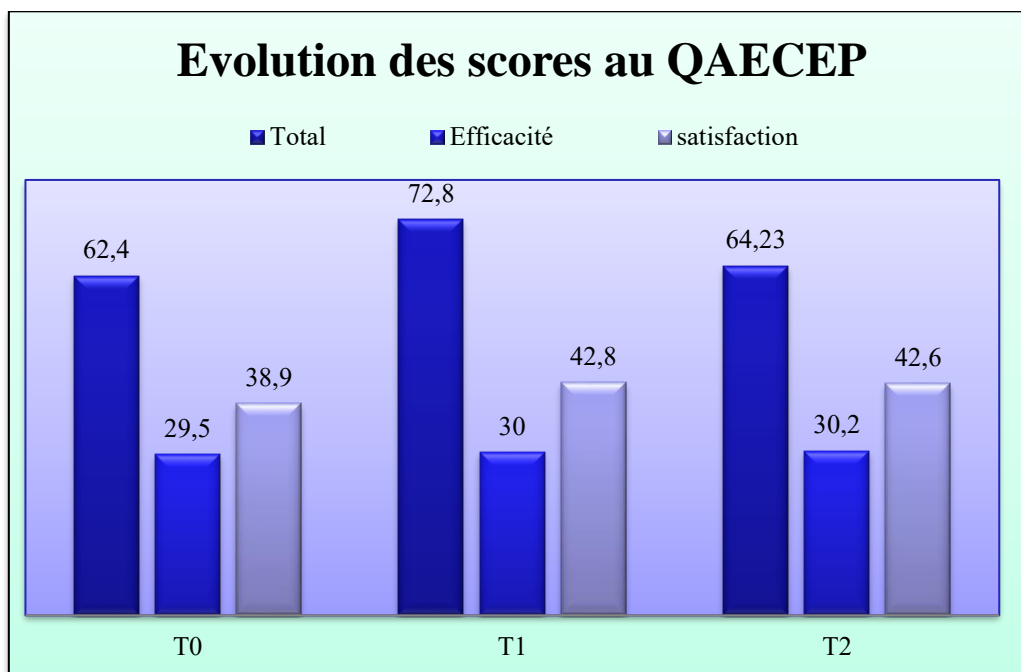


Figure 12 : moyennes des scores et sous score au QAECEP sur 23 participantes en 3 temps donnés (T0, T1, T2)

Pour les réponses à l'auto-questionnaire QAECEP, les moyennes des différents sous-scores sont représentées dans la figure 12. Nous observons une augmentation des scores en faveur d'un meilleur sentiment de satisfaction parentale, passant de 38,99 à T0, à 42,8 à T1 puis 42,6 à T2. Cette différence est significative pour le score total entre T0 et T1 ($p = 0.0361$) mais ne se maintient pas à 2 mois (T0-T2 : $p = 0.171$) (tableau 1). Il n'y a pas de sens de variation identifiable selon les 3 temps pour les sous score. Pour le sous-score du sentiment d'efficacité parentale, les moyennes varient entre 29.5 en T0, 30 en T1 et 30.2 en T2. Pour le sous-score du sentiment de satisfaction parentale

les moyennes sont : 38.9 en T0, 42.8 en T1 et 42.6 n T2 (figure 12). Il existe une différence significative au score de QAECEP-satisfaction entre T0-T1 ($p= 0.0065$) et T0-T2 ($p= 0.0068$) (tableau 2). Les comparaisons qualitatives des sous-scores n'ont pas montré de variations significatives en termes de nombre de sujets ayant un fort ou faible sentiment de compétence parentale (tableau 4)

Score		T0	T1	T2
QAECEP efficacité <14	Nombre	2	1	1
	%	10	5	6,67
			p 1	p 1
QAECEP efficacité [14-37]	Nombre	16	16	12
	%	80	80	80
			p 1	p 1
QAECEP > 37	Nombre	2	3	2
	%	10	15	13,3
			p 1	p 1
QAECEP satisfaction < 18	Nombre	1	0	0
	%	5	0	0
			p 1	p 1
QAECEP satisfaction [18-45]	Nombre	13	12	9
	%	65	60	60
			p 1	p 1
QAECEP > 45	Nombre	6	8	7
	%	30	40	46,67
			p 0.74	p 0.51

Tableau 4 : données qualitatives selon les réponses au sous score du QAECEP et calcul de la p value selon le test exact de Fischer.

Principaux Résultats

Concernant la faisabilité :

- 23 participantes ont été incluses sur les 29 contactées ce qui représente un taux de rétention de 87 %
- La satisfaction des participantes était globalement élevée avec une moyenne de réponses à 78.8% de satisfaction. Les résultats varient entre 52% à 91% de satisfaction selon les questions posées.

Concernant les réponses aux auto-questionnaires :

- A l'EDPS, il existe une variation significative des scores entre T0-T1 ($p = 0.0287$) et T0-T2 ($p = 0.04$). La moyenne des scores diminue dans le temps ($mT0=11,6$; $mT1=9,65$; $mT2=10$), en faveur d'une amélioration des scores pour les variables qualitatives. La moitié des participantes dépassant le score seuil de 11 à T0, s'améliore en T1 et T2 (score inférieur à 11). Ce résultat n'est cependant pas significatif.
- A l'HADS, il existe une variation significative du score HADS total ($p = 0.0208$) entre T0 et T1 mais pas entre T0 et T2, ni T1 et T2. Les moyennes des scores diminuent dans le temps ($mT0=16,45$; $mT1=15,5$; $mT2=13,11$). Il n'y a pas de variation significative du sous score anxiété et dépression mais les moyennes du score de dépression diminuent dans le temps ($mT0=6,45$; $mT1=5,85$; $mT2=4,2$)
- Au QAECEP, il existe une variation significative du sous score du sentiment de satisfaction parentale entre T0-T1 ($p=0.0065$) et T0-T2 ($p=0.0068$) et du score totale entre T0-T1 ($p=0.0361$). Celle-ci ne se maintient pas à 2 mois (T0-T1 avec $p=0.171$). La moyenne du score de satisfaction parentale augmente dans le temps ($mT0=38,99$; $mT1=42,8$; $mT2=42,6$)

4. Discussion

4.1. Généralités

Cette étude a permis :

- 1) d'évaluer et de discuter de la faisabilité d'une thérapie brève par hypnose dans le post-partum précoce pour des mères anxieuses ou déprimées ;
- 2) d'évaluer par auto-questionnaire l'évolution des symptômes anxio-dépressifs (EDPS, HADS) et du sentiment de satisfaction et d'efficacité parentale (QAECEP).

Une évaluation a été réalisée en 3 temps : avant la thérapie (T0), à la fin de la thérapie (T1) et 2 mois après la fin de la prise en charge (T2).

Les mères recrutées pour 87% d'entre elles, étaient suivies par l'équipe de pédopsychiatrie périnatale pour trouble anxieux ou dépressifs en lien étroit avec les équipes obstétricales du CHU et libérales. Les autres n'étaient suivies que par les équipes obstétricales et avaient optées pour 3 séances de préparation à la naissance par hypnose sur le CHU.

Nos résultats sont encourageants quant à notre hypothèse de faisabilité d'une thérapie brève basée sur l'hypnose. La satisfaction des mères est globalement très bonne et il y a très peu de perdues de vue chez les mères motivées. Les taux de 20.6% de refus de participation et de 87% de rétention une fois les participantes incluses est acceptable pour une prise en charge en psychothérapie. Des points sont à améliorer concernant le nombre de séances, qu'il serait intéressant d'augmenter. L'intérêt et la place pour l'enfant est encore à étudier. On remarque que peu de mères réutilisent les séances par la suite malgré le taux de satisfaction. Ceci, par manque de temps pour certaines ou parce qu'elles n'en ressentaient pas le besoin. Cet état de fait serait intéressant à approfondir, car parfois elles ne réutilisaient pas l'exercice mais notaient y avoir pensé, notamment lors de phases de débordement émotionnel et cela leur permettait de prendre un peu de recul, ou juste d'identifier ce moment.

Concernant nos hypothèses secondaires, les résultats montrent une absence de dégradation des scores aux auto-questionnaires avec l'absence de différences significatives en comparant les scores en T0, T1 e T2. Pour les variations montrant une différence significative, elles se font dans le

sens d'une amélioration des scores (EDPS et QAECEP satisfaction en T0-T1 et T0-T2 et HADS total en T0-T1). Il n'y a pas eu d'événements indésirables déclarés. La pédopsychiatre qui recevait les mères lors de la 4^{ème} séance, a noté des changements positifs chez ces mères et leur enfant tant au niveau de la confiance en elle que du développement du bébé, ce qui pourrait faire l'objet d'une autre étude pour avoir des données objectives sur cette évolution. On retrouve une meilleure capacité des mères à limiter les facteurs de stress environnementaux et à repérer l'effet bénéfique sur leur interaction avec le bébé. Cette piste est à explorer afin d'évaluer la capacité dans le couple à ce que chacun veille à limiter ces facteurs de stress et de repérer les contextes qui mettent en avant leur capacité et leur confiance en eux dans cette phase de découverte. Bien que les résultats soient encourageants, de nombreux points de notre étude restent à discuter, ce que nous aborderons dans les prochains paragraphes.

4.2. Limites et biais de l'étude

4.2.1. Type d'étude

Notre étude observationnelle porte sur un faible nombre de participantes (23), ce qui limite sa puissance. Les résultats bien que peut significatifs, offrent toutefois des pistes de réflexion pour la pratique clinique et la recherche dans le cadre d'une étude à plus grande échelle.

4.2.2. Etude monocentrique et thérapeute-évaluatrice

Cette étude s'est déroulée dans un seul service et les séances ont été proposées par la même personne. Il s'agit là d'une limite importante dans notre réflexion sur la faisabilité et l'efficacité de l'utilisation de l'hypnose dans le post-partum. Concernant la faisabilité, les unités de périnatalité sont organisées de manière très différente en France (2), et la faisabilité de la thérapie que nous proposons va dépendre de l'organisation des différentes des structures. Cela nécessite un thérapeute formé ayant un temps dédié, mais le thérapeute doit-il être médecin si notre pratique se généralise ? Comment proposer cette prise en charge dans les autres structures ?

Concernant l'efficacité, certaines études mettent en avant le rôle du thérapeute dans les psychothérapies (142). Le facteur thérapeute peut avoir plus d'impact que le type de psychothérapie. On peut donc se demander si les résultats obtenus ici reflètent plus la relation thérapeutique ou bien l'impact de la prise en charge en hypnose.

4.2.3. Population et biais de recrutement

Les séances ont été proposées à des mères déjà suivies en pédopsychiatrie, dans une dynamique de soin et très souvent motivées par la prise en charge proposée. Nous n'avons notamment pas recruté de mères qui auraient développé des symptômes après le retour à domicile. Or une étude montrait que jusqu'à trois quart des mères souffrant de dépression du post-partum dans une population américaine n'avaient pas recours au soin (64). Nos résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population des mères présentant un trouble anxieux ou dépressif. On peut néanmoins se poser la question si le repérage en anténatal des situations à risque de dépression du postpartum ne facilite pas l'accès au soin et ferait baisser ce taux de non recours au

soin très préjudiciable tant pour le bébé que pour les couples.

Concernant notre population, on note qu'elle avait une moyenne d'âge supérieure à la moyenne d'âge des mères ayant accouché en 2017 selon l'INSEE (30.6 ans). Le taux de fécondité était supérieur (2.28) à la moyenne nationale (1.93) en 2016 (183). Notre population n'est pas représentative de la population générale, ce qui est attendu car nous avons inclus certaines mères présentant des signes cliniques d'angoisse ou de dépression. Nous n'avons pas de donnée spécifique pour permettre de comparer notre population à l'ensemble de patientes présentant un trouble anxieux ou dépressif dans le post-partum. Cependant notre population est à fort risque face au trouble psychiatrique du post-partum selon les critères identifiés dans les études antérieures (25). En effet, 7 mères étaient jugées isolées, 14 ont des antécédents psychiatriques, 2 une maladie chronique. 13 grossesses étaient jugées comme à risque et ont nécessité un suivi obstétrique spécifique du fait de la consommation de toxique (tabac, alcool, cannabis) ou d'antécédent obstétrical. 11 participantes ont reçu un traitement psychotrope au cours de la grossesse. Ces données peuvent s'expliquer par le recrutement des patientes via l'équipe pédopsychiatrique de périnatalité qui reçoit les mères repérées à risque de décompensation dépressive. Leur collaboration avec les professionnels de maternité en anténatal étant ciblé sur la prévention et le travail en réseau auprès des différents intervenants, nos résultats ne peuvent se défaire de ce contexte. L'ensemble du travail réalisé chez ces couples, de la consultation pré-conceptionnelle pour certaines, aux visites de suivi avec les différents intervenants (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, psychiatre, puéricultrice, assistante sociale...) a certainement à lui seul un impact important sur l'évolution de leur état émotionnel.

4.2.4. Choix des échelles

Nous avons sélectionné deux échelles d'évaluation et de suivi de la dépression et de l'anxiété, connues, validées, par auto-questionnaire pour éviter les biais de recueil.

Bien que souvent utilisée, l'HADS (58) est critiquable car elle n'est pas la référence dans le domaine de la dépression du post-partum. Elle est cependant rapide à remplir et à côté rendant son utilisation facile en clinique courante pour l'exploration des pathologies anxieuses et dépressives. Elle ne nécessite pas l'implication du thérapeute dans la cotation des modifications cliniques. Elle paraît complémentaire à l'EDPS car elle recherche des symptômes non explorés par l'EDPS (53)

(anxiété, irritabilité, sentiment de peur), tout en excluant les signes physiques de l'anxiété et de la dépression (asthénie, trouble du sommeil) qui sont difficilement interprétables dans le post-partum.

L'échelle de ressenti des compétences parentales (QAECEP) a été sélectionnée comme critère de jugement secondaire car elle serait en lien avec les altérations thymiques de la mère selon des études antérieures (160)(159). Elle est peu discriminante dans notre recueil de données. Globalement ni élevée, ni faible, elle reste stable pour le sentiment de compétence ou s'améliore légèrement mais de manière significative pour le sentiment de satisfaction parentale entre T0 et T1. Ses variations sont faibles et non évocatrices d'un changement à la clinique. Nous n'observons pas de corrélation avec les scores aux autres auto-questionnaires comme attendu dans l'introduction. Il existe un probable biais de confusion. Le facteur « temps » peut jouer un rôle important dans l'amélioration de cette échelle.

Dans le choix de nos échelles, il n'a pas été retenu d'échelle pour évaluer les symptômes concernant les états de stress post-traumatiques liés à l'accouchement. Nous n'avons donc pas recueilli de données directes sur ces symptômes. Il aurait été intéressant de voir si une telle prise en charge limite les états de stress post-traumatique ou du moins certains symptômes comme les reviviscences qui sont spécifiquement travaillées lors de la première séance. Cependant, nous n'avons pas retrouvé d'échelle simple et spécifique des états de stress-post traumatique liés à l'accouchement. Le faible nombre de participantes concernées dans notre échantillon et l'intervention trop précoce pour permettre un diagnostic (avant 1 mois) avant le début de la prise en charge sont deux points qui ont fait que nous n'avons pas cherché à évaluer cet état de façon spécifique. Une recherche spécifique portant sur les mères rapportant des symptômes d'état de stress post traumatique liés à l'accouchement serait intéressante : il se trouve que plusieurs participantes ont rapporté un soulagement après la première séance avec des souvenirs plus apaisés de leur accouchement et une prise de distance par rapport à la douleur et aux émotions négatives vécues autour de la naissance.

L'hypnotisabilité mesurée au moyen de l'échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford (SHSS) (102), n'a pas été évaluée, car son intérêt est discutable. Elle ne prédit pas une meilleure réponse à l'hypnose mais plus une réponse directe aux suggestions faites. Sa réalisation par le thérapeute qui proposait aussi la prise en charge aurait augmenté le risque de biais. Sa passation est longue (30-45 minutes) et demande au patient et au thérapeute d'être libres de leur mouvement pour les différents tests, ce qui est difficilement réalisable quand le bébé est présent lors de la séance et nécessite d'être porté. Une séance supplémentaire sans but thérapeutique aurait été requise chez des

mères déjà bien occupées par les soins aux bébés ou la reprise du travail entre 3 et 6 mois le plus souvent.

Nous n'avons pas évalué l'impact sur le nouveau-né de manière précise et standardisée, du fait de l'absence d'échelle validée lors de la première séance. En effet, l'ADBB n'étant validée qu'à partir de 3 mois de vie, il n'était pas possible d'analyser des critères de développement. Il serait néanmoins intéressant de mesurer si cette prise en charge peut avoir un impact sur le bien-être de l'enfant, son adaptation à la vie extra-utérine et son développement. Car il s'agit des points clés ciblés par les prises en charge précoces concernant les interactions parents-enfant au sein de leur environnement.

4.2.5. Biais d'apprentissage

Les séances ont été répétées par le thérapeute autant que le nombre de mères incluses (entre 19 et 23 fois selon les séances). Le thérapeute a bénéficié de formation et de supervision pendant le temps de l'inclusion (de mars 2017 à janvier 2018). Il existe donc un biais d'apprentissage de la part du thérapeute. Par exemple, le texte (annexe 1) était quasiment lu au début alors qu'il pouvait être récité par cœur en fin d'inclusion, laissant plus de disponibilité pour réagir aux mouvements de la patiente ou du bébé (cf. 1.2.3.5 suggestions). Au fil du temps, les séances se sont déroulées de manière plus fluide, avec moins d'appréhension pour le thérapeute. L'utilisation de métaphores qui se sont enrichies. Le protocole a légèrement évolué donnant une place à l'improvisation avec la possibilité d'ajouter des exercices ou des images, afin de s'adapter à la patiente et à son histoire. Hors l'assurance et l'expérience du thérapeute sont souvent mises en avant comme impactant la réussite des psychothérapies et représente donc un biais non négligeable dans l'analyse des résultats.

4.2.6. Protocole et hypnose

L'élaboration d'un protocole sous la forme d'une trame des séances a été nécessaire afin de pouvoir rendre la prise en charge reproductible. Bien qu'une certaine marge d'adaptation soit possible, le schéma des trois séances et des trois thèmes abordés est resté identique. Cependant, chaque patiente étant unique, certaines histoires et problématiques auraient nécessité d'autres outils, plus adaptés et individualisés. Il s'agit là d'une difficulté souvent mise en avant dans le cadre des

psychothérapies. La recherche et son cadre rigoureux s'opposent à l'idée d'une prise en charge centrée sur le patient et sa maladie et affectent probablement les résultats. Comment justifier aussi le choix d'un outil hypnotique car aucune étude ne l'oriente ? C'est l'expérience et l'intuition du thérapeute qui guidera ce choix et cela ne peut pas être défini par un protocole. Malgré cela, les résultats sont encourageants, ce qui pourrait permettre à d'autres soignants de s'approprier rapidement la trame des séances.

4.3. Faisabilité

4.3.1. Taux de rétention

Le taux de rétention de 87% des mères motivées pour participer à la prise en charge est un taux de rétention important pour une étude évaluant une psychothérapie. Dans la prise en charge par TCC citée dans l'introduction, il était observé 50% de perte de vue (65). Nous avons observé un fort taux de rétention auquel nous ne nous attendions pas au vu de la lourdeur et la complexité psycho-sociale des situations. La plupart d'entre elles comportait des facteurs de risque pour une décompensation psychiatrique sur un mode de dépression. Lors de la reprise des dossiers, secondaires à la prise en charge, la thérapeute a été surprise du nombre de patientes ayant des antécédents psychiatriques ou des grossesses repérées à haut risque médical et psychologique (isolement, traitement médicamenteux, antécédent de fausse couche, antécédent d'IMG, antécédents d'hospitalisation sous contrainte, état de stress post-traumatique lié à l'accouchement). Cela n'a pas fait obstacle à la prise en charge, malgré une population fragilisée par de nombreux facteurs de comorbidité. L'orientation par la pédopsychiatre et les professionnels de l'obstétrique en qui les couples avaient une confiance bien établie a probablement aidé à la motivation des patientes intégrées. On peut faire l'hypothèse que la présence des pères systématiquement sollicitée dans les consultations anténatales tant obstétricales que pédopsychiatriques est un élément renforçateur de l'acceptation des mères à dédier ce temps pour l'étude ainsi que la réalisation du protocole dans son ensemble.

Les raisons de l'arrêt de la prise en charge déclaré par 3 patientes n'étaient pas inhérentes aux séances d'hypnose mais plutôt liées au contexte. Une patiente avait trois autres enfants dont un atteint d'autisme sans moyen de garde et il lui était difficile de le laisser pour venir aux séances. La seconde avait un premier enfant encore en bas-âge et se sentait trop débordée pour revenir aux rendez-vous. La troisième, habitant à plus de 70 km, a mis en avant l'angoisse liée au déplacement en voiture seule avec un enfant en bas âge. Tenir compte du contexte de vie paraît donc important pour proposer ce type de prise en charge. Les séances doivent s'inscrire dans une prise en charge plus globale permettant à la mère de pouvoir s'organiser du temps pour elle et son enfant, ce qui est la première étape pour permettre des interactions de qualité : garde des enfants aînés, distance géographique compte tenu du jeune âge et de la période de postpartum, investissement de l'environnement proche tant personnel que professionnel (mise en place de travailleuse d'insertion sociale et familiale, relais parental, ...)

4.3.2. Satisfaction des participantes

Les scores au questionnaire de satisfaction étaient élevés bien que le nombre de trois séances était souvent jugé insuffisant pour s'autonomiser à la maison. Certaines l'ont d'ailleurs précisé dans le questionnaire de satisfaction (« *Proposer plus de séances* », « *Je crois qu'il m'aurait fallu plus de séances en refaisant les mêmes exercices pour pouvoir les réutiliser* ») Moins de la moitié des patientes se sont réapproprié les exercices et ont utilisé l'autohypnose (annexe 3), ce qui amène à débattre sur ce fait : est-ce une question du nombre de séances ? Est-ce le contenu des exercices qui est difficile à mémoriser ? Est-ce le contexte souvent de la reprise du travail pour la mère qui détourne son attention focalisée sur une problématique d'organisation ?

Il est nécessaire de réfléchir à l'intérêt et aux buts d'autres séances : renforcer la maîtrise des techniques thérapeutiques enseignées pour permettre une autonomisation du patient dans sa pratique de l'hypnose dans la vie quotidienne, aborder d'autres thèmes ou proposer d'autres exercices pour la gestion des émotions, favoriser la mise à distance des ruminations en axant sur le travail sur le ici et maintenant.

La grande majorité des patientes décrivait un intérêt personnel aussi bien pendant les séances qu'à distance. Les commentaires apposés après le questionnaire de satisfaction parlent d'eux-mêmes :

- « *C'était une très bonne expérience qui m'a donné des clefs qui me servent et me permettent une stabilité en cas de fragilités occasionnelles* »
- « *Il me semble avoir laissé de côté une grande partie de mon anxiété de grossesse* »
- « *Travail très utilisé quelque soit le niveau d'anxiété* » (annexe 3).

Le bénéfice était aussi décrit oralement au cours des séances par les participantes :

- « *Je ne suis initialement pas une personne très apaisée mais j'avoue avoir ressenti, lors de ces séances un bien-être rarement expérimenté* »
- « *De vraies parenthèses ressourçantes* » (annexe 3).

Il est à noter que toutes les patientes n'ont pas ressenti le besoin de réutiliser les exercices et il n'est pas certain que ce critère soit un critère de réussite et de maintien de l'impact de la thérapie au long court. Nous n'avons retrouvé aucune étude en ce sens dans la littérature. Il s'agit d'une intuition clinique aussi défendue dans deux rapports de cas sur l'intérêt de l'hypnose sur l'anxiété

en pré-partum (31). L'intérêt de l'hypnose pour l'enfant est peu mis en avant, ce qui a aussi été observé par le thérapeute. Bien que le nouveau-né soit présent, aucun impact particulier pendant ou par la suite de la séance n'a été observé ni par la mère ni par le thérapeute. L'évaluation était cependant clinique, sans échelle spécifique. Il serait intéressant d'évaluer le développement de l'enfant pour observer si la prise en charge de la mère a un effet sur le neuro-développement de l'enfant. Notons toutefois que les bébés évalués à distance par la pédopsychiatre avaient en bon développement global. 3 nourrissons ont présenté des troubles somatiques bénins transitoires (reflux, constipation), 1 présentait des autostimulations isolées à 5 mois qui ont disparu à 9 mois dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. 1 enfant a été hospitalisé pour une infection materno-fœtale à 1 mois de vie. Ceci malgré les difficultés maternelles qui nous l'avons vu dans l'introduction peuvent impacter plus massivement le développement du nouveau-né avec par exemple une augmentation des troubles somatiques bénins à court terme (45).

4.3.3. Événement indésirable et altération clinique

Aucun événement indésirable n'a été constaté. Aucune prise en charge n'a été interrompue pour des raisons médicales. Une patiente a présenté une altération thymique de deux semaines dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 1 avec des fluctuations thymiques importantes pendant la grossesse. La séance d'hypnose qui a eu lieu au moment de ce fléchissement a été vécue pour elle de manière positive et comme un soutien. Deux autres patientes ont présenté une recrudescence dépressive entre la dernière séance et l'évaluation à 2 mois de vie, nécessitant la réintroduction d'un traitement antidépresseur. Pour l'une, il avait été prescrit pendant 4 mois entre le premier et second trimestre de grossesse pour une dépression du pré-partum. Pour l'autre, elle bénéficiait d'un thymorégulateur pour un trouble bipolaire. Un enfant présentait des particularités de développement avec des autostimulations à 5 mois dont la prise en charge a intégré des séances de psychomotricité, et d'orthophonie en lien avec des consultations pédopsychiatriques avec les deux parents et un soutien à domicile resserré par les équipes de PMI. Ces autostimulations n'étaient plus présentes lors de la réévaluation à 9 mois. La prise en charge a permis le dépistage et l'accompagnement de la famille vers des soins précoces. Pour les autres nouveau-nés, aucune difficulté particulière dans le développement psychomoteur n'a été rapportée par les parents, le pédiatre ou le pédopsychiatre. L'imputabilité des séances d'hypnose pour ces événements paraît peu probable. Notre étude est en faveur de la non dangerosité de cette pratique pour la mère et pour l'enfant, comme exprimé dans le rapport Inserm sur l'hypnose (123).

4.3.4. Déroulement des séances

4.3.4.1. Recrutement

Le recrutement s'est fait principalement via l'équipe de pédopsychiatrie périnatalité et plus rarement par la sage-femme seule. Seulement 5 participantes étaient suivies par l'équipe de pédopsychiatrie périnatalité et bénéficiaient d'une préparation à l'accouchement par hypnose avec la sage-femme. Ce recrutement est attendu, les participantes présentant des troubles anxieux et dépressifs étant pour certaines orientées vers la pédopsychiatrie.

Pour les patientes suivies uniquement par la sage-femme, il semble que la proposition n'ait pas fait sens : soit elles ne se sentaient pas concernées par la prise en charge (absence de trouble anxieux ou dépressif, orientation vers préparation en hypnose pour contre-indication médicale à la péridurale), soit l'orientation par lettre d'information seule ne provoque pas une motivation suffisante. Cela est d'ailleurs souvent observé par l'équipe de pédopsychiatrie dans d'autres types de prise en charge : *« si les mères ne sont pas orientées de manière personnalisée vers un professionnel d'un autre champ, même si elles sont conscientes de ce besoin, elles ne s'y rendent pas »*. On peut faire l'hypothèse que si les mères ne sont pas soutenues, suivies régulièrement et encouragées dans les démarches, elles sont facilement submergées par l'attention que demande leur bébé et la fatigue des nuits au sommeil entrecoupé et ne vont pas d'elles-mêmes vers les soins (5,46). C'est aussi ce que constate l'équipe de pédopsychiatrie périnatalité dont une partie du travail est la coordination des différents intervenants afin de ne pas perdre de vue les mères. Bien qu'elles s'isolent facilement en cas de problème, elles font des retours positifs des dispositifs mis en place et s'y impliquent par la suite dès lors qu'on en favorise l'accès (prise de rendez-vous facilitée, rapidité des créneaux de rendez-vous en fonction du rythme du bébé, regroupement des rendez-vous pour limiter les déplacements, ...)

La première séance était prévue à deux semaines de vie du bébé plus ou moins une semaine, ce qui a été respecté chez seulement 5 participantes. Bien qu'une intervention la plus précoce possible soit recommandée, cette temporalité n'est pas toujours facile pour les mères. Les premières semaines de vie d'un enfant sont décrites comme une période difficile pour les parents concernant la gestion de l'emploi du temps. Ils passent un maximum de temps sur la journée avec l'enfant et ont de ce fait du mal à se rendre aux rendez-vous. Le thérapeute a aussi dû rappeler certaines patientes à plusieurs reprises avant le premier rendez-vous. Pour les séances suivantes, le délai de 2 à 3 semaines entre les séances a été majoritairement respecté avec des délais moyens entre les séances 1 et 2 puis les séances 2 et 3 de 21 et 20 jours respectivement.

Cependant, les participantes ont pu émettre certaines critiques qui nourrissent notre réflexion pour l'amélioration future de suivis similaires sur cette temporalité choisie, parfois trop tard, parfois trop tôt :

- « *Bénéfique pour la gestion des émotions au cours de la grossesse et durant les tous premiers jours après la naissance* ».
- « *Trop tôt mon fils étant en plein dans la période des pleurs pas facile cela aurait été moins stressant au cours du 2ème mois par ex* » (annexe 3).

S'adapter à la temporalité de la patiente et pouvoir se défaire des protocoles pour être centré sur ses attentes et ses besoins paraît donc essentiel pour optimiser la prise en charge. Cela limite probablement les résultats de notre étude.

4.3.4.2. *Lieu*

Deux mères ont précisé que le lieu de la prise en charge ne leur correspondait pas :

- « *Une chose qui aurait été plus agréable : un bureau plus adapté pour recevoir femme allaitante et nouveau-né* » (annexe 3).
- « *Aménager une pièce spécifiquement pour l'hypnose, qui permettrait d'avoir une lumière plus tamisée et un fauteuil ou un tapis de sol confortable pour se laisser aller et entrer plus facilement dans la séance d'hypnose* » (annexe 3).

En effet, la séance se déroulait sur une chaise et elles auraient aimé pouvoir être plus confortablement assises dans un fauteuil par exemple. Un coussin d'allaitement aurait permis plus de confort pour maintenir le bébé contre soi lors de la séance. L'espace de la prise en charge peut être amélioré par du matériel simple rendant la séance plus confortable et favorisant la détente. D'ailleurs suite à ces remarques, des fauteuils avec des accoudoirs ont été installés dans le bureau de consultation en début d'année 2018. Cet aménagement a été fort apprécié lors des dernières séances par les participantes qui ont souligné l'effort d'installation et la détente procurée.

La majorité des participantes habitaient Montpellier ou l'agglomération, ce qui a allégé les déplacements contrairement à d'autres pour qui le déplacement était parfois long et légèrement anxiogène avec un enfant en bas âge. Une participante a préféré bénéficier d'une prise en charge au domicile du fait d'une anxiété importante près des lieux de soins type hôpitaux. Elle ne serait pas venue si la prise en charge n'avait pu se faire au domicile. D'ailleurs une des patientes a arrêté le

suivi du fait de cette distance. A noter les remarques d'une patiente concernant les déplacements : « *C'est une contrainte de déplacement pour assister aux séances mais celui-ci est largement compensé par le bénéfice de détente et apaisement sur place* » (annexe 3).

Pouvoir proposer un lieu de prise en charge le plus proche possible du domicile paraît donc important, dans cette période où les mères sont fatiguées et où les déplacements avec l'enfant peuvent être source de stress.

4.3.5. Efficacité de la prise en charge

Les résultats principaux de notre étude (taux de rétention et satisfaction des participantes) semblent indiquer que la thérapie brève que nous proposons est faisable. En revanche, concernant nos critères de jugement secondaire, il est plus difficile de conclure à l'efficacité de cette thérapie par l'hypnose.

D'une part, selon les études, 50 % environ des dépressions du postpartum retrouvées à 2 mois selon l'auto-questionnaire de détection de la dépression du post-partum d'Edimbourg (EPDS), ont spontanément cessé un mois plus tard. Ceci allant en faveur d'un diagnostic de troubles de l'adaptation ou de dépressions mineures (17). Bien que le nombre de mères présentant des éléments en faveur d'un épisode dépressif majeur diminue après la prise en charge, nous ne pouvons conclure à un effet bénéfique direct de la thérapie proposée sur les troubles anxio-dépressifs pour les patientes. Il serait nécessaire de comparer notre prise en charge à la prise en charge habituelle ou même à l'évolution naturelle du trouble. Le côté bienveillant dans la prise en charge de la présence du thérapeute pourrait avoir à lui seul un impact dans cette période du postpartum où les mères se retrouvent souvent décalées par rapport à leurs repères : perte du lien social au travail, reprise du travail du compagnon...

D'autre part, les échelles utilisées évaluent l'existence et l'intensité de symptômes dépressifs et anxieux, ainsi que les sentiments de compétence et d'efficacité parentale. Or, bien que ces échelles soient intéressantes pour permettre une évaluation standardisée des troubles, elles sont trop générales pour évaluer les effets d'une thérapie. Par exemple, les symptômes mesurés en cours de thérapie semblent demeurer stables alors que les participantes expriment une impression

d'amélioration et une meilleure gestion du stress, éléments qui ne ressortent pas dans ces évaluations. De plus, si notre choix d'échelles simples, en auto-évaluation et validé scientifiquement, a permis de limiter certains biais, il est possible qu'il ait limité la mesure des changements. Le thérapeute proposant les séances ainsi que la pédopsychiatre suivant les patientes et présent lors de la 4^{ème} séance ont observé cliniquement chez les participantes des changements non perceptibles par les échelles. Par exemple une patiente avait une manière de parler plus calme lors de la dernière séance, moins précipitée, moins angoissée. Une autre s'était coupé les cheveux reprenant selon ses dires « *la tête d'avant la grossesse précédente dont l'issue avait été traumatique comme pour reprendre la vie qui lui avait échappé à la suite de la fausse couche tardive* ». On peut supposer que ces changements puissent s'inscrire dans des modifications de fonctionnements plus globaux que la seule diminution des symptômes, contribuant à un mieux-être de la personne. Un entretien semi-structuré avec un recueil de données qualitatives aurait permis une analyse plus fine des modifications perçues par les mères. Nous aurions pu faire préciser par exemple le contenu des angoisses, leur intensité et leur modification dans le temps. Un autre intervenant aurait été nécessaire pour limiter les biais d'un recueil de donnée par la thérapeute. Ceci fait écho aux processus complexes de la théorie de changement défendue par l'école de Palo Alto (184). Le rapport à leur compagnon tant sa place de père que dans le couple est systématiquement abordée avec les participantes : le soulagement par la diminution des peurs inhérentes à la déstabilisation des repères relationnels par l'arrivée du bébé, l'étonnement de la participation si active des pères sont des éléments à prendre en compte dans l'évolution de l'état émotionnel maternel. Les pères ont pour la plupart faciliter la mise en place des séances d'hypnose en gardant les aînés ou en accompagnant leur compagne aux séances.

Selon Watzlawick, membre actifs de l'école de Palo Alto, (184), il existe deux types de changement. Dans le premier cas, la séance d'hypnose permet une amélioration du symptôme sans changer le système, c'est-à-dire « de maintenir sans remanier ». Dans le second cas, la stratégie va remanier le système, modifier le contexte et le mode relationnel ayant permis le symptôme. C'est cette stratégie qui permet de prolonger l'effet d'une séance à la suivante puis d'entrer dans la réalité du patient. C'est l'enjeu de toute thérapie brève : apaiser les symptômes pour répondre à la demande première du patient, puis permettre le changement de fonctionnement par la généralisation afin d'éviter le retour du symptôme ou la survenue d'un autre. C'est ce que nous souhaitons permettre à nos patientes bien que la démonstration scientifique en soit complexe et que nous nous limiterons dans un premier temps à des éléments plus objectivables.

Concernant les données et comme présenté dans l'introduction, l'hypothèse *d'une prise de rôle* qui expliquerait le fonctionnement de l'hypnose peut être envisagée ici (94). Les séances ont été présentées comme faisant partie d'une thèse et d'un travail de recherche, ce qui a pu influencer la motivation des patientes. Accompagnées par un lien thérapeutique soutenant, les patientes ont éventuellement pu surestimer les effets de cette prise en charge par hypnose dans leurs soins ou n'ont pas osé la critiquer. Il leur a été expliqué que les données étaient anonymes et que leur ressenti était essentiel pour faire évoluer les pratiques, cependant l'effet "inclusion dans un protocole de recherche" a pu influencer les résultats et notamment la satisfaction déclarée suite à la prise en charge.

Enfin les données ont été recueillies à trois moments différents (avant, après, 2 mois après la fin de la prise en charge en hypnose). On aurait pu discuter l'intérêt d'un auto-questionnaire sur l'anxiété en fin de séance par exemple pour évaluer l'effet immédiat de la séance comme réalisée dans un rapport de cas sur l'intérêt de l'hypnose en pré-partum (143). Un événement important a eu lieu pour la majorité des participantes entre la fin de la prise en charge et l'évaluation 2 mois après. Il s'agit de la reprise du travail, qui même si pour certaines, cela permet de sortir du domicile, pour d'autres, cela demeure une source de stress secondaire à la réorganisation de la vie familiale et à la privation de temps pour être avec son bébé. Cela impacte probablement les échelles d'anxiété et de sentiment de compétence parentale à l'évaluation en T2. En outre, une évaluation plus à distance serait intéressante, voire même lors d'une grossesse future. Même si une telle étude paraît difficile à mener en pratique, du fait des nombreux perdus de vue que le temps risque d'engendrer et des multiples autres facteurs influençant, elle permettrait de constater si les améliorations observées se maintiennent dans le temps et lors de nouveaux facteurs de stress importants comme une nouvelle naissance.

4.3.6. Implication du nouveau-né

Aucune étude antérieure ne permet de se positionner sur la présence du nouveau-né et sa place lors d'une séance d'hypnose, ce qui ne permet pas de trouver d'éléments de comparaison sur cette donnée d'observation délicate à prendre en compte. Intuitivement, la présence du nouveau-né dans les bras de sa mère pendant la séance ne paraissait pas toujours adaptée : comment peut-il réagir alors que sa mère garde les yeux fermés ou lors de modifications d'expression du visage ou de tensions musculaires au décours de focalisations sur des pensées désagréables ? Comment maintenir la transe avec un bébé qui s'agite dans les bras de la mère ou de la thérapeute ? Une

participante a relaté dans le questionnaire de satisfaction : « *Pour ma part, c'était trop tôt : mon fils étant en plein dans la période des pleurs et pas facile à calmer. Je pense que cela aurait été moins stressant au cours du 2ème mois* ». Il paraît difficile de se positionner sur la présence du bébé car cela est très dépendant de la mère et de l'enfant ainsi que de son état d'éveil d'une part, et de la capacité à confier son bébé à cet âge si précoce. Il a souvent été nécessaire d'accorder un temps à l'enfant avant ou pendant la transe : pour le change, pour le bercer afin qu'il s'apaise, pour l'alimenter car le rythme des tétées était encore aléatoire. Etonnement, cela a peu perturbé la transe hypnotique, les mères se prêtant au jeu des *allers-retours* entre les réactions et demandes de l'enfant et celles de la thérapeute. Aucune réaction particulière n'est rapportée chez le nourrisson même lors de pleurs de la mère ou de tensions. Ces observations répétées sont donc favorables à la présence de l'enfant pendant la séance car il ne semble pas avoir perturbé le déroulement, pas plus qu'avoir été perturbé. Ce temps d'apaisement pour la mère paraissait détendre l'enfant et était souvent rapporté comme « un temps agréable à deux ».

Nos observations actuelles, trop peu nombreuses et fréquentes, ne peuvent conclure à un impact positif direct pour l'enfant lors de la séance ou à distance. Face à l'impact des troubles anxio-dépressifs de la mère sur l'enfant décrits dans la littérature (18,24,40,43,45,185,186) et au chapitre 1.1.5.2 (impact sur l'enfant), une recherche centrée sur le développement des enfants lors de thérapie brève par hypnose chez les mères aurait sa place au vu de la faisabilité de l'observation et du coût peu important des moyens engagés. La littérature retrouve en effet, plus de troubles du comportement et de dysrégulations émotionnelles chez les enfants à 2 ans (42), une diminution de certains scores au quotient intellectuel entre 6 et 9 ans (43). Le suivi d'une cohorte dans le temps et la réévaluation des enfants à 2 ans, voire à 5 ans pourrait s'envisager. Même si conclure à un lien entre la prise en charge des mères en hypnose et le développement de l'enfant, face aux multiples facteurs interférents, restera difficile. Le nombre de familles nécessaire pour établir une significativité est élevé et une étude en double aveugle complexe à tenir dans le temps au vu du nombre d'intervenants dans cette période périnatale. Néanmoins face à la gravité des situations qui ont été suivies pour cette étude et la bonne alliance avec les familles, il est envisagé de recueillir le devenir des enfants à 2 et 5 ans pour creuser cette option de recherche ainsi que le devenir du couple et de l'état de santé psychique maternel.

Les commentaires des mères via les questionnaires de satisfaction sur l'intérêt pour leur enfant sont cependant positifs, nous relevons par exemple :

- « *Je ne sais pas trop si ces séances ont été bénéfiques pour bébé directement mais elles ont sans aucun doute permis à notre relation d'être calme et sereine, ainsi que de poser les mots en cas de débordement d'émotions. Donc indirectement, ces séances avaient un intérêt pour lui* »
- « *J'ai bénéficié de moments privilégiés avec mon petit* » (annexe 3).

Or il s'agit bien là du but des séances : permettre aux mères de partager un moment différent avec leur nouveau-né, de se sentir plus détendues, de mobiliser plus rapidement leur état d'angoisse pour potentialiser les échanges. Apaiser les angoisses et sentiments de dévalorisation ou de tristesse, grâce à la séance et la pratique de l'autohypnose dans les moments de ruminations est l'objectif partagé avec les mères avant les séances. L'hypothèse sous-jacente est que ce moment de détente permet aux mères d'être plus disponible pour leur enfant et donc plus sensible à leurs signaux. Ces temps privilégiés avec l'enfant selon la théorie de l'attachement, permettront à ce dernier d'activer positivement ce lien et donc renforcer la base de sécurité que représente la mère. Ils permettront aussi à la mère de se rassurer et de nourrir un meilleur sentiment de compétence et de satisfaction parentale, la motivant à reproduire ces échanges de qualité. L'ocytocine présente en forte quantité chez la mère, activée par l'hypnose et activant les liens d'attachement pourrait être une molécule clé de ce processus. Notre étude ouvre une piste en temps qu'étude pilote dans ce domaine en montrant que les résultats cliniques ne contrarient pas ce modèle reliant hypnose, trouble anxieux et dépressif dans le postpartum et théorie de l'attachement.

4.4. Perspectives

Cette étude, jusque-là jamais réalisée en Europe, est une première pierre à l'édifice pour valider une prise en charge type hypnose dans le post-partum précoce. Poursuivre nos recherches avec un groupe contrôle de participantes n'ayant pas reçu de soins spécifiques ou ayant bénéficié d'une autre prise en charge psychologique, serait-il indispensable pour rejoindre *l'evidence base medicine* ? Se posera alors la question de quel groupe témoin choisir et du nombre d'inclusions ? Faut-il comparer avec la prise en charge classique, avec une intervention en psychothérapie autre, une intervention sociale si besoin ? Toutes ces pistes ont déjà montré une certaine efficacité sans différence entre elles (9,10). Faudra-t-il également prendre en compte la qualité du suivi pluridisciplinaire anténatal et les modalités de retour à domicile avec l'enfant pour interpréter les résultats tant sur le plan de la motivation que des effets sur le bébé, la mère, le père et l'ensemble de leurs interactions avec leur environnement ?

Afin de mieux comprendre l'impact de la prise en charge, une étude qualitative reprenant le vécu des patientes ou les modifications dans leur fonctionnement ou leur qualité de vie paraîtrait judicieuse et irait dans le sens des préconisations du rapport Inserm (123). Cela permettrait alors de comprendre le processus de l'intervention et non uniquement son résultat pour affiner le choix des outils hypnotiques et établir des protocoles de prise en charge plus ciblés sur la difficulté du patient. Une meilleure appropriation des outils par les patientes pourrait découler de cet aménagement des séances.

S'intéresser à l'impact sur l'enfant est essentiel car il est le centre du travail du pédopsychiatre. Au vu des théories de l'attachement, une diminution des symptômes anxio-dépressifs de la mère dans cette période sensible du développement peut avoir un impact sur le développement de l'enfant à court et long terme (39,46,159,160,174).

La satisfaction des participantes fait supposer que cette thérapie brève est intéressante dans le cadre des troubles anxieux et dépressifs du postpartum. Dans notre étude, les outils proposés en hypnose ont permis un apaisement et un sentiment de bien-être pendant les séances et certaines patientes ont utilisé ces outils au quotidien permettant une augmentation de leur efficacité. La trame des séances utilisée est simple, peu coûteuse en temps (3 séances de 1 heure) et facilement reproductible par d'autres personnes. Les outils d'hypnose utilisés sont des outils courants et dont l'appropriation est assez rapide. D'autres soignants, formés à la psychiatrie ou non (puéricultrice,

sage-femme, médecin généraliste, pédiatre) mais formés en hypnose peuvent réaliser ce travail. Les sages-femmes pratiquant l'hypnose en préparation à la naissance et à la parentalité pourraient-elles le proposer, associé à un accompagnement par le pédopsychiatre ? Ou cela doit-il être réalisé par un psychiatre ou un psychologue ? C'est une piste qui reste à creuser.

Face à la satisfaction importante des mères quelle que soit l'intensité des symptômes, il faudrait la proposer à une population plus large. Notamment, réfléchir à comment pouvoir le proposer aux mères qui ne sont pas diagnostiquées pour leur trouble anxieux et dépressif ou qui par peur et préjugé refusent l'orientation vers un professionnel du champ psychiatrique. En effet des séances type hypnose centrées sur le bien-être de la mère et de l'enfant, la gestion du stress et des émotions et non sur le trouble psychiatrique pourrait leur permettre d'aller plus facilement vers les soins. Si les séances étaient proposées par le réseau de périnatalité au plus près des couples (sage-femme libérale, puéricultrice de PMI...), elles sortiraient alors des *soins conventionnels* avec les préjugés et les peurs que cela implique comme discuter dans notre introduction (cf : ch1.1.6.4). Ce type de prise en charge, facile à proposer, ne nécessitant pas un diagnostic psychiatrique, sans effet indésirable retrouvé à ce jour, pourrait permettre une approche moins stigmatisante des difficultés psychologiques, ce qui faciliterait peut-être l'orientation vers un professionnel du champ psychiatrique dans un second temps par une prise de conscience plus en douceur des vulnérabilités dans ce domaine et leur impact sur leur monde relationnel (bébé, compagnon, collègues de travail, professionnel, ...). Aussi ce type de prise en charge paraît bénéfique même en l'absence de troubles anxieux ou dépressifs avérés dans le sens où elle permet de partager un moment privilégié avec l'enfant et de s'autoriser un espace de détente pour la mère dans cette période de « belle tempête » dans les habitudes et les émotions que représente l'arrivée d'un nouveau-né au sein du couple.

5. Conclusion

Ce travail nous a permis d'observer la fréquence élevée des troubles anxieux et dépressifs dans le post-partum (dépressions du post-partum, troubles anxieux et états de stress post-traumatique). Leur impact potentiel que ce soit sur la mère ou sur l'enfant est important, altérant le lien entre la mère et son enfant ainsi que les échanges au sein du couple. Toutefois, les recommandations restent vagues quant à la prise en charge de ces troubles en dehors de la nécessité d'être le plus précoce possible. Les traitements médicamenteux étant souvent refusés par les mères, il est important de proposer des alternatives ou des traitements complémentaires.

L'hypnose est un outil de psychothérapie de plus en plus utilisé mais dont l'efficacité est encore peu étudiée. Notre étude montre qu'une thérapie brève inspirée de l'hypnose est faisable. Les liens entre hypnose et attachement laissent penser que cette thérapie est un outil intéressant dans le post-partum, jouant sur la disponibilité et la sensibilité maternelle afin de répondre au mieux aux signaux de l'enfant dans cette période sensible pour son développement. Ses résultats sont positifs quant à son efficacité chez certaines mères anxieuses et/ou déprimées. Nous avons d'abord montré une bonne acceptabilité et une satisfaction importante des participantes. Il n'y a pas de dégradation des scores aux auto-questionnaires et certains montrent des variations significatives dans le sens d'une amélioration (EDPS et QAECEP satisfaction et HADS total uniquement en avant-après). Ces variations de scores restent faibles (1 à 2 points sur les moyennes) ce qui questionne sur un réel impact clinique.

Le fait que les résultats soient significatifs (EDPS et QAECEP-satisfaction) est encourageant pour réaliser une étude à plus grande échelle, avec témoins. Nous suggérons donc de pouvoir réaliser une étude qualitative sur notre travail pour comprendre les processus intervenant dans cette psychothérapie brève et de réaliser une étude comparative pour évaluer l'impact spécifique de l'hypnose.

Dans ce moment particulier qu'est le post-partum précoce, l'hypnose semble un outil intéressant, facile et peu onéreux, complémentaire de la prise en charge habituelle en périnatalité pour la gestion des émotions, de l'anxiété et des facteurs de stress importants dans tous les changements que provoquent l'arrivée d'un enfant sur le plan personnel et au sein du couple.

Bibliographie

1. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. *Pédiatrie À Psychanal.* 1956;1969:285.
2. Fericelli F. Enjeux pédopsychiatriques anténataux en maternité : prévention et soins précoces. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* juill 2009;57(5):419-28.
3. Bydlowski M. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. Presses universitaires de France; 2008.
4. Dayan J, Gerardin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Elsevier Masson. 15 mars 2014;
5. Molénat F. Prévention précoce: petit traité pour construire des liens humains. Erès; 2009.
6. Missonnier S. Introduction aux connaissances de la psychologie clinique foetale. *Emc Psychiatrie.* 2011;8(2):1–9.
7. Toubin R-M. 38. Quelles bases pour une bonne articulation interdisciplinaire ? Stress et grossesse. Erès; 2011. p. 307-19.
8. Molénat F, Roegiers L. Stress et grossesse: quelle prévention pour quel risque? Erès 2011p.15-27
9. Serpa SR, Suardi F. Le stress, quel lien avec l'attachement dans la transition à la parentalité? : Stress et grossesse. Erès; 2011. p. 133–141.
10. Marciano P. Le père, l'homme et le masculin en périnatalité. Eres; 2012. 103 p.
11. Brazelton TB. La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé?: 9e journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de puériculture de Paris. Les Éd. ESF; 1983.
12. Axe I, Axe II, Axe IV, Axe V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 1980;
13. Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil: Rouen; 2012.
14. Agbokou C, Ferreri F, Nuss P, Peretti C-S. Clinique des dépressions maternelles postnatales. Elsevier Masson. 19 juill 2011;
15. Pop VJ, Essed GG, de Geus CA, van Son MM, Komproe IH. Prevalence of post partum depression: or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1993;72(5):354–358.
16. Holt WJ. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. *N Z Med J.* 1995;108(994):57–59.
17. Misri S, Kendrick K, Oberlander TF, Norris S, Tomfohr L, Zhang H, et al. Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: a longitudinal, prospective study. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* avr 2010;55(4):222-8.
18. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry.* 1984;144(1):35–47.

19. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2002;347(3):194–199.
20. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. An Update on Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* déc 2000;2(6):217.
21. Ross LE, McLean LM. Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry.* 15 août 2006;67(8):1285-98.
22. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Womens Health Issues.* 1 janv 2002;12(1):32-6.
23. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health.* 1 févr 2003;6(1):43-9.
24. Enlow MB, Kitts RL, Blood E, Bizarro A, Hofmeister M, Wright RJ. Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behav Dev.* 2011;34(4):487–503.
25. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50(5):275–285.
26. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, Epstein M, Hightower AD, Weitzman M. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediatr.* 2006;6(1):32–37.
27. Appleby L, Fox H, Shaw M, Kumar R. The psychiatrist in the obstetric unit. Establishing a liaison service. *Br J Psychiatry.* 1 avr 1989;154(4):510-5.
28. Chabrol H, Teissède F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée, Summary. *Devenir.* 2003;15(1):5-25.
29. Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *J Womens Health.* 1 sept 2015;24(9):762.
30. Grigoriadis S, Meschino D de C, Barrons E, Bradley L, Eady A, Fishell A, et al. Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Arch Womens Ment Health.* 1 août 2011;14(4):325-33.
31. Slater PM. Post-traumatic stress disorder managed successfully with hypnosis and the rewind technique: two cases in obstetric patients. *Int J Obstet Anesth.* août 2015;24(3):272-5.
32. Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche clinique: du bébé à la personne âgée. E.Masson; 2010.
33. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Mothers' Lives S. The eighth report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG.* 2011;118(Suppl 1):1–203.
34. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM, Sutter-Dallay A-L. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res.* 2017;84:284–291.

35. Van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles M-J, Sutter-Dallay A-L, Melchior M, et al. Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. *J Pediatr.* juin 2015;166(6):1440-1448.e1.
36. Golse B. L'émotion dépressive et la co-construction des affects et des représentations. In: *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent.* Erès; 2010. p. 37–53.
37. Seymour M, Giallo R, Cooklin A, Dunning M. Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child Care Health Dev.* 2015;41(2):314–323.
38. Arteché A, Joormann J, Harvey A, Craske M, Gotlib IH, Lehtonen A, et al. The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *J Affect Disord.* 2011;133(1):197–203.
39. Yaillan A. Impact du stress, de l'anxiété et de la dépression périnatale sur le développement de l'enfant. In: *Grossesse et souffrance psychique, précis de nouvelles pratiques.* Sauramps Medical. 24 mai 2016;
40. O'connor TG, Heron J, Glover V, Team AS. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(12):1470–1477.
41. Pacheco A, Figueiredo B. Mother's depression at childbirth does not contribute to the effects of antenatal depression on neonate's behavioral development. *Infant Behav Dev.* 2012;35(3):513–522.
42. Blair MM, Glynn LM, Sandman CA, Davis EP. Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress.* 2011;14(6):644–651.
43. Buss C, Davis EP, Hobel CJ, Sandman CA. Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6–9 years age. *Stress.* 2011;14(6):665–676.
44. Golding J, Pembrey M, Jones R. ALSPAC-the Avon longitudinal study of parents and children. I. Study methodology. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15(1):74–87.
45. Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* avr 2003;12(2):75-83.
46. Kojayan R, Levy G, Havasi K, Molénat F. *Grossesse et souffrance psychique, précis de nouvelles pratiques.* Sauramps Médical. 24 mai 2016;
47. HAS. Plan « périnatalité » 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004 nov p. 44.
48. Naitre et Grandir en LR | Résodoc : <http://resodoc.org/naitre-et-grandir-en-lr/>
49. Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
50. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.
51. Best Practice for Mental health in the Perinatal Period. canada; mars 2014.

52. « Beyond Blue Clinical Practice Guidelines : Depression and related disorders, anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period : A guideline for primary care health professionals. Australie; fevr 2011.
53. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1 juin 1987;150(6):782-6.
54. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Report of the WHO-UNFPA meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008.
55. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1 janv 1998;13(2):83-9.
56. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry*. 1 juin 1992;160(6):777-80.
57. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, Summary. *Devenir*. 2004;16(4):245-62.
58. Friedman S, Samuelian J-C, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res*. 30 nov 2001;104(3):247-57.
59. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1983;67(6):361-70.
60. Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 1994;30A(1):37-40.
61. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69-77.
62. Hansson M, Chotai J, Nordstöm A, Bodlund O. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract*. 1 sept 2009;59(566):283-8.
63. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. janv 1997;42(1):17-41.
64. Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord*. 2011;135(1):128-138.
65. Austin M-P, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord*. janv 2008;105(1-3):35-44.
66. Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, et al. CALM Pregnancy: Results of a Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Anxiety. *Arch Womens Ment Health*. oct 2014;17(5):373.

67. Borkovec TD, Newman MG, Castonguay LG. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS Spectr.* 2003;8(5):382–389.
68. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Women's Health.* 2005;50(4).
69. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009;7(1):79.
70. Boath E, Henshaw C. The treatment of postnatal depression: A comprehensive literature review. *J Reprod Infant Psychol.* 1 août 2001;19(3):215-48.
71. Cooper PJ, Murray L. Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Arch Dis Child.* 1 août 1997;77(2):97-9.
72. St-André M, Martin BZ. 23. Psychotropes, une juste place? In: *Stress et grossesse.* ERES; 2011. p. 211–219.
73. Fillols M. *Organisation des soins dans le suivi des femmes ayant des troubles psychiatrique en période périnatale.* Université de Montpellier; 2017.
74. Ugarriza DN. Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Arch Psychiatr Nurs.* 2004;18(2):39–48.
75. Edwards E, Timmons S. A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *J Ment Health.* 2005;14(5):471–481.
76. Ugarriza DN. Postpartum depressed women's explanation of depression. *J Nurs Scholarsh.* 2002;34(3):227–233.
77. Salem G, Bonvin E. *soigner par l'hypnose.* 6ième edition. Elsevier Masson; 2017. 392 p.
78. Morane F. *L'hypnose classique. L'hypnose et la santé. :* <http://tpehypnoseetsante.wikeo.net/lhypnose-classique.html>
79. Collot E. *Hypnose et hypnothérapie.* Elsevier Masson. 24 déc 2014;
80. Gravitz M. Early theories of hypnosis: A clinical perspective. In: *The Guilford clinical and experimental hypnosis series Theories of hypnosis: Current models and perspectives.* Guilford Press. New York; 1991. p. 19-42.
81. Braid J. *Neurypnology; or, The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism.* London : J. Churchill; 1843
82. Lakhdari S. *Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud, Abstract.* *Savoirs Clin.* (8):201-9.
83. Le Bon G. *Psychologie des foules.* Les presse universitaire de France Paris, France; 1895 [cité 5 sept 2017]. 132 p.
84. Weitzenhoffer AM. Scales, Scales and More Scales. *Am J Clin Hypn.* 1 janv 2002;44(3-4):209-19.

85. Erickson M. De la nature de l'hypnose et de la suggestion. Satas. Bruxelles; 1999.
86. Weitzenhoffer A. The practice of hypnotism: Vol. 2. Applications of traditional and semi-traditional hypnotism; Non-traditional hypnotism. Vol. 2. 1989.
87. Melchior T. Créer le réel. Le Seuil 1998.
88. Malarewicz JA, Godin J. Milton Erickson, de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. Paris, ESF; 1986.
89. Rager G. Hypnose, sophrologie et médecine. Fayard 1973.
90. Michaux D. Clinical and experimental aspects of Hypnosis. Université Paris-Diderot - Paris VII; 1982 .
91. Gay M-C. L'hypnose : un descriptif. em-Premiu. 27 avr 2007;165(3):172-9.
92. Christensen CC. Preferences for descriptors of hypnosis: a brief communication. Int J Clin Exp Hypn. juill 2005;53(3):281-9.
93. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Le Seuil; 2015.
94. Gay M-C. Les théories de l'hypnose. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2007;165(9):623-30.
95. Green JP, Barabasz AF, Barrett D, Montgomery GH. Forging ahead: the 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. Int J Clin Exp Hypn. 2005;53(3):259–264.
96. Spanos NP. A sociocognitive approach to hypnosis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 1991.
97. Council JR, Kirsch I, Hafner LP. Expectancy versus absorption in the prediction of hypnotic responding. J Pers Soc Psychol. 1986;50(1):182.
98. Hilgard ER. Hypnotic susceptibility. Harcourt. New York: Brade and World; 1965
99. Janet P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur le formes inférieures de l'activité humaine. Société Pierre Janet et laboratoire de la Sorbonne. Paris: De Boeck Supérieur; 1973.
100. Laurence J-R, Perry C. The " hidden observer" phenomenon in hypnosis: Some additional findings. J Abnorm Psychol. 1981;90(4):334.
101. Kihlstrom JF. Hypnosis: a sesquicentennial essay. Int J Clin Exp Hypn. 1992;40(4):301–314.
102. Weitzenhoffer AM. Hypnotic Susceptibility Revisited. Am J Clin Hypn. 1 janv 1980;22(3):130-46.
103. Piccione C, Hilgard ER, Zimbardo PG. On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. J Pers Soc Psychol. févr 1989;56(2):289-95.
104. Green JP, Lynn SJ. Hypnotic responsiveness: expectancy, attitudes, fantasy proneness, absorption, and gender. Int J Clin Exp Hypn. janv 2011;59(1):103-21.

105. Dixon M, Labelle L, Laurence J-R. A multivariate approach to the prediction of hypnotic susceptibility. *Int J Clin Exp Hypn.* 1996;44(3):250–264.
106. Yapko MD. *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York: Brunner/Mazel. Inc; 1990.
107. Barker W, Burgwin S. Brain wave patterns during hypnosis sleep and normal sleep. *Arch Neurol Psychiatry.* 1 oct 1949;62(4):412-20.
108. Engstrom DR. Hypnotic Susceptibility, EEG-Alpha, and Self-Regulation. In: *Consciousness and Self-Regulation*. Springer, Boston, MA; 1976. p. 173-221.
109. Sabourin ME, Cutcomb SD, Crawford HJ, Pribram K. EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence. *Int J Psychophysiol.* 1 déc 1990;10(2):125-42.
110. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry.* 1 févr 1999;45(3):327-33.
111. Jensen MP, Adachi T, Tomé-Pires C, Lee J, Osman ZJ, Miró J. Mechanisms of hypnosis : Toward the Development of a Biopsychosocial Model. *Int J Clin Exp Hypn.* 2015;63(1):34.
112. Müller K, Bacht K, Schramm S, Seitz RJ. The facilitating effect of clinical hypnosis on motor imagery: An fMRI study. *Behav Brain Res.* 2012;231(1):164–169.
113. Hofbauer RK, Rainville P, Duncan GH, Bushnell MC. Cortical representation of the sensory dimension of pain. *J Neurophysiol.* 2001;86(1):402–411.
114. Watzlawick P, Wiener-Renucci J, Bansard D. *Le langage du changement: éléments de communication thérapeutique*. Ed. du Seuil; 1980.
115. Yang X-F, Bossmann J, Schiffhauer B, Jordan M, Immordino-Yang MH. Intrinsic Default Mode Network Connectivity Predicts Spontaneous Verbal Descriptions of Autobiographical Memories during Social Processing. *Front Psychol.* 7 janv 2013;3.
116. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l’hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. Elsevier Masson. 17 sept 2016;
117. Membres - CFHTB: <https://www.cfhtb.org/membres/>
118. Institut Français d’Hypnose (IFH) - Formation à l’hypnose : <http://www.hypnose.fr/>
119. Profession-stagiaires-hypnoanalgesie-hypnotherapie : <http://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2017/05/profession-stagiaires-hypnoanalgesie-hypnotherapie-2016-800.jpg>
120. Code de la santé publique - Article Annexe 11-2. Code de la santé publique.
121. Sado M, Ota E, Sticklely A, Mori R. Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 13 juin 2012;(6).
122. Lesmana CBJ, Suryani LK, Jensen GD, Tiliopoulos N. A spiritual-hypnosis assisted treatment of children with PTSD after the 2002 Bali terrorist attack. *Am J Clin Hypn.* 2009;52(1):23–34.

123. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. 2015;
124. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins. *Bull Acad Natl Med.* 2013;3:717–57.
125. Auxéméry Y. Actualités des recommandations en psychotraumatologie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2016;174(4):304-8.
126. Le code éthique de la CFHTB : <http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
127. Hypnosis Risks - Mayo Clinic : <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/hypnosis/basics/risks/prc-20019177>
128. Pelissolo A. Hypnosis for anxiety and phobic disorders: A review of clinical studies. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. mars 2016;45(3):284-90.
129. Bryant RA, Moulds ML, Nixon RD, Mastrodomenico J, Felmingham K, Hopwood S. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behav Res Ther.* 2006;44(9):1331–1335.
130. Abramowitz EG, Lichtenberg P. Hypnotherapeutic olfactory conditioning (HOC): Case studies of needle phobia, panic disorder, and combat-induced PTSD. *Intl J Clin Exp Hypn.* 2009;57(2):184–197.
131. Aviv A. Tele-hypnosis in the treatment of adolescent school refusal. *Am J Clin Hypn.* 2006;49(1):31–40.
132. Iglesias A, Phobia treated with hypnotic systematic desensitization: A case report. *Am J Clin Hypn.* 2013;56(2):143–151.
133. Hirsch JA. Virtual reality exposure therapy and hypnosis for flying phobia in a treatment-resistant patient: a case report. *Am J Clin Hypn.* 2012;55(2):168–173.
134. Stetter F, Walter G, Zimmermann A, Zähres S, Straube ER. Ambulatory short-term therapy of anxiety patients with autogenic training and hypnosis. Results of treatment and 3 months follow-up. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1994;44(7):226–234.
135. Sakai M. A clinical study of autogenic training-based behavioral treatment for panic disorder. *Fukuoka Igaku Zasshi Hukuoka Acta Medica.* 1996;87(3):77–84.
136. Schoenberger NE, Kirsch I, Gearan P, Montgomery G, Pastyrnak SL. Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behav Ther.* 1997;28(1):127–140.
137. Lacroix C. Etude de l'apport de l'hypnothérapie sur les troubles de l'endormissement dans l'insomnie chronique primaire. Nantes; 2015.
138. Yapko MD. *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis.* Psychology Press; 2003.

139. Shih M, Yang Y-H, Koo M. A Meta-Analysis of Hypnosis in the Treatment of Depressive Symptoms: A Brief Communication. *Int J Clin Exp Hypn.* 31 août 2009;57(4):431-42.
140. Alladin A, Alibhai A. Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Empirical Investigation. *Int J Clin Exp Hypn.* 6 mars 2007;55(2):147-66.
141. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(2):214–219.
142. Butler LD, Waelde LC, Hastings TA, Chen X-H, Symons B, Marshall J, et al. Meditation with yoga, group therapy with hypnosis, and psychoeducation for long-term depressed mood: a randomized pilot trial. *J Clin Psychol.* 2008;64(7):806–820.
143. Kenyon C. Clinical hypnosis for labour and birth: a consideration. *Pract Midwife.* 2013;16(5):10–13.
144. Beevi Z, Low WY, Hassan J. Impact of Hypnosis Intervention in Alleviating Psychological and Physical Symptoms During Pregnancy. *Am J Clin Hypn.* avr 2016;58(4):368-82.
145. Virot C. Hypnose, stratégie et psychothérapie. Une approche clinique de Milton H. Erickson [Internet]. Thèse de Médecine, Rennes; 1988
146. Castel P-H. L'expertise Inserm sur les psychothérapies: ses dangers, réels ou supposés. *Inf Psychiatr.* 2005;81(4):357–361.
147. Bowlby EJM. *Loss-Sadness and Depression: Attachment and Loss.* Vol. 3. Random House; 2008.
148. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
149. Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Van Ijzendoorn MH, Mangelsdorf SC, Zevalkink J. Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Ment Health J.* 2006;27(5):466–493.
150. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Arch Pédiatrie.* 2008;15:S12–S19.
151. Polan HJ, Hofer MA. Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. 1999;
152. Guedeney N, Guédeney A, Fonagy P. *L'attachement: approche théorique: du bébé à la personne âgée.* Elsevier Masson; 2009.
153. Contreras JM, Kerns KA, Weimer BL, Gentzler AL, Tomich PL. Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *J Fam Psychol.* 2000;14(1):111–124.
154. Béliveau M-J, Moss E. The role of stressful life-events on the intergenerational transmission of attachment. *Eur Rev Appl Psychol-Rev Eur Psychol Appl.* 2009;59(1):47–58.
155. Stern D. L'enveloppe prénarrative. *Récit, attachement et psychanalyse.* Erès; 2008. p. 29–46.

156. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *Int J Psychoanal.* 1996;77(6):1181.
157. Main M, Hesse E, Kaplan N. Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age. *Attach Infancy Adulthood Major Longitud Stud.* 2005;245–304.
158. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev.* 2009;11(3):223–263.
159. Bokhorst CL, Bakermans-kranenburg MJ, Fonagy P, Schuengel C. The importance of shared environment in mother–infant attachment security: A behavioral genetic study. *Child Dev.* 2003;74(6):1769–1782.
160. Kobak R, Mandelbaum T. Caring for the Caregiver. *Attach Process Couple Fam Ther.* 2003;144.
161. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Dev.* févr 1983;54(1):185-93.
162. Guédeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *Psychiatr Enfant.* 2001;44(1):211-31.
163. McMahon CA, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *J Child Psychol Psychiatry.* juill 2006;47(7):660-9.
164. Terisse B, Trudelle D. Le Questionnaire d'auto--évaluation de la compétence éducative parentale (QAECEP). 1988;
165. Copeland D. Transition of Maternal Competency in Married and Single Mothers, Families at Risk. Paper presented at the 37th Biennial Convention – Scientific Session, Sigma Theta Tau International, Toronto, Canada. 2003;
166. Teti D, Gelfand D. Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediation Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development.* Wiley Online Library. 1991;
167. Ohan J, Leung D., Johnston C. The Parenting Sense of Competence Scale: Evidence of a Stable Factor Structure and Validity. *J Can Psychol Assoc.* 2000;32(4):251-61.
168. Lyons-Ruth K, Block D. The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Ment Health J.* 1996;17(3):257–275.
169. Cicchetti D, Cummings EM, Greenberg MT, Marvin RS. An organizational perspective on attachment beyond infancy: Implications for theory, measurement, and research. 1990;
170. Pearson RM, Melotti R, Heron J, Joinson C, Stein A, Ramchandani PG, et al. Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother–infant interactions. *Infant Behav Dev.* 2012;35(4):613–626.

171. Trapolini T, Ungerer JA, McMahon CA. Maternal depression: Relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attach Hum Dev.* 2008;10(1):73–90.
172. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(6):1006.
173. Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M. Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates. *Neuroimage.* 2005;28(4):835–847.
174. Behrendt HF, Konrad K, Goecke TW, Fakhrabadi R, Herpertz-Dahlmann B, Firk C. Postnatal Mother-to-Infant Attachment in Subclinically Depressed Mothers: Dyads at Risk? *Psychopathology.* 2016;49(4):269-76.
175. Zelinka V, Cojan Y, Desseilles M. Hypnosis, attachment, and oxytocin: An integrative perspective. *Int J Clin Exp Hypn.* 2014;62(1):29–49.
176. Corboz-Warnery A, Fivaz-Depeursinge E, Bettens CG, Favez N. Systemic analysis of father-mother-baby interactions: The Lausanne triadic play. *Infant Ment Health J.* 1993;14(4):298–316.
177. Spiegel EB. Attachment-Focused Hypnosis in Psychotherapy for Complex Trauma: Attunement, Representation, and Mentalization. *Int J Clin Exp Hypn.* 2016;64(1):45-74.
178. Diamond MJ. The interactional basis of hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 1987;35(2):95–115.
179. Varga K, Józsa E, Bányai ÉI, G\Hosi-Greguss AC. A new way of characterizing hypnotic interactions: Dyadic Interactional Harmony (DIH) Questionnaire. *Contemp Hypn.* 2006;23(4):151–166.
180. Lane A, Luminet O, Mikolajczak M. Psychoendocrinologie sociale de l’ocytocine: revue d’une littérature en pleine expansion. *L’Année Psychol.* 2013;113(02):255–285.
181. Bryant RA, Hung L. Oxytocin enhances social persuasion during hypnosis. *PloS One.* 2013;8(4):e60711.
182. BiostaTGV : <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
183. Âge moyen de la mère à l’accouchement en 2017 | Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-Donnes>
184. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R, Furlan P. *Changements: paradoxes et psychothérapie.* Ed. du Seuil; 1975.
185. Van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles M-J, Sutter-Dallay A-L, Melchior M, et al. Maternal Depression Trajectories and Children’s Behavior at Age 5 Years. *J Pediatr.* juin 2015;166(6):1440-1448.e1.
186. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry.* mars 1992;33(3):543-61.

Annexe

Annexe 1 : Script des séances

Séance 1

1. PHOTOGRAPHIE

Reprise de l'accouchement de la « première contraction » à la « sortie de l'hôpital »

Image par image :

- Qui était présent, qui était absent (trop de monde ou pas assez, présence du compagnon)
- La perception du temps
- La douleur
- L'arrivée à la maternité, les premières interactions avec bébé, les premiers jours

2. INDUCTION

A présent nous allons faire un petit exercice,

Pour reprendre ce que vous m'avez dit, vous avez accouché le XXX.

D'un bébé appelé XXX

Au CHU à la chambre XXX

Accompagnée de XXX

...

Et je vais vous demander de vous installer confortablement...de prendre une grande inspiration pour commencer à vous détendre.

Vous pouvez garder les yeux ouverts et ne rien voir ou laisser vos paupières se fermer afin de mieux voir les images...

Vous allez laisser votre esprit imaginer une porte.

Vous allez doucement ouvrir cette porte... voilà... quand vous ouvrirez cette porte vous allez commencer à entrer dans un état de détente agréable et confortable.

Derrière cette porte vous découvrez un escalier... un escalier bien éclairé, qui descend...

Et votre corps va descendre cet escalier... à chaque pas que font vos pieds, vos poumons inspirent puis expirent... et votre esprit se détend encore un peu plus... voilà... un pas... une respiration... et cette sensation de détente qui progresse en vous... c'est bien.

A votre rythme, tranquillement votre corps arrive en bas de cet escalier vos yeux vont découvrir un lieu qui vous ressource et vous apaise...

Peut-être un lieu que vous connaissez ou un lieu que votre esprit a imaginé...

3. PLACE SECURE

Je ne sais pas si c'est à la mer ou à la montagne, à l'extérieur ou à l'intérieur ou dans un autre endroit que je n'ai pas cité...

...C'est un lieu où le souvenir d'un lieu agréable... calme... tranquille, apaisant

Et pendant que votre esprit découvre ce lieu, vos poumons se gonflent et se dégonflent tranquillement permettant à ce sentiment de détente de prendre encore un peu plus de place dans votre corps...

Voilà... super...

Et quand votre esprit a rejoint ce lieu vous allez me le signaler d'un signe d'un ou plusieurs doigts d'une main ou de l'autre main...

Bien...

Vous laissez le temps à votre esprit de découvrir ce lieu

Ce que vos yeux voient, les formes, les couleurs, peut-être les arbres...
Ce que vos oreilles entendent, peut être XXX ou bien XXX ou autre chose
Ce que vos narines respirent et sentent
Cet air particulier et apaisant dont vos poumons se remplissent
Ce que votre peau ressent, peut-être la chaleur du soleil ou la fraîcheur de l'air
Peut-être pouvez-vous ressentir un goût particulier dans votre bouche...
Et des sensations particulières et particulièrement agréables dans votre corps qui se laisse porter par l'ambiance douce et apaisante de ce lieu ... où vous pouvez vous abandonner en toute sécurité.
Vous serez surprise de voir que vous pouvez décider des objets qui vous entourent dans ce lieu.
Peut-être êtes-vous accompagnée, de personnes aimées et aimantes, soutenantes

4. ECRAN TV + LEVITATION

Et maintenant que vous vous sentez bien, je vais vous demander de laisser votre corps prendre une position confortable peut être dans un canapé qui s'offre à vous ou sur le sol...
Dans ce lieu calme et apaisant votre corps va s'asseoir
Je vais demander à votre esprit inconscient un petit exercice.
Devant vous, un écran se présente, comme un écran de télévision
A côté de vous, vos yeux aperçoivent une télécommande.
Et avec la plus adroite de vos mains vous allez prendre cette télécommande
Et pendant que votre esprit effectue ce geste, vous serez surprise de voir que votre main peut devenir légère, comme une plume et avoir envie de se lever légèrement, tout doucement pour porter la télécommande devant vous...
Voilà...
Acceptez cette sensation de légèreté qui envahit votre main alors que vous tenez cette télécommande et qui lui permet de se lever de manière tout à fait normale et agréable.
Cette télécommande dans la main, et votre main telle une plume qui se lève, tranquillement...
progressivement... à chaque respiration
Et ceci est tout à fait normal et agréable
Voilà, super...

Avec cette télécommande que vous avez devant vous, vous allez pouvoir allumer l'écran et projeter le film de votre accouchement, comme vous venez de m'en parler.
Allez-y, C'est bien.
Et grâce à cette télécommande vous allez faire l'expérience de votre ...pouvoir d'agir... sur ce film que vous projetez... et choisir de changer le volume par exemple, afin qu'il devienne le plus agréable pour vous,
Vous pouvez peut-être ajouter une musique, ou changer la langue...
Voilà
Cette télécommande vous permet aussi d'accélérer ou de... ralentir les moments de votre choix,
... de zoomer sur certains détails
Votre esprit peut même s'amuser à changer les couleurs,
Vous pouvez couper ou ajouter des passages...

Et je vous laisse prendre le temps de modifier à votre guise et comme l'envie vous vient le film de votre accouchement...
Voilà...Prenez votre temps
Vous pouvez enregistrer ce film afin d'y revenir à chaque fois que vous en aurez envie ou besoin
...
Quand ceci sera fait, en prenant tout votre temps, vous me le signalerez d'un geste ... Prenez votre temps.
Voilà...

5. FIN

Vous allez pouvoir poser la télécommande alors que votre main redescend progressivement sur votre jambe... voilà...

Prenez un temps pour regarder de nouveau l'endroit sécurisant que votre esprit a choisi, ce que vos yeux voient... ce que vos narines sentent... ce que votre corps ressent...

Sachez qu'à tout moment votre esprit saura retourner dans cet endroit, quand il en a envie... ou besoin.

Et peut-être que vous pouvez... commencer à... imaginer... que vous... remonter l'escalier..., marche après marche. Et alors que ma voix devient plus forte, vous... continuez à... remonter l'escalier ... davantage. Et peut-être que vous voyez une porte. La voyez-vous ? Et lorsque vous ouvrirez cette porte, vous serez...de retour... dans cette pièce. Peut-être que vous pouvez... ouvrir la porte ... Alors... inspirez profondément ... et quand vous serez prête, vous pourrez... ouvrir vos yeux et... arriver ici et maintenant ... dans votre...nouvelle vie... !

Voilà !

6. RETOUR SUR EXPERIENCE

7. TACHE

Raconter à votre bébé votre place sécurisée en vous aidant des cinq sens

Séance 2

1. INTRODUCTION

- Retour sur évolution depuis la séance précédente
- Réalisation de la tâche ?
- Description du bébé et des émotions que la mère reconnaît

2. INDUCTION

Je vais vous demander, après avoir pris une position confortable de vous concentrer sur vous, sur les sensations qu'il y a en vous

Voilà... Il y a tant de choses qui passent habituellement inaperçues et qui pourtant sont bien là, tout autour de vous et aussi à... L'INTERIEUR DE VOUS-MEME... Tenez, la respiration par exemple. Vous respirez toujours, en permanence et pourtant, vous n'avez pas toujours conscience de respirer. Votre attention vient peut-être de se... POSEZ... sur... LA RESPIRATION... CETTE RESPIRATION... L'INSPIRATION... Comme ceci ... LE RELACHEMENT... Comme cela ; très bien. Vous... INSPIREZ... Naturellement, simplement ; vous... SOUFFLEZ... ! Parfait. Laissez les choses se faire ; en fait, durant cette séance, vous n'avez rien à faire, juste... LAISSEZ-FAIRE... TRANQUILLEMENT..., AGREABLEMENT... Et petit à petit, au fur et à mesure, vous allez vous rendre compte ou... RESSENTIR... comme... LA RESPIRATION... se... CALME..., ... CA PESE... (le conscient du sujet entend "s'apaise", son inconscient entend "ça pèse"), ... CA PESE D'AVANTAGE... DETENDEZ-VOUS... Peut-être que les... PAUPIERES... sont déjà... FERMEZ..., ou peut-être pas encore ; et peut-être que vous pouvez alors les laisser se... FERMEZ... pour vous... DETENDRE D'AVANTAGE... ? Très bien DETENDEZ-VOUS... RELACHEZ... tous les muscles du... CORPS...

3. POINT NEUTRE EMOTIONNEL

Et pour vous permettre ... d'acquérir une meilleure sensibilité face à vos émotions ... et vous permettre ainsi de faire face à des situations qui ... habituellement peuvent provoquer chez vous des comportements gênants ou intempestifs, des émotions gênantes, aussi bien pour vous que pour les autres, nous allons aujourd'hui faire un exercice.

Et pour cela, je vais tout d'abord vous demander de penser à une situation désagréable pour vous, qu'elle soit personnelle ou professionnelle ... Et, vous allez penser à cette situation en faisant bien venir toutes les sensations physiques ou morales que vous éprouvez dans cette situation ... Et vous leur attribuerez une couleur de votre choix qui va symboliser cette situation désagréable ... Et vous prenez tout votre temps pour cela ...

Voilà c'est bien.

Et maintenant à l'inverse, vous allez penser à une situation agréable, personnelle ou professionnelle, et vous allez bien penser à cette situation agréable en faisant venir toutes les sensations physiques ou morales que vous éprouvez dans cette situation et vous leur attribuerez une couleur de votre choix qui va symboliser cette situation agréable...

Voilà c'est très bien.

Et maintenant vous allez passer de la situation désagréable à la situation agréable en faisant venir à chaque fois les sensations et les couleurs correspondant à chacune des deux situations mais sans jamais vous arrêter, tranquillement et à votre propre rythme, un petit peu comme le balancier d'une pendule qui va d'un point à un autre sans jamais s'arrêter.

Et puis progressivement vous allez accélérer ce mouvement de va et vient entre les deux situations, tout en continuant à faire venir les sensations et les couleurs correspondantes.

Et au bout d'un petit moment, vous allez peut-être avoir l'impression que tout se mélange et tout s'embrouille ... et qu'il va devenir de plus en plus difficile de distinguer ce qui est désagréable et ce qui est agréable ... et de la même manière les deux couleurs vont se mélanger pour en créer une troisième ... et nous appellerons ce mélange là Le Point Neutre émotionnel ... Et ce point neutre émotionnel va être symbolisé par la couleur issue du mélange des deux autres, et même si cette couleur n'est pas du tout conforme au mélange chromatique habituel cela n'a pas d'importance car c'est votre esprit inconscient qui aura choisi cette couleur pour symboliser ce point neutre émotionnel.

Et pour mieux illustrer ce point neutre émotionnel vous pouvez par exemple imaginer que vous prenez une bouteille dans laquelle vous mettez deux liquides de couleur et de densité différentes ... au repos les deux liquides et les deux couleurs sont très nettement séparés, et puis si vous commencez à agiter la bouteille les liquides et les couleurs vont commencer à se mélanger, mais il sera encore tout à fait possible de les distinguer. Par contre si vous agitez la bouteille plus fort et plus longtemps, les liquides et les couleurs vont totalement se mélanger, et il sera impossible de les distinguer et c'est cela le point neutre émotionnel.

... et je vais vous laisser quelques instants encore pour bien acquérir ce point neutre ... émotionnel...

Et lorsque vous aurez atteint ce point neutre émotionnel vous allez bien le mémoriser, avec ses sensations et sa couleur, un petit peu comme sur une disquette d'ordinateur ou une bande de magnétophone... et ainsi chaque fois que vous vous trouverez dans une situation difficile pour vous et susceptible de provoquer chez vous des émotions ou des comportements gênants vous ferez alors venir au début d'une manière volontaire puis totalement... involontaire... les sensations et la couleur de ce point neutre émotionnel... et ce point neutre va alors agir un petit peu comme un rideau qui vous protège des brûlures du soleil, mais cependant laisse passer une chaleur et une lumière agréable et douce... Et vous ferez cet exercice le plus souvent possible chez vous ou ailleurs afin d'acquérir la maîtrise parfaite de ce point neutre émotionnel.

Et même si cet exercice vous paraît difficile aujourd'hui c'est tout à fait normal, car tous les apprentissages sont difficiles au début, de la même manière que vous avez appris à marcher, à lire, ou à écrire et qu'aujourd'hui vous avez totalement ... oublié les difficultés ... pour ne retenir que le plaisir de vous promener dans un endroit que vous aimez, ou de lire un livre qui vous détend. Et il en sera de même pour ce point neutre émotionnel

Et pour laisser le temps à votre esprit de s'approprier ce point neutre émotionnel je vais vous raconter une histoire...

4. CONTE

C'est un vieux conte qu'on raconte aux jeunes Himbas d'un petit village du Kaokoveld
Les Himbas, c'est ce peuple à la peau EBENE, du Nord de la Namibie, en Afrique australe, qui recouvre leur peau et leurs cheveux de la terre ROUGE-argile qui les entoure.

Là-bas, en pays Himba, on raconte l'histoire de... la petite éléphante qui voyait sa vie en couleurs.

Comme vous le savez peut-être la vie n'est pas ROSE pour les éléphants sur la terre ROUGE du désert. Les étendues BLEUES TURQUOISE sont rares et il faut apprendre à s'adapter.

Les éléphants du désert ROUGE ne mangent que les vieilles pouces VERT foncé des arbres MARBRES pour laisser les jeunes pousses VERTES claires grandir et les nourrir demain.

Les éléphants du désert ROUGE savent écouter très loin le bruit du ciel quand il s'ASSOMBRIT, pour aller vers les éclairs DORES en espérant trouver de l'eau EMERAUDE dans les vasques de pierre ROUGE.

Les éléphants du désert ROUGE savent aussi se recouvrir de terre OCRE éclatante pour protéger leur peau GRIS-claire des rayons lumineux du soleil.

Les éléphants du désert ROUGE connaissent l'odeur de fleurs LILAS qui guérissent les MAUVais maux d'éléphants.

C'est dans ce royaume qu'a grandi notre petite éléphante qui voyait la vie... toute sa vie en COULEURS. La petite éléphante voyait le ROUGE du sable, le BLEU du ciel, le NOIR de la nuit. Elle aimait les mélanger, les BARIOLER pour avoir des souvenirs POLYCHROMES et ainsi chaque événement de sa vie était TEINTE à sa guise parfois ASSOMBRI, parfois PALE parfois haut en COULEUR.

Sa colère était ROUGE comme la lave, sa peur BLEUE comme la nuit, sa rage VERTE comme le lézard, son dégoût VIOLACE par le froid, son bonheur JAUNE comme les jeunes pouces, sa joie EMERAUDE comme l'océan... et tous ses souvenirs étaient teintés d'émotions... étaient baignés de COULEURS... Tout comme si cela l'aidait à donner du sens aux événements de sa vie.

Un jour de printemps elle rencontra un éléphant un peu fleur BLEUE grâce à qui elle vit tout de suite la vie en ROSE. Ils PEIGNIRENT ensemble un amour LILAS à la couleur des fleurs du printemps qui guérissent les MAUVais maux d'éléphants. Et la jeune éléphante sentie dans son ventre grandir un amour POURPRE ou peut-être INDIGO ou parfois TURQUOISE ou... Et oui, elle attendait un petit éléphant.

Deux ans dure la gestation des éléphants ce qui laissa le temps à notre éléphante d'imaginer la couleur grandissante dans son ventre, ROSE? Non plus flamboyant, MAGENTA peut être ou peut être INDIGO, ou pourquoi pas ... une COULEUR nouvelle, une COULEUR UNIQUE.

Un jour, un jour NOIR d'IVOIRE, la matriarche, la grand-mère de tous les éléphants, mena son clan au cimetière des éléphants. Comme le veut le rituel, tous les éléphants du désert ROUGE argile effleurent alors les ossements BLANCS des défunts avec leur trompe... et leur mémoire d'éléphant leur rappelle alors les souvenirs de ceux qu'ils ont aimé. Ce jour-là, notre éléphante changea la COULEUR de son ventre. Elle le vit moins VIF et elle eut très peur que cela s'étende jusqu'à la boule d'amour qui grandissait dans son ventre. Quelle COULEUR donner si le BLEU de la nuit et de la tristesse se mélange à la COULEUR UNIQUE qui naissait doucement ... elle se sentait perdue. Cependant elle fut surprise de constater que même si cela la faisait PALIR, elle resta GRISE quand arriva le jour attendu et que rien n'avait DETEINT.

Ce jour donc, la boule d'amour arriva à la vie. Elle était GRISE... GRISE comme la peau des éléphants... GRIS c'est normal pour un éléphant, mais tellement différent de la COULEUR PANACHEE et UNIQUE qu'elle avait mis longtemps à imaginer.

Alors elle se souvient, elle se souvient soudain, elle se souvient à présent et elle fut surprise de se souvenir maintenant de cet événement si important pour elle... ce jour... ce jour où elle avait... COMMENCEZ A VOIR LA VIE EN COULEURS...

C'était un soir triste, un soir où elle broyait du NOIR et faisait GRISE mine. La matriarche était venue la voir alors qu'un ARC-EN-CIEL traversait le ciel. Elle lui avait dit : « regarde, la vie est comme cet ARC-EN-CIEL, elle va-t'en faire voir de TOUTES LES COULEURS et tu vas la traverser comme cet ARC-EN-CIEL traverse le ciel. Parfois, selon les saisons, les événements, tu seras RAYONNANTE comme le soleil, parfois triste comme la pluie. Tu ne peux pas changer les saisons ou les événements mais sache que tu as le POUVOIR de choisir quelle COULEUR tu veux leur donner et ainsi créer ton propre ARC-EN-CIEL, tes propres MELANGES CHROMATIQUES. Tu es peut-être une éléphante GRISE mais tu vas apprendre à mettre PLEIN DE COULEURS autour de toi, tu verras... »

Ainsi la maman éléphante comprit que GRIS était son petit, mais qu'elle éprouvait déjà plein de COULEURS VIVES ET CHATOYANTES pour lui, et que bientôt elle apprendrait à son petit à créer le propre ARC-EN-CIEL de sa vie.

Parfois ils choisiront les mêmes COULEURS...elle et lui...parfois pas, mais qu'importe après tout chacun sa couleur favorite, chacun son point neutre émotionnel

Ainsi se termine le conte de l'éléphante qui voyait sa vie en couleurs

5. FIN

Prenez le temps de savourer toutes les couleurs de cette histoire et tranquillement, alors que je vais compter jusqu'à 5 vous allez revenir ici et maintenant

1... vous prenez conscience du corps de votre bébé

2...vous percevez ses mouvements

3...vous percevez votre corps sur la chaise

4...vous faites attention aux bruits qui vous entourent

5...vous ouvrez les yeux et revenez ici et maintenant chargée de satisfaction et de neutralité positive

6. TACHE : ICI ET MAINTENANT

Vous allez me citer cinq choses que :

- ...vous voyez
- ...vous entendez
- ...vous ressentez dans votre corps

Faites la même chose en choisissant trois éléments. Puis en en choisissant un seul.

Séance 3

1. INTRODUCTION

- Retour sur évolution depuis la dernière séance, et la réalisation de la tâche
- Définition d'un problème actuel qui reste en tant que maman

2. INDUCTION

Installez-vous confortablement... et comme vous savez déjà le faire... fermez les yeux et sentez votre corps reposer tranquillement...

Vous sentez le poids de votre corps ?... Et votre respiration... Voilà, je vous propose de prêter attention aux petites choses qui passent habituellement inaperçues... Ne dit-on pas que les petites choses font les grandes ? ... Alors, écoutez... Il y a les bruits de la maison, bien sûr... Et vous pouvez peut-être même arriver à entendre votre propre respiration... Cela fait ça, parfois, quand on s'endort ou quand on est bien détendu, on entend la respiration... Tranquille... Et le cœur bat, fort et régulier... La vie circule en vous... La vie circule partout... Et on dit parfois que tout ce qui est en vous, eh bien c'est comme un reflet... Le miroir du monde du dehors... Un monde vaste et prodigieux.

Peut-être aussi que le monde du dehors est aussi le reflet, de ce qui est en vous ? ... Finalement, c'est un peu la même chose, non ? Tout est relié... Alors, on va faire deux choses, si vous le voulez bien, l'une après l'autre, ou en même temps, je ne sais pas... D'abord, laissez votre esprit voyager dans le monde du dehors... Voyez-le au travers de vos paupières fermées... Vous savez qu'il est là... Tout un monde qui vibre et s'agite... Il y a vous, ici... Et tellement d'autres gens, partout... Dans la (maison, résidence) et dans les rues aussi... Vous pouvez les voir tous, vivre et s'occuper, inconscients les uns des autres... Et tout le quartier est ainsi... Toute la ville... Tellement de gens, autant d'âmes occupées, chacune avec ses préoccupations et ses sentiments, ses idées... Et c'est comme une vaste circulation... de tout ça... Quelque chose qui dépasse de loin les frontières de la ville... De ville en ville... Par voiture, train, avion, bateau... Les distances s'amenuisent... En quelques heures, vous traversez le pays... Vous êtes déjà sur un autre continent... Petit monde...

Et vous êtes là, posée sur le dos de notre petite planète. Vous pouvez imaginer tous ces gens remplir le monde, de leurs vies, de leurs activités... et reposer tranquille... juste là, assis sur le dos du monde... petite boule vibrante... vivante... Drôle d'impression... comme si vous pouviez sentir presque l'arrondi de cette petite boule... c'est tout rond ! ... Flottant dans l'espace immense, infini... Petite planète, au milieu de sa famille à elle... Petite famille, au milieu de l'espace... étoilé... Et vous flottez là, en toute sécurité... posée sur cette petite boule flottante... et tout l'espace, autour, au-dessus et au-dessous de vous... Partout ! ... Partout...

Vous sentez ? ... Votre esprit emplir cet univers... Vous le sentez ? ... C'est cela qui fait que vous savez... que vous savez qu'il y a tout ça... les étoiles... d'autres vies, peut-être, ailleurs... Votre pensée irradie de vous, c'est un soleil... Peut-être plus que la pensée, c'est vous, oui... Vous... Partout... Comment savoir que la petite planète est toute ronde ? Parce que votre esprit en fait le tour... Il est proche et loin à la fois... Il est déjà au creux des lointaines étoiles... Vous voulez que je vous dise un secret... Je crois bien que votre esprit n'a pas besoin de voyager... Il est déjà partout ! ... A la fois... Partout... La Vie... En vous, déjà... Partout... Et depuis toujours... Cela circule, oui. Cela circule... C'est en vous, et c'est aussi en moi et en la Terre... En les autres et dans les étoiles... Au cœur des soleils et jusqu'au cœur aussi de toutes vos cellules...

Vous savez, il y a du fer dans votre sang... mais il n'y avait pas de fer dans l'univers, tout au début des temps : ce sont les étoiles qui l'ont fabriqué... c'est vrai ! ... Et vous l'avez maintenant qui circule dans vos veines... Vous êtes fait de la même matière que l'univers ! ... Et vos cellules contiennent la même eau que les premiers océans qui emplirent le monde... La même eau. Vous

pensez à cela ? ... C'est formidable ! ... C'est prodigieux... Tout est relié... Vous êtes tout... et Tout est vous... La Vie émane de vous et elle vous fait, en même temps... Vous pouvez toucher du bout des doigts les frontières de l'univers...

Et voilà l'autre chose que je voulais vous proposer : votre conscience est comme un phare, capable d'illuminer la nuit la plus profonde... Elle voit au bout des temps, même la plus lointaine étoile... Tournez-la vers vous, oui ! Tournez-la vers vous... Comme si votre esprit plonge maintenant en vous... C'est une aspiration profonde... puissante... Un vortex ! ... Et vous plongez... loin... profond en vous... et l'univers s'ouvre ! ... Comme si votre corps lui-même se retourne comme on retourne un gant – je sais, c'est une curieuse image – c'est la puissance d'aspiration de votre esprit qui plonge en vous qui fait cela... il retourne et entraîne tout... et cet univers-là est sans limite, aucune... sans limite... vos bras s'étendent sans plus rien atteindre... Pure énergie ! ...

Vous entrez au sanctuaire indescriptible où tout a été créé... la Source de tout, de toutes choses... et de vous aussi... et les frontières mêmes de ce que vous pensiez être "vous" se fondent au Tout... sentiment terrible et délicieux, effrayant et inexorable... car vous savez que vous venez de là... Quelque chose l'a toujours su... C'est l'univers de vos rêves, le souvenir de la Matrice originelle... Oui, la Source de tout...

Et maintenant chargée de l'énergie de cette source, laissez revenir en vous les fois où cette énergie est venue en vous et vous a donné envie d'avancer malgré les difficultés, vous a apporté du courage.

Votre mémoire lointaine, celle des sens se rappelle peut-être le long apprentissage qu'a été la marche. Vous n'en avez sûrement plus de souvenir conscient mais votre corps et votre esprit inconscient lui s'en souvient et ils peuvent faire remonter ces sensations...

Au début, dans vos premiers mois de vie votre corps a découvert la pesanteur et il était comme écrasé au sol par cette fine force qu'est la pesanteur. Tous vos mouvements étaient ralentis, limités par ce poids. Votre tête aussi devait lutter en permanence, elle avait même besoin d'un soutien au début et petit à petit vos muscles du cou ont su tenir votre tête.

Puis, à force d'énergie, d'envie, et d'exercice vous avez peu à peu oublié cette pesanteur et votre corps a pu tenir assis. Tenir assis c'est formidable pour mieux voir le monde. Mais votre volonté a eu envie d'aller plus loin et d'apprendre à marcher pour explorer par vous-même le monde qui vous entourait.

D'abord en rampant, puis à quatre pattes, chaque avancée vous semblait une victoire car elle vous rapprochait de ces nouvelles choses que vous vouliez découvrir... puis un jour vous vous êtes redressée et là a commencé un long combat pour trouver l'équilibre. Tenir debout mettait un sourire sur vos lèvres et dans vos yeux mais chaque chute était une déception souvent couverte de larmes.

Vous êtes tombée, vous avez pleuré plusieurs fois, vous pensiez que jamais vous n'arriveriez à être aussi agile que ces adultes qui vous entouraient. Vos yeux d'enfant ne comprenaient pas comment trouver cet équilibre, LE BON EQUILIBRE.

Un jour vous avez fait un pas, puis un autre jour, deux pas et encore un autre 3...4...5... et vous êtes retombée. Mais toujours vous vous êtes relevée

Vous n'avez pas abandonné, non vous vous êtes accrochée, vous vouliez y arriver et petit à petit vous avez trouvé l'équilibre et petit à petit la marche est devenue automatique et vous avez pu aller découvrir le monde sans même vous rendre compte des efforts que cela avait nécessité.

Bien sûr parfois il vous arrive de perdre l'équilibre, de trébucher, mais votre mémoire profonde sait que vous vous relèverez comme vous vous êtes déjà relevée de multiples fois... parce que vous savez où aller chercher ... EN VOUS ... cette énergie qui vous donne envie d'avancer, de marcher, pas à pas...

Voilà...

Chargée de cette énergie et de votre mémoire profonde celle des sens, vous allez tranquillement revenir ici et maintenant

"Je vais compter jusqu'à 5. Apprêtez-vous à... ARRIVEZ ICI ET MAINTENANT..."

1. ... INSPIREZ PROFONDEMENT..., ... SOUFFLEZ... Très bien. ... INSPIREZ PROFONDEMENT..., ... SOUFFLEZ...

2. Peut-être que vous pouvez... BOUGEZ... les différentes parties de... VOTRE CORPS...

3. Lorsque je prononcerai le dernier chiffre, tout l'... ENSEIGNEMENT... apporté par la séance d'aujourd'hui sera... INTEGREZ... et vous émergerez de l'hypnose, ... RAFRAICHIE... et... ALERTE..., prête à... CONTINUEZ... vos occupations de façon... ENERGETIQUE...

4. Inspirez... PROFONDEMENT... Et :

5. Vous pouvez... OUVRIR VOS YEUX... ARRIVEZ ICI ET MAINTENANT !"

3. BARDO-LIKE EN AUTOHYPNOSE

Et pour apprendre à utiliser toute cette énergie nous allons faire un petit exercice que vous pourrez refaire chez vous.

Où se trouve le problème dans votre corps ?

D'accord...

Vous allez penser à un problème qui vous occupe et préoccupe actuellement, celui dont vous m'avez parlé ou un autre plus intime.

Oui...

Vous permettez que je prenne vos mains... merci

Vous allez...DEPOSEZ ce problème dans l'une de vos main, DEPOSEZ le ici, voilà...

Regardez ce problème qui est dans votre main...

Si ce problème devait avoir une forme géométrique, laquelle serait-elle ?

D'accord

Et là avec cette forme dans votre main qu'est-ce-que vous ressentez dans votre main ?

D'accord

Si vous deviez noter son intensité, à combien la mettriez-vous ? 1 étant quelque chose d'extrêmement léger et doux, 10 quelque chose de fort et pesant.

D'accord.

Je vais vous demander de fermer les yeux et de laisser revenir à vous des images positives, des moments agréables où vous avez su trouver de l'énergie en vous, où vous vous êtes sentie connectée à votre matrice originelle...

Prenez votre temps...

Voilà...

Laissez vos paupières se fermer et dites-moi à quelle intensité vous sentez cette forme à présent.

D'accord,

Vous allez de nouveau fermer les yeux et laissez revenir des souvenirs agréables, les mêmes ou de nouveaux.

Est-ce que vous permettez que je vous touche les genoux ?

Voilà laissez remonter ces souvenirs calmes, agréables, positifs, pleins de force et d'énergie (toucher les genoux de manière régulière et répétitive pendant ce temps)

Voilà, prenez votre temps...

C'est bon ?

A présent à combien ressentez-vous la sensation que vous avez avec cette forme dans votre main ?

Super

Garder ce problème dans votre main, comme ça, votre main qui porte solidement ce poids et de

manière tout à fait autonome, voilà, concentrez-vous sur cette forme dans votre main, sur la sensation qu'elle procure dans votre main, cette main solide et forte qui se maintient droite ...solide... comme une barre de fer... comme un arbre centenaire.

Et encore une fois faites revenir ces souvenirs où vous vous êtes sentie forte... solide...compétente...heureuse... fière de vous... connectée avec votre énergie profonde.

Voilà...

Pouvez-vous revenir à la sensation dans votre main... à combien la ressentez-vous ?

D'accord.

Maintenant qu'avez-vous envie de faire de ce qui reste dans votre main ...

Montrez-moi.

Refaites-le avec toute l'énergie et la force qu'il y a en vous...

Encore...

Super

4. **RETOUR D'EXPERIENCE**

Annexe 2 : Lettre d'information et questionnaires

LETTRE D'INFORMATION
DESTINEE AUX PATIENTES

Titre de la recherche : Intérêt d'une thérapie brève type hypnose dans le post-partum précoce.

Madame,

Dans le cadre de ma thèse de médecine, je vous propose de participer à une étude de recherche clinique. Cette lettre d'information vous détaille les premières étapes de cette étude.

Déroulement de l'étude :

Après votre accord et le remplissage du questionnaire ci joint, vous serez contactée par téléphone. Si votre participation est retenue, l'étude consiste en 3 séances d'une heure avec votre bébé entre 15 jours et 2 mois après votre accouchement, puis d'une séance bilan à environ 4 mois de vie de votre bébé. Ces séances seront réalisées en parallèle de vos autres prises en charge. Elles auront lieu à l'hôpital.

Information sur l'hypnose :

La thérapie proposée s'inspire de l'hypnose ericksonienne. Le but est de pouvoir aller chercher en soi les solutions à ses difficultés grâce à des récits et des métaphores. Ceci s'opère lors d'un état modifié de conscience (transe hypnotique) ou simplement par la parole et le choix des mots (hypnose conversationnelle). Il est important de savoir que, malgré l'état modifié de conscience, la personne en transe hypnotique garde le contrôle d'elle-même. Il s'agit d'un processus où le patient est actif.

« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne » – Erickson

Législation :

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr TOUBIN via le secrétariat au 04 67 33 96 88 ou moi-même, Dr LIOTHIER au

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Justine LIOHIER
Interne des Hôpitaux

QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE ÉDUCATIVE PARENTALE (QAECEP)

Ce questionnaire présente une série d'énoncés qualifiant la façon dont les parents se sentent face à leur rôle. Indiquez votre accord ou votre désaccord avec chaque énoncé de la façon suivante:

Si vous êtes **tout à fait d'accord**, encerclez le chiffre **1**

Si vous êtes **d'accord**, encerclez le chiffre **2**

Si vous êtes **moyennement d'accord**, encerclez le chiffre **3**

Si vous êtes **moyennement en désaccord**, encerclez le chiffre **4**

Si vous êtes **en désaccord**, encerclez le chiffre **5**

Si vous êtes **tout à fait en désaccord**, encerclez le chiffre **6**

1. Les problèmes liés à l'éducation d'un enfant sont faciles à régler quand on sait de quelle façon il réagit à ce que nous faisons.	1	2	3	4	5	6
2. Être parent peut être gratifiant, mais moi je me sens frustrée parce que mon enfant est trop jeune.	1	2	3	4	5	6
3. Lorsque je me couche le soir, j'ai l'impression de ne pas avoir fait grand-chose pour mon enfant.	1	2	3	4	5	6
4. Quelquefois, lorsque je devrais contrôler la situation avec mon enfant, je m'en sens incapable.	1	2	3	4	5	6
5. Ma mère était mieux préparée que moi à être une bonne mère.	1	2	3	4	5	6
6. Une mère débutante pourrait apprendre à être une bonne mère en prenant exemple sur moi.	1	2	3	4	5	6
7. On apprend à être parent, et la plupart des problèmes d'éducation sont faciles à résoudre.	1	2	3	4	5	6
8. C'est difficile pour une mère de savoir si ce qu'elle fait avec son enfant est bon ou mauvais.	1	2	3	4	5	6
9. Quelquefois j'ai l'impression que je n'arrive à rien faire de bon en tant que mère.	1	2	3	4	5	6
10. La compétence que j'acquière en prenant soin de mon enfant répond à mes aspirations personnelles.	1	2	3	4	5	6
11. Si quelqu'un peut trouver ce qui ne va pas chez mon enfant, c'est bien moi.	1	2	3	4	5	6
12. Je ne suis pas intéressée à mon rôle de mère car mes compétences et mes intérêts se situent ailleurs.	1	2	3	4	5	6
13. Bien que je sois mère depuis peu de temps, je me sens à l'aise dans ce rôle.	1	2	3	4	5	6
14. Si être mère d'un jeune enfant était plus intéressant, je serais plus motivée à jouer mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
15. Je crois vraiment que j'ai toutes les compétences nécessaires pour être une bonne mère.	1	2	3	4	5	6
16. Être mère me rend tendue et anxieuse	1	2	3	4	5	6
17. Être une bonne mère est satisfaisant en soi.	1	2	3	4	5	6

Echelle HADS : *Hospital Anxiety and Depression scale*

Pour chaque question, entourez la réponse qui vous correspond le mieux.

1. Je suis tendue ou énervée

- 3- La plupart du temps
- 2- Souvent
- 1- De temps en temps
- 0- Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- 0- Oui, tout autant
- 1- Pas autant
- 2- Un peu seulement
- 3- Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- 3- Oui, très nettement
- 2- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0- Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- 0- Autant que par le passé
- 1- Plus autant qu'avant
- 2- Vraiment moins qu'avant
- 3- Plus du tout

5. Je me fais du souci

- 3- Très souvent
- 2- Assez souvent
- 1- Occasionnellement
- 0- Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- 3- Jamais
- 2- Rarement
- 1- Assez souvent
- 0- La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- 0- Oui, quoi qu'il arrive
- 1- Oui, en général
- 2- Rarement
- 3- Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- 3- Presque toujours
- 2- Très souvent
- 1- Parfois
- 0- Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- 0- Jamais
- 1- Parfois
- 2- Assez souvent
- 3- Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- 3- Plus du tout
- 2- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- 1- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0- J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- 3- Oui, c'est tout à fait le cas
- 2- Un peu
- 1- Pas tellement
- 0- Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- 0- Autant qu'avant
- 1- Un peu moins qu'avant
- 2- Bien moins qu'avant
- 3- Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- 3- Vraiment très souvent
- 2- Assez souvent
- 1- Pas très souvent
- 0- Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- 0- Souvent
- 1- Parfois
- 2- Rarement
- 3- Très rarement

EDPS

Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
Aussi souvent que d'habitude
Pas tout à fait autant
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.
Autant que d'habitude
Plutôt moins que d'habitude
Vraiment moins que d'habitude
Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.
Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
Oui, vraiment souvent
Oui, parfois
Non, pas très souvent
Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Pas très souvent
Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Seulement de temps en temps
Non, jamais

10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal.
Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais

Questionnaire de satisfaction en ligne

Vous avez bénéficié de séances d'hypnose dans le cadre d'une thèse de médecine du Dr LIOTHIER. Afin de pouvoir conclure cette prise en charge, pouvez-vous remplir ce questionnaire, selon vos impressions et ressentis. Sentez-vous libre de vous exprimer. Ce questionnaire restera anonyme et permettra de progresser dans la prise en charge de futures mamans.

Pour répondre déplacez le curseur à la position qui correspond le plus à votre impression personnelle.

1. On m'a clairement expliqué le protocole de prise en charge en début des séances.

pas d'accord complètement d'accord

2. j'ai réussi à trouver du temps pour me rendre à cette prise en charge

pas d'accord complètement d'accord

3. On m'a proposé cette prise en charge au bon moment dans mon parcours de maternité

pas d'accord complètement d'accord

4. J'ai trouvé le nombre de séances suffisant

pas d'accord complètement d'accord

5. J'ai ressenti un intérêt personnel à cette prise en charge

pas d'accord complètement d'accord

6. J'ai trouvé un intérêt pour mon bébé

pas d'accord complètement d'accord

7. J'ai ressenti un intérêt par rapport à ma relation avec mon bébé.

pas d'accord complètement d'accord

8. J'ai réussi à réutiliser les exercices réalisés pendant les séances

Jamais Très souvent

9. Je recommanderai cette prise en charge à mes proches ?

pas d'accord complètement d'accord

10. Expression libre : Voici un lieu où vous pouvez écrire des précisions sur les questions qui viennent de vous être posées mais aussi vos commentaires, vos ressentis, vos idées éventuelles.

Annexe 3 : Résultats

Réponse au questionnaire de satisfaction « expression libre »

1. « Travail utile pour toutes les mamans, en grosse difficulté ou moins ... Car devenir mère demande une réorganisation psychique, physique, du quotidien... »
2. « Pour ma part trop tôt mon fils étant en plein dans la période des pleurs pas facile cela aurait été moins stressant au cours du 2ème mois par ex. Une chose qui aurait été plus agréable un bureau plus adapté pour recevoir femme allaitante et nouveau-né. Mais sinon tout était bien »
3. « Prise en charge un peu courte. Un nombre plus important de séances serait bien. Sinon, prise en charge vraiment très très bonne. J'ai vraiment beaucoup apprécié la personnalité et le professionnalisme du Dr Liothier. »
4. « Par rapport à la question 3 : il me semble que bénéficier des "outils" que vous proposez au cours de la grossesse pourrait être bénéfique pour la gestion des émotions au cours de la grossesse et durant les tous premiers jours après la naissance. Pour les questions 6 et 7, je ne sais pas trop si ces séances ont été bénéfiques pour bébé directement mais elles ont sans aucun doute permis à notre relation d'être calme et sereine, ainsi que de poser les mots en cas de débordement d'émotions. Donc indirectement, ses séances avaient un intérêt pour lui. Pour la question 10 : je ne recommanderai pas cette prise en charge à tous mes proches car certains ne sont pas sensibles à l'hypnose. Pour les autres oui, sans hésiter. Enfin, juste un petit conseil par rapport à l'hypnose en elle-même, vous pouvez prendre encore plus de temps pour installer la personne "dans sa scène" (première séance), c'est à dire aller un peu moins vite dans l'enchaînement des phrases. D'expérience, ça joue un rôle important dans la mise en place de l'hypnose (même si vous y arrivez très bien). Pour finir, c'était une très bonne expérience qui m'a donné des clefs qui me servent et me permettent une stabilité en cas de fragilités occasionnelles. Merci. »
5. « J'ai trouvé la prise en charge de mademoiselle Liothier très bienveillante et qualitative au cours de laquelle j'ai bénéficié de moments privilégiés avec mon petit.

Je ne suis initialement pas une personne très apaisée mais j'avoue avoir ressenti, lors de ces séances un bien-être rarement expérimenté. Un grand merci car il me semble avoir laissé de côté une grande partie de mon anxiété de grossesse. »

6. « Peut-être qu'il serait intéressant d'aménager une pièce spécifiquement pour l'hypnose, qui permettrait d'avoir une lumière plus tamisée et un fauteuil ou un tapis de sol confortable pour se laisser aller et entrer plus facilement dans la séance d'hypnose. Ayant déjà fait des séances d'hypnose par ailleurs, je pense que j'y suis parvenue mais peut-être que pour des personnes qui n'en ont jamais fait, cela doit être plus difficile. Sinon, j'aurais aimé qu'on me propose ce type de prise en charge pendant ma grossesse et pas uniquement après la naissance. »
7. « Ces séances sont de vraies parenthèses ressourçantes. L'application à la maison n'a pas été très approfondie. C'est une contrainte de déplacement pour assister aux séances mais celui-ci est largement compensé par le bénéfice de détente et apaisement sur place. »
8. « Proposer plus de séances »
9. « Je crois qu'il m'aurait fallu plus de séances en refaisant les mêmes exercices pour pouvoir les réutiliser »
10. « J'ai eu beaucoup de bénéfices à la première séance concernant mon accouchement. Elle m'a permis d'apaiser mes émotions. »

Recueils des données sociodémographiques

Données générales										
citiation	couple									
21	celibataire									
2										
famille recomposé	non									
21	oui									
2										
ville	montpellier									
14	aglomration									
2	autre (50km)									
7										
Données psychiatriques										
atcd psy	non									
9	Trouble bipolaire									
3	bordeline									
14	antidépresseur									
3	neuroleptique									
16	tabac									
7	cannabis									
16	avant grossesse									
3	pendant grossesse									
4										
données obstétriques										
atcd obstétrique	non									
10	FCP**									
5	Cezarienne									
4	IMG***									
2	inflection									
2	HD*									
1										
atcd som	non									
14	benin									
10	SEP****									
1	LED****									
nbr d'enfant	moyenne									
1,7	primipare									
14										
nbr grossesse	moyenne									
2,3	primigeste									
10										
accouchement	voix basse avec péridural									
9	voie basse physiologique									
7	Cezarienne									
5										
complication suite de couche	non									
18	hémorragie									
1	douleurs									
1	infection									
1	sonde									
1	phlébite									
Données sur l'enfants										
sexe	garçon									
16	filles									
7										
trouble, pathologie	non									
17	berines									
3	autostimulation									
1	hospitalisation									
allaitement	exclusif									
16	non									
6	dont Contre indiqué									
3	mixte									
2										
relais	non spé									
18	TISF									
3	PMI									
2	soins de suite									
Données sur l'hypnose										
preparation hypnose	non									
17	oui									
7	groupe									
3	individuel									
4										
pratique hypnose	non									
13	oui									
6	resp									
4										
séance au domicile	non									
22	oui									
1										

* Hémmorragie de la délivrance

** Fausse couche précoce

*** Interruption Médicale de Grossesse

**** Lupus érythémateux disséminé

***** Scérose en plaque

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : La prévalence des troubles anxieux et dépressifs dans le postpartum est élevée. Les recommandations restent floues quant à leur prise en charge. Il y a un impact sur la mère et son enfant mise en avant par la théorie de l'attachement. L'hypnose est un outil en expansion en France mais son intérêt n'est que peu prouvé. Des auteurs proposent des liens entre hypnose et théorie de l'attachement motivant la proposition de séances de thérapie brève type hypnose au sein de l'équipe de périnatalité de Montpellier.

Objectifs : Evaluer la faisabilité d'une thérapie brève s'inspirant de l'hypnose, dans le post-partum précoce, proposée à des mères ayant un trouble anxieux ou dépressif et son impact sur les symptômes.

Méthode : Cette étude de faisabilité inclue les mères suivies en périnatalité, cliniquement anxieuses ou déprimées, dans le post-partum précoce, ayant bénéficié de trois séances type hypnose. Le critère de jugement principal est un critère composite comprenant la satisfaction des participantes selon un questionnaire et le taux de rétention. Les critères secondaires sont l'analyse des résultats aux auto-questionnaires EPDS, HADS, QAECEP avant-après-à 2 mois (T0-T1-T2).

Résultats : Il existe une bonne satisfaction, ainsi qu'un taux de rétention des patientes motivées à 87% sur 23 mères incluses et l'absence d'effets secondaires déclarés. On observe une amélioration significative des scores de dépression à l'EPDS et au sous-score du sentiment de satisfaction parentale entre T0-T1 et T0-T2, et de l'HADS total entre T0-T1. Les sous-scores de l'HADS et celui du sentiment d'efficacité parentale évoluent dans le sens d'une amélioration mais sans différence significative entre les 3 temps.

Conclusion : Cette étude est encourageante quant à la faisabilité d'une thérapie brève type hypnose dans le post-partum précoce et appelle à d'autres études afin de comprendre les processus impliqués dans cette psychothérapie et de chercher un impact à notre intervention.

Mots clés : hypnose, post-partum, dépression du post-partum, trouble anxieux, attachement, thérapie brève