



**HAL**  
open science

# Intérêt de l'hypnose dans la pratique de la version par manœuvre externe : étude prospective comparative au CHU de Caen

Adèle Rocher

► **To cite this version:**

Adèle Rocher. Intérêt de l'hypnose dans la pratique de la version par manœuvre externe : étude prospective comparative au CHU de Caen. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03141837

**HAL Id: dumas-03141837**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03141837>**

Submitted on 15 Feb 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.

Université de Caen Normandie

Ecole de Sages-Femmes

**INTERET DE L'HYPNOSE DANS LA PRATIQUE DE LA  
VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE**

Etude prospective comparative au CHU de Caen

Mémoire présenté et soutenu par

Adèle Rocher

Née le 20 octobre 1994

Sous la direction de Dr Gaël Beucher

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme

Années universitaires 2016-2020



## AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

# Remerciements

A Mr Gaël BEUCHER, pour son implication et la confiance qu'il m'a accordée.

A Mme Saïda BOURAI-BENNIA et Mme Charlotte BELLAIS, pour leur disponibilité et leurs précieux conseils.

A Mme Christelle GEHORS, pour sa bienveillance et son merveilleux travail auprès des patientes.

Et enfin, à mes parents et ma grand-mère, pour leur soutien inconditionnel.

# Sommaire

## Abréviations

Introduction .....	1
1) Version par manœuvre externe .....	2
a) Définition .....	2
b) Contre-indications et complications.....	2
c) Modalités et technique .....	3
d) Résultats et vécu des patientes.....	4
e) Méthodes alternatives.....	5
2) Hypnose.....	5
a) Définition .....	5
b) Indications et modalités .....	6
c) Hypnose médicale .....	7
d) Cas de la version par manœuvre externe.....	8
Matériel et méthode .....	9
1) Objectifs .....	9
2) Hypothèses.....	9
3) Type d'étude.....	9
4) Critères d'inclusion et d'exclusion .....	10
5) Séance d'hypnose.....	10
6) Recueil de données .....	11
7) Exploitation des données .....	13
Résultats .....	14
1) Description de la population .....	14
2) Issue de la VME .....	15
3) Ressenti de la VME par les patientes .....	15
a) Evaluation de la douleur.....	15
b) Evaluation du stress.....	16
c) Evaluation du vécu.....	17
d) Evaluation de la satisfaction .....	19
4) Intérêt des patientes porté à l'hypnose.....	19

Discussion .....	22
1) Méthodologie de l'étude.....	22
a) Points forts.....	22
b) Limites.....	22
2) Discussion.....	23
a) Influence de l'hypnose sur l'issue de la VME .....	23
b) Influence de l'hypnose sur le ressenti des patientes .....	23
c) Intérêt des patientes porté à l'hypnose .....	25
d) Analyse comparative .....	26
Conclusion.....	28
Bibliographie	
Annexes	

# Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COS : Consultations Obstétricales Spécialisées

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EN : Echelle numérique

HAS : Haute Autorité de Santé

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SA : Semaines d'Aménorrhées

VME : Version par Manœuvre Externe

# Introduction

L'Enquête Nationale Périnatale de 2016 a montré qu'environ 5% des enfants naissent par la présentation du siège (1). Au-delà de 37 semaines d'aménorrhée (SA), ce type de présentation concerne environ 3% des accouchements (2). Théoriquement eutocique, sa prise en charge suscite toutefois de nombreux débats. Très récemment, le « Siège » était au cœur des Journées Nationales du Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et a fait l'objet de nouvelles recommandations pour la pratique clinique (RPC) (3).

L'étude randomisée internationale de Hannah et al, publiée en 2000, concluait que la césarienne programmée en cas de présentation du siège était moins à risque de morbi-mortalité néonatale et était donc préférable à la voie basse en cas de présentation podalique (4). L'étude franco-belge REMODA, menée en 2002, contestait ces résultats. Elle a permis le rétablissement de l'accouchement voie basse par le siège sous réserve de l'utilisation de critères stricts d'acceptabilité (2).

Néanmoins, le nombre de césariennes pour cette indication reste élevé en France, avec des taux situés entre 50,3% et 98,3% selon les maternités (5). Ainsi, le CNGOF et la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent de proposer systématiquement une version par manœuvre externe (VME) afin de limiter la morbidité maternelle et néonatale liée à la césarienne ou aux complications de l'accouchement par voie basse (6,7).

Cette manœuvre est souvent anxiogène et douloureuse pour les femmes. Pour cette raison, depuis mai 2018 et selon la disponibilité des professionnels formés, un accompagnement par hypnose est proposé au CHU de Caen. Ainsi, environ une patiente sur deux bénéficie d'une séance d'hypnose avant et, si possible, pendant la manœuvre, en plus de la prise en charge habituelle.

Nous pouvons de ce fait nous demander quel est l'intérêt de l'hypnose dans la pratique de la version par manœuvre externe, et plus précisément, en quoi un accompagnement par hypnose améliorerait-il la prise en charge des patientes.

Nous tâcherons de répondre à cette problématique grâce à une étude prospective comparative menée au sein de l'unité des Consultations Obstétricales Spécialisées (COS) au CHU de Caen.



## 1) Version par manœuvre externe

### a) Définition

La version par manœuvre externe (VME) a pour but de transformer une présentation pelvienne en une présentation céphalique par manipulation du fœtus à travers l'abdomen maternel. Elle est à réaliser, si possible, aux alentours de 36-37 SA, avant le début du travail et à membranes intactes. La présentation par le siège en est la principale indication, elle peut également être réalisée en cas de présentation transversale ou lors de l'accouchement des grossesses gémellaires, sur le deuxième jumeau (8).

Elle était déjà préconisée par Hippocrate au 4<sup>e</sup> siècle avant JC et a été décrite bien plus tard par Wigand en 1807 (9). Malgré de nombreuses controverses au cours des siècles, l'utilité de la VME est aujourd'hui indéniable. Les plus récentes méta-analyses de la Cochrane (10,11) concluaient que la VME, si elle est réalisée à partir de 36 SA, permettait de réduire significativement le nombre de présentations non-céphaliques à l'accouchement et par la même occasion, le nombre de césariennes associées à ces présentations (RR 0,57 ; IC 95% [0,4-0,82]). Ainsi, sa pratique est recommandée par de nombreuses sociétés savantes, dont le CNGOF (6,12,13).

### b) Contre-indications et complications

Avant toute prise en charge, le médecin ou la sage-femme se doit d'informer la patiente, par oral et si possible par écrit, sur l'intérêt et les risques de la manœuvre, afin qu'elle puisse faire un choix éclairé (14). Pour cela, le CNGOF a communiqué une fiche d'information type à distribuer aux femmes pouvant prétendre à une VME (Annexe I).

Il n'y a pas de consensus général pour l'éligibilité d'une VME, les contre-indications sont variables d'une source à une autre (8,9,12), d'une équipe à une autre (5). Au CHU de Caen, les contre-indications absolues retenues selon le protocole de 2012 sont les suivantes : rétrécissement pelvien excluant un accouchement par voie basse, placenta prævia, déflexion primitive de la tête fœtale, grossesse gémellaire, altération du rythme cardiaque fœtal, rupture prématurée des membranes, allo-immunisation fœto-maternelle, mort fœtale in utero, refus de la patiente. D'autres contre-indications sont relatives et discutées selon le

contexte : malformation fœtale, utérus malformé (cloisonné ou double), retard de croissance intra-utérin, prééclampsie sévère, oligoamnios. Avoir un utérus cicatriciel ne fait pas partie des contre-indications, il n'a pas été rapporté d'augmentation du risque de rupture utérine (15). A la suite des dernières recommandations publiées par le CNGOF, un nouveau protocole a été rédigé (Annexe II).

Les plus récentes revues de la littérature concluaient que la VME était une procédure sûre, à risque faible de complications obstétricales et néonatales (10,16,17,18). On note tout de même la possibilité de complications mineures : anomalies transitoires du rythme cardiaque fœtal, rupture prématurée des membranes, métrorragies, contractions utérines. Elles surviennent dans environ 4% des VME. Des complications majeures sont également décrites : hémorragies fœto-maternelles, anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal, hématome rétro-placentaire, procubitus du cordon, mort fœtale. Elles sont très rares, de l'ordre de 0,5%, et peuvent mener à la réalisation d'une césarienne en urgence (12,18,19).

### c) Modalités et technique

Afin d'éviter des complications, ou de mieux les contrôler, la réalisation d'une VME est soumise à des conditions (6,8,9).

La manœuvre doit être réalisée à proximité d'un bloc obstétrical. A l'arrivée de la patiente, un examen clinique et une échographie sont pratiqués afin de vérifier la présentation, préciser le type de siège, localiser le côté du dos du fœtus et le placenta, s'assurer de la quantité suffisante de liquide amniotique, estimer le poids fœtal et éliminer de potentielles contre-indications. Un monitoring est installé pendant 30 minutes afin de s'assurer du bien être fœtal et d'objectiver, ou non, des contractions utérines.

Une tocolyse intraveineuse par bêtamimétiques ou Atosiban est recommandée, elle permet de faciliter la version et d'augmenter significativement le nombre de présentations céphaliques à l'accouchement (RR 1,68 ; IC 95% [1,14-2,48]) (6,20).

La patiente est classiquement installée en décubitus dorsal sur un plan relativement dur, les cuisses en semi-flexion pour favoriser le relâchement de la paroi abdominale. Idéalement, la patiente est détendue et respire de manière ample et profonde pour faciliter la manœuvre.

Le médecin se place latéralement, la manœuvre s'effectue en 3 temps sous contrôle échographique. Tout d'abord le siège est refoulé vers le côté du dos fœtal, par appui du bord cubital de la main. Puis, de l'autre main, le pôle céphalique est fléchi vers la face ventrale du fœtus. Pour finir, la tête fœtale est abaissée de manière concomitante à l'ascension du siège vers le fond utérin. La rotation est progressive et le geste est effectué avec douceur, tout effort violent étant proscrit car douloureux, voire potentiellement dangereux. En cas d'intolérance maternelle, le geste est immédiatement arrêté (8,9).

Quelle que soit l'issue de la VME, un monitoring est effectué pendant au moins 30 minutes. En cas d'échec de la version, une deuxième tentative peut être proposée à la patiente (6,8,9).

#### d) Résultats et vécu des patientes

La VME est considérée comme réussie lorsque le fœtus est en présentation céphalique à l'issue de la manœuvre, et ne prend pas en compte l'accouchement. Le taux de succès est très variable selon les séries, allant de 25 à 85% (21), avec une moyenne autour de 50% (20,22,23). Cette grande disparité peut s'expliquer par les différences entre populations étudiées et protocoles utilisés ainsi que par l'expérience variable des opérateurs. Les études ont également mis en avant des facteurs pouvant influencer le résultat de la manœuvre.

On compte tout d'abord, le terme de réalisation de la VME qui est un facteur modifiable et reconnu comme déterminant dans l'issue de celle-ci (6,12,22). La manœuvre est idéalement proposée entre 36 et 37 SA. En effet, une VME trop précoce, bien que plus facilement réalisable, augmenterait le risque de reversion spontanée et d'accouchement prématuré (11,24). Par ailleurs, Morrisson et al. ont montré qu'une tentative après 38 SA aurait une probabilité de succès 1,6 fois moindre que si elle était effectuée entre 35 et 37 SA (25). Ces résultats ne sont pas retrouvés dans toutes les études (23).

La multiparité est le facteur de succès le plus communément admis dans la littérature (22,23,25,26,27,28). La probabilité de réussite est jusqu'à 2 à 3 fois supérieure à celle des patientes primipares (22).

Plusieurs autres facteurs sont reconnus comme favorables à la réussite de la manœuvre : IMC normal (ou prise de poids limitée pendant la grossesse), utérus souple, placenta postérieur, siège complet, fœtus eutrophe, présentation mobile, quantité normale de liquide amniotique. En revanche, selon les séries, certains ne sont pas mentionnés ou ne sont pas déterminants (21,22,24,25,26,27).

L'utilité d'une analgésie locorégionale ou du MEOPA est contestée (6,20,29), c'est pourquoi leur utilisation systématique n'est pas recommandée. Toutefois, la version par manœuvre externe est un geste souvent angoissant et douloureux pour les femmes, avec des scores de 6 sur 10 en moyenne sur l'échelle visuelle analogique (27,30). Malgré la douleur ou l'issue de la VME, la majorité des patientes se disent satisfaites et recommanderaient la manœuvre à une amie ou seraient prêtes à la réitérer pour elles-mêmes (27,30,31).

#### e) Méthodes alternatives

Plusieurs méthodes alternatives à la VME ont été décrites. L'objectif est de favoriser la motricité fœtale afin de permettre la bascule physiologique du fœtus. On compte parmi ces techniques les méthodes posturales (pont passif de Bayer, version indienne, position genu-pectorale), l'acupuncture et la moxibustion (stimulation du point BL67), la chiropractie et enfin l'hypnose (32).

Si les données actuelles de la littérature ne permettent pas de les recommander afin d'augmenter le succès de la VME, le CNGOF rappelle qu'elles ne sont pas interdites et peuvent être utilisées en plus de la prise en charge en vigueur (6,20).

## 2) Hypnose

### a) Définition

L'hypnose comme nous la connaissons aujourd'hui se base sur des théories et des concepts étudiés depuis plus de 200 ans. Cette discipline a obtenu un regain d'intérêt dans le monde scientifique au cours du 20<sup>e</sup> siècle avec la nouvelle approche de Milton Erickson, un psychiatre américain (33).

L'hypnose est définie par l'Association américaine de psychologie (APA) comme étant un « *état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion* » (34).

S'il n'y a pas de signes spécifiques à l'expérience hypnotique, en pratique, les caractéristiques sont une sensation de détente et un isolement du monde extérieur associé à une attention soutenue (35).

François Roustang parle de la transe hypnotique comme d'une « veille paradoxale » en analogie avec le sommeil paradoxal. Pour rappel, le sommeil paradoxal correspond au sommeil profond qui entraîne une activation du cortex similaire à la veille attentive et permet de rêver (36).

Toujours basée sur le volontariat, l'hypnose nécessite une relation de confiance, une alliance thérapeutique, entre le patient et le praticien. Son enjeu principal est de proposer une expérience afin d'envisager une problématique différemment, peu importe sa nature (35).

## b) Indications et modalités

Les indications de l'hypnose sont très variées et dépendent des besoins du patient. On en distingue plusieurs types : l'hypnoalgésie (méthode antalgique), l'hypnosédation (amplification des ressources d'anxiolyse et d'analgésie du patient en combinaison avec une méthode médicamenteuse) et l'hypnothérapie (usage psychothérapeutique) (37).

Les mécanismes neurophysiologiques en lien avec l'hypnose sont encore étudiés et les connaissances actuelles ne permettent pas d'expliquer le fonctionnement précis de l'hypnose. En revanche, plusieurs équipes, dont celle de Rainville, ont pu mettre en évidence des modifications lors d'une transe hypnotique, notamment à l'imagerie cérébrale (38). Les modifications cliniques et neurologiques observées distinguent donc les effets de l'hypnose de l'effet placebo, bien que celui-ci soit lui-même induit par une sollicitation psychique (39).

Par ailleurs, il existe de nombreuses techniques pour induire un état hypnotique chez un patient. Ces techniques peuvent varier en fonction de la formation et des préférences du praticien, ainsi que de la réceptivité du patient.

L'utilisation de suggestions et de métaphores apparaît être au centre de cette pratique. En effet, les suggestions, communément employées dans la communication quotidienne, permettent, dans le cadre de l'hypnothérapie, de contourner les résistances du patient et de favoriser le phénomène de dissociation psychique.

Les métaphores quant à elles, sont des figures de style consistant à employer un terme concret pour exprimer une notion abstraite par substitution analogique. Développées en hypnose par Milton Erickson, elles favorisent la création d'idées nouvelles chez le patient et facilitent la mobilisation de la pensée (40,41).

### c) Hypnose médicale

L'Académie Nationale de Médecine précise, dans son rapport de 2013 sur les thérapies complémentaires, que « *les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications* » (39).

En effets, les publications médicales concernant l'hypnose sont nombreuses. A l'heure actuelle, 37 revues de la littérature et 1426 essais cliniques sur ce sujet sont disponibles sur la base de données de la Cochrane Library. Les résultats sont très variables, et la plupart des revues ne proposent pas de conclusion formelle du fait de l'insuffisance des données en nombre et en qualité, notamment en obstétrique dans le cadre de la prise en charge de la douleur en salle de naissance (42,43,44).

En 2015, l'INSERM a réalisé une évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose médicale. Dans la discussion, les auteurs évoquent une remise en cause des critères de jugement retenus dans les études quantitative qui ne seraient pas les plus pertinents afin d'évaluer l'intérêt de l'hypnose. En obstétrique, les études qualitatives rapportent que « *l'hypnose permettrait aux futures mères de développer leur confiance en leurs capacités, de leur donner un rôle actif et d'augmenter leur sentiment de contrôle de la situation, de réduire leurs peurs, de diminuer leur anxiété, de se relaxer, et enfin l'hypnose contribuerait à rendre l'expérience positive* » (37,45).

#### d) Cas de la version par manœuvre externe

Dans une récente revue de la Cochrane Library (20) concernant les actes pouvant favoriser le succès de la VME, les auteurs, en raison de données insuffisantes, ne peuvent pas conclure de l'efficacité de l'hypnose. En effet, les études sur ce sujet sont rares et peu puissantes.

Dans une étude unicentrique suisse, publiée en 2013 (46), 63 femmes ayant eu une VME sous hypnose ont été comparées à 122 femmes ayant eu une VME de prise en charge habituelle. Les résultats ne sont pas significatifs concernant l'intensité de la douleur (EVA=6,0 contre 6,3 ;  $p=0,25$ ) ou le succès de la version (30% contre 38% ;  $p=0,31$ ). En revanche dans 72% des cas le praticien rapportait que l'hypnose facilitait la tentative de VME. Le CNGOF, dans ses nouvelles recommandations, sur la base de cette étude, ne recommande pas d'utiliser l'hypnose pendant une tentative de VME afin d'en augmenter le succès (6).

A l'inverse, une étude unicentrique allemande compare l'issue de la VME chez 78 femmes ayant eu une séance d'hypnose au préalable et 122 femmes ayant suivi le protocole standard. Les résultats montrent un taux de réussite significativement plus élevé chez les patientes du groupe « Hypnose » (41,6% contre 27,3% ;  $p<0,05$ ) (47).

En 2018, une formation d'hypnose médicale a été proposée au personnel soignant du CHU de Caen et a mené à la création de plusieurs projets de soin relatifs à l'hypnose au sein des services de gynécologie et d'obstétrique. Un de ces projets de soin concerne la pratique de la VME (Annexe III). Il décrit une séance d'hypnose à effectuer avant et pendant la manœuvre, afin de favoriser la détente, de permettre à la patiente de visualiser le geste et ainsi faciliter la version. Selon la disponibilité des professionnels formés et le souhait des patientes, environ une VME sur deux s'effectue sous hypnose, en plus de la prise en charge habituelle.

# Matériel et méthode

## 1) Objectifs

Question de recherche : Quel est l'intérêt de l'hypnose dans la pratique de la VME ?

Problématique : En quoi l'hypnose améliore-t-elle la prise en charge des patientes dans le cadre de la VME ?

L'objectif principal de l'étude était de comparer le pourcentage de succès des VME sous hypnose avec celui des VME sans hypnose. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'intérêt des patientes pour l'hypnose, ainsi que de comparer le stress, la douleur, le vécu et la satisfaction des patientes selon qu'elles aient eu ou non un accompagnement par hypnose avant leur VME.

## 2) Hypothèses

L'hypothèse principale était que l'hypnose augmente le taux de succès de la VME. Les hypothèses secondaires étaient que l'hypnose permet de réduire la douleur ainsi que le stress ressentis pendant la manœuvre, qu'elle améliore le vécu et la satisfaction des patientes. La dernière hypothèse était que les patientes sont demandeuses et portent de l'intérêt à l'hypnose.

## 3) Type d'étude

Afin de répondre à ces questions, nous avons choisi de réaliser une étude prospective comparative et unicentrique au sein de l'unité des Consultations Obstétricales Spécialisées (COS) du CHU de Caen.

L'étude a débuté le 10 juillet 2019, après obtention de l'avis favorable du Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé (CLERS, Annexe IV) et s'est poursuivie jusqu'au 20 décembre 2019.



#### 4) Critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient incluses dans l'étude les patientes majeures ayant eu une VME dans l'unité de COS du CHU de Caen. Les patientes ne comprenant pas ou peu le français ainsi que celles refusant de participer étaient exclues de l'étude.

#### 5) Séance d'hypnose

La séance d'hypnose, lorsqu'elle avait lieu se déroulait selon le projet de soin établi en 2018 (Annexe III) dont le but était, en favorisant la détente de la patiente, d'obtenir un relâchement musculaire abdominal plus grand ainsi qu'un meilleur taux de réussite.

Le type d'hypnose choisi était l'hypnose conversationnelle avec induction rapide et retour simple. Plusieurs images métaphoriques étaient utilisées telles que le « bébé nageur » et la « galipette » :

*« Vous pouvez vous installer et trouver une position confortable que vous pouvez réajuster à tout moment... Vous pouvez ainsi vous détendre à votre rythme, et au rythme de votre respiration... très bien... Si cela peut vous aider, vous pouvez fixer un point au plafond. Ce point peut devenir flou, changer de forme ou de couleur, c'est tout à fait normal. Il peut aussi ne rien se passer de bien particulier et si vous le souhaitez, vous pouvez fermer les yeux... ou pas... Et là, maintenant, vous pouvez sentir vos muscles se relâcher, au rythme de votre respiration, l'air frais de l'inspire qui entre par votre nez et l'air plus chaud de l'expire qui sort par votre bouche... Et plus vous respirez et plus vous ressentez cette détente et ce bien-être qui s'installe... Très bien... Et maintenant, vous pouvez visualiser votre bébé dans ce milieu aquatique, tel un bébé nageur, libre de ses mouvements et prêt à faire des galipettes ou des roulades. Oui, très bien... Par cette détente vous pouvez accompagner l'équipe qui a l'habitude, qui sait faire et qui sait bien faire. Vous pouvez sentir des pressions, tels des massages, plus ou moins importants, c'est tout à fait normal. Ces massages soulèvent les fesses de votre bébé et l'accompagnent dans sa galipette. Vous pouvez accompagner cette roulade en approfondissant la détente et la relaxation ou ne rien faire, cela n'a pas d'importance. Oui, très bien... Les choses se passent comme elles doivent se passer. Vous pouvez également sentir les mouvements et la rotation de votre bébé qui tranquillement se positionne pour le jour de sa naissance.*

*Quelle que soit la position de votre bébé, il a la capacité innée de bien se positionner pour trouver la sortie... et ainsi dans quelques semaines vous autoriserez votre corps à débiter le travail car il sait très bien le faire... Maintenant, tranquillement, à votre rythme, vous pouvez reprendre contact avec le lieu dans lequel vous vous trouvez, les points d'appuis de votre corps, et si vous le souhaitez, en prenant une grande inspiration, vous pouvez ouvrir les yeux et revenir ici et maintenant. »*

## 6) Recueil de données

Le recueil de données s'est effectué dans un premier temps par un questionnaire à destination des patientes (Annexe V). L'élaboration du questionnaire s'est déroulée au cours des mois d'avril et mai 2019. Il a été validé par le directeur de ce mémoire et par la sage-femme cadre du service puis testé auprès de trois patientes avant sa diffusion.

Il était composé de 23 questions, dont 7 échelles numériques permettant à la patiente d'auto-évaluer son stress, sa douleur, son vécu, sa prise en charge et l'apport de l'hypnose si une séance avait eu lieu. Chaque échelle numérique allait de 0 à 10 et était divisée en 4 catégories selon la réponse de la patiente et le critère analysé :

- 0, « pas du tout »/ « très mauvais »/ « pas du tout satisfaisante »
- 1 à 4, « modérément »/ « mauvais »/ « non satisfaisante »
- 5 à 8, « beaucoup »/ « bon »/ « satisfaisante »
- 9 et 10, « énormément »/ « très bon »/ « très satisfaisante »

Les autres questions étaient des questions à choix multiple permettant d'identifier la source du stress des patientes et d'évaluer leur intérêt global pour l'hypnose.

Après vérification du respect des critères d'inclusion et d'exclusion, chaque patiente recevait le questionnaire en mains propres, lors du monitoring foetal systématique après la VME et était récupéré avant le retour à domicile.

Les patientes n'ayant pas bénéficié d'un accompagnement par hypnose au préalable ne répondaient pas aux questions 8 et 9 du questionnaire et constituaient le groupe « Témoin » de l'étude. Les autres patientes constituaient alors le groupe « Hypnose ».

Afin d'identifier la patiente tout en conservant l'anonymat sur le questionnaire, il était demandé les deux premières lettres du prénom et les deux premières lettres du nom de famille de la patiente, ainsi que la date de la VME. Au total, 35 questionnaires ont été récupérés, dont un qui n'était pas exploitable car une annotation précisait que la patiente ne comprenait que partiellement le français.

Le second temps du recueil de données s'effectuait à partir des dossiers informatisés sur le logiciel « 4D – Obstétrique » du CHU de Caen. Pour chaque patiente, 11 informations étaient recueillies (Annexe VI) :

- Issue de la VME (succès/échec)
- Terme (en SA)
- Parité (primiparité/multiparité)
- Utérus cicatriciel (oui/non)
- Indice de masse corporelle prégravidique (en kg/m<sup>2</sup>)
- Estimation du poids fœtal (selon formule de Hadlock)
- Type de siège (complet/décomplété)
- Position du dos du fœtus (antérieur/postérieur)
- Quantité de liquide amniotique (normal/ oligoamnios défini par une grande citerne inférieure à 2 cm/ hydramnios défini par une grande citerne supérieure à 8 cm)
- Position du placenta (fundique/postérieur/antérieur/bas inséré)
- Relâchement musculaire lors de la manœuvre (bon/mauvais)

Ces données complémentaires permettaient de décrire la population de notre échantillon. Les critères sélectionnés correspondent aux facteurs, décrits dans la littérature, pouvant influencer l'issue de la manœuvre.

## 7) Exploitation des données

Les réponses ont été retranscrites sur le logiciel « Microsoft Excel ». Les calculs et tests statistiques ont été réalisés à partir des logiciels « JASP » et « BiostaTGV ».

Les variables qualitatives ont été comparées avec le test du Chi-2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5 et avec le test de Fischer lorsqu'ils étaient inférieurs à 5. Pour comparer les variables continues, entre les deux groupes, le test de Mann-Whitney-Wilcoxon a été utilisé. Les différences sont considérées comme significatives quand la p-value est inférieure à 0,05.

# Résultats

## 1) Description de la population

Tableau 1 : Caractéristiques de la population en fonction des groupes

	<b>Hypnose (n=17)</b>	<b>Témoin (n=17)</b>	<b>p-value</b>
<b>Terme (SA)</b>	36,9 +/- 0,5	36,8 +/- 0,5	0,24
<i>Parité</i>			1,00
<b>Primipare</b>	8 (47%)	8 (47%)	
<b>Multipare</b>	9 (53%)	9 (53%)	
<b>IMC</b>	26,4 +/- 5,0	27,5 +/- 4,8	0,36
<b>Utérus cicatriciel</b>	2 (12%)	1 (6%)	1,00
<b>EPF (g)</b>	2794 +/- 317	2796 +/- 413	0,72
<i>Type de siège</i>			1,00
<b>Complet</b>	5 (29%)	4 (24%)	
<b>Décomplété</b>	12 (71%)	13 (76%)	
<i>Position du dos</i>			0,38
<b>Gauche</b>	8 (47%)	4 (23%)	
<b>Droite</b>	7 (41%)	10 (59%)	
<b>Postérieur</b>	0	1 (6%)	
<b>Antérieur</b>	2 (12%)	2 (12%)	
<i>Liquide amniotique</i>			
<b>Normal</b>	17 (100%)	17 (100%)	1,00
<b>Oligoamnios</b>	0	0	
<b>Hydramnios</b>	0	0	
<i>Position placenta</i>			0,77
<b>Fundique</b>	2 (12%)	1 (6%)	
<b>Postérieur</b>	4 (23%)	6 (35%)	
<b>Antérieur</b>	11 (65%)	10 (59%)	
<b>Bas inséré</b>	0	0	
<i>Relâchement musculaire</i>			1,00
<b>Bon</b>	14 (82%)	14 (82%)	
<b>Mauvais</b>	3 (18%)	3 (18%)	
<i>Tentative</i>			1,00
<b>Première</b>	14 (82%)	15 (88%)	
<b>Seconde</b>	3 (18%)	2 (12%)	

Au cours des 23 semaines d'études, 55 patientes étaient éligibles. Au total, 35 questionnaires ont été remplis, dont un exclu a posteriori. Le taux de participation s'élève à 62%.

## 2) Issue de la VME

Tableau 2 : Issue de la VME en fonction des groupes, après les deux tentatives proposées

	Hypnose	Témoin	Test du Chi-2
<b>Succès</b>	9 (53%)	10 (59%)	p=0,73
<b>Echec</b>	8 (47%)	7 (41%)	
<b>Total</b>	17 (100%)	17 (100%)	

Le taux de succès global de la VME était de 56%. Le test du Chi-2 n'a pas montré de différence significative entre les groupes.

## 3) Ressenti de la VME par les patientes

### a) Evaluation de la douleur

Tableau 3 : Douleur ressentie pendant la VME, en fonction des groupes

Douleur (EN)	Hypnose (n=17)	Témoin (n=16)
<b>Moyenne (+/- DS)</b>	4,1 +/- 2,7	4,7 +/- 2,8
<b>0, « pas du tout »</b>	1	1
<b>1 à 4, « modérément »</b>	9	8
<b>5 à 8, « beaucoup »</b>	6	6
<b>9 et 10, « énormément »</b>	1	1

Les femmes ont globalement décrit une douleur modérée à importante pendant la manœuvre (moyenne = 4,4 +/- 2,7). Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon n'a pas montré de différence significative concernant la douleur entre les deux groupes (p=0,60).

b) Evaluation du stress

Tableau 4 : Stress ressenti avant la VME, en fonction des groupes

<b>Stress (avant la VME)</b>	<b>Hypnose (n=17)</b>	<b>Témoin (n=17)</b>
<b>Moyenne (+/- DS)</b>	4,2 +/- 2,8	5,5 +/- 1,9
<b>0, « pas du tout »</b>	3	0
<b>1 à 4, « modérément »</b>	6	7
<b>5 à 8, « beaucoup »</b>	8	9
<b>9 et 10, « énormément »</b>	0	1

Les femmes ont globalement qualifié leur stress avant la VME de modéré à important (moyenne = 4,8 +/- 2,5). Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes (p=0,22).

Tableau 5 : Facteurs déclenchant le stress, réponses des patientes (n=29)

<b>Enoncés</b>	<b>Nombre de réponses (%)</b>
<i>J'avais peur d'avoir mal</i>	21 (72%)
<i>J'avais peur que mon bébé en souffre</i>	17 (59%)
<i>J'avais peur que ça ne fonctionne pas</i>	11 (38%)
<i>Autres</i>	3 (10%)

Les trois patientes ayant coché la réponse « Autre » l'ont argumenté par ces propos :

- « Effets du Salbutamol »
- « Je connais deux personnes ayant essayé la VME et toutes les deux ont énormément souffert, avaient des bleus sur le ventre et la tentative avait échoué »
- « Que l'accouchement se déclenche »

Tableau 6 : Stress ressenti pendant la VME, en fonction des groupes

<b>Stress (pendant la VME)</b>	<b>Hypnose (n=17)</b>	<b>Témoin (n=16)</b>
<b>Moyenne (+/- DS)</b>	3,5 +/- 2,5	4,8 +/- 2,2
<b>0, « pas du tout »</b>	1	0
<b>1 à 4, « modérément »</b>	12	6
<b>5 à 8, « beaucoup »</b>	4	9
<b>9 et 10, « énormément »</b>	0	1

Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,15$ ).

c) Evaluation du vécu

Tableau 7 : Vécu de la VME, en fonction des groupes

<b>Vécu</b>	<b>Hypnose (n=16)</b>	<b>Témoin (n=16)</b>
<b>Moyenne (+/- DS)</b>	7,8 +/- 1,8	6,7 +/- 1,9
<b>0, « très mauvais »</b>	0	0
<b>1 à 4, « mauvais »</b>	0	1
<b>5 à 8, « bon »</b>	10	11
<b>9 et 10, « très bon »</b>	6	4

Les femmes ont globalement décrit leur vécu de « bon » (moyenne = 7,3 +/- 1,9). Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,09$ ).



Tableau 8 : Acceptation d'une autre tentative de VME, en fonction des groupes

	<b>Hypnose</b>	<b>Témoïn</b>	<b>Test exact de Fischer</b>
<b>Acceptation</b>	15 (88%)	13 (76%)	p=0,66
<b>Refus</b>	2 (12%)	4 (24%)	
<b>Total</b>	17 (100%)	17 (100%)	

Le test exact de Fischer n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes. Au total, 97% des femmes recommanderaient la VME à une amie et 83% seraient prêtes à la réitérer pour elles-mêmes.

Tableau 9 : Facteurs influençant le refus d'une autre tentative de VME, réponses des patientes (n=6)

<b>Enoncés</b>	<b>Réponses des patientes (%)</b>
<i>La douleur était trop forte</i>	2 (33%)
<i>J'ai peur pour mon bébé</i>	2 (33%)
<i>Je ne pense pas que cela fonctionnerait la prochaine fois</i>	2 (33%)
<i>Autre</i>	1 (17%)

La patiente ayant coché la réponse « *Autre* » a apporté comme précision « *très stressée* ».

#### d) Evaluation de la satisfaction

Tableau 10 : Satisfaction globale de la prise en charge de la VME, en fonction des groupes

Satisfaction	Hypnose (n=16)	Témoin (n=17)
<b>Moyenne (+/- DS)</b>	9,3 +/- 0,9	9,1 +/- 0,9
<b>0, « pas du tout »</b>	0	0
<b>1 à 4, « non satisfaisante »</b>	0	0
<b>5 à 8, « satisfaisante »</b>	4	4
<b>9 et 10, « très satisfaisante »</b>	12	13

Les femmes décrivent globalement la prise en charge de « très satisfaisante » (moyenne = 9,2 +/- 0,9). Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes (p=0,50).

La dernière question du questionnaire consistait à demander la raison de l'insatisfaction de la prise en charge (score inférieur à 5), aucune réponse n'a été apportée car le score minimum donné était de 7 sur 10.

#### 4) Intérêt des patientes porté à l'hypnose

Parmi les femmes interrogées, 85% connaissaient l'hypnose et 36% avaient déjà expérimenté une ou plusieurs séances pour les raisons suivantes :

- Mal être, raisons psychologique, stress
- Troubles du comportement alimentaire, aide pour perdre du poids
- Séparation, deuil
- Fécondation in vitro, VME

Un accompagnement par hypnose a été proposé à 23 patientes, dont 22 ont accepté (95%).

Parmi les 11 patientes auxquelles l'hypnose n'a pas été proposée, 9 (82%) auraient aimé bénéficier de cette prise en charge.

Tableau 11 : Facteurs influençant le souhait d'une séance d'hypnose, réponses des patientes (n=34)

Enoncés	Séance d'hypnose proposée (n=23)	Séance d'hypnose non proposée (n=11)	Total (n=34)
<i>J'avais déjà expérimenté une séance d'hypnose qui s'était bien passée</i>	7 (30%)	1 (9%)	8 (24%)
<i>J'en avais déjà entendu parler et je voulais tester</i>	7 (30%)	7 (64%)	14 (41%)
<i>J'avais envie de me détendre</i>	17 (74%)	7 (64%)	24 (71%)
<i>J'avais déjà expérimenté une séance d'hypnose qui s'était mal passée</i>	0	0	0
<i>Cela ne m'intéresse pas</i>	0	0	0
<i>Je n'y crois pas</i>	0	0	0
<i>Je n'en ressentais pas le besoin</i>	1 (4%)	2 (18%)	3 (9%)
<i>Autre</i>	0	0	0

Tableau 12 : Aide et relaxation apportées par l'hypnose pendant la VME

n=17	Aide	Relaxation
<b>Moyenne (+/- DS)</b>	7,7 +/- 1,7	7,7 +/- 1,9
<b>0, « pas du tout »</b>	0	0
<b>1 à 4, « modérément »</b>	0	2
<b>5 à 8, « beaucoup »</b>	11	9
<b>9 et 10, « énormément »</b>	6	6

Parmi les 17 patientes ayant effectué une séance d'hypnose avant la manœuvre, toutes ont estimé que l'hypnose les avait aidé et relaxé.

Pour 13 femmes ayant bénéficié d'une prise en charge par hypnose, la personne effectuant l'hypnose était présente pendant la VME.

Tableau 13 : Issue de la VME dans le groupe « hypnose », en fonction de la présence ou non de la personne ayant effectué la séance

	<b>Présence</b>	<b>Absence</b>	<b>Test exact de Fischer</b>
<b>Succès</b>	6 (46%)	3 (75%)	p=0,58
<b>Echec</b>	7 (54%)	1 (25%)	
<b>Total</b>	13 (100%)	4 (100%)	

Le test exact de Fischer n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes.

# Discussion

## 1) Méthodologie de l'étude

### a) Points forts

Le principal point fort de notre étude est son caractère prospectif et le fait que les questionnaires aient été distribués et remplis dans un court intervalle de temps après la VME, ce qui limite le biais de mémoire.

Le deuxième point fort concerne la population de notre étude. En effet, les groupes constitués sont comparables et équilibrés. De plus, les séances d'hypnose ont été principalement effectuées par la même personne, ce qui permet de limiter le biais de sélection.

Enfin, nous pouvons noter le caractère original de notre étude. Les données de la littérature sont rares à ce sujet et cette enquête n'avait pas encore été réalisée au CHU de Caen.

### b) Limites

La limite majeure de notre étude est le manque de puissance. En effet, le recueil de données s'est effectué sur 5 mois et n'a pas permis la constitution d'un échantillon de grande taille. De plus, 20 patientes éligibles n'ont pas été informées de l'étude, probablement par manque de temps ou par manque d'information de l'équipe.

L'organisation du service ainsi que nos moyens limités ne permettaient pas de randomiser l'étude. Les séances d'hypnose étaient alors proposées lorsque les professionnels formés étaient présents et disponibles. Par ailleurs, plusieurs médecins et internes en gynécologie-obstétrique interviennent au COS, le changement d'opérateur pour les VME était donc fréquent.

Concernant la méthodologie de notre étude, nous pouvons évoquer l'existence d'un biais affectif, car malgré l'anonymisation des questionnaires, ils étaient récupérés par l'équipe le jour même de la VME. Il est possible que ce fait ait influencé les réponses des patientes.

## 2) Discussion

### a) Influence de l'hypnose sur l'issue de la VME

L'hypothèse principale était que l'hypnose augmente le taux de succès de la VME. Les résultats de notre étude n'ont pas montré de différence significative concernant l'issue de la VME, qu'elle ait été effectuée sous hypnose ou non (53% de succès dans le groupe « Hypnose » contre 59% dans le groupe « Témoin » ;  $p=0,73$ ), ce qui ne permet pas de valider cette première hypothèse.

Bien que décevants, ces résultats sont à pondérer. En effet, comme expliqué précédemment, la petite taille de notre échantillon ( $n=34$ ), ne permet pas d'apporter un niveau de preuve suffisant pour conclure de l'utilité ou de l'inutilité de l'hypnose dans ce contexte.

De plus, nous pouvons observer que malgré l'absence de différence significative en fonction des groupes, nos résultats montrent un taux de succès supérieur à la moyenne énoncée par le CNGOF dans ses dernières recommandations (« *d'ordinaire inférieur à 50%* ») (3).

### b) Influence de l'hypnose sur le ressenti des patientes

Les hypothèses secondaires étaient que l'hypnose permet de réduire la douleur ainsi que le stress ressentis pendant la manœuvre, qu'elle améliore le vécu et la satisfaction des patientes. Nos résultats n'ont pas mis en évidence de différence significative concernant ces variables, que la VME ait été réalisée sous hypnose ou non, ce qui ne permet pas de valider ces hypothèses.

Sur l'échelle numérique de la douleur cotée de 0 à 10, les patientes ont en moyenne donné un score de 4,1 dans le groupe « Hypnose » contre 4,7 dans le groupe « Témoin » ( $p=0,60$ ). Ces valeurs correspondent, selon notre échelle, à une douleur modérée à importante. De même, les patientes décrivent en moyenne un stress modéré à important dont les causes seraient en majorité la peur de la douleur (72%), la santé de l'enfant à naître (59%) et en plus faible proportion la crainte que la VME ne fonctionne pas (38%). Ces chiffres ne sont pas à

négliger et montrent qu'il y a une réelle demande de la part des femmes d'être soulagées et rassurées.

Si nous ne pouvons pas anticiper les effets indésirables potentiels de la VME ou son issue, nous pouvons potentiellement agir sur la crainte de la douleur. En théorie, l'hypnose, en défocalisant l'attention de la zone du soin, pourrait permettre d'agir sur la composante émotionnelle de la douleur, qui est amplifiée par les attentes et les peurs de la patiente. Et également sur la composante sensorielle de la douleur par modification de la perception et des sensations à l'aide de suggestions à visée analgésique (33,48).

Par ailleurs, d'après Yves Halfon, « *le modèle hypnotique de prise en charge peut permettre aux soignants de redonner aux patients du contrôle et de la maîtrise sur leur vécu.* » (33)

Dans notre étude, nous observons une tendance à un meilleur vécu de la VME pour les femmes ayant eu une prise en charge par hypnose (EN=7,8 dans le groupe « Hypnose » contre 6,7 dans le groupe « Témoin » ;  $p=0,09$ ). Ce résultat est intéressant et nécessiterait d'être complété, d'une part avec un échantillon de plus grande taille et d'autre part avec une approche qualitative afin de mieux comprendre le ressenti des patientes et d'ainsi pouvoir l'améliorer.

Pour finir, la totalité des femmes ont qualifié leur prise en charge de « satisfaisante » ou de « très satisfaisante » (EN=9,3 dans le groupe « Hypnose » contre 9,1 dans le groupe « Témoin » ;  $p=0,5$ ). De plus, 97% d'entre elles recommanderaient la VME à une de leurs amies et 84% seraient prêtes à la réitérer pour elles-mêmes. Bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les deux groupes, cette proportion de satisfaction est excellente et montre que malgré les inconvénients, la VME est bien acceptée par les femmes et que celles-ci sont satisfaites de la prise en charge de l'équipe notamment en matière de disponibilité et d'information.

### c) Intérêt des patientes porté à l'hypnose

Notre étude montre que la grande majorité des patientes (95%) accepte la séance d'hypnose quand elle est proposée et que 82% des femmes à qui l'hypnose n'a pas été proposée auraient aimé bénéficier de cette prise en charge. Les raisons principales de la motivation des patientes sont l'envie de se détendre (71%), la curiosité (41%) ou, pour certaines, l'expérience positive d'une précédente séance d'hypnose (24%).

En effet 64% des patientes interrogées n'avaient jamais expérimenté l'hypnose. Au total, seulement 3 patientes (9%) n'étaient pas intéressées par cet accompagnement.

Parmi les 17 patientes du groupe « Hypnose », toutes ont estimé que l'hypnose les avait aidé (EN=7,7 +/- 1,7) et relaxé (EN=7,7 +/- 2,0). Nous pouvons en déduire que, indépendamment de l'issue de la VME, les patientes sont très satisfaites de la séance.

D'après Yves Halfon, « *le langage hypnotique fait appel à un fonctionnement mental particulier de la patiente où prédominent ses capacités analogiques, sa sensibilité, son émotivité* » (33). La grossesse serait donc un état particulièrement propice à l'hypnose.

Enfin, nous notons que bien que nous soyons dans le cadre de la VME, le champ de l'hypnose est très large et peut s'adapter aux besoins de chacun. En effet, parmi les 12 femmes interrogées ayant déjà expérimenté l'hypnose, les circonstances données étaient très variées (soutien psychologique, addictions, accompagnement lors de gestes médicaux...).

La dernière hypothèse était que les patientes sont demandeuses et portent de l'intérêt à l'hypnose. Nos résultats permettent de valider cette hypothèse.



#### d) Analyse comparative

**Tableau 14 : Comparaison des résultats avec les études existantes**

	Notre étude		Guittier et al.		Reinhard et al.	
<b>Localisation</b>	Centre Hospitalier Universitaire de Caen, France		Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse		Université Johann Wolfgang Goethe de Francfort, Allemagne	
<b>Période</b>	Juillet 2019 – Décembre 2019		2010 – 2011		Janvier 2009 – Septembre 2011	
<b>Nature de l'étude</b>	Prospective comparative		Cohorte		Groupes non équivalents	
<b>Groupes</b>	<u>Hypnose</u>	<u>Témoin</u>	<u>Hypnose</u>	<u>Témoin</u>	<u>Hypnose</u>	<u>Témoin</u>
<b>Nombres de sujets</b>	17	17	63	122	78	122
<b>Succès VME</b>	53%	59%	30%	38%	41,6%	27,3%
	p=0,72		p=0,31		p<0,05	
<b>Evaluation douleur (EN sur 10)</b>	4,1	4,7	6,0	6,3	Non évalué	
	p=0,60		p=0,25			
<b>Evaluation stress (EN sur 10) / anxiété</b>	3,5	4,8	71%	73%		
	p=0,15		p=0,99			
<b>Patientes recommandant la VME à une amie</b>	97%		79%	77%		
			p=0,70			
<b>Patientes acceptant une seconde tentative</b>	88%	76%	78%	76%		
	p=0,66		p=0,76			

Nous pouvons comparer nos résultats avec ceux des deux études publiées à ce sujet.

Tout d'abord, l'étude menée par Joscha Reinhard et publiée en 2012 (47) est une étude monocentrique comparative non randomisée. Les patientes du groupe « Témoin » étaient recrutées de janvier 2009 à octobre 2010 et celles du groupe « Hypnose » de novembre 2010 à septembre 2011.

La méthodologie n'est pas comparable à la nôtre car la séance d'hypnose était une séance de 20 minutes, enregistrée au préalable, que les patientes écoutaient avec un casque audio avant la tentative de VME. La suggestion de « l'enfant souriant » de Lorenz-Wallacher était utilisée (49). Les résultats concernent uniquement l'issue de la VME et mettent en avant un taux de succès significativement plus élevé chez les patientes du groupe « Hypnose » (41,6% contre 27,3% dans le groupe « Témoin » ; p<0,05).

La seconde étude, également monocentrique, menée par Marie-Julia Guittier et publiée en 2013 (46) est une étude de cohorte non randomisée. Les patientes ayant eu une VME sous hypnose, recrutées en 2010 et 2011, étaient comparées à 122 patientes ayant eu une VME avec un accompagnement habituel entre 2005 et 2008 (50).

La méthodologie se rapproche de la nôtre, en effet, les patientes étaient accompagnées par un des professionnels de santé du service formés à l'hypnose, avant et pendant la VME. De plus, un questionnaire destiné à évaluer la douleur ainsi que le ressenti global de la VME était distribué à toutes les patientes après la VME. Les patientes du groupe « Hypnose » ont décrit une douleur de 6,0 sur échelle visuelle analogique contre 6,3 pour le groupe « Témoin » ( $p=0,25$ ). Ces résultats n'ont pas mis en évidence de différence significative mais traduisent une douleur importante lors de la VME. De plus, la majorité des femmes ont décrit la VME comme étant une intervention angoissante (71% dans le groupe « Hypnose » contre 73% dans le groupe « Témoin » ;  $p=0,99$ ).

Un second questionnaire, à destination de l'opérateur de la VME, a montré que dans 72% des cas, les médecins effectuant la VME estimaient que l'hypnose facilitait le geste. En revanche, les résultats n'ont pas montré de différence significative concernant le taux de succès des VME, qu'elles aient été réalisées sous hypnose ou non (30% dans le groupe « Hypnose » contre 38% dans le groupe « Témoin » ;  $p=0,31$ ).

Nous observons une disparité entre les résultats des différentes études, notamment par rapport aux taux de succès de la VME. Nous pouvons également observer une différence concernant la cotation de la douleur, décrite comme « sévère » dans l'étude Suisse et comme « modérée à importante » dans la nôtre. Le reste des résultats semble concorder. En revanche, pour pouvoir comparer nos résultats de manière appropriée, une méthodologie similaire, utilisant les mêmes échelles, questionnaires et effectifs, serait indispensable.

# Conclusion

La tentative de VME est un geste recommandé en cas de présentation par le siège en fin de grossesse car elle est associée à une diminution du nombre de ces présentations lors de l'accouchement ainsi qu'à une diminution du taux de césarienne, sans augmentation de la morbidité maternelle et périnatale sévère. Dans certaines maternités, notamment au CHU de Caen, un accompagnement par hypnose peut être proposé pendant la VME.

Les données actuelles de la littérature sont insuffisantes pour conclure que l'hypnose pendant une tentative de VME est associée, ou non, à une augmentation du taux de succès. Le CNGOF stipule dans les dernières RPC que cet accompagnement n'est donc pas recommandé dans ce seul but (6).

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer l'influence de l'hypnose sur l'issue de la VME et secondairement d'évaluer l'influence de l'hypnose sur le ressenti de la VME par les patientes et leur intérêt porté à l'hypnose.

Il ressort de notre étude que la VME est une intervention anxiogène et douloureuse pour les femmes, et que les patientes sont demandeuses d'être soulagées et rassurées. Celles-ci sont intéressées par l'hypnose et estiment que la séance d'hypnose, lorsqu'elle a eu lieu, apporte une aide et de la relaxation.

Toutefois, notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les groupes, que la VME ait été effectuée sous hypnose ou non. Ainsi, nous n'avons pas pu démontrer que l'hypnose améliore la prise en charge des patientes dans le cadre de la VME. Il serait intéressant de mener cette même étude avec un échantillon plus important afin d'obtenir un niveau de preuve suffisant.

# Bibliographie

1. Blondel B, Gonzales L, Raynaud P. Enquête Nationale Périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. INSERM; 2017.
2. Carayol M, Alexander S, Goffinet F. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PRésentation et MODe d'Accouchement). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2004;33(1):37-44.
3. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, et al. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF - Texte court. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2020;48:63-9.
4. Hannah M, Hannah W, Hewson S, Hodnett E, Saigal S, Willan A. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at terme : a randomised multicentre trial. The Lancet. 2000;356:1375-83.
5. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D. Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2009;38(5):411-20.
6. Ducarme G. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF - Version par manoeuvre externe et techniques de version alternatives. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2020;48:81-94.
7. Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. Recommandation de bonne pratique. HAS; 2012.
8. Lansac J, Descamps P, Oury J-F. Pratique de l'accouchement. 5e édition. Elsevier Masson; 2011. 594 p.
9. Schaalt J-P. Mécaniques et techniques obstétricales. Sauramps Médical; 2012. 922 p.
10. Hofmeyr G, Kuller R, West H. External cephalic version for breech presentation at term (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;4(CD000083).
11. Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;7(CD000084).
12. Impey L, Murphy D, Griffiths M, Penna L. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. Green-top Guideline. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2017;124(20a):178-92.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 161: External Cephalic Version. Obstetrics & Gynecology. 2016;127(2):54-61.

14. Gallot D. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF - Information et organisation. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2020;48:132-5.
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Recommandations pour la pratique clinique. 36e Journées Nationales du CNGOF ; Paris. 2012;5:591-619.
16. Melo P, Georgiou E, Hedditch A, Ellaway P, Impey L. External cephalic version at term: a cohort study of 18 years' experience. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2019;4(126):493-9.
17. Beuckens A, Rijnders M, Verburgt-Doeleman GHM, Rijninks-van Driel GC, Thorpe J, Hutton EK. An observational study of the success and complications of 2546 external cephalic versions in low-risk pregnant women performed by trained midwives. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(3):415-23.
18. Rodgers R, Beik N, Nassar N, Brito I, Vries B de. Complications of external cephalic version: a retrospective analysis of 1121 patients at a tertiary hospital in Sydney. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(5):767-72.
19. Collaris R, Guid Oei S. External cephalic version : a safe procedure ? A systematic review of version-related risks. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2004;83:511-8.
20. Cluver C, Gyte GM, Sinclair M, Dowswell T, Hofmeyr GJ. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2(CD000184).
21. Perrotin F, Body G, Sauget S, Lansac J, Laffont M. Version par manœuvres externes : nouveaux apports techniques. 27e Journées Nationales du CNGOF ; Paris. 2003;27:5-23.
22. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, Van der Post J, Opmeer B, Mol B. Clinical factors to predict the outcome of external cephalic version: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;
23. Le Bret T, Grangé G, Goffinet F, Cabrol D. Version par manœuvres externes. Expérience à la maternité Port-Royal à partir de 237 versions. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Masson. 2004;297-303.
24. Ferreira JCP, Borowski D, Czuba B, Cnota W, Wloch A, Sadowski K, et al. The evolution of fetal presentation during pregnancy: a retrospective, descriptive cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(6):660-3.
25. Dufour P. Présentation par le siège à terme. Version par manœuvres externes : quand et comment ? *Encyclopédie Médico-Chirurgicale ; Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS*. 2002;5-049-L-42.

26. Faron G, Vokaer A. Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008;37(5):493-8.
27. Pichon M, Guittier M-J, Irion O, Boulvain M. Version céphalique externe en cas de siège persistant à terme : motivations et vécu de l'intervention par les femmes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2013;41(7):427-32.
28. Dochez V, Delbos L, Esbelin J, Volteau C, Winer N, Sentilhes L. Facteurs prédictifs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude bicentrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016;45(5):509-15.
29. Weiniger CF. Analgesia/anesthesia for external cephalic version. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2013;26(3):278-87.
30. Fok WY, Chan LW, Leung TY, Lau TK. Maternal experience of pain during external cephalic version at term. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2005;84(8):748-51.
31. Bogner G, Hammer BE, Schausberger C, Fischer T, Reisenberger K, Jacobs V. Patient satisfaction with childbirth after external cephalic version. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2014;289(3):523-31.
32. Boog G. Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège: Revue de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004;33(2):94-8.
33. Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé. Maloine; 2007. 302 p.
34. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2015;63(1):1-9.
35. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. L'aide-mémoire d'hypnose. Dunod; 2010. 311 p.
36. Roustang F. Qu'est ce que l'hypnose ? Minuit; 2002. 192 p.
37. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM. 2015;213 p.
38. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2002;14(6):887-901.
39. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Duboousset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2013;197(3):717-57.
40. Bellet P. L'hypnose. Odile Jacob; 2002. 288 p.

41. Erickson M, Malarewicz J, Fleiss J. L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences. 4e édition. ESF; 2009. 208 p.
42. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006;4(CD003521).
43. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;5(CD009356).
44. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;3(CD009234).
45. Mitchell M. Women's use of complementary and alternative medicine in pregnancy: A search for holistic wellbeing. Women Birth. 2014;27(4):276-80.
46. Guittier M-J, Guillemin F, Brandao Farinelli E, Irion O, Boulvain M, de Tejada BM. Hypnosis for the Control of Pain Associated with External Cephalic Version: A Comparative Study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2013;19(10):820-5.
47. Reinhard J, Heinrich TM, Reitter A, Herrmann E, Smart W, Louwen F. Clinical hypnosis before external cephalic version. The American Journal of Clinical Hypnosis. 2012;55(2):184-92.
48. Benhaïem J-M. L'hypnose médicale. Med-line éditions; 2003. 252 p.
49. Lorenz-Wallacher L. Schwangerschaft, Geburt und Hypnose. Heidelberg, Allemagne: Carl-Auer-Systeme; 2003. 192 p.
50. Guittier M, Pichon M, Dong H, Irion O, Boulvain M. Moxibustion for breech version : a randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology. 114:1034-40.

# Annexes

Annexe I : Fiche d'information des patientes relative à la version par manœuvres externes

Annexe II : Version par manœuvre externe - Protocole CHU de Caen

Annexe III : Utilisation de l'hypnose pendant la VME – Projet de soin CHU de Caen

Annexe IV : Avis CLERS

Annexe V : Questionnaire de l'étude

Annexe VI : Outil créé pour le recueil des données informatisées



## Annexe I : Fiche d'information des patientes relative à la VME



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

### VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Tampon du médecin

Madame .....

Date de remise de la fiche : .....

Votre médecin ou votre sage-femme vous a proposé de modifier la position de votre bébé par une version. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de la version qui a été conseillée.

#### Qu'est-ce qu'une version par manœuvres externes ?

La version par manœuvres externes consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas) ou en position transversale pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour l'accouchement.

La version se fait par mobilisation de votre bébé à travers votre paroi abdominale par le médecin obstétricien. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et par échographie), les mains du médecin aident, par une rotation douce, le bébé à se retourner tête en bas.

#### Quel est l'intérêt d'une version ?

Au moment de la naissance, près de 5 % des enfants sont en présentation du siège. Ce type de présentation nécessite un environnement médical et aboutit à un recours plus fréquent à la césarienne.

C'est pourquoi la version par manœuvres externes peut être proposée, en général à partir de la 36<sup>e</sup> semaine. Son taux de succès est de 50 à 60 %. Cette manœuvre peut être éventuellement répétée en cas d'échec lors de la première tentative si le médecin le préconise. Cette seconde tentative a encore 50 % de chances de succès.

Ce geste n'est douloureux ni pour la mère ni pour l'enfant.

En cas d'échec de la version, le médecin évaluera les chances de succès d'un accouchement naturel ou la nécessité éventuelle de programmer une césarienne en fonction des modes d'accouchement antérieurs, si vous avez déjà accouché, de la position du bébé et de son poids estimé, et de la taille de votre bassin osseux (estimée cliniquement, et précisée par scanner).

En cas de succès, vos chances d'accoucher naturellement redeviennent celles d'une présentation du bébé dans la position habituelle (tête en bas).

#### Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager. Si vous ressentez une douleur, il faut la signaler au médecin.

Exceptionnellement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Encore plus exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne. C'est pour cette raison que vous et votre bébé serez surveillés quelques heures après la réalisation du geste. De plus, un contrôle du rythme cardiaque fœtal est réalisé avant la sortie et généralement quelques jours après la version.

#### En pratique

- un rendez-vous est pris à la maternité pour une hospitalisation de quelques heures, à jeun ;
- la version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ;
- un traitement pour faciliter le relâchement de l'utérus est parfois nécessaire ;
- le geste consistant à mobiliser votre bébé ne dure lui-même que quelques minutes ; une bonne coopération de votre part est nécessaire afin d'obtenir un bon relâchement de votre abdomen qui facilitera cette version ;
- un contrôle du rythme cardiaque fœtal ainsi parfois qu'une prise de sang sont effectués ensuite ;
- en cas de groupe rhésus négatif, il sera nécessaire de vous faire une injection intraveineuse d'immunoglobulines anti D pour éviter une incompatibilité sanguine ;
- après la version, le retour à domicile se fait le jour même ;
- un nouveau contrôle de la présentation et du rythme cardiaque fœtal est prévu quelques jours plus tard ; jusqu'à ce contrôle, en cas de survenue de symptômes (contractions, perte des eaux, saignements, entre autres), il convient de reconsulter à la maternité sans délai.

*Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.*

## Annexe II : Version par manœuvre externe – Protocole CHU de Caen

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-038
	<b>VERSION PAR MANOEUVRE EXTERNE : MODALITES DE REALISATION</b>	Version 03 du 02/03/2020
		page 1/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

### 1. OBJET

Modalités de réalisation d'une tentative de version par manœuvre externe (VME).

### 2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNÉ

Domaine d'application : le pôle Femme-Enfant

Personnel concerné : les médecins et les sages-femmes

### 3. RESPONSABILITÉS

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

### 4. DESCRIPTION DE L'OBJET

- La tentative de VME est associée à une diminution du taux de présentation du siège à l'accouchement et à une diminution du taux de césarienne sans augmentation de la morbidité maternelle et périnatale sévère. Elle doit être proposée à toute patiente ayant une présentation du terme à partir de 36 SA.
- Le taux de succès dans le service est d'environ 50-60 %.

**AVANT TOUTE TENTATIVE DE VME**  
**Vérifier l'absence de contre-indication médicale**  
**à un accouchement par voie basse quelle que soit la présentation**

Contre-indications absolues à la VME	Contre-indications relatives à la VME
<ul style="list-style-type: none"><li>- Contre-indication à l'accouchement par voie basse quelle que soit la présentation</li><li>- Placenta prævia</li><li>- Déflexion primitive de la tête fœtale</li><li>- Grossesse gémellaire</li><li>- Altération du rythme cardiaque fœtal</li><li>- Rupture prématurée des membranes</li><li>- Allo-immunisation fœto-maternelle</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Malformation fœtale</li><li>- Malformation utérine : cloison ou bicorne</li><li>- PAG sévère/RCIU</li><li>- Prééclampsie sévère</li><li>- Oligoamnios sévère</li><li>- MFIU</li></ul>

#### 1. Précautions préalables à la tentative de VME :

- Si **utérus cicatriciel** : S'assurer de la possibilité d'une tentative de voie basse,
- **Information de la patiente sur les bénéfices et le déroulement de la VME** (remise fiche information préalable),
- **Terme de réalisation = idéalement 36-37 SA**, mais possibilité de réalisation plus tardive (taux de succès moindre)
- Le risque de césarienne dans les suites immédiates d'une VME étant très rare (< 1 %) :
  - Patiente venant **NON à jeun**,
  - **Consultation d'anesthésie effectuée**, NFS du 6<sup>ème</sup> mois au minimum,
  - **Pas de nécessité de bilan préopératoire** (ECG et RAI), de s'assurer de la disponibilité éventuelle d'une salle au bloc opératoire

#### 2. Technique :

- **Enregistrement du RCF** durant 15 min avant la version et 30 min après
- **Echographie préalable** = type de présentation, position du placenta, du dos fœtal, quantité de liquide amniotique, biométries si dernières > 2 semaines,
- Mise en condition de relâchement musculaire et de rassurance de la patiente (éventuelle séance d'hypnose),
- **SALBUTAMOL 0,5mg/1 ml (Ventoline®)** : 1 ampoule SC au moins 30 min avant le geste.
- **Vessie vide**

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-038
	<b>VERSION PAR MANOEUVRE EXTERNE : MODALITES DE REALISATION</b>	
	Version 03 du 02/03/2020 page 2/6	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

- **Si Rhésus négatif** : selon le Rhophylac 300 à 28 SA :
  - Non fait : 1 dose de **RHOPHYLAC 200 UI**
  - Fait : faire test de Kleihauer et si positif (< 3 % des cas) : faire 1 dose de Rhophylac 200
- Si succès de la VME : **pas de contrôle du RCF à 48 heures**. Revoir la patiente à 1 semaine si risque théorique de retour à une présentation du siège (excès de liquide, etc.)
- **En cas d'échec de la VME : proposition d'une 2<sup>nd</sup>e tentative entre 48 heures et une semaine et discussion modalités de l'accouchement**. Pas de contrôle du RCF.

## 5. REFERENCES

RPC CNGOF 2020, Présentation du siège. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020.

## 6. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information patiente. Version par manœuvre externe.

3

## 7. HISTORIQUE DU DOCUMENT

<i>Dernière version</i>	<i>Objet de la révision</i>
03 - 02/03/2020	révision selon les RPC CNGOF 2020 présentation du siège
<i>Historique des révisions</i>	
01 - 01/05/2006 - Création du document sous format électronique, 02 - 03/04/2012	

### Groupe de lecture :

Dr C Denoual Ziad (rédactrice), Dr G Beucher, Pr M Dreyfus, Pr M Herlicoviez

## 8. EVALUATION

Néant

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
Gael BEUCHER Médecin - CHU/POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN1>	Michel DREYFUS Chef de Service - CHU/POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN2>	Marjorie BODEREAU Directeur - CHU/DIRECTION QUALITE ET DROITS DES USAGERS <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN3>



	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-038
	<b>VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES : MODALITES DE REALISATION</b>	Version 02 du 03/04/2012
		page 3/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Gynécologie Obstétrique		

## Annexe 1 : Fiche d'information patiente. Version par manœuvre externe.

### Quel est l'intérêt d'une version ?

**Au moment de la naissance**, moins de 5 % des enfants sont en position du siège. En cas de conditions défavorables (mesures du bassin de la mère, biométries du fœtus), ce type d'accouchement comporte des risques de complications pour votre bébé et un recours plus fréquent à une césarienne qu'en cas de présentation céphalique (tête en bas).

**C'est pourquoi**, la version est utilisée par la plupart des équipes pour éviter l'accouchement par le siège et/ou la césarienne. Cette version peut se pratiquer au cours du 9<sup>ème</sup> mois. Son taux de succès est de 50 à 60 % . Cette manœuvre peut être éventuellement répétée en cas d'échec si le médecin le préconise. Cette seconde tentative a encore 50 % de chances de succès.

Ce geste n'est douloureux ni pour la mère ni pour l'enfant.

En cas d'échec de la version, le médecin évaluera les possibilités d'un accouchement de votre enfant en siège par les voies naturelles ou la nécessité de programmer une césarienne en fonction de critères objectifs : la position du bébé, sa taille et la taille de votre bassin.

**En cas de succès, vous aurez alors toutes les chances d'accoucher naturellement**

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser d'autres questions au médecin ou à la sage-femme !

CHRU de Caen - Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction

service communication - CHRU de Caen - 05.09 - Impression : rephotographie - M/A

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-038
	<b>VERSION PAR MANOEUVRE EXTERNE : MODALITES DE REALISATION</b>	Version 03 du 02/03/2020
		page 4/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		

## Version par manœuvre externe - Fiche d'information patiente



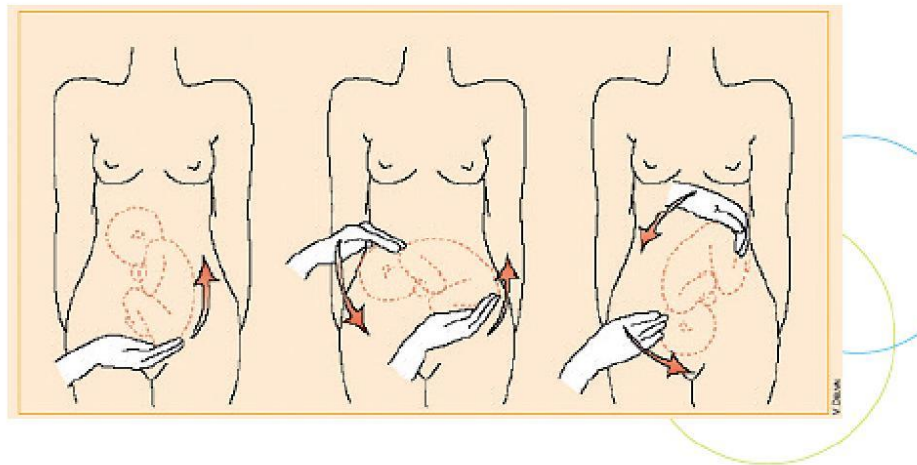
CHU  
C A E N

Cette fiche a pour objectif de compléter les informations orales apportées par le médecin ou la sage-femme. Ceci afin de vous expliquer les principes, les inconvénients potentiels et les avantages de la version par manœuvre externe qui vous a été proposée.

CHRU de Caen - Pôle Femme - Enfant - Hématologie  
Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de Reproduction

### Qu'est-ce qu'une version par manœuvre externe ?

La version par manœuvre externe (VME) consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas), afin de le positionner la tête en bas. Cette présentation céphalique est la plus fréquente lors d'un accouchement. La version se fait par mobilisation de votre bébé à travers votre paroi abdominale par le médecin. Une vérification de la position de l'enfant par échographie est tout d'abord réalisée. Puis, les mains du médecin aident, par une rotation douce, l'enfant à se retourner tête en bas.



	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-038
	<b>VERSION PAR MANOEUVRE EXTERNE : MODALITES DE REALISATION</b>	Version 03 du 02/03/2020
		page 5/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		

En pratique :

### Comment se déroule une version par manœuvre externe ?

- ✗ Un rendez-vous est pris à la maternité : en hôpital de jour, à jeun.
  - ✗ Avant la date prévue pour la version il est nécessaire que vous ayez rencontré le médecin anesthésiste et réalisé le bilan du 9<sup>ème</sup> mois.
  - ✗ La version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal.
  - ✗ Un traitement par voie intraveineuse, pour faciliter le relâchement de l'utérus est nécessaire. Il peut entraîner une légère accélération de votre rythme cardiaque.
  - ✗ Le geste lui-même ne dure que quelques minutes. Une bonne coopération de votre part est nécessaire afin d'obtenir un bon relâchement de votre abdomen qui facilitera cette version.
  - ✗ Ensuite un contrôle du rythme cardiaque fœtal ainsi parfois qu'une prise de sang sont effectués.
  - ✗ Après la version, le retour à domicile se fait le jour même.
  - ✗ Un nouveau contrôle de la présentation et du rythme cardiaque fœtal est prévu quelques jours plus tard (1 à 2 jours).
- Jusqu'à ce contrôle : en cas de survenue de symptômes (contractions, perte des eaux, saignements, ...) il faut que quelqu'un puisse vous conduire à la maternité quelle que soit l'heure.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-038
	VERSION PAR MANOEUVRE EXTERNE : MODALITES DE REALISATION	Version 03 du 02/03/2020
		page 6/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

## Y a-t-il des risques ou des inconvénients ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager.

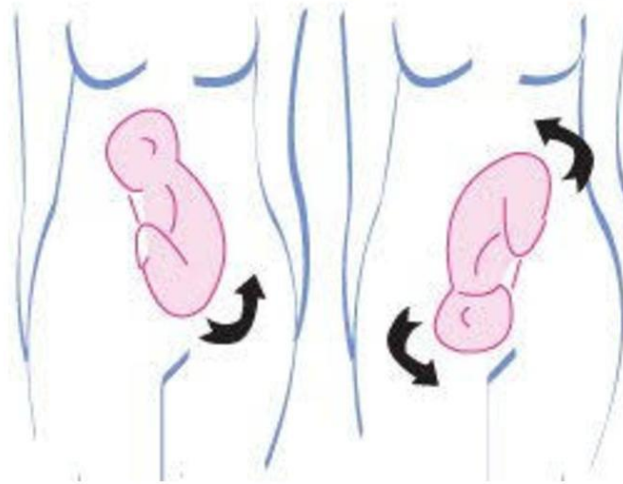
Exceptionnellement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Encore plus exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter de faire naître rapidement le bébé par césarienne.

C'est pour cette raison que vous et votre bébé serez surveillés quelques heures après la réalisation du geste. De plus un contrôle du rythme cardiaque fœtal est réalisé avant la sortie et généralement 1 à 2 jours après la version.

---

version par manœuvre externe

Projet de soin :  
utilisation de l'hypnose pendant la  
version par manœuvre externe



**Le 15 mai 2018**

**CHEDEVILLE Delphine**

**DUMONT Stéphanie**

**REBILLARD Fabienne**



## 1- Identifier la situation et définir la cible

Ce projet de soin concerne les femmes enceintes de plus de 36 semaines d'aménorrhée ayant un fœtus en présentation non céphalique ( pelvienne ou transverse ) et ne présentant pas de contre indication à la version par manœuvre externe.

## 2- Analyser la situation de soin et la cible choisie

Différentes études et techniques ont déjà été évaluées dans le service telles que :

- l'utilisation de la sophrologie pendant la version par manœuvre externe
- l'utilisation du salbumol versus celle de l'adalate pour l'obtention du relâchement utérin
- l'acupuncture est également utilisée en amont afin de faire tourner spontanément le fœtus en présentation céphalique et ainsi d'éviter la version par manœuvre externe

## 3- Recherches bibliographiques

Nous n'avons trouvé que peu de documents traitant de l'utilisation de l'hypnose lors de la version par manœuvre externe.

Le Docteur ELLIAT qui est praticien hospitalier en anesthésie et réanimation au CHU de Rennes a expérimenté l'hypnose durant les versions. L'utilisation de l'hypnose n'a pas modifié le taux de réussite de la version, ni le score de douleur de la patiente. En revanche, elle a diminué l'anxiété et augmenté le confort de la patiente.

D'autres études seraient nécessaires pour préciser l'influence de l'hypnose sur le relâchement utérin et le succès de la version par manoeuvre externe.

#### 4- Fixer les objectifs du projet de soin

Le but de ce projet de soin est d'améliorer la prise en charge des patientes avant et pendant la version par manœuvre externe en aidant à la détente de la femme, en réduisant le stress des patientes, en obtenant un relâchement utérin plus grand et ainsi un meilleur taux de réussite.

Ces objectifs sont réalisables.

#### 5- Répertoire des ressources

La bonne réalisation de ce projet de soin ne nécessite ni personnel ni matériel supplémentaire par rapport à la version par manœuvre externe telle qu'elle est actuellement réalisée.

Il faut :

- trois personnes : médecin, interne et sage-femme ou médecin, interne et aide soignante
- un appareil d'échographie
- une salle de travail disponible dans laquelle la femme sera installée et allongée confortablement

#### 6- Elaboration du travail en hypnoanalgésie

L'hypnose sera conversationnelle avec une induction rapide afin de faire baisser les tensions.

Nous utiliserons comme éléments de travail des images métaphoriques telles que le bébé nageur et la galipette.

Le type de retour sera simple.

### **Proposition d'une séance d'hypnose lors de la version par manœuvre externe**

Vous pouvez vous installer et trouver une position confortable que vous pouvez réajuster à tout moment...

Vous pouvez ainsi vous détendre à votre rythme, et au rythme de votre respiration... très bien...

Si cela peut vous aider, vous pouvez fixer un point au plafond. Ce point peut devenir flou, changer de forme ou de couleur, c'est tout à fait normal. Il peut aussi ne rien se passer de bien particulier et si vous le souhaitez vous pouvez fermer les yeux... ou pas...

Et là, maintenant, vous pouvez sentir vos muscles se relâcher, au rythme de votre respiration, l'air frais de l'inspire qui entre par votre nez et l'air plus chaud de l'expire qui sort par votre bouche...

Et plus vous respirez et plus vous ressentez cette détente et ce bien-être qui s'installe... Très bien...

Et maintenant, vous pouvez visualiser votre bébé dans ce milieu aquatique, tel un bébé nageur, libre de ses mouvements et prêt à faire des galipettes ou des roulades. Oui, très bien...

Par cette détente vous pouvez accompagner l'équipe qui a l'habitude, qui sait faire et qui sait bien faire. Vous pouvez sentir des pressions, tels des massages, plus ou moins importants, c'est tout à fait normal. Ces massages soulèvent les fesses de votre bébé et l'accompagnent dans sa galipette. Vous pouvez accompagner cette roulade en approfondissant la détente et la relaxation ou ne rien faire, cela n'a pas d'importance. Oui, très bien...

Les choses se passent comme elles doivent se passer.

Vous pouvez également sentir les mouvements et la rotation de votre bébé qui tranquillement se positionne pour le jour de sa naissance.

Quelle que soit la position de votre bébé, il a la capacité innée de bien se positionner pour trouver la sortie... et ainsi dans quelques semaines vous autoriserez votre corps à débiter le travail car il sait très bien le faire...

Maintenant, tranquillement, à votre rythme, vous pouvez reprendre contact avec le lieu dans lequel vous vous trouvez, les points d'appuis de votre corps, et si

vous le souhaitez, en prenant une grande inspiration, vous pouvez ouvrir les yeux et revenir ici et maintenant.

L'échange et l'évaluation de la pratique sera possible en étudiant la satisfaction de la patiente, le taux de réussite de la version aidée par l'hypnose par rapport aux version effectuées sans hypnose et peut être dans l'avenir, diminuer ou même se passer du salbumol ( le salbumol ayant des effets indésirables comme la tachycardie qui amplifie le stress et qui n'est pas propice à la détente de la patiente ).

## 7- Validation

La validation du projet de soin se fera lors du bilan de la formation par la formatrice Madame Laurence JEUFFROY et nos collègues ayant participé à cette formation.

## 8- Diffusion du projet

Après validation de ce projet de soin, il peut être présenté en interne, lors d'une réunion de service. Il peut être soumis à l'approbation de nos cadres, des médecins, des sages-femmes et des aides-soignantes qui interviennent lors des versions par manœuvre externe.

Après validation du projet de soins, les patientes, lors des cours de préparation à la naissance, pourront être informées de l'utilisation de l'hypnose lors des versions par manœuvre externe.

## Annexe IV : Avis CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé



CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie

Caen, le 10 Juillet 2019

**Objet :** Avis favorable

Adresse pour toute  
correspondance :

[clers@unicaen.fr](mailto:clers@unicaen.fr)

**Président :**

Pr Grégoire MOUDEL

**Vice-Président :**

Pr Achille AOUBA

**Membres**

Nathalie Brielle  
Aurore Catherine  
Claude Françoise  
Véronique Gauthier  
François Girault  
Guillaume Grandazzi  
Sonia Guillouet  
Xavier Humbert  
Rémy Morello  
Philippe Ravasse  
Fanny Rogue  
Bertille Suzat

Cher collègue,

Vous trouverez ci-dessous l'avis favorable du CLERS favorable suite à votre demande.

Réponse du questionnaire	
ID de la réponse	659
Date de soumission	2019-06-03 20:13:36
Avis du CLERS	FAVORABLE
Demandeur [Nom]	Rocher
Demandeur [Prénom]	Adèle
Demandeur [e-mail]	21200949@etu.unicaen.fr
Titre de l'étude	Intérêt de l'hypnose dans la pratique de la version par manœuvre externe

Cordialement

Le Président du CLERS

**Rappels :** Nous vous rappelons que votre traitement de données doit être en conformité avec le Règlement Européen du 27 avril 2016 (UE-2016/679) relatif à la protection des données des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les participants doivent avoir été informé et pouvoir s'opposer à l'utilisation de leurs données de santé pour ce travail de recherche.

En aucun cas vous n'êtes autorisé à sortir du CHU des données médicales nominatives, que ce soit par mail, via un circuit non sécurisé ou par transfert sur une clé USB. Le traitement et l'utilisation de ces données engagent votre responsabilité.

## Annexe V : Questionnaire de l'étude

### Intérêt de l'hypnose dans la pratique de la version par manœuvre externe

Bonjour,

Je suis actuellement en dernière année d'études à l'école de sages-femmes de Caen et je réalise mon mémoire de fin d'études.

Mon mémoire porte sur « l'intérêt de l'hypnose dans la pratique de la version par manœuvre externe ». Afin de répondre à cette question, j'ai réalisé un questionnaire, à l'intention des patientes ayant bénéficié d'une version par manœuvre externe (VME) au CHU de Caen.

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude ou de mettre un terme au remplissage de ce questionnaire quand vous le souhaitez.

Ce questionnaire est anonyme. Les données récoltées seront exploitées uniquement dans le cadre de cette étude.

Merci,  
Adèle Rocher

Date de la VME :

2 premières lettres de votre prénom :

2 premières lettres de votre nom de famille :

**1) Pour cette grossesse, combien de version par manœuvre externe (VME) avez-vous tenté ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- 1  
 2

**2) Vous sentiez-vous stressée avant la manœuvre ?**

*Entourer le chiffre correspondant*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout	Modérément				Beaucoup				Enormément	

**a. Si oui, par quoi ?**

*Cocher la (ou les) réponse(s) correspondante(s)*

- J'avais peur d'avoir mal  
 J'avais peur que mon bébé en souffre  
 J'avais peur que ça ne fonctionne pas  
 Autre (*précisez*) :

**3) Connaissez-vous l'hypnose ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui  
 Non

**4) Avez-vous déjà expérimenté l'hypnose ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui
- Non

**a. Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) ?**

*Cocher la (ou les) réponse(s) correspondante(s)*

- Aide à l'arrêt du tabac
- Aide pour maigrir
- Aide dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
- Autre (*précisez*) :

**5) Pour cette manœuvre, une relaxation par hypnose vous a-t-elle été proposée ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui
- Non

**a. Si oui, avez-vous accepté ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui
- Non

**b. Pourquoi ?**

*Cocher la (ou les) réponse(s) correspondante(s)*

- J'avais déjà expérimenté une séance d'hypnose qui s'était bien passée
- J'en avais déjà entendu parler et je voulais tester
- J'avais envie de me détendre
- J'avais déjà expérimenté une séance d'hypnose qui s'était mal passée
- Cela ne m'intéresse pas
- Je n'y crois pas
- Je n'en ressentais pas le besoin
- Autre (*précisez*) :

**6) Si non proposé, auriez-vous aimé bénéficier de cette prise en charge ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui
- Non

**a. Pourquoi ?**

*Cocher la (ou les) réponse(s) correspondante(s)*

- J'avais déjà expérimenté une séance d'hypnose qui s'était très bien passée
- J'en avais déjà entendu parler et je voulais tester
- J'avais envie de me détendre
- J'avais déjà expérimenté une séance d'hypnose qui s'était mal passée
- Cela ne m'intéresse pas
- Je n'y crois pas
- Je n'en ressentais pas le besoin
- Autre (*précisez*) :

**7) S'il s'agit pour vous d'une 2<sup>ème</sup> tentative, avez-vous eu un accompagnement par hypnose la première fois ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui  
 Non

Si vous n'avez jamais bénéficié de la prise en charge par hypnose dans le cadre d'une VME, merci de répondre directement à la [question 11](#).

**8) La personne qui vous a préparé pour l'hypnose était-elle présente lors de la VME ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui  
 Non

**9) Pensez-vous que l'hypnose vous a aidé ?**

*Entourer le chiffre correspondant*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout	Modérément				Beaucoup				Enormément	

**10) Pensez-vous que l'hypnose vous a relaxé ?**

*Entourer le chiffre correspondant*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout	Modérément				Beaucoup				Enormément	

**11) Avez-vous ressenti des douleurs durant la manœuvre ?**

*Entourer le chiffre correspondant*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout	Modérément				Beaucoup				Enormément	

**12) Vous sentiez-vous stressée pendant la manœuvre ?**

*Entourer le chiffre correspondant*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout	Modérément				Beaucoup				Enormément	

**13) Comment qualifieriez-vous votre vécu de cette VME ?**

*Entourer le chiffre correspondant*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très mauvais	Mauvais				Bon				Très bon	



**14) S'il était proposé à une de vos amies enceintes de réaliser une VME, lui recommanderiez-vous cette manœuvre ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui
- Non

**15) Si le médecin vous proposait de refaire une VME, accepteriez-vous ?**

*Cocher la réponse correspondante*

- Oui
- Non

**a. Si non, pourquoi ?**

*Cocher la (ou les) réponse(s) correspondante(s)*

- La douleur était trop forte
- J'ai peur pour mon bébé
- Je ne pense pas que cela fonctionnerait la prochaine fois
- Autre (*précisez*) :

**16) Comment qualifieriez-vous votre prise en charge le jour de la VME ?**

*Entourer le chiffre correspondant*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout satisfaisante	Non satisfaisante				Satisfaisante				Très satisfaisante	

**a. Si votre réponse est inférieure à 5, pourquoi ?**

*Cocher la (ou les) réponse(s) correspondante(s)*

- Le personnel n'était pas assez disponible
- On ne m'a pas assez expliqué les choses
- J'ai trop attendu
- Autre (*précisez*) :

## Annexe VI : Outil créé pour le recueil des données informatisées

ID patiente :

Issue manœuvre :

- Succès
- Echec

Terme :

Parité :

Utérus cicatriciel :

- Oui
- Non

IMC :

EPF :

Type de siège :

- Complet
- Décomplété

Position du dos :

- Gauche
- Droite
- Postérieur
- Antérieur

Quantité de liquide :

- Normal
- Excès
- Insuffisant

Position du placenta :

- Fundique
- Postérieur
- Antérieur
- Bas inséré

Relâchement musculaire :

- Bon
- Mauvais

## Résumé

Afin d'évaluer l'intérêt de l'hypnose dans la pratique de la version par manœuvre externe (VME), nous avons réalisé une étude prospective comparative au CHU de Caen. Après la tentative de VME, les patientes des deux groupes remplissaient un questionnaire (groupe « Hypnose » n=17 ; groupe « Témoin » n=17) puis un recueil de données complémentaires était effectué à partir des dossiers informatisés des patientes.

**Résultats :** L'étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les groupes concernant le succès de la manœuvre (53% dans le groupe « Hypnose » contre 59% dans le groupe « Témoin » ; p=0,73), la douleur (EN – 4,1 contre 4,7 ; p=0,60) ou le stress (EN – 4,2 contre 5,5 ; p=0,22). L'étude a montré que les femmes étaient intéressées par l'hypnose et estimaient que la séance, lorsqu'elle avait eu lieu, apportait de l'aide et de la relaxation.

**Mots-clés :** Hypnose, Version par Manœuvre Externe, Douleur, Stress, Satisfaction

To assess the utility of clinical hypnosis associated with external cephalic version (ECV), we realized a prospective and comparative study at the University Hospital of Caen. After the ECV attempt, both groups completed a questionnaire (« Hypnosis » group n=17 ; control group n=17) and data were collected from the medical records.

**Results :** This study did not find a significant difference between the groups concerning the success of the ECV (53% in the « Hypnosis » group versus 59% in the control group ; p=0,73), the pain (NRS – 4,1 vs 4,7 ; p=0,60) or the anxiety (NRS – 4,2 vs 5,5 ; p=0,22). This study showed that women were interested in hypnosis and considered that clinical hypnosis, when it occurred, provided help and relaxation.

**Keywords :** Hypnosis, External Cephalic Version, Pain, Anxiety, Satisfaction