



HAL
open science

L'hypnose et son impact sur le vécu émotionnel du travail

Lefrère Morgane

► **To cite this version:**

Lefrère Morgane. L'hypnose et son impact sur le vécu émotionnel du travail. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03199609

HAL Id: dumas-03199609

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199609>

Submitted on 15 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.

ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

L'HYPNOSE ET SON IMPACT SUR LE VÉCU ÉMOTIONNEL DU TRAVAIL



LEFRÈRE Morgane

Née le 23 avril 1997 à LE HAVRE (76)

Nationalité : française

Directeur de mémoire : KOURGANOFF Léa

Année universitaire : 2019 – 2020

ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

**L'HYPNOSE ET SON IMPACT SUR LE
VÉCU ÉMOTIONNEL DU TRAVAIL**

LEFRÈRE Morgane

Née le 23 avril 1997 à LE HAVRE (76)

Nationalité : française

Directeur de mémoire : KOURGANOFF Léa

Année universitaire : 2019 – 2020

REMERCIEMENT

Je remercie :

- ∴ Ma directrice de mémoire Léa KOURGANOFF, Sage-femme à la maternité des Diaconesses, pour sa disponibilité, son aide et son soutien durant tous ces mois d'écriture et de questionnements,
- ∴ Madame NICOLAÏ et Madame TOMCZYK, Enseignantes à l'école de sages-femmes Saint-Antoine, qui m'ont guidé dans cette dernière année d'étude,
- ∴ Toute l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes Saint-Antoine, m'ayant accompagné et formé au cours de ces quatre années d'étude,
- ∴ Les sages-femmes ayant participé à l'étude, pour leur disponibilité et leur investissement,
- ∴ Les patientes de l'étude, pour leur participation et le temps qu'elles m'ont accordé,
- ∴ Mes amies de l'école de sage-femme,
- ∴ Virginie CRUVEILLER, pour ses conseils,
- ∴ Stanley RAGAVA, qui a su m'épauler et m'aider,
- ∴ Charlène LEFRERE, ma sœur, pour sa collaboration et son investissement,
- ∴ Mes parents, pour leur soutien sans faille.

« L'hypnose est une véritable solution efficace et humaine »

Marc Galy

SOMMAIRE

PREAMBULE

INTRODUCTION A L'ETUDE **1**

1 PREMIERE PARTIE : LES FONDEMENTS DE L'HYPNOSE **1**

1.1 NAISSANCE ET ÉVOLUTION 1

1.2 DEFINITIONS 3

1.3 PRATIQUE ET HYPNOTISABILITE 4

1.4 LE PHENOMENE HYPNOTIQUE 5

2 DEUXIEME PARTIE : LA PLACE DE L'HYPNOSE DANS LA GESTION DES TROUBLES

EMOTIONNELS **7**

2.1 L'HYPNOSE MEDICALE ET SES MULTIPLES UTILISATIONS 7

2.2 L'HYPNOSE ET LES TROUBLES EMOTIONNELS 8

3 TROISIEME PARTIE : L'HYPNOSE ET L'OBSTETRIQUE **13**

3.1 GROSSESSE ET TRAVAIL 13

3.2 LES APPLICATIONS DE L'HYPNOSE EN OBSTETRIQUE 13

3.3 LE VECU EMOTIONNEL DE LA FEMME ENCEINTE 16

MATERIEL ET METHODE **19**

1 QUESTION DE RECHERCHE **19**

2 HYPOTHESE **19**

3 OBJECTIFS DE LA DEMARCHE **19**

4 DESCRIPTION DE L'ETUDE **20**

4.1 TYPE D'ETUDE 20

4.2 OUTIL METHODOLOGIQUE 21

4.3 POPULATION CIBLE 22

4.4 PASSATION DES ENTRETIENS 24

4.5 METHODOLOGIE D'ANALYSE 24

RESULTATS ET ANALYSE **26**

1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON **26**

1.1	POPULATION INTERROGEE	26
1.2	TYPE DE MATERNITE D'INCLUSION DES PATIENTES	26
2	ÉTUDE DE LA POPULATION	27
2.1	CARACTERISTIQUES GENERALES	27
2.2	LE TRAVAIL	29
3	TROUBLES EMOTIONNELS DECRITS DURANT LE TRAVAIL	32
3.1	STRESS	33
3.2	ANXIETE – INQUIETUDE – ANGOISSE	34
3.3	PEUR	35
3.4	ÉPUISEMENT	36
4	LES INFLUENCES SECONDAIRES	37
4.1	CONFIANCE DIRIGEE VERS LE PROFESSIONNEL DE SANTE	37
4.2	CONFIANCE DIRIGEE VERS UN PROCHE	38
4.3	CONTEXTES PARTICULIERS	38
5	PRATIQUE ET PERCEPTION DE L'HYPNOSE	38
5.1	EN PRE-SEANCE	38
5.2	PENDANT LA SEANCE	40
5.3	EN POST-SEANCE	43
6	IMPACT DE L'HYPNOSE RESSENTI SUR L'ETAT EMOTIONNEL	46
DISCUSSION		51
1	APPORTS DE L'ETUDE	51
2	LIMITES DE L'ETUDE	52
3	LES TROUBLES EMOTIONNELS SE MANIFESTANT DURANT LE TRAVAIL	53
4	LES EFFETS DE L'HYPNOSE SUR LE VECU EMOTIONNEL	54
4.1	EFFET SUR LES EMOTIONS	54
4.2	RELATION ENTRE RESSENTI EMOTIONNEL ET PHYSIQUE	56
5	FACTEURS INFLUENÇANT L'EFFICACITE DE L'HYPNOSE DURANT LE TRAVAIL	57
6	LIEN ENTRE LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET LE VECU EMOTIONNEL	58
7	LES CONNAISSANCES ET LA PERCEPTION DE L'HYPNOSE EN PRE ET POST SEANCE	60
8	VERIFICATION DE L'HYPOTHESE	61
9	PERSPECTIVES	62
CONCLUSION		63

BIBLIOGRAPHIE **64**

ANNEXES **71**

GLOSSAIRE **86**

PREAMBULE

Depuis sa découverte, aussi ancienne soit-elle, l'hypnose a été pratiquée dans de nombreux domaines. Actuellement, elle évolue au sein du secteur du soin, notamment dans la gestion de la douleur et des troubles émotionnels. À ce jour, ses effets physiologiques et psychologiques constituent un vaste secteur de recherche.

La grossesse est une période où les femmes doivent faire face à un grand changement émotionnel. S'y associent des modifications physiques du corps, mais aussi psychologiques dues aux changements dans la vie du couple et au quotidien. Conséquemment à ces évolutions, les femmes peuvent exprimer des angoisses, du stress et des peurs telles que des traumatismes de leurs précédents accouchements ou grossesses. De nos jours, l'hypnose a un double objectif lorsqu'elle est proposée par le soignant ou demandée par la patiente : apporter de la sérénité lors de la grossesse ; accompagner la patiente durant le chemin amenant à la naissance et l'aider à appréhender au mieux son vécu de l'accouchement.

Les données de la littérature scientifique portent en majorité sur la pratique et les effets de l'hypnose durant la grossesse, comme préparation à la naissance et à la parentalité. Plus récemment, la recherche s'est intéressée à l'utilisation de l'auto-hypnose au cours de la grossesse, durant le travail et l'accouchement. En revanche, à ce jour, peu d'études se sont focalisées sur la pratique de l'hypnose au cours du travail et l'abord émotionnel reste très peu traité.

Au sein de ce mémoire, nous souhaitons nous intéresser aux effets de l'hypnose sur les parturientes durant leur travail et nous allons étudier son impact sur leur vécu émotionnel.

INTRODUCTION A L'ETUDE

1 PREMIERE PARTIE : LES FONDEMENTS DE L'HYPNOSE

1.1 NAISSANCE ET ÉVOLUTION

Il est difficile de donner un point de départ à l'existence de l'hypnose. En effet, les premières mentions de cette pratique remontent à la Mésopotamie. Les témoignages se poursuivent durant diverses périodes de l'Égypte ancienne puis par les célèbres philosophes grecs comme Socrate « *je guéris avec les mots* ».

Vers le XVIe siècle, le concept de magnétisme animal est exposé par Paracelse, médecin, décrivant un « liquide réparateur » circulant d'un individu à l'autre afin de guérir le malade. Ce concept est explicitement énoncé par Franz Anton Mesmer au XVIIIe siècle (disciple de Paracelse). Durant ce siècle, de nouvelles théories émergent. Tout d'abord, Chastenet de Puységur (disciple de Mesmer) découvre, par hasard, le somnambulisme provoqué, en magnétisant un jeune berger, qu'il explique comme un « *état induit par l'action de la volonté sur le mouvement* ». Pour lui, cela provient d'un fluide animal, poursuivant ainsi les théories précédemment évoquées.

Plus tard, on écarte cette hypothèse pour mettre en avant la notion de suggestion au sein d'un « *sommeil lucide* », par José Custodio de Faria (aussi appelé Abbé Faria, prêtre portugais), qui deviendra par la suite « *l'hypnose* ». Le chirurgien James Braid développe la théorie de Faria au sein du domaine scientifique. Selon lui, la transe hypnotique est atteinte lorsque le patient est concentré sur une seule et unique idée, le « *monoïdéisme* ». Au cours de cette même période, un autre professeur de chirurgie, John Elliotson, introduit l'utilisation de l'hypnose en hôpital pour les anesthésies et le docteur Parker publie les comptes-rendus de 200 interventions sous hypnose. L'hypnose clinique vit une période d'âge d'or jusqu'en 1846, remplacée pour un temps par l'apparition du chloroforme au sein des hôpitaux. En 1869, le concept d'« *inconscient* » voit le jour grâce au philosophe allemand Karl Robert Eduard Von Hartmann.

Durant le XIXe siècle, une nouvelle théorie, défendue par Jean-Martin Charcot, ancien professeur à l'École de la Salpêtrière, à Paris, émerge sur l'hypnose : le sommeil hypnotique est une névrose n'existant que chez des sujets hystériques. De plus, pour lui, l'hypnose est provoquée par un instrument physique (aimants, métaux...) et non par la parole. C'est à l'École de Nancy que le professeur Hippolyte Bernheim s'oppose à la théorie de Charcot et démontre que l'hypnose est un phénomène psychologique normal, sans influence physique ou fluidique. Il donne naissance au terme « psychothérapie », méthode thérapeutique basée sur la suggestion hypnotique. Cette période est celle d'un conflit entre deux visions : celle de l'École de la Salpêtrière qui voit l'hypnose comme un « *état pathologique* », associé au « *pouvoir des métaux* » ; et celle de l'École de Nancy, la voyant comme un « *état naturel* », permis par la « *suggestion verbale* ».

C'est au XXe siècle que la pratique de l'hypnose prend une part active dans le domaine médical et qu'apparaît l'hypnothérapie. Cette avancée est réalisée grâce à un penseur de cette période, le physiologiste russe Pavlov qui crée le concept de « conditionnement pavlovien ». Cet apprentissage repose sur l'association d'un stimuli neutre et d'un stimuli qui provoque une réponse réflexe. Il fait ses premières applications dans différents domaines notamment celui de l'accouchement sans douleur.

Plus récemment, trois hommes de science ont développé la vision et les connaissances sur l'hypnose. Tout d'abord, Milton Erickson, psychiatre et psychologue américain, pionnier dans ce domaine, crée en 1937 l'« *hypnose ericksonienne* », permettant au patient d'être acteur de sa guérison et d'abolir l'hypnose directive. Par la suite, une nouvelle avancée médicale abordant le domaine de la mémoire est réalisée par Léon Chertok qui parvient à hypnotiser une patiente amnésique retrouvant la mémoire à la suite de la séance. Enfin, François Roustang, philosophe, hypnothérapeute et ancien psychanalyste, détaille dans plusieurs ouvrages, pour la première fois, les différentes phases de l'hypnose. Cela permet un renouveau d'intérêt pour cette pratique mise de côté par la majorité de la société et met en lumière de nombreux aspects encore inconnus de celle-ci [1,2,3,4,5].

1.2 DEFINITIONS

Les définitions de l'hypnose sont nombreuses. Ces dernières dépendent de chaque auteur, vision et pratique. Nous présenterons d'abord une définition plus générale, pour exposer ensuite les définitions plus précises propres à certains auteurs.

Le *Larousse* définit l'hypnose comme un « *état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion* » [6].

D'après *Milton Erickson* (1950), il s'agit d'« *un état de conscience dans lequel nous présentons à notre patient une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages* ». Il l'a définie aussi comme « *une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne* » [1,2].

François Roustang (2000) désigne, quant à lui, l'hypnose comme un « *processus par lequel on dissocie des perceptions et des comportements de la vie ordinaire pour accéder à des perceptions, soit fictives, soit hyperréalistes* ». Il définit un nouveau mot : la perceptude. Il s'agit d'« *une suspension de l'entendement* » [7].

Nous avons ainsi deux idées qui ressortent de ces définitions :

- Un état de conscience modifié, élargi, différent du sommeil ;
- Une relation singulière entre l'hypnotiseur-le praticien et l'hypnotisé-le patient.

L'hypnose est donc un état physiologique naturel. Elle fait partie des états de transe, qui font eux-mêmes partie des états modifiés de conscience (EMC).

L'une des particularités de la transe hypnotique est qu'elle survient n'importe quand, plusieurs fois dans la journée, à des degrés d'implication différents. On l'appelle l'« *hypnose spontanée* » [5]. Il s'agit d'un état de distraction ou d'hyperconcentration, que l'on pourrait définir comme un « état d'absorption ». Dans le livre *Journal d'une hypnothérapeute* de Catherine Roumanoff-Lefaivre, l'idée évoquée est illustrée par l'exemple suivant : lorsque nous roulons en voiture

sur une route que nous connaissons, il peut nous arriver d'avoir un moment d'absence où l'on se réveille et où l'on ne sait pas depuis combien de temps nous étions ailleurs, nous avons « décroché » [8]. François Roustang appelle cela l'« état de veille paradoxale » [9]. Il s'agit donc d'un état de transe légère ordinaire qui sera, en thérapie, approfondie et amplifiée pour atteindre la phase de transe hypnotique.

Enfin, pour compléter et conclure notre définition de l'hypnose, il convient de mentionner trois concepts fondamentaux :

- 1) Un **état hypnotique** (ou **transe**) qui est un « état de conscience modifié », c'est une « dissociation » c'est-à-dire une activité mentale consciente et inconsciente. Une partie de la personne gardienne de l'appréciation objective et lucide, appelée « observateur caché », observe l'autre partie de soi qui est plongé dans la transe [7].
- 2) Des **outils** et **techniques** utilisés par l'hypnotiseur : la suggestion, la stimulation des percepteurs sensoriels, l'ancrage, les métaphores, etc.
- 3) Une **interaction hypnothérapeutique** entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé, le thérapeute et le patient. Elle dépendra du type d'hypnose choisi (classique, ericksonienne, etc.) et ainsi de la position que l'hypnotiseur décidera de prendre (dominant, accompagnant, etc.) [1,4,5,10].

1.3 PRATIQUE ET HYPNOTISABILITE

Dans le domaine de la santé, l'hypnose est pratiquée principalement pour la gestion de la douleur (aiguë et chronique), des troubles émotionnels et anxieux (stress, phobie, troubles de l'affirmation de soi, états de panique). Elle est intégrée pour aider à traiter les addictions et dépendances (tabac, troubles alimentaires). Elle est utilisée dans des domaines tels que la dermatologie, la gastroentérologie, l'orthophonie et pour traiter des troubles de la personnalité [5].

Dans certaines pathologies, l'hypnose n'est pas recommandée en première intention, notamment chez les épileptiques et les personnes souffrant de troubles psychotiques (paranoïa, bipolarité, schizophrénie, etc.). Cependant, elle pourrait être favorable à ces personnes au regard des objectifs thérapeutiques [1,4], au cas par cas.

Le sexe et le caractère n'influencent pas l'induction en transe hypnotique, contrairement à l'âge. En effet, durant l'enfance, l'hypnose est plus efficace et rapide, puis décroît à partir de l'adolescence jusqu'à 40 ans environ. Ensuite, l'hypnose s'atteint de plus en plus difficilement [5,11]. Cependant, l'hypnotisabilité augmente pendant la grossesse du faite de modifications cérébrales et hormonales [12].

Au-delà du soin, nous retrouvons l'hypnose dans d'autres secteurs tels que le spectacle, la street hypnose.

1.4 LE PHENOMENE HYPNOTIQUE

Nous allons développer des notions clés du langage hypnotique d'après leurs caractéristiques essentielles :

- ⊙ **L'induction** : l'objectif est d'amener le patient à se déconnecter peu à peu de la réalité extérieure, afin de permettre sa rencontre avec son soi intérieur et son corps. Les éléments du VAKO sont utilisés : visuel, auditif, kinesthésique-cénesthésique, olfactif. Ainsi, elle facilitera la venue d'un état hypnotique, permis principalement par les suggestions ;
- ⊙ La **suggestion** : comme son nom l'indique, elle est utilisée pour suggérer au patient de faire émerger ses propres solutions pour le guérir ;
- ⊙ La **dissociation** : l'une des parties d'une personne fonctionne indépendamment d'une autre. Le praticien va aider à la dissociation entre conscient et inconscient pour accéder à l'état de transe ;
- ⊙ La **métaphore** : elle permet au patient d'imaginer autrement ses obstacles, ses difficultés, pour lui permettre de les braver. La métaphore possède deux niveaux : l'un, dit manifeste-discursif, mobilise des processus conscients du patient et l'autre, dit latent-implicite, mobilise des processus inconscients ;
- ⊙ **L'ancrage** : il consiste à lier un état interne, agréable ou désagréable, à une situation physique, un geste (appuyer sur un point du corps par exemple). Son activation permet au patient de retrouver un état émotionnel déjà éprouvé, comme un souvenir. Il s'agit d'un état ressource que le patient devra atteindre pour récupérer des pensées positives et sécurisantes ;

- ⊙ La **régression** : le patient remonte dans le temps, afin de retrouver de bons moments qu'il a vécus et d'utiliser cette positivité dans le présent. Elle est aussi utile pour lui permettre de trouver des événements passés traumatisants parfois refoulés ;
- ⊙ Le **recadrage** : il s'agit de changer d'angle, de prendre du recul sur une situation afin de mieux en sortir. Elle peut aussi servir à moduler la compréhension ou l'occurrence d'un événement en proposant d'en modifier la portée ou les conditions d'apparition. Les métaphores peuvent y aider [1,5,11].

Le praticien a besoin de techniques d'ajustement afin de favoriser l'adhésion du patient et le développement de l'alliance thérapeutique [3,10]. Celles-ci sont :

- ⊙ **L'adaptation du comportement du thérapeute** envers celui de son patient. Cela est permis par des procédés tels qu'une observation attentive du patient, un interrogatoire de ses activités et loisirs, un ajustement par rapport à son langage (simple et adapté au patient), etc. L'objectif étant que la relation entre le thérapeute et le patient soit singulière et harmonieuse.
- ⊙ Le **yes set** dit aussi « séquence d'acceptation » qui consiste à proposer au patient plusieurs questions successives pour lesquelles celui-ci ne peut répondre que par « oui » ou ne peut qu'approuver. Ensuite, il propose une suggestion thérapeutique que le patient va automatiquement acquiescer. Son but est que celui-ci accepte une suggestion thérapeutique.
- ⊙ Le **pacing** est une imitation du thérapeute envers le patient, de façon subtile (respiration, gestuelle, comportement, etc.). De plus, il a été montré que les mots importants prononcés en fin d'expiration, ajoutés à l'imitation par le thérapeute, semblaient favoriser leur intégration chez le patient [10,13].

Enfin, l'hypnose permet de provoquer d'autres manifestations ; il s'agit de phénomènes hypnotiques correspondant à des éléments observables de l'extérieur ou ressentis par la personne elle-même. On peut citer notamment les manifestations corporelles telles que la catalepsie (*cf. glossaire*) (perte de contrôle d'une partie du corps avec une possible rigidité musculaire), la lévitation du bras et l'analgésie (*cf. glossaire*) ; les manifestations psychologiques telles que la distorsion du temps (perception du temps modifiée), l'amnésie ou encore les hallucinations [1,10].

2 DEUXIEME PARTIE : LA PLACE DE L'HYPNOSE DANS LA GESTION DES TROUBLES EMOTIONNELS

2.1 L'HYPNOSE MEDICALE ET SES MULTIPLES UTILISATIONS

Il existe plusieurs formes d'hypnose utilisées dans le domaine médical. L'**hypnoalgésie** est indiquée pour la prise en charge de la douleur. L'**hypnosédation** s'applique au domaine de l'anesthésie, avec une visée sédative. Enfin, l'**hypnothérapie** est une pratique psychothérapeutique utilisant l'hypnose, menée par les spécialistes du psychisme (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes), utilisée à des fins de guérison ou de mieux-être [14,15].

Dans le domaine du soin somatique, l'hypnose peut aider lors de moments spécifiques plus particulièrement :

- ⊙ lors d'interventions chirurgicales, sous anesthésie locale ou locorégionale : l'hypnose est pratiquée en accompagnement, pour rassurer le patient et le distraire. Elle augmente ainsi le confort et le bien-être du patient durant l'opération ;
- ⊙ lors d'actes médicaux, comme les soins infirmiers, les examens sanguins, les examens radiologiques ;
- ⊙ lors de douleurs chroniques, l'hypnose permet d'intensifier l'effet des médicaments. Elle est à utiliser en tant que complément et non en tant que remplacement.
- ⊙ lors de stress lié aux hôpitaux, la peur des examens [16].

L'hypnothérapie est également utilisée pour aider au développement personnel afin d'augmenter la confiance et l'estime de soi, d'améliorer la gestion du stress ainsi que ses performances (physiques, personnelles) [1].

L'hypnose, pratiquée dans le domaine médical, est un outil qui doit être utilisé par un professionnel de santé formé à cette technique. Lorsque l'hypnose est utilisée à visée thérapeutique, elle est soumise à des règles éthiques, pour le respect du patient et de ses droits fondamentaux (« *l'intérêt et le bien-être du patient ou du sujet expérimental doivent toujours constituer un objectif prioritaire* », etc.)

[17,18] (cf. *annexe n°1*). L'hypnose nécessite une relation de confiance entre le thérapeute et le patient. Celle-ci permettra de créer un lien unique, un sentiment de sécurité et autorisera le patient à être libre de se laisser aller à la transe sans crainte [5].

2.2 L'HYPNOSE ET LES TROUBLES EMOTIONNELS

2.2.1.1 Les troubles émotionnels

2.2.1.1.1 Le stress

D'après la définition de l'Institut de recherche sur le stress (IRS), il s'agit d'une « réaction d'adaptation de l'organisme pour maintenir l'équilibre de l'état intérieur (principe de l'homéostasie) » [19]. Hans Selye, chercheur d'origine hongroise du XXe siècle, le décrit comme des « manifestations organiques non spécifiques en réponse à une agression physique » [20].

Un état de stress survient lors d'un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes imposées par son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face [19,21]. Trois éléments sont à différencier : le stressor (la cause, le stimulus), le stress (la réaction de l'organisme) et les conséquences (la maladie, l'anxiété, l'irritation, etc.) [19]. De nombreux autres facteurs vont modifier la réponse au stress comme les traits de personnalités, l'anxiété, la dépression, le soutien social [22]. Selye a identifié trois phases :

- ⊙ *Phase d'alerte* : lorsque le sujet est mis au contact de la situation stressante, il va aller chercher au sein de ses ressources pour y faire face. Il s'agit d'une phase rapide ;
- ⊙ *Phase d'habituation ou d'endurance* : face à la prolongation de la situation stressante, l'organisme va essayer de mettre en place une série de moyens de défense. Des manifestations corporelles se créent.

Il existe trois types de réponses :

- Physiques : palpitations, transpiration, chaleur, accélération du rythme cardiaque ;

- Mentales/cognitives : dépendent de la capacité de traitement de l'information et de la capacité à se représenter la situation ;
 - Comportementales : adaptées ou désadaptées, conséquence de l'ensemble de ces réactions (fuite ou lutte).
- © *Phase d'épuisement* : si la situation stressante persiste dans le temps et devient hors de contrôle pour le sujet, l'organisme perd ses ressources adaptatives et finit par s'épuiser [23,24].

Le stress est physiologique mais peut-être qualifié de pathologique notamment lorsqu'il devient chronique, suite à une phase de rupture ou d'épuisement. D'après le professeur Ferreri, il s'agit de : *l'échec d'une réponse adaptative à une sollicitation de l'environnement. Le stress pathologique correspond à une réaction de stress marquée par la phase de rupture qui fait suite aux phases d'alerte et de lutte lorsque ces réponses ont été insuffisamment efficaces pour endiguer ou aménager la situation stressante. Le sujet se trouve débordé tant sur le plan physique, avec des manifestations neurovégétatives importantes, que sur le plan psychique avec une incapacité à élaborer de nouvelles stratégies d'action* [24].

Pour éviter cet enchaînement, il ne faut pas lutter contre celui-ci mais apprendre à le « gérer ». Différents moyens sont utilisés pour y parvenir, mais nécessitent du temps et de l'assiduité. L'hypnose en fait partie, ainsi que différentes pratiques de relaxation et de méditation. L'objectif est d'atteindre un état de conscience modifiée et de permettre une détente des muscles périphériques et internes [19].

2.2.1.1.2 L'anxiété

L'anxiété est décrite par Freud comme « *un état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues physiologiques et comportementales* », cela signifie la crainte (inquiétude, appréhension) de la survenue d'un danger réel ou imaginaire, se rapportant également à un stress permanent [25]. L'anxiété s'installe sans connaître la menace, celle-ci est subjective, à l'inverse de la peur et du stress qui sont des réactions en réponse à une menace objective [24,26].

L'anxiété s'exprime selon trois registres : psychique (inquiétude, appréhension), comportemental (peur, irritabilité) et physique (tremblement, crispation, agitation, étouffement, frissons, chaleur, cœur battant, etc.) [24,27]

Selon Spielberger, psychologue clinicien, elle est qualifiée de « *trait* » ou « *d'état* ». En effet, l'anxiété trait est une composante de la personnalité et correspond à un sentiment général, habituel dans la personnalité du sujet (appréhension, tension, nervosité, inquiétude). L'anxiété d'état est associée à l'état émotionnel lié à une situation particulière, à un moment précis [28,29].

Une échelle de mesure a été créée, le STAI pour « *State Trait Anxiety Inventory* » (cf. *annexe n°2 et n°2 bis*), aussi nommé « *inventaire d'anxiété état-trait* », afin d'évaluer l'état (STAI forme Y-A) par 20 propositions pour déterminer ce que le sujet ressent sur le moment et le trait (STAI forme Y-B) par 20 autres propositions pour savoir ce que le sujet ressent généralement. Cet outil est régulièrement utilisé et peut être employé pour les femmes enceintes [25,29,30,31].

2.2.1.1.3 L'angoisse

L'angoisse découle de l'anxiété qui elle-même émane de l'inquiétude. Il s'agit ainsi d'un phénomène croissant. Elle englobe l'anxiété et ses signes somatiques d'oppression et de constriction, semblable à la peur sur certains aspects. Nous pouvons également la définir comme une grande inquiétude, une anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague, indéterminée [31,32,34]. Elle serait également décrite par plusieurs auteurs comme une « *sensation physique* », en comparaison avec l'anxiété correspondant plutôt à « *un état d'âme* » [24].

2.2.1.1.4 La peur

La peur est un état anxieux accompagnant la prise de conscience d'un danger ou d'une menace objective, réelle [32]. Elle focalise l'attention de la personne qui ne parvient plus à prendre de la distance et du recul face à ses craintes [35,36]. Afin de comprendre les nuances entre la peur et l'angoisse, la peur serait dite comme « *dirigée vers quelque chose, l'angoisse et l'anxiété sont sans objet* » [24].

2.2.1.2 L'impact de l'hypnose sur les troubles émotionnels

Nous allons à présent nous intéresser à des études menées sur le lien entre l'hypnose et les troubles émotionnels.

Une étude cas-témoin avait pour objectif de déterminer l'efficacité d'une intervention hypnotique dans le soulagement des symptômes psychologiques (stress, anxiété et dépression) et des symptômes de la dépression post-partum. Elle a été menée en 2019 en Malaisie et publiée dans le journal *American Journal of Clinical Hypnosis*. Deux groupes ont été définis dont l'un bénéficiant d'une intervention d'hypnose aux semaines 16, 20, 28 et 36 de leur grossesse et l'autre recevant des soins prénatals de routine. L'échelle de stress anxieux 21 de la dépression (DASS-21) (*cf. annexe n°4*) ainsi que l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) (*cf. annexe n°5*) ont été utilisées dans cette étude. Au bout de deux mois, les résultats ont montré que le groupe ayant bénéficié de l'hypnose avait des symptômes dépressifs post-partum significativement plus faibles que le groupe témoin et de même concernant l'anxiété post-partum. Concernant le stress, les résultats n'ont pas permis de conclure. Le bilan de ces résultats est le suivant : l'hypnose réalisée pendant la grossesse peut favoriser l'amélioration du bien-être psychologique du post-partum [59,60].

Une autre étude a été menée en 2017 et publiée au sein du journal *Medical Hypotheses*. Le but était de déterminer si l'hypnose pouvait modifier le schéma et l'évolution temporelle du stress maternel et fœtal. Il a été testé sur une femme primigravide à 31 semaines de gestation des séances quotidiennes d'hypnose pendant une semaine grâce à l'inventaire d'anxiété de l'État (ISC) (*cf. annexe n°2*). De plus, la fréquence cardiaque maternelle et fœtale ont été enregistrées sur des périodes de 24 heures. Une baisse des scores d'anxiété pendant la phase d'hypnose et une augmentation en dehors de celles-ci ont été mises en évidence. Les résultats finaux ont permis de suggérer qu'une intervention d'hypnose de courte durée est suffisamment efficace pour soulager le stress prénatal [61].

Une étude menée en Espagne en 2019 s'est intéressée à la santé mentale des mères et à leur vécu suite à un accouchement traumatique. Elle a été publiée dans le journal *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Les

réponses soulevées régulièrement étaient les sentiments de peur, de solitude, de stress traumatique, de dépression et le manque de soutien [62].

L'hypnose est souvent proposée comme une méthode de psychothérapie dans diverses pathologies psychiatriques, notamment en rapport avec le stress et l'anxiété. Elle est pratiquée notamment comme une thérapie de soutien, incluant la relaxation, la possibilité de focaliser son attention sur un lieu sûr et des suggestions. Elle permet un meilleur contrôle des symptômes anxieux. Elle peut également être utilisée comme une technique d'intégration, visant à faire vivre au patient l'évènement anxigène et les émotions qui y sont attachées dans un cadre sécurisant. Elle permet ainsi d'induire une nouvelle vision de la situation anxigène et du vécu affectif lié. Même si les données de la littérature ne permettent pas encore de le prouver, les bénéfices thérapeutiques de l'hypnose dans le traitement des troubles anxieux ont régulièrement été évoqués [35,37].

3 TROISIEME PARTIE : L'HYPNOSE ET L'OBSTETRIQUE

3.1 GROSSESSE ET TRAVAIL

Durant leur grossesse, les femmes connaissent une modification naturelle de leur vie psychique [38]. Elles doivent faire face à des transformations physiques, hormonales, psychologiques, familiales et sociales. De là, une double crainte s'insinue.

D'une part, le passage de l'état de fille à celui de mère, défini par le concept de « maternité », expliqué par Paul-Claude Racamier comme « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* » [39,40,41,42]. Ainsi, la conception d'un enfant amène la femme au-devant d'une véritable crise identitaire.

De plus, il est évoqué par la psychanalyste M. Bydlowski que la grossesse est « *un état particulier du psychisme, état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience* ». La femme est alors envahie par les traumatismes refoulés qui atteignent son conscient. Ainsi, elle les exprime plus facilement que d'ordinaire. C'est ce que l'on nomme la « transparence psychique » [43].

Par conséquent, la grossesse est une période dans la vie d'une femme perturbant son équilibre intérieur [43].

Les modifications psychiques survenant au cours de la grossesse et du post-partum sont régulièrement abordées. Cependant, nous n'avons pas identifié, au cours de nos recherches, d'études abordant précisément les tourments auxquels se confrontent les femmes lorsqu'elles sont en travail.

3.2 LES APPLICATIONS DE L'HYPNOSE EN OBSTETRIQUE

La femme enceinte se montre plus apte à entrer en hypnose car les processus de la transe sont déjà présents durant sa grossesse ; ainsi, elle est plus suggestible.

De nos jours, l'usage de l'hypnose est bien accepté dans le domaine de la grossesse, notamment lors de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ainsi que pour l'accouchement.

Lorsqu'elle est utilisée durant la grossesse comme PNP, elle aide les femmes à trouver des solutions à des problématiques qu'elles se posent [44] : elle contribue à dépasser un traumatisme ou une phobie, à prendre de la distance ou faire le point sur son projet d'enfant. Elle peut, de même, épauler le couple ayant le désir d'un accouchement naturel guidé par l'hypnose. En outre, l'auto-hypnose, apprise auprès d'un thérapeute formé [45], peut permettre de gérer au quotidien les différents désagréments tels que les maux de la grossesse.

Au moment du travail et de l'accouchement, l'hypnose peut se pratiquer de deux façons, à savoir avec ou sans préparation préalable. C'est ce qui en fait sa particularité. Ainsi, on peut l'employer pendant la pose de l'analgésie péridurale, pendant le travail, durant l'accouchement par les voies naturelles ou par césarienne. De même, l'hypnose pourra être utilisée dans le cadre d'un travail sans péridurale, ou encore en complément d'une anesthésie médicamenteuse [1,39].

Il est important de noter qu'il n'y a pas de contre-indication formelle pour les femmes enceintes à bénéficier ou pratiquer l'hypnose. La relation entreprise entre le thérapeute (sage-femme, infirmière ou médecin) et la patiente est primordiale pour que l'état hypnotique se fasse [1].

Il a pu être prouvé que l'hypnose permettait trois évènements essentiels :

- ⊙ L'apaisement de la douleur liée au travail. Elle serait diminuée de moitié chez la majorité des femmes sous hypnose ;
- ⊙ La rapidité de la dilatation du col ;
- ⊙ La rapidité de l'accouchement [1].

La plupart des femmes enceintes sont désemparées à cette période de leur existence. Elles abordent une transe naturellement négative et inconfortable. Notre objectif en hypnose est de les amener vers une transe positive. Pour cela, nous devons les guider, les soutenir et les aider à traverser ces évènements avec le moins de crainte et le plus de positivité [5,46].

Nous allons à présent présenter les conclusions de trois études étrangères, portant sur l'hypnose, ainsi que son utilisation durant le travail et l'accouchement.

Une étude menée en 2006, diffusée au sein du journal *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, cherche à déterminer les bienfaits et l'efficacité de l'hypnose durant le travail et l'accouchement grâce à une méta-analyse. Ces conclusions ont permis de montrer une réduction importante de l'utilisation d'analgésiques et d'anesthésiques, ainsi que l'abrégement des stades 1 et 2 du travail. Il a été montré dans 6 cas que l'hypnose avait permis d'interrompre un accouchement prématuré à plusieurs reprises. Enfin, il a également été recensé la réussite d'un accouchement de quadruplés sous hypnose [47].

Une seconde étude, menée en 2007 et publiée en 2011 au sein du journal *American Journal of Clinical Hypnosis*, est décrite comme exploratoire, descriptive et rétrospective. La thématique de comparer les caractéristiques de l'accouchement dans la file active d'un obstétricien en comparant 50 femmes ayant choisi une préparation à l'hypnose ante-partum et 51 femmes témoins. Le groupe préparé en hypnose a nécessité une utilisation beaucoup moins importante de sédatifs, d'analgésie et d'anesthésie régionale pendant le travail et les scores d'Apgar néonataux à une minute étaient plus élevés. L'objectif de cette étude est non seulement de montrer un intérêt pour les femmes sur la gestion de leur douleur grâce à l'hypnose, mais également de montrer l'intérêt en terme de coût de pratiquer une méthode qui permet de diminuer la demande en analgésiques et en sédatifs [48].

Une troisième et dernière étude est le premier essai randomisé enquêtant sur les effets de la préparation de l'hypnose prénatale pour l'accouchement en fin de grossesse chez les femmes nullipares et multipares. Elle a été menée en 2006 et a été publiée dans *BMC Pregnancy and Childbirth*. Les conclusions de cette enquête sont les suivantes : l'hypnose permet la réduction des besoins en analgésie par les patientes, la réduction de l'administration d'ocytocine et l'augmentation de l'incidence des naissances vaginales spontanées [49].

3.3 LE VÉCU ÉMOTIONNEL DE LA FEMME ENCEINTE

3.3.1.1 Vécu émotionnel au fil des trimestres

Au commencement de la grossesse, les femmes font face à son annonce et à une ambivalence quant à son acceptation. Le désir de grossesse n'est pas toujours accompagné du désir d'enfant. Les femmes peuvent ainsi désirer être enceinte mais ne pas accepter l'arrivée de l'enfant dans leur vie et tous les chamboulements qu'il apportera. Par la suite, certains maux de la grossesse peuvent se développer et altérer le vécu psychique de la grossesse tels que les nausées et vomissements gravidiques, la fatigabilité. Ce malaise physique entraîne un malaise psychique, s'accompagnant par du stress et de l'anxiété au vu de l'intensité et de la durée des maux [43]. Lors du deuxième trimestre, la femme enceinte s'implique dans sa grossesse : le commencement des mouvements fœtaux, la diminution voire l'arrêt des maux de la grossesse, le retour d'une vie sexuelle. Cependant, le troisième trimestre se montre long et gênant. Le volume de l'utérus se fait ressentir, la fatigue et l'essoufflement augmentent, le stress de l'accouchement à venir s'insinue avec une peur de celui-ci et une crainte de la mort, pour la femme et l'enfant [40,42,50,51,52].

Les femmes peuvent appréhender leur grossesse et leur accouchement à cause d'évènements passés traumatisants leur ayant laissé un stress post-traumatique. Les principaux sont les accouchements violents, douloureux, la découverte de la mort ou du handicap de leur enfant. La peur de retrouver le même schéma précédemment vécu peut s'installer [53].

Ces peurs de la grossesse et de l'accouchement peuvent être très présentes et peuvent aller jusqu'à la tocophobie ou peur des contractions. Il s'agit d'un trouble anxieux qui s'accompagne d'une conduite d'évitement touchant la grossesse malgré un désir d'enfant ou de l'accouchement [54].

Un article paru en 2011 dans le journal Science Direct aborde deux études cherchant à mettre en place une échelle mesurant l'intensité de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes francophones. Cinq facettes (*cf. annexe n°3*) de la peur de l'accouchement ont été mises en avant dans les résultats de

l'article : anticipation d'un accouchement traumatique, intrusion, évitement, émoussement, hyperstimulation, grâce à une échelle de mesure. Ces études montrent également que la peur est vecteur d'autres complications comme la dépression pré- et post-partum et les difficultés d'attachement envers l'enfant [55].

3.3.1.2 Les différents troubles émotionnels et physiques rencontrés

Un premier lien se crée entre la peur et le stress maternel. La potentialisation des deux conjointement peut amener certaines femmes à demander l'avortement ou une césarienne de convenance [28,55].

Un second lien se crée entre la peur et la douleur. La douleur est propre à chacun. Elle interagit de manière complexe avec de multiples facteurs physiologiques et psychologiques tels que la peur, la tension et l'anxiété, qui sont les principaux éléments aggravants de la douleur [49]. Le docteur Dick-Read, obstétricien anglais du XXe siècle, a remarqué qu'en dehors de toute peur chez la femme accouchant, les muscles se détendent et demeurent souples. Cela permet au col de s'amincir, de s'ouvrir plus naturellement et d'expulser le nouveau-né plus facilement. La peur potentialise la douleur et la douleur potentialise la peur [46,56,57].

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur, à ce jour et notamment en France, l'une des techniques les plus répandues est l'analgésie péridurale. Elle a su se révéler efficace dans le soulagement de la douleur du travail et de l'accouchement. Cependant, cette analgésie peut être associée à des effets indésirables tels que des hypotensions, une médicalisation plus importante de l'accouchement, des céphalées post-durales pouvant dans de rares cas aller jusqu'à des lésions neurologiques. De même, elle peut priver la mère d'une « *expérience de naissance optimale* » et donne un sentiment de perte de contrôle. Un rapport du groupe de travail de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande College of Anesthetists (ANZCA) met en avant le fait que les options de traitement non pharmacologiques doivent être envisagées avant d'utiliser des médicaments analgésiques, en particulier avant l'accouchement [49].

Actuellement, nous savons que d'autres méthodes peuvent être utilisées à visée antalgique, avec un effet direct moins intense, mais pouvant interagir efficacement

avec d'autres paramètres entrant en jeu dans le cycle de la douleur. En effet, on peut penser que la douleur de l'accouchement et des contractions est celle qui empêche une femme de pouvoir lâcher prise et ainsi d'avoir un travail et un accouchement pleinement physiologique. Cependant, nous avons pu remarquer que la douleur étant présente inévitablement, la peur qui l'accompagne est son amplificateur. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de combattre la douleur, mais plutôt de gérer la peur qui s'y associe. En effet, la gestion de la douleur lors de la naissance ne devrait pas uniquement être effectuée avec des techniques d'analgésie. Elle nécessite un accompagnement psychologique pouvant être apporté par l'hypnose.

L'hypnose permet au corps de produire de l'antalgie. Elle agit directement sur la douleur au niveau de sa composante sensorielle et émotionnelle, comme dans un contexte de douleur chronique. Cependant, en pratique, l'hypnose est perçue comme un complément afin de faciliter et d'améliorer d'autres analgésiques [28,46,49,58].

Ainsi, au cours de notre revue de la littérature, nous avons pu mettre en lumière les émotions ressenties le plus communément par les femmes enceintes : le stress, l'anxiété, l'angoisse et la peur. Ces émotions sont déterminantes dans l'expression du vécu du travail. Au cours de nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'étude abordant le thème du vécu émotionnel chez la femme enceinte durant son travail. Par conséquent, nous allons étudier les effets de l'hypnose et son impact sur le vécu émotionnel [62,63].

MATERIEL ET METHODE

1 QUESTION DE RECHERCHE

Au cours de notre revue de littérature, nous avons exposé le principe de l'hypnose et son utilisation. Après avoir mis en avant les différents troubles émotionnels rencontrés chez la femme enceinte, nous avons exploré les applications de l'hypnose en obstétrique et son implication dans la prise en charge de ces troubles.

À présent et grâce à ces éléments, nous nous posons la question suivante en optant pour une autre approche que celle des études que nous avons recensées :

Quel est l'impact de l'hypnose sur les troubles émotionnels qui interviennent lors du vécu du travail ?

Ainsi nous allons tenter de déterminer quels sont les éléments émotionnels rencontrés chez la parturiente et les effets apportés par l'hypnose durant le travail.

2 HYPOTHESE

L'hypnose a un effet bénéfique sur le vécu émotionnel du travail. Notre étude a pour objectif principal de vérifier cette hypothèse en étudiant de quelle manière l'hypnose influe sur les émotions négatives ressenties par les parturientes.

3 OBJECTIFS DE LA DEMARCHE

Les objectifs définis pour notre étude sont les suivants :

- Évaluer les effets de l'hypnose sur le vécu émotionnel :
Notre objectif principal est d'évaluer l'impact de la séance d'hypnose. Nous reprendrons les réponses du questionnaire sur les troubles émotionnels et les éléments post-séance hypnotique afin de vérifier que l'accompagnement a porté ses fruits sur la diminution des troubles émotionnels au moment du travail.

Parmi nos objectifs secondaires, nous avons :

- Identifier les troubles émotionnels se manifestant à chaque étape du travail :
Le questionnaire s'étant inscrit dans une relation de confiance avec la patiente, nous adopterons une attitude d'écoute. Grâce à cela, elle délivrera les émotions éprouvées, que ce soit avant l'intervention du professionnel de santé, pendant et après. Grâce à la grille élaborée, nous classerons les troubles émotionnels décrits et les ressentis qui ont pu être associés.
- Relever les influences secondaires mais complémentaires aux états émotionnels :
Nous devons prendre en considération que chaque patiente exprime le besoin d'être sécurisée, d'avoir confiance et d'être accompagnée au cours de son travail. Ce point paraît légitime à notre étude car il permet de comprendre l'influence négative ou positive des facteurs environnementaux. Ils seront considérés comme des variables agissant sur les émotions et sur le contexte du travail.
- Récolter les connaissances et la perception de l'hypnose en pré et post séance :
Le questionnaire se poursuit dans le relevé des connaissances de chaque patiente sur l'hypnose. Ces informations peuvent être ancrées par ses expériences personnelles ou apportées par l'influence de la société. Une fois cette étape réalisée, nous recueillerons les nouveaux savoirs et le nouveau ressenti à la suite de leur expérience. D'autre part, un comparatif sera réalisé et permettra d'analyser le changement de point de vue sur cette méthode. Nous chercherons à relever les bénéfices que les patientes ont pu en tirer.

4 DESCRIPTION DE L'ETUDE

4.1 TYPE D'ETUDE

Notre étude présente les caractéristiques méthodologiques suivantes :

- Qualitative, fondée sur des entretiens ;
- Exploratoire ;
- Semi-dirigée, grâce à une trame de questions afin de guider les femmes sur nos objectifs de recherche ;
- Rétrospective, afin de connaître l'expérience et le vécu passé de nos sujets ;
- Multicentrique.

4.2 OUTIL METHODOLOGIQUE

Pour répondre à notre problématique, nous avons utilisé une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés avec des patientes ayant bénéficié d'un accompagnement par l'hypnose au cours de leur travail. Cet accompagnement sera fourni par des professionnels de santé formés en hypnose.

Les entretiens se sont déroulés au cours du post-partum et au sein de la maternité d'accouchement. La période de recueil s'est étendue entre octobre 2019 et février 2020.

Les entretiens ont été récoltés au lit de la patiente. Les outils utilisés ont été un dictaphone afin d'enregistrer les entretiens et un guide d'entretien (*cf. annexe n°6*). Celui-ci a été construit en se basant sur nos objectifs de recherche et prend en considération la personne comme unique avec ses expériences positives et négatives ainsi que sa personnalité :

- › La première partie de notre guide aborde les données anamnestiques : âge, parité, antécédents médicaux particuliers, déroulement de la grossesse versant émotionnelle et médicale, PNP, type de mise en travail, durée du travail, APD, particularité du travail, mode d'accouchement. Ces éléments nous permettent de comprendre la patiente, sa vision du travail et les moyens qu'elle a mis à sa disposition pour l'entamer ;
- › La deuxième partie concerne les connaissances théoriques et pratique sur l'hypnose : définition avant puis après la séance, durée de la séance, récit de la séance ;
- › La troisième partie s'intéresse tout d'abord aux émotions : ressenti avant l'hypnose, description des émotions, état d'esprit ; puis à la transe hypnotique : description de l'expérience hypnotique, sensation mentale et corporelle ;
- › Enfin, la quatrième partie traite du relationnel : confiance avec le professionnel de santé et relation avec la personne accompagnante.

Le témoignage des professionnels de santé n'a pas été recherché dans le cadre de ce mémoire et les dossiers personnels des patientes n'ont pas été consultés. Ainsi, les professionnels de santé ont rempli, à la suite de leur accompagnement en hypnose auprès d'une patiente, un document renseignant les informations suivantes (*cf. annexe n°7*) :

- ⊙ Stade – phase du travail auquel l’hypnose a été pratiquée ;
- ⊙ Motif ;
- ⊙ À la demande de la patiente ou proposé par la sage-femme/médecin ;
- ⊙ Durée approximative de la séance ;
- ⊙ Résumé de l’induction ;
- ⊙ Résumé de la transe – discours ;
- ⊙ Réceptivité – ressenti de la patiente d’après le professionnel.

Ces éléments ont été insérés, au cours des entretiens, au sein du questionnaire à l’intention des patientes.

4.3 POPULATION CIBLE

4.3.1.1 Critères d’inclusion et d’exclusion

Les patientes ont été sélectionnées selon les éléments suivants :

- Critères d’inclusion :
 - Primipare et multipare ;
 - Accouchement par voie basse normal ou instrumental ou césarienne pendant le travail ;
 - Mise en travail spontanée ou déclenchement ;
 - Grossesse à terme ou à terme dépassé ;
 - Patiente bénéficiant ou non d’une analgésie péridurale ;
 - Cours de préparation à la naissance et à la parentalité suivis ou non.
- Critères d’exclusion : leurs présences pourraient représenter un biais dans l’impact sur le vécu du travail :
 - Prématuration ;
 - Grossesses multiples ;
 - Nouveau-nés hospitalisés ou transférés ;
 - Complications de la grossesse ou du post-partum (HPP, PE, HEELP syndrome, diabète déséquilibré ou insulino-dépendant).

4.3.1.2 Constitution de l'échantillon

Nous avons décidé, dans un souci de faisabilité, de limiter notre terrain de recherche à la région Ile-de-France et Ile-et-Vilaine.

Notre échantillonnage a été défini en fonction de plusieurs paramètres. Il a tout d'abord fallu trouver des professionnels de santé permettant la réalisation de l'étude et correspondant aux critères suivants :

- sages-femmes ou médecins (en premier ou second plan de l'accompagnement) en possession d'un DIU (diplôme inter-universitaire) en hypnose médicale ou d'une formation longue en hypnose médicale (supérieure à 10 journées de formation) ;
- réalisant un accompagnement en hypnose formelle. La pratique de l'hypnose formelle est demandée parmi les critères de sélection. En effet, il existe deux types d'hypnose régulièrement utilisés dans le domaine médical : l'hypnose formelle et l'hypnose conversationnelle. L'hypnose formelle est plus intense, plus stable et amène à des trances plus profondes et guidées. Elle permet de réaliser des actes médicaux car elle focalise l'attention du sujet sur une expérience ou une émotion agréable. Cela permet d'apporter de la détente, de se détacher de la réalité extérieure et d'acquiescer des pensées positives. Elle se réalise grâce à, dans un premier temps, une induction (respiratoire, point à fixer etc.), puis, dans un second temps, l'apport de suggestion, de métaphores etc. [25] ;
- exerçant au sein d'une maternité et dans le service des salles de naissance.

Pour ce faire, nous avons contacté par mail les cadres sages-femmes des maternités des deux régions choisies. Au total, 31 maternités ont été sollicitées et grâce au bouche à oreille, six sages-femmes issues d'autres maternités ont été contactées. À la suite de ces échanges par mails, 10 sages-femmes ont répondu une première fois à notre annonce.

Nous avons également pris attache avec l'association Institut Française d'Hypnose (IFH) afin de tenter de correspondre avec des sages-femmes formées par leur institut. Cependant, cette piste de recherche n'a pas abouti car l'association a souhaité garder ses données confidentielles.

Afin de recruter des médecins, nous avons procédé au bouche à oreille afin de rechercher ceux qui étaient formés au sein des maternités de proximité. Une personne a répondu positivement et a accepté de participer à l'étude.

L'échantillon de patiente a ensuite été constitué dans les lieux d'exercice de ces professionnels. Le niveau de la maternité ne présente pas d'intérêt dans notre recherche. Nous nous sommes ainsi focalisés sur deux maternités de la région Ile-de-France et une maternité de Rennes.

Une fois le recrutement des professionnels effectué, le début de l'inclusion des patientes a pu débuter.

4.4 PASSATION DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été récoltés au lit des patientes pendant leur séjour en suites de couche. Celles-ci ont été prévenues de la pratique de l'hypnose après la réalisation immédiate de celle-ci ou durant le post-partum. Les professionnels de santé ont demandé aux patientes leur accord pour ma venue au cours de leur séjour.

Lors de la rencontre avec la participante, nous avons fait signer et dater un consentement écrit pour chacune d'elle attestant que les entretiens seront enregistrés et anonymisés.

Au final, il a été décidé, en amont du commencement de l'étude, de réaliser entre cinq et dix entretiens individuels.

4.5 METHODOLOGIE D'ANALYSE

Tout d'abord, les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone puis transférés sur un ordinateur protégé d'un mot de passe sécurisé. Leur durée varie entre 21 min et 1h16min, avec une moyenne de 45min et 75sec.

Les enregistrements ont été écoutés à l'aide d'un casque audio et retranscrits au complet sur le logiciel de traitement de texte « Microsoft Word ». Ils ont été écoutés à plusieurs reprises afin d'être le plus fidèle à l'enregistrement audio. Les

transcriptions ont été anonymisées en renommant les personnes citées par des chiffres correspondant à l'ordre des entretiens effectués.

Ensuite, nous avons procédé au classement de ces entretiens sur le logiciel « Excel ». Après relecture de chaque verbatim, nous avons procédé à leur codage thématique. Dans un premier temps, nous avons réalisé un codage déductif. Dans un second temps, nous avons procédé à un codage des verbatims pour chaque catégorie. Celui-ci a été réalisé grâce au surlignage, au changement de couleur du texte, au soulignage, à l'écriture en italique ou en gras. À terme, nous avons construit un tableau pour nous permettre de rassembler tous les éléments du codage et de les organiser en thématiques.

L'analyse du recueil de témoignages a permis d'approfondir les éléments inclus au sein de nos axes : les contextes particuliers des patientes et leur expérience antérieure en thérapies brèves.

La discussion s'articulera autour des résultats des entretiens et sera mise en corrélation avec les données de la littérature. Il en découlera une proposition de réponse à la problématique de notre travail.

RESULTATS ET ANALYSE

1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1.1 POPULATION INTERROGEE

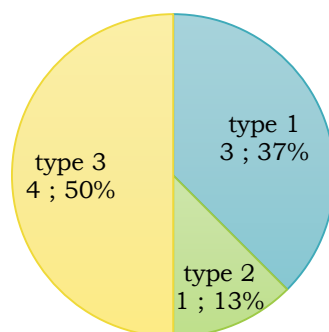
Après une sélection par mail et à la suite de diverses contraintes (planning, activité du service), quatre sages-femmes, sur les 10 ayant répondu au premier échange, ont été retenues pour participer à l'étude. Afin de rester dans l'anonymat, leurs prénoms ont été remplacés par <sage-femme> lors de la retranscription des entretiens. L'autre professionnel de santé - médecin - devant participer n'a pas admis de patiente sur la période d'inclusion de l'étude.

Dans notre population d'étude, huit patientes sur neuf ont accepté un entretien. Elles ont été nommées par un chiffre allant de **1 à 8**.

1.2 TYPE DE MATERNITE D'INCLUSION DES PATIENTES

Les maternités où ont eu lieu les entretiens sont de tous les types. Elles sont localisées dans la région Île-de-France et à Rennes. Nous pouvons noter que 50% des entretiens (quatre entretiens) ont été réalisés en maternité de type 3, 37% en maternité de type 1 (trois entretiens) et 13% en maternité de type 2 (un entretien).

Graphique n°1 : Part des différents types de maternité des entretiens



2 ÉTUDE DE LA POPULATION

2.1 CARACTERISTIQUES GENERALES

Tableau n°1 : **Données anamnestiques générales des huit patientes de l'étude.**

	Âge	Parité	PNP pendant la grossesse		
			Nombres de cours réalisés	Type de cours	Satisfaction
Patiente 1	34	1	1	Préparation classique	Non satisfaite
Patiente 2	36	1	7	Urgences Gestion de la douleur Accouchement Allaitement Retour à la maison	Satisfaite
Patiente 3	21	1	3	Chaque étape de l'accouchement	Satisfaite
Patiente 4	27	2	Non	X	X
Patiente 5	28	1	Nombre indéfini / « chaque semaine »	Cours théoriques hebdomadaires	Satisfaite
Patiente 6	33	1	7	Cours théoriques + pratique du yoga prénatale à l'institut de Gasquet	Satisfaite
Patiente 7	25	3	Non	X	X
Patiente 8	35	3	3	Séances d'hypnose individuelles avec une sage-femme spécialisée	Satisfaite
% ou MOYENNE	29,875	62,5% primipare 12,5% 2 ^e pare 25% 3 ^e pare	75% oui 25% non		

PNP = préparation à la naissance et à la parentalité.

2.1.1.1 Âge de la population

Les patientes (**1 à 8**) incluses dans l'étude ont un âge variant de 21 à 36 ans. La moyenne de ces âges est de 29,875 (*cf. tableau n°1*).

2.1.1.2 Parité

Les **patientes 1, 2, 3, 5** et **6** étaient primipares, la **patiente 4** était deuxième pare et les **patientes 7** et **8** étaient troisième pare (*cf. tableau n°1*).

2.1.1.3 Participation aux cours de PNP

La majorité des patientes ont réalisé des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (75%) sauf les **patientes 4 et 7** (25%) (*cf. tableau n°1*).

Ces deux patientes étaient multipares et n'ont pas souhaité en pratiquer pour leur précédente grossesse. La **patiente 4** a pensé que les cours n'auraient pas été utiles pour elle car « *je panique tellement vite que j'oublie ce que j'ai appris* ». Également, elle nous a indiqué ne pas avoir trouvé cette préparation utile pour elle. Quant à la **patiente 7**, elle nous a révélé ne pas en avoir réalisé et ne pas en avoir ressenti un quelconque besoin ou manque lors de ces deux accouchements.

Parmi les patientes en ayant pratiqué, toutes ont suivi des cours de préparation classique au sein de la maternité où elles étaient inscrites sauf la patiente 8. Elles en ont toutes été satisfaites sauf la **patiente 1** qui nous avait décrit qu'elle ne s'était pas sentie « *vraiment préparée* ».

La **patiente 6** a choisi d'associer à sa préparation classique une formation en yoga prénatal à l'institut De Gasquet. Ces cours lui ont apporté deux choses : « *toute une préparation par la respiration* » et « *ça me donnait des réponses assez concrètes pour gérer la grossesse* ».

Enfin, la **patiente 8** a réalisé une préparation à l'accouchement uniquement par des séances d'hypnose individuelles. Elle a déjà effectué des préparations classiques lors de ses deux premières grossesses. Pour celle-ci, elle nous a dit qu'elle avait souhaité se préparer uniquement en hypnose afin de pouvoir accomplir son accouchement sans péridurale « *une sage-femme qui du coup était spécialisée dans cette méthode, et je crois j'ai dû faire 3 ou 4 séances* ». Au total, 3 séances ont été réalisées. Le premier travail, exercé en amont, a été d'aborder les différents affects négatifs « *elle prenait bien le temps d'aborder [...] mes inquiétudes pour pouvoir les évacuer* » et permettre ainsi à la patiente de « *s'isoler du monde extérieur* ». Ensuite, le second travail a été de trouver son « *lieu refuge* », de « *l'enrichir* », « *le rendre plus lumineux, plus attractif* ». L'étape suivante a été « *d'apporter trois phrases clés* » que la patiente a décidé de « *caler dans ce lieu refuge* ». Elle irait ainsi les chercher lorsque les contractions deviendraient difficiles. Enfin, la dernière étape a été de visualiser un « *animal fétiche* », qui lui permettra de « *passer le cap, où on se dit "là j'y arriverais pas, c'est fini, j'arrête"* ».

2.2 LE TRAVAIL

Tableau n°2 : **Données anamnestiques concernant le travail des huit patientes.**

Tableau n°2 :	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5	Patiente 6	Patiente 7	Patiente 8	% sur MOYENNE
Mise en travail	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	4 : 50% spontanée à terme
Déclenchement : motif et type	Non	Non	Non	Non	Oui pour terme dépassé RAM + oxytocine	Oui pour terme dépassé Ballonnet + RAM	Oui pour RSM avant travail à terme Oxytocine	Oui pour HTA et diminution des MAF à terme Ballonnet	2 : 25% déclenchement pour terme dépassé 2 : 25% déclenchement pour autre motif
Durée	• long • 48h	• long • Environ 15h à partir de la pose de la poche de la péridurale	• rapide •	• long • 3h	• rapide •	• rapide • Une peu plus de 5h	• rapide •	• super vite •	5 : 62,5% • rapide • 3 : 37,5% • long •
Mode d'accouchement	C	VB Spécules	VB	VB Ventouse	VB	VB	VB	VB	87,5% VB 12,5% C
Motif et C	Stagnation de la dilatation cervicale à 9cm	X	X	X	X	X	X	X	X
Rebut	Sans	Avec	Avec	Avec	Avec ou sans suivant le contexte	Avec mais le plus tard possible	Avec	Sans	50% Avec APD dès que possible 25% Avec APD mais en décalé 25% Sans APD
Abaissement	Avec	Avec	Avec	Avec	Avec	Avec	Avec	Sans	87,5% Avec 12,5% Sans
Satisfaction	Satisfaite	Satisfaite	Très satisfaite	Très satisfaite	Très satisfaite	Très satisfaite	Très satisfaite	Très satisfaite	75% très satisfaite 25% satisfaite

Légende :

RAM = rupture artificielle des membranes

RSM = rupture spontanée des membranes

HTA = hypertension artérielle

MAF = mouvements actifs fœtaux

APD = analgésie péridurale

2.2.1.1 Mise en travail et durée du travail

Les patientes incluses au sein de l'étude ont présenté des situations de mise en travail variées. Cela nous permet d'avoir un large panel d'expériences et de vécu. Nous allons exposer leur mise en travail, la durée de celui-ci, d'après les patientes, ainsi que le mode d'accouchement.

Les **patientes 1 à 4** ont eu une mise en travail spontanée à terme, mais des suites différentes.

D'une part, la **patiente 1** a eu une dystocie de démarrage et une pose d'une analgésie péridurale précoce à une ouverture cervicale de deux doigts pour algie maternelle. La durée de son travail a été de 48 heures d'après la patiente et a été soldée par une césarienne pour une stagnation de la dilatation cervicale à neuf centimètres « *quarante-huit heures de calvaire* ». De plus, la **patiente 2** a vécu son travail comme long : « *C'est très long [...] on n'en peut plus* ». Elle a accouché par voie basse à l'aide de spatules. La durée du travail de la **patiente 3** a, au contraire, été ressenti comme rapide : « *bah déjà quand je suis venue j'étais pas dans l'optique d'accoucher vraiment [...] c'était beaucoup trop vite* ». Elle a pu accoucher par voie basse, sans instrument. Enfin, la **patiente 4** a le ressenti d'un travail long, ayant pourtant accouché rapidement au bout de quelques heures : « *moi j'ai eu l'impression que c'était beaucoup plus long* ». Son accouchement a été également par voie basse et a nécessité l'utilisation d'une ventouse, car la patiente nous a décrit « *j'avais du mal à pousser* » et il y a avait la présence d'anomalie du rythme cardiaque fœtal sévère.

Les **patientes 5 et 6** ont été déclenchées pour terme dépassé. La **patiente 5** a été déclenchée par une rupture artificielle de la poche des eaux car elle avait un col favorable. La rupture n'ayant pas suffi à la mise en travail, la patiente a nécessité l'installation d'une perfusion d'ocytocine. Elle a eu un bon vécu de son déclenchement : « *j'étais contente de ne pas avoir la prostaglandine et quarante-huit heures de rab* ». Concernant la durée du travail, la patiente nous décrit « *moi ça m'a semblé assez rapide* ». Quant à la **patiente 6**, elle a été déclenchée par un ballonnet puis, poursuivi le lendemain, par une rupture artificielle de la poche des eaux « *là en revanche ça a été super rapide puisque 5 minutes plus tard j'ai eu des*

énormes contractions et ça n'a pas arrêté de monter ». Concernant la durée du travail pour cette patiente : « *oui globalement les choses sont allées assez vite* ».

La **patiente 7** a été déclenchée pour rupture spontanée des membranes avant travail, à terme, par une perfusion d'ocytocine car son col était favorable. Concernant la durée du travail : « *Euh bah le travail, ça a duré un petit peu quand même, mais sinon l'accouchement, ça a été rapide* ».

Enfin, la **patiente 8** a été déclenchée pour hypertension artérielle et diminution des mouvements actifs fœtaux à terme. Elle a été déclenchée par un ballonnet et elle s'est mise en travail rapidement suite à sa pose. Concernant la durée du travail : « *on me l'a enlevé et après ça a été super vite* ». Cependant, la patiente n'a pas bien vécu le fait d'avoir été déclenché : « *les deux premiers avaient déjà été déclenchés, donc vraiment, la chose que je ne voulais absolument pas* ».

Ces perceptions variées de la durée de leur travail sont étroitement liées aux ressentis émotionnels qui seront exposés ultérieurement (*cf. partie 3*).

2.2.1.2 Analgésie péridurale

Le souhait de départ des **patientes 1 et 8** était de réaliser leur travail et leur accouchement sans analgésie péridurale (APD).

La **patiente 1** n'en souhaitait pas car elle avait peur des aiguilles et donc de la pose de la péridurale. Au vue de la dystocie de démarrage, elle a demandé à bénéficier d'une APD. En ce qui concerne son efficacité et ses effets, la patiente nous a indiqué avoir été satisfaite. Cependant, elle a présenté plusieurs périodes pendant le travail où la péridurale ne l'a pas soulagée correctement « *même avec la péridurale, je supportais pas les contractions* ». Elle nous a décrit également avoir vécu des effets secondaires dus à son dosage « *ça m'a complètement paralysée* » ; « *j'étais engourdie* ». La **patiente 8**, quant à elle, avait vécu pour son premier accouchement l'expérience sans analgésie péridurale mais avait souhaité en bénéficier pour son deuxième accouchement. Pour son troisième accouchement, elle s'était formée à l'auto-hypnose au vue de ce projet : « *je me concentre uniquement là-dessus pour pouvoir faire le sans péridurale* ». Elle a réussi son objectif et a accouché sans péridurale pour ce troisième enfant.

Les **patientes 2 à 7** avaient fait le souhait en amont d'une analgésie péridurale.

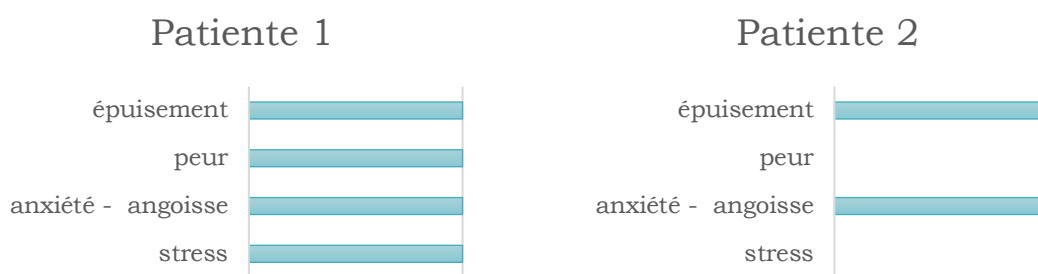
Les **patientes 5 et 6** nous ont exprimé la possibilité, selon le contexte et leur gestion de la douleur, de poursuivre leur travail sans péridurale. Cependant, la **patiente 5** nous a avoué « *je suis restée une heure avec des contractions vraiment douloureuses, et j'en ai eu assez donc j'ai demandé la péridurale* ». La **patiente 6**, quant à elle, nous a annoncé « *un moment c'était insoutenable, je n'arrivais plus à gérer. Et là du coup j'ai demandé la péridurale* ». Elles ont été satisfaites de son efficacité et n'ont pas exprimé de regret.

Les **patientes 2, 3, 4 et 7** ont souhaité la pose d'une péridurale le plus tôt possible et l'ont obtenue. Concernant son efficacité, comme pour la patiente 1, la **patiente 2** nous a décrit avoir eu les jambes « *engourdies* » et « *être consciente et être paralysée de pas pouvoir bouger ses jambes, ça c'est traumatisant* ». Les autres patientes (**3, 4 et 7**) ont eu une péridurale efficace et en ont un bon vécu.

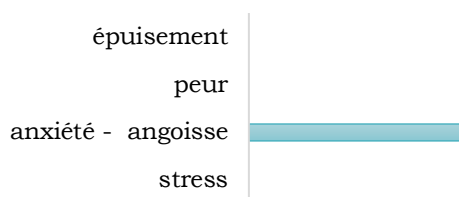
3 TROUBLES EMOTIONNELS DECRITS DURANT LE TRAVAIL

Nous allons à présent énoncer les différentes émotions et ressentis décrits par les femmes, au cours de leur travail.

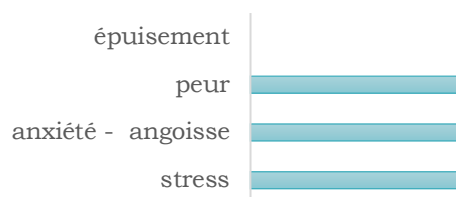
Graphiques n°3 : Synthèse des émotions décrites par chaque patiente.



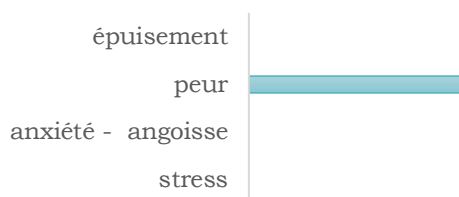
Patiente 3



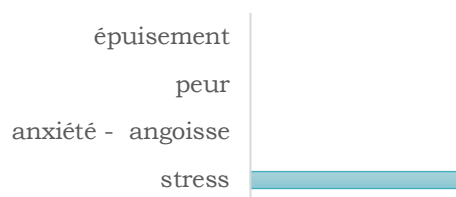
Patiente 4



Patiente 5



Patiente 6



Patiente 7



Patiente 8



Ce graphique résume la part, pour chaque patiente, des émotions qu'elles ont décrites présentes au cours de leur travail.

3.1 STRESS

Quatre des patientes de l'étude nous ont décrit ressentir du stress au cours de leur travail. Il s'agit des **patientes 1, 4, 6 et 8**. Nous allons définir pour chacune d'elle le stressueur et le comportement associé, s'il a été décrit.

Pour la **patiente 1**, le stressueur était la césarienne et même l'opération en tant que telle. La patiente a utilisé à fréquemment le terme « *stress* ». Concernant son comportement, celui-ci a été associé à plusieurs reprises à la « *peur* », à « *l'inquiétude* » et également à des manifestations corporelles (phase

d'habitude) : « *je posais des questions à tout le monde* » ; « *je tremblais comme une feuille* ».

La **patiente 4** a ressenti également du « *stress* ». Le stresser a été double : la mise en place des contractions car, pour sa première grossesse, elle avait été déclenchée pour une suspicion de chorioamniotite et n'avait jamais ressenti les contractions du fait d'une péridurale posée précocement ; la garde de son premier enfant, qui a dû venir avec elle à la maternité car aucune personne de son entourage y compris le père n'ont répondu à ses appels. Le comportement a été associé à de « *l'inquiétude* » et de « *l'angoisse* », et la manifestation corporelle de ce trouble était la crispation (« *crispé* »).

Dans la continuité, les **patiente 6 et 8** ont également eu comme stresser les contractions « *je pouvais ressentir un petit stress de quand même, attention, la prochaine qui revient* » (P6), « *tensions négatives* » (P8) et ont utilisé le terme de « *stress* » au cours de l'entretien.

3.2 ANXIÉTÉ – INQUIÉTUDE – ANGOISSE

L'anxiété, l'inquiétude et l'angoisse sont des émotions citées par les patientes aux cours des entretiens. Six des patientes nous les ont décrites.

Nous allons aborder en premier lieu l'anxiété, décrite chez les **patientes 2, 4 et 7**. Comme nous l'avons définie, l'anxiété peut également se décrire comme un sentiment d'appréhension et d'inquiétude. Ainsi, la **patiente 2** a abordé avec nous l'« *appréhension* » qu'elle a ressentie sur plusieurs facteurs « *l'appréhension de l'accouchement, de la venue de bébé, et puis toutes les questions que l'on peut se poser, est-ce qu'on va être une bonne mère, est-ce qu'on va réussir à accoucher, surtout quand c'est le premier* » ; « *ma plus grande appréhension durant quand même l'accouchement c'était [...] l'engagement du bébé, le moment de pousser et l'expulsion, c'était vraiment ça. Est-ce que je vais être à la hauteur, est-ce que je vais réussir* ». Également, la patiente nous a avoué être « *anxieuse de nature* ».

La **patiente 4** nous a décrit avoir été inquiète par rapport au devenir de son premier enfant. Cette réaction fait suite au stress ressenti précédemment.

Enfin, la **patiente 7** a également fait mention d'inquiétude, liée principalement à l'accouchement dans son ensemble.

En deuxième lieu, l'angoisse a été décrite chez les **patientes 1, 3 et 4**. La **patiente 1** nous a décrit avoir fait une crise d'angoisse « *j'ai paniqué, j'ai fait une crise d'angoisse* ». Comme nous le savons, l'angoisse est une sensation physique, ressentie suite à une menace imminente mais vague. Dans le cas présent, la menace décrite par la patiente était vague mais liée aux effets de la péridurale « *un moment donné, j'arrivais plus à bouger mes jambes* ».

Concernant la **patiente 3**, une « *crise d'angoisse* » est survenue à la suite d'une rapide dilatation cervicale (huit centimètre à dilatation complète et engagement de la présentation fœtale). Elle n'a pas compris tout de suite les sensations qu'elle ressentait jusqu'à ce que la sage-femme l'examine, ce qui permis une prise en charge de cette émotion.

Enfin, la **patiente 4** est la dernière à nous avoir décrit de l'« *angoisse* ». Elle s'est présentée lorsque la patiente allait bénéficier de la péridurale. Elle était installée, la sage-femme l'a prévenue de la position à adopter et lui a indiqué qu'elle allait partir assister l'anesthésiste. La patiente s'est angoissée du fait de se retrouver seule et de ne pas vraiment savoir « *je me suis dit je le fais bien ou je le fais pas bien* ». La sage-femme est venue l'aider et la patiente nous dit « *je suis plus à l'aise quand il y a quelqu'un qui me rassure parce que je m'angoisse vite* »

Dans un dernier lieu, nous allons aborder les émotions décrites par la **patiente 8** qui sont difficiles à classer. En effet, elle nous a décrit des « *pensées parasites* » ainsi que des « *émotions négatives* ». Nous les classerons dans cette catégorie d'émotions du fait du contexte de deuil récent : « *personnellement j'ai perdu mon père il n'y a pas très longtemps et du coup pour moi c'était un peu compliqué [...] ça me faisait des pensées parasites dans ce travail* ».

3.3 PEUR

Comme nous l'avons défini, la peur est un état anxieux apparaissant face à un danger ou une menace réel. Quatre patientes nous ont décrit ressentir de la peur au cours de leur travail. Nous allons identifier la menace pour chacune.

La **patiente 1** a ressenti de la peur. Celle-ci a été liée à du stress et de l'angoisse. Cette « peur » était attachée à la décision de la césarienne qui a été prise suite à une stagnation de la dilatation cervicale, ainsi qu'à l'opération en elle-même. Les causes de cette peur sont similaires à celles exprimés lors du stress.

La deuxième patiente nous ayant exprimé cette émotion est la **patiente 4**. Sa peur a également eu plusieurs objets : la césarienne « *j'avais plus peur par rapport à la césarienne* » ; les contractions « *j'ai eu beaucoup peur [...] des contractions. C'était la première fois que je ressentais ça* » ; et la garde de son premier enfant « *j'avais peur pour mon fils aussi, j'étais inquiète* ».

La **patiente 5** nous a décrit une peur causée par le déclenchement et plus particulièrement par les conséquences probables de celui-ci « *j'avais peur que ça puisse produire des complications, voire une césarienne* » ainsi que par les conséquences possibles de l'accouchement « *j'avais aussi peur d'avoir des déchirures importantes* ».

La dernière patiente est la **patiente 7**. Elle a eu une stagnation de la dilatation cervicale en fin de travail et a également eu comme objet de sa peur la césarienne.

3.4 ÉPUISEMENT

Le dernier élément apparu au cours des entretiens est l'épuisement mental. Il a été décrit le plus explicitement par 2 patientes.

D'une part, la **patiente 1** a eu un travail long avec des contractions ayant débuté 48 heures avant son accouchement par césarienne pour stagnation de la dilatation. Elle nous a décrit son travail comme difficile car elle a eu des épisodes de fièvre, de vomissement, de douleurs non soulagées par la péridurale ou à l'inverse de perte de contrôle de ses membres inférieurs du fait d'une analgésie trop importante. Elle nous décrit : « *c'est l'accumulation de plein plein de trucs, de complications, qui ont fait que j'en pouvais plus* » ; « *pendant 48 heures, j'étais là en train de souffrir, en train de me donner, de me donner corps et âme pour pouvoir arriver jusqu'au bout, sauf que ça voulait pas arriver. Et j'ai vraiment déprimé, mais vraiment j'ai déprimé, franchement j'ai déprimé. Et c'était très très très dur* ».

D'autre part, la **patiente 2** est la deuxième patiente ayant ressenti un épuisement général très important : « *je me souviens effectivement de cette impatience, je pense j'avais eu ma crise d'impatience* » ; « *c'était une éternité* » ; « *je commençais à m'énerver [...] ça suffit je vais tout arracher* » ; « *voilà irritable, en colère, impatiente, fatiguée* » ; « *ça a été une expérience, je retiendrai la longueur et le ras-le-bol du travail* ».

4 LES INFLUENCES SECONDAIRES

4.1 CONFIANCE DIRIGÉE VERS LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Cette partie aborde la confiance dirigée vers l'extérieur, c'est-à-dire, la relation qui se tisse entre le professionnel de santé et la patiente.

Nous exposons les sentiments de sécurité décrits par chaque patiente au cours de leur récit :

- > **P1** – rassurante, mis à l'aise, présente ;
- > **P2** – à l'écoute, accompagnée ;
- > **P3** – communication, confiance, lâcher prise ;
- > **P4** – rassurante ;
- > **P5** – confiance ;
- > **P6** – essentielle, rassurante, douceur, guidé ;
- > **P7** – confiance ;
- > **P8** – douceur, empathie, relation naturelle, formée en hypnose.

Un élément de la discussion avec la **patiente 8** est à soulever. La patiente a été formée à l'autohypnose. Cependant, elle met en avant la nécessité, à ses yeux, de bénéficier de l'accompagnement d'un professionnel de santé (dans le cas présent d'une sage-femme) formé à cette pratique, au cours de son travail. Sans elle, elle nous décrit qu'elle n'aurait pu aller au bout de son objectif, objectif étant celui d'accoucher sans la péridurale : « *même si on s'est préparé, même si on a la volonté, je pense que si on est laissée seule dans la salle c'est pas la peine* » ; « *il y a eu la sage-femme, qui a permis justement de faire passer ce point délicat pour aller vers le sans péridurale comme je voulais* ».

4.2 CONFIANCE DIRIGÉE VERS UN PROCHE

La présence d'une tierce personne est citée comme favorable pour les 8 patientes de l'étude. Sept des patientes ont été accompagnées par leur conjoint respectif (87,5%) et la dernière par sa sœur (12,5%).

Leur implication a été décrite comme soutenante : « *il me tenait la main et je sentais vraiment qu'il était là* » (P2) ; « *j'avais mon mari qui me soutenait* » (P1) ; « *c'était bien d'être tous les deux* » (P5) ; « *il y avait mon conjoint qui était là et qui a su prendre la bonne posture [...] il était présent* » (P6).

4.3 CONTEXTES PARTICULIERS

Au cours des entretiens, deux patientes nous ont raconté un événement de leur vie, récent, les marquant encore à ce jour.

La **patiente 4** s'était séparée de son conjoint au cours de cette deuxième grossesse. Celui-ci devait cependant être présent au cours de l'accouchement mais n'avait pas répondu au téléphone lorsque la patiente partait à la maternité. Par conséquent, elle a dû appeler le Samu et emmener son jeune fils avec elle. La sœur de la patiente est alors venue par la suite l'accompagner durant son travail et son accouchement « *ça m'a fait du bien quand même, j'étais plus rassurée* ».

Également, la **patiente 8** nous a confié le décès récent de son père et les complications qui entourent ces événements traumatisants tels que « *les problèmes de succession etc.* ».

5 PRATIQUE ET PERCEPTION DE L'HYPNOSE

5.1 EN PRE-SEANCE

5.1.1.1 Expériences antérieures en thérapies brèves

Quatre patientes nous ont parlé de leurs expériences passées en hypnose ou en sophrologie.

Pour les **patientes 2, 3 et 5**, cette expérience s'est produite à la suite d'un cours en préparation classique. La **patiente 2** y a découvert pour la première fois l'hypnose et a été satisfaite de cette démonstration qu'elle a qualifiée de « *très apaisante* ». La **patiente 3**, quant à elle, a bénéficié d'une séance en sophrologie. Elle n'a pas été satisfaite de cette expérience car elle n'a « *pas réussi* » à visualiser ce que la sage-femme lui proposait. Enfin, la **patiente 5** a eu une séance d'« *hypnorelaxation* » qu'elle a vécue comme « *déjà hyper sympa à ce moment-là* ».

Lors de sa première grossesse, la **patiente 8** s'était déjà intéressée à une préparation alternative à l'accouchement « *je m'étais déjà préparée un peu toute seule, sur internet etc, les lieux refuges* ». Elle avait souhaité et avait réalisé son premier accouchement sans analgésie péridurale. Les éléments qu'elle avait utilisé lors de cette première expérience étaient en lien avec l'hypnose, sans qu'elle ne le sache « *on parlait du refuge, on associait pas forcément avec l'hypnose* ». Après l'avoir découvert, elle a souhaité renouveler cette expérience et se préparer, accompagnée d'un professionnel formé, pour son troisième accouchement.

5.1.1.2 La représentation de l'hypnose avant leur expérience

Internet, réseaux sociaux, études diverses, corps de métier, fausses croyances, spiritualité, discussions avec des personnes, télévision et formation sont les sources d'informations ayant fait émaner chez nos participantes leurs premières images de l'hypnose. Nous avons demandé aux patientes quelles étaient leur représentation de l'hypnose avant de l'avoir pratiquée.

Pour les **patientes 1 et 4**, l'hypnose était perçue comme un « *spectacle* » (P1), une « *comédie* » (P1) où tout est « *préparé* » (P4) et où rien n'est véridique « *ça n'existe pas, c'est pas vrai* » (P1).

En ce qui concerne les **patientes 2, 3 et 6**, la notion de « *vide* », de sommeil – « *endormie* » (P3), « *c'est le Livre de la Jungle avec le boa qui fait tourner ses yeux et on s'endort* » (P6) – est apparue. Le corps et l'esprit sont séparés « *on prend l'esprit on le sort du corps et puis vide, on peut faire ce qu'on veut de nous* » (P2).

Également, la **patiente 6** fait référence à l'hypnose dans le domaine du traitement des addictions « *j'ai des amis qui ont pratiqué l'hypnose pour arrêter de fumer* ».

Ainsi, une nouvelle notion lui est apparue, celle d'« *ancrage mental* », pour parvenir à un arrêt de l'addiction par exemple.

Conséquemment à sa profession de soignant, la **patiente 5** a objectivé l'hypnose comme étant une « *technique de soin* », c'est-à-dire « *un outil, au même rang que les autres traitements, que l'on peut proposer pour un tas de situations* ». Également, elle ajoute que son utilisation peut se faire « *pour un traitement au long cours, pour quelque chose de précis, ou un instant donné, pour une situation aigüe* ».

Enfin, pour la **patiente 7**, l'hypnose correspondait à « *laisser parler notre conscience* ». Cependant, elle en avait très peu entendu parler avant cette expérience.

La **patiente 8** a découvert les usages de l'hypnose au cours de son premier accouchement et ne nous a pas communiqué sa vision antérieure à cette expérience. Comme la patiente 7, elle n'avait pas de connaissances sur cette pratique avant.

5.2 PENDANT LA SEANCE

5.2.1.1 Durée de la séance

Les patientes ont une perception de la durée de leur accompagnement en hypnose globalement en accord avec celle indiquée par les sages-femmes (sur la feuille de renseignements distribuée et complétée à la suite de la séance).

La **patiente 1** n'a pas su objectiver une durée, celle-ci correspondait au temps de l'incision de la césarienne jusqu'à la sortie du nouveau-né. La sage-femme nous avait indiqué sur la feuille une durée de dix minutes.

Par ailleurs, les **patientes 2, 4, 5, 7** ont eu une durée d'accompagnement allant de 10 à 20 minutes et l'ont ressentie avec cette estimation.

La séance de la **patiente 3** a duré de 15 à 20 minutes. Cependant, cette dernière n'a mesuré que quelques minutes.

La **patiente 6** ne s'en souvenait plus, cela étant dû à l'entretien réalisé tardivement après l'accouchement (une semaine). La sage-femme nous a transmis avoir réalisé le premier accompagnement pendant 20 minutes et le second pendant 15 minutes.

Enfin, pour la **patiente 8**, la question n'a pas été abordée car elle a débuté l'hypnose dès que les contractions se sont installées douloureusement, jusqu'à son accouchement. Ainsi, nous pouvons mettre en lien la réponse à cette question avec celle de la durée du travail, que la patiente a perçue comme rapide (« *super vite* »).

5.2.1.2 Induction réalisée et suggestions

Nous avons demandé aux femmes de nous raconter l'expérience qu'elles ont vécue avec l'hypnose, ce qu'elles ont imaginé lorsque les sages-femmes leur parlaient. Nous allons uniquement citer les lieux que les patientes ont visualisés et nous mettons le descriptif de l'induction, raconté par les patientes, en annexe. Également, nous allons indiquer les motifs de la séance donnée par les sages-femmes.

D'après la sage-femme, la **patiente 1** était angoissée par la césarienne, à la suite d'un travail long et fatigant – deux nuits blanches. Elle avait peur d'avoir mal et avait des pensées négatives. La patiente nous a raconté sa séance d'hypnose réalisée durant sa césarienne. Elle a choisi de visualiser le Portugal suite à un documentaire qu'elle avait regardé avec son conjoint à la télévision (*cf. annexe n°10*).

Concernant la **patiente 2**, celle-ci était à dilatation complète. La sage-femme a proposé l'hypnose pour aider l'engagement de la présentation fœtale. La patiente a souhaité retrouver, pendant sa séance d'hypnose, sa maison en Corse, dans laquelle elle et son conjoint vont en vacances (*cf. annexe n°11*).

La **patiente 3** est partie aux Maldives durant la séance d'hypnose, proposée par la sage-femme lors d'une dilatation cervicale à huit centimètres pour rassurer la patiente. Ce lieu était celui dans lequel elle souhaitait partir en vacances avec son conjoint avant la découverte de sa grossesse (*cf. annexe n°12*).

Allant bénéficier de la péridurale et étant dilatée à sept centimètres, la sage-femme a proposé à la **patiente 4** de l'accompagner pour l'apaiser. Elle a visualisé quelque chose de douillet et précisément son canapé (*cf. annexe n°13*).

La sage-femme a proposé à la **patiente 5** une séance d'hypnorelaxation pour favoriser l'ouverture du col et la détente. Les contractions commençaient tout juste à s'installer après la mise en place d'une perfusion d'ocytocine et la patiente ne possédait pas d'analgésie. Elle a visualisé la grossesse et le col qui s'ouvre comme une fleur qui s'épanouit (*cf. annexe n°14*).

La **patiente 6** a bénéficié de l'hypnose à deux reprises. La première fois, pour aider à gérer les contractions utérines. Elle ne possédait pas encore d'analgésie péridurale. La sage-femme lui a proposé la mer ou la montagne avant de débiter la séance. La patiente a choisi la montagne. La sage-femme a donc adapté par la suite son discours aux sensations de la patiente en réalisant des parallèles avec le paysage des montagnes. La deuxième fois, la patiente avait froid après la pose de la péridurale. Elle a choisi le paysage de la mer et puis particulièrement une petite plage en Grèce, où elle était partie en vacances avec son conjoint il y a deux ans. Cette fois-ci, la patiente venait d'avoir la péridurale (*cf. annexe n°15*).

La **patiente 7** est repartie dans son enfance au Cap Vert. La sage-femme lui a proposé cette séance pour une stagnation de la dilatation. Elle lui a également proposé d'utiliser des éléments d'ancrage. Au départ, la patiente avait choisi une poupée puis changea pour des pierres appartenant à la plage de son enfance (*cf. annexe n°16*).

Grâce aux cours de préparation en hypnose réalisés durant la grossesse, la **patiente 8** a réalisé de l'autohypnose. Elle a procédé d'elle-même à son induction et ses suggestions. Elle a utilisé son « lieu refuge », sur lequel elle a concentré son attention et a poursuivi sa transe en ajoutant des éléments à celle-ci. Elle est ensuite partie, dans son esprit, chercher ses cachettes qui lui apportent des messages, des phrases, pour tenir bon. Enfin, pour passer le cap qui pour elle devient difficile sur la fin du travail, elle visualise son animal fétiche, qui lui prend la main et l'emmène vers une transe plus profonde (*cf. annexe n°17*).

5.3 EN POST-SEANCE

5.3.1.1 Durée des effets de l'hypnose après la séance

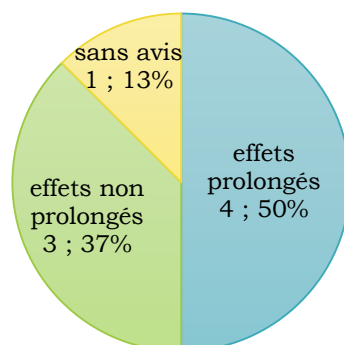
Nous avons posé la question aux patientes si les effets qu'elles ont pu ressentir par l'hypnose ont perduré à la suite de la séance. Les réponses sont variées. Chez certaines femmes, les effets ont perduré et pour d'autres, les changements apparus au cours du travail ont empêché leur poursuite.

Les **patientes 1, 2, 4 et 8** ont perçu une prolongation des effets de l'hypnose après l'arrêt de la séance : « *quand elle m'a ramené mon bébé, euh j'étais prête à le voir* » (P1) ; « *j'ai tellement tout oublié, dès que je suis sortie du bloc, j'arrivais même pas à ouvrir les yeux je me suis endormie, tellement j'étais apaisée. On m'a demandé si je voulais avoir mon bébé. Je veux juste, là, je veux juste dormir* » (P1) ; « *les douleurs sont revenues après. Elles ont mis un peu de temps à revenir* » (P2) ; « *je suis pas revenue tout de suite [...] c'est après, sur le moment j'ai pas senti les contractions, mais ça a pas duré longtemps [...] après la péridurale a pris le relais [...] oui c'est resté, c'est resté quand même* » (P4). Enfin, la patiente 8 ne nous a pas décrit précisément les effets au plus long terme. Cependant, nous pouvons noter un élément important de son expérience : elle nous a avoué qu'à la différence de son premier accouchement réalisé sous hypnose, celui-ci avait eu « *plus d'effet bénéfique* », ce qui lui a permis de « *mieux le vivre* ».

À l'inverse, les **patientes 3, 5 et 7** ont vécu des changements leur ayant empêché le maintien des effets de l'hypnose : « *après quand elle a arrêté, j'étais dilatée direct et j'ai fait une crise d'angoisse* » (P3) ; « *il fallait que je change aussi de position* » (P7). Pour la patiente 5, celle-ci a ressenti une contraction utérine très forte concomitante avec l'arrêt de la séance « *c'est dommage que ce soit tombé pile-poil à ce moment-là* », « *la douleur est montée en intensité* » (P5).

Quant à la **patiente 6**, elle n'a pas réussi à trancher sur la question « *alors là je ne saurais pas vous dire* ».

Graphique n°4 : Répartition des patientes concernant la durée ressentie des effets de l'hypnose



5.3.1.2 Qu'est-ce que l'hypnose pour vous à présent ?

À la suite de l'expérimentation et de l'accompagnement réalisé en hypnose, les patientes nous ont donné une définition très différente de la première.

Son effet relaxant – ou son utilisation pour la gestion des émotions – est abordé par les **patientes 1 et 2**. Elles la définissent comme « *un moyen pour apaiser une personne* » (P1), un « *lâcher prise à un moment* » (P2), le moyen de « *s'abandonner complètement à un sentiment de bien-être, en dehors de tout tracasseries ou de tout stress du quotidien* » (P2), « *on est vraiment dans sa bulle, on se concentre sur soi [...] en abandonnant tous les effets négatifs que l'on peut avoir autour de nous* » (P2).

Son aspect dissociatif est abordé par les **patientes 3, 5, 6, 7 et 8**. Les patientes 3, 6 et 7 imaginent à présent l'hypnose comme un moyen de « *visualiser un endroit et y aller, mais avec l'esprit pas avec le corps* » (P3), de « *retourner dans le passé* » (P7), de créer une « *diversion à un état présent [...] par la création d'une image mentale* » (P6) ainsi que « *de créer des images fortes, des sensations pour se transporter quelque part* » (P6). Dans un aspect plus psychologique, les patientes 5 et 8 analysent l'hypnose comme « *un état de conscience un peu différent [...] on peut sortir de la chose dans laquelle on est enfermée pour se mettre un peu en dehors et de la gérer différemment* » (P5) ainsi qu'« *un moyen de se dissocier pour appréhender une situation difficile, prendre un peu de distance [...] pour arriver à surmonter l'événement qui est anxiogène et source de douleur* » (P8).

Nous n'avons pas recueilli le témoignage de la patiente 4 concernant cette question (cf. partie Discussion – 2. Limites de l'étude).

5.3.1.3 Est-ce que vous pensez renouveler cette expérience ?

Nous avons demandé aux participantes si elles souhaitaient renouveler cette expérience, que ce soit dans un contexte similaire ou tout autre. Toutes les patientes nous ont répondu favorablement, voici quelques exemples de réponses : « *c'est ma première expérience et je pense il y en aura d'autres* » (P1) ; « *je pourrai envisager de nouveau, oui c'est intéressant* » (P2) ; « *je pense, parce que je l'aurai déjà testé une fois, donc ouais je pense je recommencerai* » (P3).

Certaines nous ont apporté des exemples de situation où l'hypnose pourrait être utile, que ce soit pour elle ou pour leur entourage. Nous allons en exposer les idées par point :

- > pendant le travail, avant l'accouchement : « *pendant la grossesse nan, mais pendant le travail je pense que oui [...] si je dois accoucher la prochaine fois, si je dois avoir recours à l'hypnose pour me détresser pendant mon travail bah je vais le faire, je vais le demander. Oui je vais le demander* » (P1) ;
- > pour la gestion du stress et des émotions : « *à partir du moment où quelque chose nous fait mal, enfin je sais pas, nous stresse, je pense que l'hypnose ça peut toujours, c'est toujours un moyen, un moyen pour apaiser une personne [...] je pense que ça peut toujours marcher, servir, pour aider des personnes à être apaisé, calme, relaxé. Bah, aujourd'hui, j'y crois* » (P1) ; « *si je suis confrontée à quelqu'un que je sens en panique de quelque chose, de pouvoir l'aider un petit peu comme ça* » (P5) ; « *pour la détente oui, pourquoi pas* » (P7) ; « *je pense que quand on a des choses un peu difficiles dans la vie, ça peut aider à distancier et à passer outre* » (P8) ; « *à mon compagnon qui est quelqu'un de très stressé, etc. je lui dis "tu devrais essayer"* » (P8) ;
- > en auto-hypnose face aux épreuves de la vie : « *on peut essayer de soi-même se mettre dans un état d'hypnose pour réussir à dépasser des fois certaines situations, que ce soit douloureux ou inconfortable, de pas arriver à dormir, des petites choses comme ça* » (P5) ;

- > lors d'une césarienne ou d'une opération : « pendant la préparation à la naissance on m'a dit que sous péridurale ou rachianesthésie, on ne sentait pas la douleur bien entendu, mais on sentait ce qu'il se passait et je me suis dit c'est horrible. Et c'est là que je me suis dit, franchement, si j'ai une césarienne, j'aimerais bien qu'il y est quelqu'un qui soit là en train de pratiquer de l'hypnose à ce moment-là pour m'aider à passer le cap de sentir que l'on m'opère » (P5) ; « mais c'est vrai que moi je trouve, que ce soit pour les accouchements ou pour certaines autres opérations, ça devrait être inscrit dans le cursus. Après libre à la patiente ou au patient de le vouloir ou pas, de se l'approprier ou pas, mais je pense que ce serait un moyen alternatif au tout médicament, au tout médical, et je pense ça pourrait être bénéfique, peut-être moins traumatisant pour certains. Et je trouve, c'est dommage, il ne faut pas se priver de certaines choses, parce que je pense qu'il y en a aussi qui ont sûrement des aprioris sur le sujet » (P8) ;
- > dans l'éducation : « peut-être pour un enfant qui écoute pas, une bonne façon de lui faire comprendre, qu'il lui fasse comprendre un peu le comportement » (P7).

6 IMPACT DE L'HYPNOSE RESSENTI SUR L'ÉTAT EMOTIONNEL

À présent, nous allons exposer les effets de l'hypnose sur les troubles émotionnels. Un tableau résumant les effets produits sera inséré à la fin de cette partie. Il mettra en avant les effets psychologiques de l'hypnose et somatiques. Nous allons les aborder par patiente.

Tout d'abord, la **patiente 1** a réussi à visualiser les suggestions apportées par la sage-femme « elle m'a vraiment fait visualiser le Portugal quoi. Vraiment ! » ; « pendant que je me faisais opérer, et bah moi j'étais au Portugal. Je me faisais opérer au Portugal ». Elle a utilisé plusieurs adjectifs pour qualifier ses ressentis sous hypnose : « ça m'a fait oublier que j'étais sur le point de me faire opérer » ; « ça m'a détendue, ça m'a apaisée, ça m'a calmée, j'avais plus de palpitations, j'ai arrêté de trembler, et surtout je suis partie au Portugal. Voilà, c'était magique, ça a bien marché » ; « je pensais pas du tout me retrouver dans un bloc et être aussi sereine et apaisée » ; « quand elle m'a ramenée mon bébé, euh j'étais prête à le voir, je lui ai fait pleins de bisous, je l'ai caressé, j'ai pleuré de joie, de bonheur » ; « ah c'était

mieux que l'anesthésie ! [...] C'était de l'anesthésie, mais en mieux. Vous avez la mer, vous avez la montagne, vous avez la plage, vous avez des cocktails, en plus vous êtes en bikini, vous êtes pas toute nue sur un, sur une table ! ».

Lors de notre entretien avec la **patiente 2**, celle-ci nous a également décrit mentalement « *un bien-être, vraiment un bien-être et beaucoup de calme, beaucoup de sérénité* », « *j'étais beaucoup plus zen* », « *plus détendue* ». Cela lui a permis « *de se déconnecter de ce qui se passait* », de se mettre « *en pause* » et « *de relativiser [...] le fait que c'était long, que c'était comme ça, que c'était la nature* ». Physiquement, « *je sentais rien dans mon corps, j'avais pas de sensations particulières* »

La **patiente 3** a visualisé les Maldives et nous a exposé son ressenti : « *c'était cool parce que, comme si j'y étais, ça a permis de me calmer* ». Pendant la séance « *j'étais plutôt calme, j'arrivais à contrôler ma respiration comme mes contractions* », ce qui lui apporta un bien-être « *ça m'a fait du bien, ça m'a fait penser à autre chose* », « *j'ai déconnecté de l'accouchement* ». Au cours de l'accompagnement, la patiente ressentait « *ses épaules vers le pubis* », ce qui n'était « *pas agréable du tout* ». Cependant, « *le fait d'avoir fait l'hypnose j'ai réussi à calmer ça* ». D'après elle, l'hypnose a eu un impact sur la durée de son travail « *j'étais tellement détendue, c'est allé super vite* », « *c'est peut-être ça qui a déclenché la dilatation complète !* », « *tout votre corps s'est relâchée* ».

Concernant la **patiente 4**, elle s'est « *sentie soulagée* » et « *rassurée* ». L'hypnose a été réalisée durant la pose de la péridurale. Elle est entrée dans une transe grâce aux suggestions réalisées par la sage-femme, l'ayant détachée de la situation « *j'avais même oublié qu'il y avait le monsieur, derrière* », « *je me sentais chez moi* », « *quand elle m'a parlé, j'ai oublié, dans ma tête* », « *je n'ai rien remarqué* ». Physiquement, elle s'est sentie « *plus détendue, plus légère [...] plus souple* » et « *relaxée* ». Également, elle nous a décrit qu'elle ne ressentait plus les choses de la même manière, comme en étant détachée de son corps « *sur le moment j'ai pas sentie les contractions* », « *j'ai à peine senti la piqûre de la péridurale* », « *à un moment même, il y a ma jambe qui a tremblé, comme ça là, j'ai eu comme un coup d'éclair dans la jambe mais je me suis pas attardée sur ça. Limite, je lui ai même pas posé la question pourquoi ma jambe elle est comme ça. Je sais qu'elle a tremblé mais franchement nan* ». Nous pouvons noter une phrase qu'elle nous a donné « *à*

mon accouchement, on aurait vraiment dit que j'étais passée par trois stades. Le stade de la douleur, le stade de l'oubli, c'est-à-dire que j'étais dans un endroit à l'autre, et le stade de je ne sens plus rien, mon corps même je ne sentais plus rien, ça devait être l'effet de la péridurale ».

Relatif à la **patiente 5**, nous avons les éléments suivants ressortis de l'entretien : « *sur le moment c'était quand même chouette d'avoir ce cap un peu, cette parenthèse, on se détend, on voit ce qu'il se passe, on fait le point physiquement* », « *pouvoir du coup plus se centrer sur ses sensations et les isoler les unes des autres : le ventre d'un côté et le reste du corps en contact avec la surface* ». Elle nous a exposé qu'elle avait réussi à suivre les suggestions, mais qu'elle a ressenti la régularité des contractions s'installer « *j'ai réussi à me détendre et à aller avec elle mais en même temps, j'ai quand même senti que c'est là que les contractions sont devenues vraiment régulières. Je les sentais arriver et repartir et dans un rythme très régulier. Et du coup en même temps c'était bien, j'ai ressenti bien les choses et en même temps la douleur, elle était de plus en plus forte* ». À un moment donné, la patiente est partie dans sa visualisation et à oublier « *je ne faisais plus attention* ». Sa conclusion sur les effets est la suivante « *c'était bien sûr le moment pour me poser à ce moment-là et pour ressentir les choses, comprendre ce qui se passait et ne pas être dans le côté désordonné du je me contracte de partout* », « *j'essayais en tout cas de gérer le reste de mon corps en me disant : la contraction, il n'y a pas besoin de serrer et tout, les bras, les jambes avec en plus* ».

Quant à la **patiente 6**, elle nous a décrit avoir ressenti des effets de l'hypnose mais « *je pourrais pas vous dire à 100% que j'étais détendue mais ça m'aidait quand même* ». Lors du récit de la deuxième fois où l'hypnose a été réalisée, la patiente nous décrit « *ce moment-là j'ai le souvenir d'être déjà plus détendue* ».

Pour la **patiente 7**, cette expérience a été « *bénéfique* » car « *c'était bien parce que ça m'a emmenée un peu ailleurs dans ma tête* ». Elle s'est sentie « *plutôt sereine je dirais [...] au niveau mental* », « *ça m'a quand même détendue [...] ça a changé quelque chose* ». Elle a été réceptive au discours et nous a dit « *dans ma tête j'ai voyagé un peu* ». Également, elle ressentait de la fatigue physique et mentale. Pendant la séance d'hypnose « *j'ai parlé avec elle c'était comme si, bah j'avais oublié* ». Comme avec la patiente 6, elle nous a avoué « *je peux pas vous dire que j'avais complètement oublié, mais ça m'a aidée* ».

Enfin, la **patiente 8** a pratiqué l'hypnose durant tout son travail et nous a confié « *c'est vrai que du coup au moment de l'accouchement, enfin du travail etc, moi je n'ai pas du tout eu de pensées comme ça négatives, parasitantes. Une fois que j'étais bien engagée, bien partie, où je m'étais dit "c'est bon, là, j'y vais", j'ai vraiment balayé tout quoi, juste concentrée sur la tâche à accomplir* ». Également, elle nous a donné une conclusion sur les effets que l'hypnose procure d'après elle : « *je pense que ça enlève une partie de l'émotionnel négatif, donc forcément si on fait ça, moins de stress, moins de tensions négatives, et donc un corps qui se relâche* ». Enfin, nous souhaitons communiquer deux phrases dont elle nous a fait part « *je crois que mon troisième accouchement c'est mon meilleur* » et « *la fierté de l'avoir fait, quand même, c'est pas rien* ». Ce vécu positif global de l'accouchement peut être mis en relation avec l'effet bénéfique de l'hypnose sur ses émotions.

Et pour les mots de la fin : « *Tout le monde va peut-être se rendre compte des bienfaits de l'hypnose. Toujours la même chose, au début, la première qui commence à faire ça, on la prend un peu, pas pour une folle mais un peu l'atypique du coin [rire] et puis quand on voit que ça fonctionne, les effets, on se dit "ah oui pourquoi pas" » (P8).*

Tableau n°3 : **Effets produits par l'hypnose sur les troubles émotionnels d'après les huit patientes**

	Ressenti psychologique de l'hypnose						Ressenti corporel de l'hypnose		
	Apaisé - serène - bien-être - zen - positif	Aide - bénéfique	Oubli - déconnexion	Rassuré	Relaxé - prêt	Pause	Déjà - calme	Soulagé - relâché - rebâti	Concentré - présente
Patiente 1	(+)	0	(+)	0	(+)	0	(+)	(+) arrêt palpitation - arrêt tremblement	0
Patiente 2	(+)	0	0	0	(+)	(+)	(+)	(+)	0
Patiente 3	(+)	0	(+)	0	0	0	(+)	(+) contrôle respiration	0
Patiente 4	0	0	(+)	(+)	0	0	(+)	(+) légère - souple	0
Patiente 5	0	0	(+)	0	0	(+)	(+)	0	(+)
Patiente 6	0	(+)	0	0	0	0	(+)	0	0
Patiente 7	(+)	(+)	(+) voyage	0	0	0	(+)	0	0
Patiente 8	(+)	0	(+)	0	0	0	0	(+)	(+)
Pourcentages des effets présents ou non présents	5 : 62,5% présent 3 : 37,5% non présent	2 : 25% présent 6 : 75% non présent	6 : 75% présent 2 : 25% non présent	1 : 12,5% présent 7 : 87,5% non présent	2 : 25% présent 6 : 75% non présent	2 : 25% présent 6 : 75% non présent	7 : 87,5% présent 1 : 12,5% non présent	5 : 62,5% présent 3 : 37,5% non présent	2 : 25% présent 6 : 75% non présent

DISCUSSION

1 APPORTS DE L'ÉTUDE

L'hypnose est une pratique en plein essor dans le domaine du soin. De plus en plus d'associations se créent, de professionnels se forment, de colloques et de congrès se développent. Entre autres, le 8^e congrès International ayant pour thème « Hypnose et douleur » est organisé par l'association Emergences et se déroulera en mai 2020. Également, des colloques sont organisés chaque année par des associations telles que l'AFEHM (Association Française pour l'étude de l'Hypnose Médicale) et l'IFH. Au cours de nos recherches, nous avons découvert des études abordant l'hypnose dans différents contextes. Notre travail porte sur un champ encore peu documenté (l'impact de l'hypnose sur l'état émotionnel des parturientes) qui mérite d'être davantage étudié.

Une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés a été priorisée car elle nous permet de guider les participantes tout en adoptant une écoute approfondie sur leur récit. La relation de confiance s'instaure au cours de l'entretien et donne lieu à une grande richesse d'informations.

Certains outils et organisations instaurés au départ ont été un atout à la réalisation de nos enquêtes. D'une part, la création d'une feuille de recueil des éléments de la séance que nous avons communiqué aux sages-femmes participants à l'étude. Elle nous a apporté un guide et une aide pour communiquer avec les patientes au sujet du déroulement de la séance. D'autre part, les sages-femmes ont, en amont, prévenu et demandé l'accord aux patientes concernant ma venue. Cela a permis une première sélection quant à l'inclusion des patientes.

L'objectif institué était de réaliser un nombre d'entretiens compris entre cinq et dix. Ce but a été atteint avec un total de huit entretiens réalisés. En effet, un nombre supérieur d'entretien aurait été difficile à atteindre au vu des limites de notre étude.

L'échantillon de notre population d'étude est varié. Nous avons interrogé des patientes appartenant à des maternités différentes, ayant des expériences et des souhaits divers. Également, les sages-femmes ayant participé à notre étude ont réalisé des formations en hypnose, pour la plupart, différentes. Ainsi, le vécu

émotionnel de ces patientes et leur expérience en hypnose sont divers, ce qui va dans le sens d'une meilleure représentativité de la population étudiée.

2 LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude présente un certain nombre de biais et de limites.

En premier lieu, il s'agit d'une étude qualitative, rétrospective, non contrôlée et non randomisée, portant sur un petit nombre de sujets. Le niveau de preuve est insuffisant pour établir scientifiquement la certitude des effets de l'hypnose dans l'accompagnement émotionnels des patientes durant le travail. Des études de plus grandes envergures, ainsi que traiter cette question à une plus large échelle, seraient nécessaires pour l'établir.

Plusieurs facteurs ont limité le nombre de sujets inclus. Seules six sages-femmes ont pu contribuer à cette étude car toutes celles souhaitant y participer ne correspondaient pas à nos critères. Nous avons également été confrontées à deux situations : pour l'une des sages-femmes, la maternité n'a pas donné son accord ; pour une seconde, le planning de cette dernière n'était pas adapté à notre période d'inclusion. L'étude a donc été réalisée avec quatre sages-femmes.

Également, dans la réalisation de notre étude, nous dépendions du planning des sages-femmes, c'est-à-dire, de leurs interventions fréquentes dans d'autres services que les salles de naissance ou d'une gestion de l'affluence. Ces éléments ne nous ont pas permis d'augmenter notre objectif concernant le nombre d'entretien.

D'autre part, concernant les participantes, une seule patiente a refusé la réalisation de l'entretien lorsque nous l'avons rencontrée à la maternité. Nous avons donc interrogé au total huit patientes.

Lors du traitement des enregistrements et à la réalisation de notre codage, nous sommes rendus compte de certaines lacunes au sein de notre questionnaire. Il aurait pu être intéressant d'insérer, au sein de notre guide d'entretien, des questions concernant les caractéristiques socio-démographiques, notamment professionnels et culturelles, des patientes. En effet, l'une d'entre elles (P5), est médecin. Cet élément est à prendre en compte dans l'appréciation des résultats.

Enfin, les entretiens ont été réalisés sous la forme d'une discussion auprès des patientes. Ils nécessitent d'être dans un lieu où l'entretien ne risque pas d'être interrompu. Cependant, ces conditions sont difficiles à respecter pleinement et nous avons fait face à des visites de l'entourage ou de l'équipe médicale. Ces perturbations nous ont fait manquer la réponse d'une patiente à une question (P4 – *Qu'est-ce que l'hypnose pour vous à présent ?*) et des inadéquations de réponses ne pouvant de ce fait être insérées dans les résultats.

À présent, nous allons discuter de nos objectifs de recherche en y associant les résultats que nous avons obtenu ainsi que les éléments de la littérature. Au sein de cette discussion, nous concluons sur notre hypothèse de départ ainsi que sur notre problématique.

3 LES TROUBLES EMOTIONNELS SE MANIFESTANT DURANT LE TRAVAIL

Les émotions font partie intégrante de l'être humain. Elles sont définies par Aristote comme « *tous ces sentiments qui changent l'homme en l'entraînant à modifier son jugement et qui sont accompagnés par la souffrance ou le plaisir* » [65]. Les émotions sont également définies par David Sander, professeur de psychologie des émotions à Genève en 2016, par « *un processus rapide, focalisé sur un événement et constitué de deux étapes : un mécanisme de déclenchement fondé sur la pertinence de l'événement et une réponse émotionnelle à plusieurs composantes (tendance à l'action, réaction du système nerveux autonome, rythme cardiaque, expressions et sentiments)* ». Elles peuvent être agréables ou désagréables et leur vécu est « *personnalisé* » à chacune [66].

Au cours de nos recherches et de notre étude, nous avons pu mettre en avant plusieurs émotions négatives que la femme enceinte exprime le plus souvent : le stress, l'anxiété, l'inquiétude, l'angoisse et la peur. Ses émotions peuvent être, à court terme, positives mais le plus souvent négatives, lorsqu'elles se prolongent. On peut y ajouter l'épuisement qui découle dans certains cas d'une exposition prolongée à un stress, d'après les éléments que nous avons mis en avant dans notre revue de littérature. Nous avons réussi à définir ces émotions. Néanmoins,

chaque personne n'ayant pas connaissance de ces définitions exactes, elle peuvent les décrire différemment. De ce fait, nous avons fait coïncider les émotions décrites par les patientes avec celles que nous avons défini.

Quatre patientes ont ressenti du stress durant leur travail (P1, P4, P6 et P8). Le stress correspond à la perte de l'équilibre intérieur. Nous pouvons définir trois éléments : le stress, dans le cas présent, est identifié précisément chez les patientes comme étant la césarienne pour l'une (P1) et les contractions pour les trois autres ; le stress, étant la réaction de l'organisme, décrite par les patientes ; et le comportement. Dans nos situations, ce comportement est régulièrement associé à la peur, à l'angoisse et à l'anxiété [19].

Concernant l'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse, elles sont présentes chez six patientes (P1, P2, P3, P4, P7 et P8). Elles ne nécessitent pas d'avoir une cause évidente.

La peur est présente chez quatre des patientes (P1, P4, P5 et P7). Toutes ces émotions sont étroitement liées dans les entretiens et se superposent par moment.

Enfin, deux patientes nous ont décrit ressentir de l'épuisement, avec une intensité variable pour chacune (P1 et P2).

Nos résultats sont hétérogènes dans l'ensemble, mais toutes les patientes ont décrit au minimum l'une de ces émotions. Nous pouvons déduire que les femmes durant le travail ressentent des émotions qui, d'après leurs récits, ont un impact négatif sur le déroulement de leur travail et par conséquent sur leur vécu.

4 LES EFFETS DE L'HYPNOSE SUR LE VECU EMOTIONNEL

4.1 EFFET SUR LES EMOTIONS

Sur le site officiel de l'annuaire des Hypnothérapeutes, un gynécologue-obstétricien hypnothérapeute explique : *il est par exemple possible d'avoir une séance d'hypnose au moment de la pose de la péridurale, de l'utilisation de ventouse ou de forceps, ou encore en cas de césarienne non prévue. Notre rôle est*

d'accompagner la femme, pour la sortir des gestes techniques et gérer son stress. Une dissociation est la bienvenue pour s'extraire d'un contexte stressant et ce savoir-faire peut s'utiliser à n'importe quel moment de l'accouchement, notamment dans le bloc obstétrical [67]. Ces éléments apportés nous indiquent différents moments, durant le travail et l'accouchement, où l'hypnose peut être nécessaire.

Au cours de notre étude, nous avons identifié les différentes émotions que les femmes enceintes pouvaient ressentir au cours de leur travail. Nous avons cité les ressentis apportés par l'hypnose, décrits par notre population d'étude. Ces ressentis expriment à la fois des effets psychologiques (changement d'état d'esprit) et physiologiques (modifications des manifestations corporelles).

Parmi les ressentis psychologiques apportés, ceux qui ont été les plus décrits sont l'oubli et la déconnexion. En effet, six patientes ont eu la sensation d'une perte de la réalité extérieure pour leur propre réalité intérieure, un oubli des émotions négatives et surtout un oubli de l'instant présent. Ainsi, P1 a oublié le « *calvaire* » qu'elle a vécu durant son travail. La pose de la péridurale a à peine été perçue par P4. Une des patientes (P7) nous a exposé la notion de « *voyage* ». Sa description s'accorde avec sa nouvelle définition de l'hypnose « *retourner dans le passé* ». Parmi ses six patientes, les émotions communes étaient l'anxiété, l'angoisse, l'inquiétude, le stress et la peur.

Les deuxièmes effets, décrits par cinq patientes, sont l'apaisement, la sérénité et le bien-être. Nous y avons également associé deux éléments décrits par deux patientes : zen et positivité (P1, P2, P3, P7, P8). Ces patientes avaient en commun l'anxiété, l'angoisse et l'inquiétude.

Même si deux patientes nous ont décrit qu'elles n'étaient pas entrées « à 100% » dans la transe hypnotique, elles nous ont tout de même décrits par la suite que l'hypnose avait été une aide, qu'elle avait été bénéfique (P6, P7).

Les deux patientes qui nous ont exposé le sentiment d'épuisement, de fatigue intérieur, ont décrit que l'hypnose leur avait permis de relativiser (P2), de se sentir prête et réceptive à l'accueil de leur nouveau-né (P1). Un tel moment de bonheur n'aurait peut-être pas été le même sans l'effet de l'hypnose.

De plus, deux patientes nous ont exposé leur séance d'hypnose comme une pause durant leur travail (P2, P5). Enfin, une patiente s'est sentie rassurée d'être guidée et stabilisée par les suggestions de la sage-femme (P4).

Concernant les ressentis corporels apportés par l'hypnose, les plus présents sont la détente et le calme. Ces éléments peuvent également s'accorder avec un ressenti psychologique. Ces sensations sont décrites par sept patientes (P1 à P7). La plupart nous ont exprimé le fait de ne plus ressentir de douleur, même les douleurs les plus gênantes. L'hypnose permet donc d'apporter un état de détente mentale et physique permettant de puiser dans ces réserves pour y trouver la force d'affronter l'émotion perturbatrice.

Également, cinq patientes (P1 à P4, P8) se sont senties soulagées, relâchées, relaxées. L'hypnose a permis d'arrêter les palpitations, les tremblements et d'alléger le corps en lui apportant de la souplesse. De plus, elle a aidé à reprendre le contrôle de la respiration pour l'une d'elle (P3).

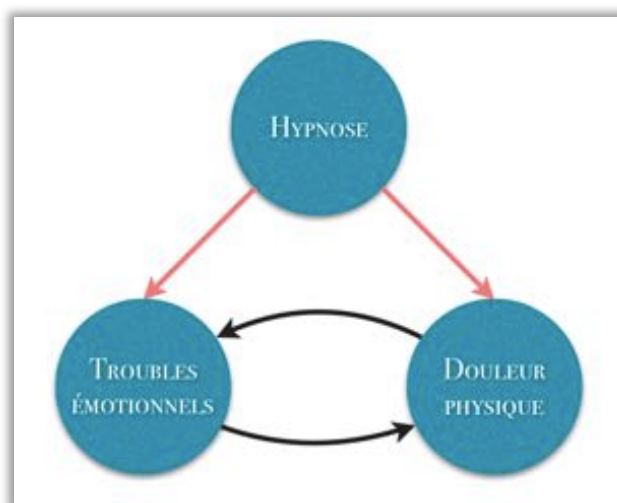
Enfin, P8 a senti que l'hypnose lui permettait de mieux se concentrer. P5 a mieux ressenti ces sensations corporelles (installation des contractions) et a su les contrôler durant la séance.

4.2 RELATION ENTRE RESSENTI EMOTIONNEL ET PHYSIQUE

Quel lien peut-on faire entre les émotions du travail et les effets de l'hypnose ? Partons d'un constat : les émotions influencent non seulement l'état psychologique du sujet mais également l'intensité et le type de douleur éprouvé. Or, dans une étude de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) évaluant l'efficacité de la pratique de l'hypnose, il est indiqué que l'hypnose agit sur les deux composantes de la douleur : le ressenti émotionnel et la sensation douloureuse. Il explique que l'hypnose réduit l'impact émotionnel de la douleur [14]. Ainsi, les événements du travail ont tous une composante émotionnelle sur laquelle l'hypnose peut particulièrement agir.

Plus encore, les troubles émotionnels ressentis peuvent engendrer des douleurs physiques. Celles-ci peuvent à leur tour provoquer des troubles émotionnels créant ainsi une réaction cyclique binaire de cause à effet.

Schéma n°1 : Utilisation de l'hypnose sur les composantes émotionnelles ou physiques durant le travail et ses effets.



Ce schéma a pour objectif de montrer qu'en traitant l'un ou l'autre de ces troubles (émotionnel ou physique), l'hypnose pourrait ainsi rompre la réaction cyclique et empêcher la multiplication et l'intensification en chaîne de ces troubles. Par conséquent, l'hypnose peut améliorer le vécu du travail.

5 FACTEURS INFLUENÇANT L'EFFICACITE DE L'HYPNOSE DURANT LE TRAVAIL

La confiance est une notion clé influençant la mise en place d'une séance d'hypnose et la permission, pour le patiente, d'entrer dans une transe.

Pour l'ensemble de notre population d'étude, une relation de confiance avec la sage-femme a été décrite comme présente et essentielle. La transe qui est induite par un tiers nécessite que le praticien connaisse les besoins de son patient et adopte une posture neutre, à son égal. Cela lui permet d'adapter sa séance et ses paroles selon le vécu de ce dernier. En conséquence, la confiance envers le professionnel de santé est nécessaire, afin de créer un climat de sécurité permettant au patient de se sentir libre d'entrer dans la transe et d'y rester.

Également, la participation d'une tierce personne est citée comme favorable par les huit patientes de l'étude. Le lien de confiance présent entre la patiente et son

accompagnant lui inspire un sentiment de sécurité et de soutien. La patiente entre alors dans la transe sans jugement.

Ainsi, nous pouvons en déduire que la confiance aide les patientes à entrer dans la transe hypnotique. Elle leur apporte un sentiment de confort, de sécurité et de soutien permettant d'installer une transe naturellement positive, qui sera guidée et stabilisée par le praticien.

Un autre élément a été soulevé au sein de nos résultats : les contextes particuliers. En effet, deux des patientes de l'étude nous ont exposé des problèmes qu'elles rencontraient et qui affectaient leur famille. Ces situations nous rappellent que chaque femme enceinte, se présentant à la maternité, arrive également avec ses bagages émotionnels provenant de l'extérieur. Il faut les prendre en compte lorsqu'ils sont connus ou, dans le cas contraire, apporter un soutien grâce à notre accompagnement. Milton Erickson décrivait l'hypnose comme « *un immense magasin de ressources et de solutions* » et expliquait qu'en hypnose « *on dirige l'attention du patient vers l'intérieur, puis on lui demande d'utiliser tous les potentiels de ses apprentissages par expérience* » [26]. Ainsi, cela signifie que l'hypnose aura pour objectif de donner à chaque patiente les moyens de trouver en elle les éléments nécessaires pour l'aider. Également, ces expériences passées seront, en elles-mêmes, des éléments de réponses où il sera nécessaire d'en soutirer les composantes positives.

Enfin, nous pouvons en déduire que la relation entre la patiente et les personnes environnantes au cours de son travail vont installer un sentiment de stabilité. Le thérapeute sera présent pour guider et stabiliser la patiente durant la transe, grâce à une adaptation de ses gestes, de ses paroles, permettant d'atteindre l'objectif thérapeutique recherché.

6 LIEN ENTRE LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET LE VECU EMOTIONNEL

Toutes les femmes ont des souhaits et une histoire qui leurs sont propres. Au cours de nos entretiens, nous nous sommes intéressés aux éléments qui les

composent. Nous allons les aborder ainsi que leurs effets possibles sur le vécu émotionnel.

Dans un premier temps, nous observons une corrélation entre la parité et le type de préparation à la naissance et à la parentalité choisie. En effet, les femmes primipares se sont tournées vers une préparation composée de cours classiques. Les femmes multipares, quant à elles, ont soit choisi de ne pas réaliser de préparation car elles n'en ressentaient pas l'utilité, soit choisi une préparation plus spécifique. L'exemple que nous pouvons donner est l'expérience de la patiente 8 qui a réalisé une préparation uniquement composée de séances individuelles en hypnose. Ce souhait a été motivé afin de réaliser un accouchement sans péridurale. En effet, cette patiente avait déjà réalisé des cours de préparation classique, à prédominance théorique, lors de ses deux premiers accouchements et avait eu une expérience antérieure en hypnose lors de son premier accouchement. Elle a su grâce à cela définir ce qui lui correspondait en terme d'accompagnement. Ainsi, nous pouvons remarquer que l'expérience des grossesses et des accouchements précédents, influencent les patientes concernant leur choix de l'accompagnement.

Dans un second temps, nous allons examiner le mode de mise en travail des participantes. Un déclenchement du travail a été réalisé pour quatre patientes de notre étude, les quatre autres ayant eu une mise en travail spontanée. Dans les deux situations, les motifs et les débuts ont été différents et ont placé les femmes face à des situations tels que : découverte des contractions utérines, rupture de la poche des eaux avant la mise en travail, mode de déclenchement inconnu et de l'avancée de celui-ci, stagnation de la dilatation cervicale pour trois patientes ayant eu pour conséquence une durée du travail prolongée. Ces événements ont fait émaner des émotions pour la plupart négatives.

Dans un troisième temps, la durée du travail décrite par les patientes nous donne un indice sur leurs ressentis émotionnels et physiques. Cinq des patientes ont ressenti leur travail comme rapide et les trois autres l'ont vécu comme long. La durée ressentie est un reflet de leurs émotions. À ce titre, nous pouvons remarquer que les patientes qui ont vécu leur travail comme long, sont celles qui nous ont décrits des émotions négatives de manière plus intense (P1, P2, P4).

Enfin, sept des patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Elle a été satisfaisante dans son ensemble. Cependant, elle a eu des effets néfastes chez deux patientes dû à une réactivation surprenante des douleurs ou, à l'inverse, à un surdosage entraînant un effet « *paralysant* ». Comme nous l'avons vu au sein de notre revue de littérature, ces effets peuvent amener la patiente à ressentir une perte de contrôle de son corps et ainsi à développer des émotions négatives.

7 LES CONNAISSANCES ET LA PERCEPTION DE L'HYPNOSE EN PRE ET POST SEANCE

Nous avons souligné que l'hypnose avait de multiples définitions. La plus générale définit l'hypnose comme un « *état modifié de conscience* », utilisant des éléments de dissociation et de focalisation [1].

Avant la réalisation de la séance d'hypnose au cours du travail, les patientes s'étaient figurées une idée de l'hypnose : tout d'abord les notions de « *spectacle* », de « *comédie* », puis de sommeil et de « *vide* » ont été abordées. Également, l'idée de « *conscience* » est évoquée ainsi que celle d'« *ancrage mental* » et enfin de « *technique de soin* ».

Ainsi, nous remarquons l'influence de la société sur l'image que nous pouvons avoir de l'hypnose lorsque nous n'avons pas eu l'occasion de l'expérimenter.

Par la suite, nous nous sommes intéressés aux éléments entourant la séance d'hypnose en tant que telle : tout d'abord sa durée, puis la composition de la séance. Nous avons pu remarquer que les séances ont une durée allant de 10 minutes minimum à 20 minutes maximum. Ainsi, le constat est le suivant : l'hypnose pratiquée en salle de naissance ne nécessite pas la réalisation d'une induction longue et de beaucoup de suggestions. La femme enceinte étant psychologiquement plus réceptive à l'hypnose, en peu de temps, celle-ci peut avoir un effet bénéfique.

Concernant le contenu des séances, il existe presque autant de pratique de l'hypnose que d'hypnothérapeutes. Le lien créé avec le patient et l'abord choisi divergent pour chacun, ce qui en fait sa richesse et son unicité dans sa pratique.

À la suite de l'accompagnement réalisé en hypnose, les patientes nous ont donné une définition très différente de la première. Celles-ci se rapprochent des caractéristiques définissant l'hypnose. Il s'agit d'après elles d'un moyen d'apaiser une personne face à du stress ou de la douleur, d'un « *retour vers le passé* », d'un état de conscience permettant un lâcher-prise et un abandon vers une idée de bien-être, de bulle et de pensées positives. Également, la notion d'« *autre état de conscience* » est abordée, permettant de se dissocier pour appréhender au mieux une situation anxiogène ou douloureuse. Enfin, les concepts de prise de distance, ainsi que de dissociation entre le corps et l'esprit sont exposés.

Nous remarquons que le fait d'avoir expérimenté une séance d'hypnose permet de mieux se rendre compte de l'objectif de celle-ci et de son processus. L'hypnose est ainsi démystifiée et mieux comprise. Les définitions apportées sont cependant en lien avec l'expérience de chacune des patientes. Elles auraient pu être tout autre suivant l'induction ou les suggestions utilisées et appropriées par les patientes au cours de la séance.

8 VERIFICATION DE L'HYPOTHESE

Notre discussion vérifie et explique notre hypothèse de départ. Effectivement, l'hypnose a un effet bénéfique sur le vécu émotionnel, ce vécu étant composé des émotions liées à tous les événements du travail (psychologiques et physiques).

Par quel moyen ? L'application de l'hypnose permettrait à chaque patiente de vivre pleinement et sereinement les émotions ressenties durant son travail. À partir d'une séance hypnotique réalisée par un professionnel de santé formé, la patiente peut prendre conscience de ses émotions, qu'elles soient négatives ou positives. Par la suite, en les guidant grâce à l'hypnose, les patientes mobilisent, en elles, leurs ressources internes. Durant cette séance, chaque patiente est amenée à entrer dans une transe correspondant à son profil – implication directe de la patiente. Ainsi, elle l'adopte dans le contexte du travail et des émotions auxquelles elle est confrontée. Cette approche diminue les émotions négatives, perçues par nos huit patientes, de manière à améliorer la qualité de leur vécu du travail.

9 PERSPECTIVES

À travers notre étude, nous aimerions montrer aux professionnels l'étendue des possibilités que l'hypnose offre en salle de naissance et son bénéfice sur les émotions.

Ainsi, nous souhaiterions que la lecture de notre mémoire inspire les professionnels à se former. L'objectif est d'accompagner au mieux les patientes dans la gestion de la douleur et des troubles émotionnels par la gestion des émotions, en leur offrant un panel de ressources pour braver les épreuves se plaçant devant elles.

Pareillement, nous souhaiterions faire prendre conscience aux professionnels déjà formés que l'hypnose a un bénéfice même lorsqu'elle est pratiquée sur une durée courte (10 minutes). L'hypnose peut être pratiquée avec ou sans motif évident, les émotions étant ancrées en nous. De plus, nous souhaiterions également mettre en avant l'utilisation de l'hypnose pour gérer les émotions afin de prévenir certaines douleurs ou leurs aggravations durant le travail.

Enfin, dans le but d'ouvrir notre sujet vers d'autres perspectives, nous avons, au cours de nos recherches, pu découvrir un lien entre les effets de l'hypnose pratiquée durant le travail et son impact sur des éléments tels que : les dépressions postnatales, les troubles de l'attachement et les difficultés de mise en place de l'allaitement. Il serait intéressant d'étendre nos recherches sur les effets de l'hypnose au plus long terme.

CONCLUSION

L'hypnose est une pratique qui a su évoluer et se développer dans divers domaines, grâce à des professionnels de santé convaincus de son efficacité et de sa bienveillance.

Cependant, cette pratique a été mise de côté par la société, dues aux croyances communes et à sa difficulté à être interprétable scientifiquement. Comme dirait Marc Galy, médecin anesthésiste-réanimateur, « *l'intime mécanisme de l'hypnose est encore inconnu* », ce qui, en sommes, lui donne toute sa richesse [68]. En effet, elle offre aux personnes en bénéficiant des possibilités infinies de réponses et de ressources.

Dans le domaine de l'obstétrique, la pratique de l'hypnose s'installe progressivement au cours du travail, mais son utilisation reste encore limitée. Elle est utilisée le plus communément pour soulager la douleur, en attendant la possibilité d'un soulagement médicamenteux, comme une analgésie.

Cependant, durant le travail, les femmes font face à de la douleur, mais également à des éléments plus forts encore : les émotions. Elles sont présentes partout, elles font parties intégrantes de l'être humain. Pour dire, la part la plus importante de la douleur est sa composante émotionnelle. Également, elles définissent le devenir bon ou mauvais d'un vécu.

De ce fait, au cours de notre étude, nous avons montré que l'hypnose avait un impact positif sur les émotions et permettait ainsi d'améliorer le vécu émotionnel du travail. Comment ? En guidant les femmes en travail afin de les aider à trouver les ressources, présentes en elle, pour qu'elles soient maîtres de leurs émotions, maîtres de leur vécu. Comme le disait Erickson « *l'hypnose est essentiellement une communication d'idées et de compréhensions, de telle façon que le patient soit le plus réceptif possible et ainsi motivé à explorer ses propres potentialités corporelles. Il pourra ensuite maîtriser ses réponses psychologiques et physiologiques, ainsi que son comportement* » [26].

BIBLIOGRAPHIE

1. Meyer M. L'Hypnose. Eyrolles ; 2014.
2. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). L'Hypnose [consulté le 21/05/2019]. Disponible à partir de : URL : <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
3. Minoret A. Hypnose thérapeutique: historique, techniques, applications et évaluation de l'impact de l'hypnose à travers des questionnaires. Thèse : UFR Pharmacie : université de Grenoble-Alpes ; 2017.
4. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose. 5^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012.
5. Cazard-Fillette C, Wood C, Bioy A. Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose. VIGOT ; 2016.
6. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : hypnose [consulté le 25/05/2019]. Disponible à partir de : URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
7. Hayoun S, Benhaïem J-M. Hypnose et transe hypnotique. In : Formation en Hypnose Médicale Module Intensif. 15 décembre 2019 ; Paris. Boulogne-Billancourt. Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale (AFEHM) ; 2019-2020.
8. Roumanoff-Lefavre C, Akoun A. Journal d'une hypnothérapeute. Paris : Eyrolles ; 2016.
9. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ?. Les éditions de minuit ; 2014.
10. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. Aide-mémoire Hypnose. 2^{ème} éd. DUNOD ; 2016.
11. Institut Français d'Hypnose IFH. Lexique Hypnose [consulté le 25/05/2019]. Disponible à partir de : URL : <https://www.hypnose.fr/hypnose/lexique-hypnose/>
12. Suarez B. Les pionniers russes de l'utilisation de l'hypnose chez la femme

enceinte. In : Plénière du Dr Suarez : 5^{ème} congrès international Hypnose & Douleur ; 3 mai 2014 ; La Rochelle. La Rochelle : Émergences ; 2014.

13. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne IFHE. Lexique [consulté le 26/05/2019]. Disponible à partir de : URL : <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lexique/>

14. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. juin 2015;213.

15. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. Description of current hypnosis practice in French university hospitals. L'Encéphale. 2017 ; 43(5) : 498-501.

16. Cheseaux N, Brandao Farinelli E. L'hypnose médicale. Hôpitaux Universitaire de Genève HUG. Genève : 2012.

17. Institut Français d'Hypnose. Charte éthique de l'IFH [consulté le 03/06/2019]. Disponible à partir de : URL : [<https://www.hypnose.fr/ifh/charte_ethique/>](https://www.hypnose.fr/ifh/charte_ethique/)

18. Institut Français d'Hypnose IFH. Règlement intérieur [consulté le 03/06/2019]. Disponible à partir de : URL : [<https://www.hypnose.fr/ifh/mentions-legales/reglement-interieur/>](https://www.hypnose.fr/ifh/mentions-legales/reglement-interieur/)

19. Institut de Recherche sur le Stress IRS. Définition du stress biologique et professionnel [consulté le 04/11/2019]. Disponible à partir de : URL : [<https://www.gestiondustress.net/index.php?o=13&m=2>](https://www.gestiondustress.net/index.php?o=13&m=2)

20. Rivolier J. Concepts et théories. In: L'Homme stressé. Presses Universitaires de France ; 1989 : 77-101.

21. Belghazi Nciri M. Hypnose et gestion du stress chez les soignants. Esp méd [on line] 2016 ; 23 : 36-39 [cited 2019-10-13]. Available from : URL : [<http://www.amhyc.ma/includes/Hypnose_et_gestion_du_stress_chez_les_soignants.pdf>](http://www.amhyc.ma/includes/Hypnose_et_gestion_du_stress_chez_les_soignants.pdf)

22. Henry A. Stress et SEP. Reims ; 2015 [consulté le 13/10/2019]. Disponible à partir de : URL : [<https://www.arsep.org/library/media/other/Publications/Brochures/Stress-et-sep-fev-2015.pdf>](https://www.arsep.org/library/media/other/Publications/Brochures/Stress-et-sep-fev-2015.pdf)

23. Monié B. Stress et gestion du stress. In: Aide-Mémoire - Thérapies comportementales et cognitives. 3^{ème} éd. Dunod ; 2018 : 123-33.

24. Andreu Sabater H. Troubles anxieux et conseil homéopathique à l'Officine. Étude de quatre souches majeures : Aconitum napellus, Argentum nitricum, Arsenicum et Phosphorus. Thèse : UFR de médecine et pharmacie : université de Rouen ; 2016.

25. Spielberger C.D, Gorsuch R.L, Lushene R, Vagg P.R, Jacobs G.A. Inventaire d'anxiété état-trait (STAI-Y) questionnaire d'auto-évaluation. [consulté le 06/08/2019]. Disponible à partir de : URL : <http://test-addicto.fr/tests/troubles_psychiatriques/inventaire-stai-y.html>

26. Le Hen L. L'hypnose, un nouvel outil pour améliorer la communication thérapeutique, la gestion du stress et de l'anxiété. Thèse : UFR d'Odontologie de Brest : université de Bretagne Occidentale ; 2015.

27. Servant D. Aspects physiologiques et somatiques de l'anxiété. In: Les Troubles Anxieux. Lavoisier ; 2014 : 84-91.

28. Leclerc M. Évaluation de la peur de l'accouchement en fin de grossesse : effet de la préparation à la naissance et à la parentalité sur celle-ci. Mémoire : École de Sages-Femmes : université de Clermont-Ferrand ; 2016.

29. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)). Réf Santé Travail [on line] 2012 ; 131 : 161-164 [cited 2019-08-06]. Available from : URL : <<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2027>>

30. Bacquaert P. Questionnaire d'anxiété - trait de Spielberger. 2018 [consulté le 06/08/2019]. Disponible à partir de : URL : <<https://www.irbms.com/test-questionnaire-anxiete-generale-spielberger/>>

31. Gnassounou R. Echelle d'anxiété du STAI-Y. Réseau Mémoire Aloïs [consulté le 07/08/2019]. Disponible à partir de : <<https://reseau-memoire-alois.fr/2012/10/22/900-2011-mai-echelle-danxiete-du-stai-y/>>

32. Riquier G, Caria A. Troubles anxieux et phobiques. Psycom [on line] 2013 ; 2-11 [cited 2019-10-13]. Available from : URL : <<http://chu-mondor.aphp.fr/wp->

content/blogs.dir/163/files/2014/08/PSYCOM_TroublePsy_AnxietePhobie_WEB.pdf>

33. Dictionnaire de français Larousse. Définitions: angoisse [consulté 13/10/2019]. Disponible à partir de : URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>

34. Natanson J. La peur et l'angoisse. In : Imaginaire et Inconscient. L'Esprit du temps ; 2008 : 161-173.

35. Smaga D, Cheseaux N, Forster A, Colombo S, Rentsch D, De Tonnac N. L'hypnose et les troubles anxieux. Rev Méd Suisse [on line] 2010 ; 6 : 330-333 [cited 2019-10-13]. Available from : URL : <<https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-236/L-hypnose-et-les-troubles-anxieux>>

36. Clastot P-A. Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques : revue de la littérature. Thèse : Doctorat en médecine : université de Rouen ; 2013.

37. Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. La Presse Médicale. 2016 ; 45 : 284-290.

38. Missonnier S. Grossesse, stress et psychanalyse. Un débat primordial. La Psychiatrie de l'enfant. Presses Universitaires de France PUF ; 2013 : 37-66.

39. Alfieri A. Place de l'hypnose en obstétrique: perception et réflexion des patientes. Mémoire : École de Sages-Femmes : université de Nice ; 2017.

40. Riquin E, Faure K, Legras M, Chocard A-S, Gillard P, Descamps P, et al. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Rev Praticien [on line] 2015 ; 65 : 701-708 [cited 2019-10-13]. Available from : URL : <<http://pedopsychiatrie-angers.fr/Publications2/troubles-psychiques-grossesse-et-post-partum.pdf>>

41. Mathon-Tourné L. La singularité de la maternalité éclairée par des scénarios transgénérationnels. Vol. 19. Toulouse : Érès éd ; 2013.

42. Université Médicale Virtuelle Francophone. Modifications physiologiques de la grossesse. Comité éditorial pédagogique UVMaF [consulté le 20/10/2019]. Disponible à partir de : URL : < <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-67>

obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/1.html>

43. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. In : Devenir. Médecine et Hygiène ; 2001 : 41-52.

44. Sages-femmes Réseau Paris Île-de-France. Hypnose prénatale [consulté le 03/10/2019]. Disponible à partir de : URL : <<https://www.sages-femmes-idf.fr/activite/hypnose-prenatale>>

45. Henry J-D, Benhaïem J-M. Vivre pleinement ma grossesse avec l'hypnose: avant, pendant, après !. Editions In Press ; 2018.

46. Servillat T, Masson J, Descroix V, Bidat E, Ancet P, Andrieu B. Transes - Le corps: dossier. Dunod ; 2018.

47. Brown DC, Hammond DC. Evidence-Based Clinical Hypnosis for Obstetrics, Labor and Delivery, and Preterm Labor. Inter Journ Clin Exp Hypn [on line] 2007 ;55 : 355-371. Available from : URL : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17558723>>

48. Vandevusse L, Irland J, Berner MA, Fuller S, Adams D. Hypnosis for Childbirth: A Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice. Am J Clin Hypn [on line] 2007 ; 50 : 109-119 [cited 2019-10-13]. Available from : URL : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18030923>>

49. Cyna AM, Andrew MI, Robinson JS, Crowther CA, Baghurst P, Turnbull D, et al. Hypnosis Antenatal Training for Childbirth (HATCh): a randomised controlled trial. BMC Pregn Childb [on line] 2006 ; 6 : 5 [cited 2019-10-15]. Available from : URL : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16515709>>

50. INPES. Fiche action n°19 : Le vécu de la grossesse par les femmes. Santé Publique France [en ligne] 2010 [consulté le 10/10/2019]. Disponible à partir de : URL : <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf>>

51. Spiess M. Le vacillement des femmes en début de grossesse. In : Dialogue. Erès ; 2002 : 42-50.

52. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français CNGOF. Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011.

53. Syndrome de stress post-traumatique en maternité. In : Spirale. Eres : 2008 ; 45 : 199-201.

54. Petit P. Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale : à propos d'un cas clinique. Journ Thér Comp Cogn [on line] 2015 ; 25 : 9 [cited 2020-03-18]. Available from : URL : <<https://www.em-consulte.com/article/959413/prise-en-charge-de-la-tocophobie-par-therapie-cogn>>

55. Béland M, Chabot K, Goulet Gervais L, Morin AJS, Gosselin P. Évaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement. L'Encéphale [on line] 2012 ; 38 : 336-344 [cited 2019-10-13]. Available from : URL : <<https://www.encephale.com/content/download/91037/1648772/version/1/file/main.pdf&usg=AOvVaw1F7LbKWxFnZdOlzmM9qzja>>

56. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. Aide-Mémoire - Hypnoanalgésie et hypnosédation en 43 notions. Paris : Dunod ; 2014.

57. Mongan M-F. Hypnonaissance: la méthode Mongan. Editions Leduc. s ; 2014.

58. Lhoutellier L. L'autohypnose pratiquée par les parturientes en salle de naissance. Mémoire : École de Sages-Femmes : université de Clermont-Ferrand ; 2013.

59. Beevi Z, Low WY, Hassan J. The Effectiveness of Hypnosis Intervention in Alleviating Postpartum Psychological Symptoms. Am J Clin Hypn [on line] 2019 ; 61 : 409-425 [cited 2019-10-18]. Available from : URL : <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00029157.2018.1538870?journalCode=ujhy20>>

60. Beevi Z, Low WY, Hassan J. Impact of Hypnosis Intervention in Alleviating Psychological and Physical Symptoms During Pregnancy. Am J Clin Hypn [on line] 2016 ; 58 : 368-382 [cited 2020-03-15]. Available from : URL : < 69

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27003486>>

61. Legrand F, Grévin-Laroche C, Josse E, Polidori G, Quinart H, Taïar R. Effects of hypnosis during pregnancy: A psychophysiological study on maternal stress. *Med Hypotheses* [on line] 2017 ; 102 : 123-127 [cited 2020-03-15]. Available from : URL : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28478816>>

62. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *Inter J Env Resea Public Health* [on line] 2019 ; 16 [cited 2020-03-15]. Available from : URL : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31085980>>

63. Arbinet M. Versant psychique de l'accouchement : réflexion sur le vécu psychologique des femmes en salle de naissance. Mémoire : faculté de médecine et maïeutique : université catholique de Lille ; 2018.

64. Arnaud M. Les corps des femmes et leur vécu : quel impact sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel ?. Mémoire : École de Sages-femmes : université de Bretagne Occidentale ; 2017.

65. Sander D. Psychologie des émotions [consulté le 26/03/2020]. Disponible à partir de : <<https://www.universalis.fr/encyclopedie/psychologie-des-emotions/1-qu-est-ce-qu-une-emotion/>>

66. Potvin P. Les émotions. In : *Qui sommes-nous, nous, les humains ?*. Les éditions première chance ; 2017.

67. Annuaire Hypnothérapie. Se préparer à l'accouchement [consulté le 26/03/2020]. Disponible à partir de : <<https://www.annuaire-hypnotherapie.com/se-preparer-a-l-accouchement>>

68. Lévêque R. L'intime mécanisme de l'hypnose est encore inconnu. *Usb Ric* [on line] 2018 [cited 30/03/2020]. Available from : <<https://usbeketrica.com/article/hypnose-chirurgie-mecanisme-inconnu>>

ANNEXES

Annexe n°1 Code éthique Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale

Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale

Code d'éthique et de bonnes pratiques de l'Hypnose Médicale

DANS SA PRATIQUE :

Le thérapeute doit délivrer uniquement des traitements relevant de sa compétence. La connaissance des seules techniques de l'hypnose n'est pas suffisante pour autoriser une pratique de soignant.

Il doit s'engager à actualiser sa formation et son information sur les indications et les bonnes pratiques de l'hypnose.

Dans un suivi commun avec des spécialistes d'autres disciplines, il doit respecter les traitements prescrits et s'engager à informer ses confrères sur le type de prise en charge qu'il envisage de mettre en place, ainsi que sur les résultats obtenus.

La prise en charge des mineurs devra se faire après information et accord des parents, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire.

DANS SA CONSCIENCE :

L'hypnothérapeute doit respecter la dignité, les droits, les points de vue et l'autonomie de son patient.

Il doit engager des relations conformes aux normes de bonne conduite en rapport avec sa fonction de soignant.

Il doit informer le patient sur la durée prévisible du traitement, ses modalités et la charge financière avant de débiter toute prise en charge thérapeutique.

Le thérapeute doit s'assurer que les objectifs visés correspondent aux souhaits émis par le patient.

S'il le juge nécessaire ou profitable pour le patient, le thérapeute doit après information et autorisation du patient, demander l'avis d'un autre spécialiste, dans des situations difficiles ou en cas de doute.

Il doit s'assurer que la symptomatologie présente n'est pas le reflet d'une atteinte organique méconnue et s'assurer que celle-ci a bien fait l'objet d'un diagnostic et d'une prise en charge médicale adaptée.

Il ne doit pas favoriser une relation de dépendance de son patient, ni orienter le traitement en fonction d'un bénéfice propre.

NOM LEFRÈRE

PRÉNOM Morgane

17 av. Charles Bismont - 92000 Nanterre - Tél. 01 42 46 47 48

Annexe n°2 STAI-Y, inventaire d'anxiété état-trait par Spielberger, forme Y-A

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et AL.
Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-A

Nom : _____ Prénom : _____
 Age : _____ Sexe : _____
 Date de passation : _____

E	T

Consignes : Ce questionnaire comporte 20 phrases que l'on soigne pour se décrire vous-même et-décrire. Lisez chaque phrase, puis choisissez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, ILUSTRÉ EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne prenez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos perceptions ACTUELLES.

		1	2	3	4
1. Je me sens calme _____	+	-	+	-	+
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en repos _____	+	-	+	-	+
3. Je suis tendu(e), crispé(e) _____	+	+	-	+	-
4. Je me sens satisfait(e) _____	+	+	-	+	-
5. Je me sens tranquille, tout dans ma peau _____	+	-	+	-	+
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), étonné(e) _____	+	-	+	-	+
7. L'une de mes plus mauvaises expériences me rappelle en ce moment _____	+	+	-	+	-
8. Je me sens compétent(e) _____	+	+	-	+	-
9. Je me sens effrayé(e) _____	+	+	-	+	-
10. Je me sens à l'aise avec (je me sens bien) _____	+	-	+	-	+
11. Je suis sûr (je suis confiant) en moi _____	+	-	+	-	+
12. Je me sens nerveux (nerveuse), agité(e) _____	+	+	-	+	-
13. J'ai le frisson, la sueur (j'ai peur) _____	+	-	+	-	+
14. Je me sens indigne _____	+	-	+	-	+
15. Je suis étonné(e), ébah(e) _____	+	+	-	+	-
16. Je suis satisfait(e) _____	+	-	+	-	+
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) _____	+	-	+	-	+
18. Je me suis joué (je m'ennuie), je me sens déçouvent(e), déçu(e) _____	+	-	+	-	+
19. Je me sens solide, puissant, puissant(e), réfléchi(e) _____	+	-	+	-	+
20. Je me sens du genre humain, aimable _____	+	+	-	+	-

Annexe n°2 BIS STAI-Y, inventaire d'anxiété état-trait par Spielberger, forme Y-B

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et AL.
Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-B

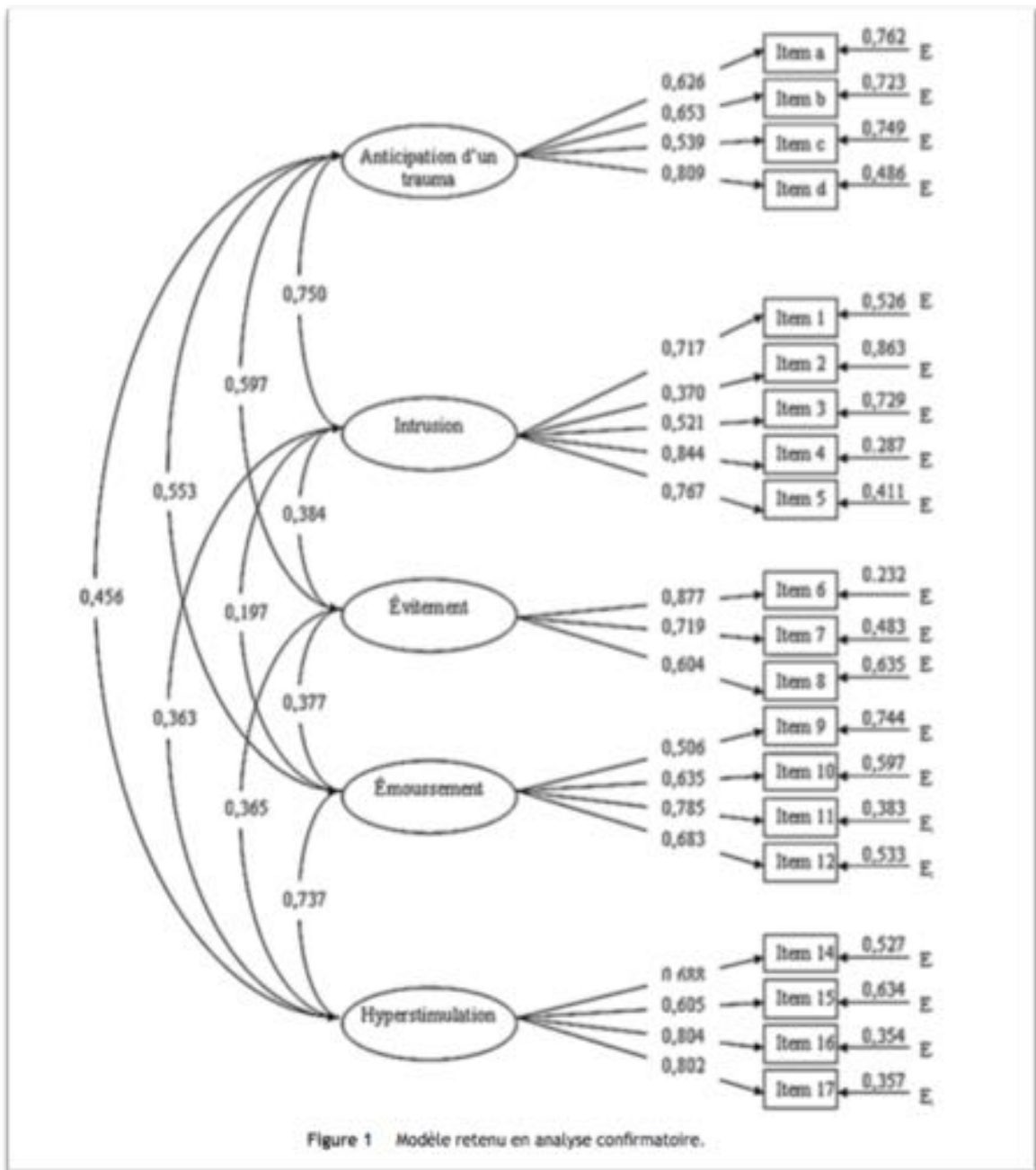
Nom : _____ Prénom : _____
 Age : _____ Sexe : _____
 Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, deux fois, une fois à gauche et une fois à droite. Pour chaque phrase, vous devez répondre GÉNÉRALÉMENT, il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

		Toujours Vrai	Souvent Vrai	Souvent Faux	Toujours Faux
10. Je me sens de bonne humeur, agréable	+	+	+	+	+
11. Je me sens nerveux (nerveux) et agité	+	+	+	+	+
12. Je me sens content(e) de moi	+	+	+	+	+
14. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres	+	+	+	+	+
15. J'ai un sentiment d'échec	+	+	+	+	+
16. Je me sens responsable	+	+	+	+	+
17. J'ai une main sang-froid	+	+	+	+	+
18. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne puis plus les surmonter	+	+	+	+	+
19. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	+	+	+	+	+
20. Je me sens heureux (heureuse)	+	+	+	+	+
21. J'ai des pensées qui me perturbent	+	+	+	+	+
22. Je manque de confiance en moi	+	+	+	+	+
23. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	+	+	+	+	+
24. Je prends facilement des décisions	+	+	+	+	+
25. Je me sens incompréhensif, pas à la hauteur	+	+	+	+	+
26. Je suis satisfait(e)	+	+	+	+	+
27. Des idées sans importance envahissent dans ma tête me dérangent	+	+	+	+	+
28. Je prends les décisions rapidement à cause que j'ai du mal à réfléchir	+	+	+	+	+
29. Je suis une personne calme, solide, stable	+	+	+	+	+
40. Je deviens embêté(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	+	+	+	+	+

*Annexe n°3 Les cinq facettes de la peur de l'accouchement
– Science Direct - 2011*



Annexe n°4 Échelle de stress anxieux 21 de la dépression (DASS-21)

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

<p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 	<p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
<p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 	<p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
<p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 	<p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
<p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 	<p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
<p>5. Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 	<p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
<p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 	<p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
<p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 	
<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 	

Annexe n°5 Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

*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.**
Aussi 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 arrivé de penser à me faire du mal*.**
Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais

Annexe n°6 Trame de question pour mener les entretiens

ANAMNÈSE	<ol style="list-style-type: none">1) Quel âge avez-vous ?2) Combien d'enfants avez-vous ?3) Avez-vous des antécédents médicaux particuliers ? Gynécologiques et obstétricaux ?4) Comment s'est déroulée votre grossesse ?<ol style="list-style-type: none">i) Point de vue médicalii) Point de vue sentimental, émotionnel5) Avez-vous pratiqué des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?6) Comment s'est mis en place le début de votre travail ? contractions utérines, RSM, déclenchement7) Combien de temps environ a duré votre travail ?8) Vous a-t-il paru plutôt long ou court ? Pour vous, combien de temps allait durer votre travail ?9) APD ou non : souhaitiez-vous une péridurale ? oui / non. Pourquoi ? À quel moment vous a-t-on posé la péridurale ?10) Y a-t-il eu des particularités durant le travail ?11) Le combien avez-vous accouché ? (jour post-partum) Par voie basse ou par césarienne ?<ol style="list-style-type: none">a) Si césarienne, à quelle dilatation et pour quel motif ?b) Si accouchement voie basse, le médecin a-t-il eu besoin d'être présent et a-t-il eu recours à des instruments ?
CONNAISSANCE / SÉANCE	<ol style="list-style-type: none">12) Durant le travail, vous avez été suivi par une sage-femme qui vous a proposé de pratiquer avec vous de l'hypnose. Connaissiez-vous l'hypnose avant ? en quoi cela consistait ?13) Désormais, qu'est-ce que l'hypnose pour vous de par votre expérience ?14) Combien de temps a duré cet accompagnement d'après vous ?15) Racontez-moi votre expérience (induction, suggestions)

<p>ÉMOTIONNELLE / TRANSE HYPNOTIQUE</p>	<p>16) Ressentiez-vous un besoin à être accompagné au moment où l'hypnose vous a été proposée ?</p> <p>17) Comment décririez-vous votre expérience avec l'hypnose ? expliquez-moi (global).</p> <p>18) Comment me décririez-vous votre état d'esprit aux différents stades de votre travail ?</p> <p>a) attitude : calme, stressé, peur, douleur ingérable, refus de la situation</p> <p>19) Qu'avez-vous ressenti durant chaque période d'hypnose ? (feuilles SF à regarder en même temps pour guider la patiente)</p> <p>a) sensation corporelle</p> <p>i) (+/- douleur, chaud, froid, perte de sensibilité, de contrôle de son corps),</p> <p>b) sensation mentale</p> <p>i) état d'hypnose ressenti ? évocation ? transe ?</p> <p>20) Avez-vous ressenti des peurs/stress/anxiété/angoisse durant le travail ? A quel moment ? Est-ce que l'hypnose a été pratiquée durant cette période ? si oui = en avez-vous fait la demande ou vous a-t-elle été proposée ? A-t-elle eu un effet dessus ? Si oui = de quel ordre ?</p> <p>21) Y a-t-il des événements où l'hypnose a été plus ou moins efficace ?</p>
<p>RELATIONNELLE</p>	<p>22) Avez-vous apprécié que l'hypnose soit pratiquée par quelqu'un d'extérieur ?</p> <p>23) Relation avec le professionnel durant le travail : confiance ?</p> <p>24) Accompagnement de l'entourage, lien avec le père, soutien</p>

*Annexe n°7 Feuille de renseignement sur la séance
d'hypnose*

Fournie et à remplir par les sages-femmes à la suite de l'accompagnement réalisé

Stade :
Pourquoi :
A la demande de la patiente ou proposé par la sage-femme/médecin :
Durée approximative :
Résumé de l'induction :
Résumé de la transe / discours :
Réceptivité / ressenti de la patiente d'après vous :

Annexe n°8 *Patiente 1 – Entretien – Induction*

« On est arrivé au bloc, on m'a installé, euh on m'a mis en place, on m'a expliqué tout ce qui allait se passer. Et là, je sais pas si c'est le médecin, ah nan c'est le chirurgien il me dit, je comprenais pas au début, il me dit "en ce moment, où est-ce que vous aimeriez aller ? Ou est-ce que vous voulez être en ce moment ?" je dis j'aimerais bien aller au Portugal, parce que j'avais regardé un reportage, un documentaire avec mon mari sur le Portugal et je trouvais c'était une très très belle, un très beau pays quoi. Et je comprenais pas pourquoi on me posait cette question. Et on me parlait du Portugal, qu'est-ce que vous allez faire, qu'est-ce que vous avez aimé dans le documentaire, les plages, de quelles couleurs, vous préférez la montagne ou la mer. Et du coup la sage-femme elle arrive, elle est derrière moi, elle me tient la main, et c'est là qu'elle commence à me parler du Portugal. Elle me pose des questions, elle me dit, exactement, elle me dit bah comme la chirurgienne elle me dit tu préfères quoi, tu préfères être en mer ou à la montagne. Je lui réponds que moi je préfère être à la mer et mon mari il aimerait bien être à la campagne. Et puis euh, qu'est-ce qu'elle m'a dit, oui elle m'a posé des questions sur est-ce que je savais nager, je lui ai répondu, je lui répondais que nan moi je préfère faire bronzette, juste aller me baigner faire bronzette. Euh et là j'avais compris qu'en fait là il voulait, il voulait détourner un petit peu, il voulait me détourner et me faire oublier l'opération. Et là je me retourne vers <sage-femme> et je lui dis « là j'ai compris, je sais très bien ce que vous faites, mais je crois pas que ça va marcher parce que je suis stressée, je lui dis regarde comment je tremble » et je tremblais comme une feuille, et je sais pas elle, elle continuait quand même à me parler du Portugal. Et à un moment donné je lui dis, mais ça me fait du bien continue à me parler du Portugal. Je lui dis tu me tiens la main et tu restes derrière moi et tu continues quand même à me parler. Ça m'a fait du bien qu'elle soit derrière moi à me parler, ça m'a fait oublier que j'étais sur le point de me faire opérer. Voilà, en gros c'est ça mon expérience. [...] Ouais juste comme ça, il me parle de Portugal, parce que j'aimerais aller au Portugal et c'est tout. Et en fait, ils ont profité du fait que j'aimerais aller au Portugal pour m'hypnotiser. J'aurais pu par exemple dire, je sais pas n'importe quoi ils auraient pu dire, réussir à m'hypnotiser avec ça. Et c'était magique ».

Annexe n°9 Patiente 2 – Entretien – Induction

« Alors elle m’a demandé de me projeter effectivement dans un endroit, le premier qui me venait à l’esprit dans lequel je me sentais bien. [...] Alors là j’ai pensé on a une maison en Corse, là où on va en vacances. Après elle m’a demandé de choisir un endroit dans [...] cette maison [...] donc j’ai choisi la terrasse. De la terrasse, elle m’a dit “qu’est-ce que je voyais”, donc je lui ai décrit un petit peu le jardin, le cadre, l’environnement, “qu’est-ce que je trouvais apaisant, pourquoi j’aimais tant cet endroit”. Ensuite, elle m’a amené à me poser, à poser beaucoup de questions. [...] J’arrivais à me projeter. [...] Là c’était très bien, même j’arrivais un petit peu de temps en temps à me déconnecter de l’endroit, mais je revenais vite [rires]. Mais elle a réussi quand même de par les différentes questions qu’elle m’a posé donc le lieu, qu’est-ce que je voyais, qu’est-ce que je sentais, qu’est-ce que j’aimais dans ce lieu, qu’elles étaient mes habitudes, quel était le moment de la journée que je préférais. Je lui ai dit le matin par exemple. Elle me dit “très bien donc le matin décrivez-moi ce que vous faites en fait lorsque vous êtes là-bas et qui vous procure cette sensation de bien-être”. Donc du coup c’est ce que je lui disais, mon rituel c’est de me lever, la première chose que je fais je sors mon chien, pour qu’il aille faire ses besoins, parce que mon mari est souvent parti à droite, à gauche en train de discuter avec tout le monde. Donc je sors mon chien, il tire beaucoup, bon voilà ça c’est mon chien, et du coup quand je fais mon tour, parce que c’est un grand jardin, mais il est pas bien clôturé, et mon chien, dès qu’il y a un animal, [...], et comme y’a pleins de chiens autour, il est bagarreur donc je suis obligée [...], en laisse, dans le jardin, enfin avec une grande laisse. Et donc du coup il y a toujours les voisins, qui sont là et avec lesquels, en Corse, c’est une autre mentalité qu’ici, donc on discute beaucoup, donc bah le premier, le deuxième, le troisième. Y’a beaucoup de troque, bon moi j’ai pas grand-chose à offrir, eux ils cultivent beaucoup leur jardin donc quand je finis d’avoir discuté avec tout le monde, j’ai les mains qui sont remplies en fait, de fruits, de légumes, parce qu’ils sont très généreux. Donc bon du coup voilà je disais c’est ce qui était très appréciable. Elle m’a demandé pourquoi est-ce que je me sentais aussi bien effectivement là-bas, qu’est-ce qui m’attirait vraiment. C’est ce que je lui ai dit c’est cette mentalité un petit peu [...] offrante et un environnement, on se prend pas la tête, et où les gens vivent au jour le jour, sont simples et prennent le temps de vivre. Ils sont pas aussi stressés que nous ils ont vraiment une autre façon d’aborder les choses, une tout autre façon de vivre, et ça c’est vraiment très très appréciable.

Donc ils sont toujours en train de rigoler, ils sont toujours en train de dédramatiser les choses, de relativiser tout simplement. Donc c'est vrai que, déjà de dire tout ça, quand on est en train d'accoucher, bah ça permet nous-même effectivement de relativiser, je pense que si j'ai pensé, peut-être inconsciemment, à ce moment, c'est peut-être bah du coup ce qui me fallait à ce moment, c'est ça tout à fait. Donc après elle m'a dit "décrivez-moi ce que vous voyez dans le jardin, quand vous promenez le chien qu'est-ce que vous voyez". Et donc je lui ai dit bon bah effectivement je fais le tour de la maison et du jardin et on a les montagnes qui sont derrière, qui sont très jolies, qu'est-ce que les montagnes vous procurent, je lui dis c'est très jolie, [...] c'est très apaisant. Et souvent comme on a de la famille dans un village dans ses montagnes, on y va souvent et donc du coup elle m'a projeté dans cet autre endroit "et quand vous y allez, qu'est-ce que vous y faites, comment vous vous sentez, qu'est-ce que vous voyez" une fois que je suis projetée effectivement dans le village et voilà. Et voilà parce que je crois que vraiment, non bah on a pas parlé, alors soit j'ai déconnecté ».

Annexe n°10 *Patiente 3 – Entretien – Induction*

« Elle venait de m'examiner et j'étais passé à huit. Donc elle m'a emmené où je rêve d'aller [...] aux Maldives. Bah on devait aller là-bas cet été et comme j'étais enceinte, bah on n'a pas été mais c'est pas très grave. [...] J'ai regardé les hôtels pour y aller. On avait déjà choisi l'hôtel donc je visualisais vraiment l'hôtel. [...] Et c'était cool parce que, comme si j'y étais. [...] Elle me parlait, et puis elle me posait quelques questions. Au début, elle me posait des questions. [...] Ouais, et après elle m'a demandé de fermer les yeux et de faire, enfin elle m'a fait de l'hypnose ».

Annexe n°11 Patiente 4 – Entretien – Induction

« Oui c'est ça, ça m'a aidé, les positionnements. Après, elle a fait un truc bizarre, elle a fait un truc bizarre, c'est-à-dire qu'elle m'a posé des questions, mais sur mon canapé, quel type de canapé j'avais, si c'était en cuir ou en daim ou en tissus, je sais pas quoi. Et elle m'a mis dans une position, franchement j'étais, voilà. [...] Donc du coup, elle m'a posé des questions, au fur et à mesure, comme si j'étais chez moi, comme si qu'elle me visionnait chez moi. Je me sentais chez moi. [...] Comme partie chez moi, voilà, le type de canapé, j'ai dû aller chercher mon canapé. Je visualisais [...] J'imaginais. C'est-à-dire qu'en même temps qu'elle me posait des questions j'imaginais mais je lui répondais. C'est comme si je me voyais dans mon. Et je lui répondais normal, comme si je réfléchissais même pas. D'habitude on réfléchit ».

Annexe n°12 Patiente 5 – Entretien – Induction

« Et bah du coup <sage-femme> m'a proposé de, en fait, elle a pas parlé d'hypnose, elle a dit on peut faire un peu de relaxation pour gérer un petit peu les contractions. En fait, elle l'a plutôt présenté pour aider mon col à s'ouvrir. Donc c'était quand je commençais à avoir des contractions un peu plus régulières et un peu plus douloureuses avec le Syntocinon. Du coup, elle s'est installée auprès de moi. Je me suis mise à l'aise, sur le côté droit avec le coussin. Donc j'étais toute posée et mon mari aussi donc on s'est allongés et on en a profité tous les deux. En fait, elle a commencé la séance, enfin moi je savais que c'était de l'hypnose. [...] Oui j'ai entendu. Au début, c'était de sentir son corps par rapport à tous les points de contact, à les remonter progressivement. [...] Elle a parlé d'une fleur à un moment, donc je regardais les pétales s'ouvrir et se refermer. Et ensuite, elle est remontée sur le reste du corps et après je sais plus en fait. Peut-être qu'effectivement je faisais plus attention ou peut-être que je m'en rappelle plus. Peut-être qu'elle a parlé à un moment du bébé ».

Annexe n°13 Patiente 6 – Entretien – Induction

« Elle me parlait, elle m'a un peu dit, on va faire une sorte d'ancrage mental. Et enfin, je sais pas si c'est ce qu'elle a utilisé mais là du coup elle m'a dit on va à la mer ou à la montagne. Puis je sais plus si c'est moi qui ai répondu ou pas. [...] Effectivement, moi je m'étais un peu entraînée avant à justement imaginer des lieux calmes, détendants. Et j'avais plutôt développé une image de mer calme, mais sauf que là ça marchait pas du tout en fait dans ce contexte-là. Donc du coup, je sais pas si c'est moi qui est dit montagne ou si <sage-femme> est partie sur la montagne. Ensuite, oui il y a des passages où elle me disait "là on gravit des montagnes, la route est belle, là on arrive en haut, la vue va être spectaculaire, et maintenant on redescend" donc en utilisant cette image de la montagne ».

À un autre moment du travail : « <Sage-femme>, enfin je sais plus ce qu'elle m'a dit, on part à la mer. Et là, du coup, on a parlé de l'endroit qu'on a imaginé avec mon époux qui était justement une petite plage en Grèce où on avait été il y a deux ans, et qui était un endroit que l'on avait un peu, enfin que j'avais un peu préparé avant. Je me rappelle que <sage-femme> me demandait de décrire un peu l'endroit, comment c'était, pour le visualiser etc. [...] Oui j'essayais effectivement de visualiser cet endroit. Enfin, j'en parlais pas comme on raconte ces vacances, c'était plus décrire l'endroit et en effet <sage-femme> prenait un peu l'endroit, disait des choses, racontait, parlait du sable, de la mer, des choses comme ça, et moi à ce moment-là je suivais plus ces paroles pour rentrer dans cette image ».

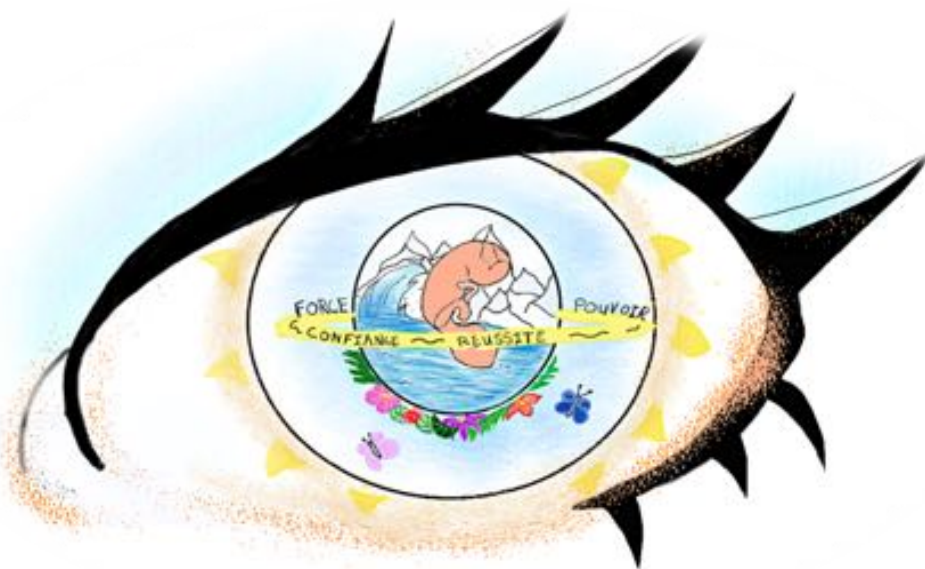
Annexe n°14 Patiente 7 – Entretien – Induction

« De mon enfance, enfin, il fallait que je raconte quelque chose et après j'ai parlé de mon enfance. [...] Au Cap Vert. [...] Elle posait des questions, elle disait des phrases et j'essayais de lui dire ce que je voyais. [...] Je pense que c'était une poupée, oui c'était ça, après elle m'a dit c'était peut-être pas le bon, voilà, objet. Après, j'ai parlé des pierres, une pierre en fait. [...] C'était à la plage, d'un côté il y avait pleins de pierres tout ça. [...] Quand elle a commencé, elle s'est assise et elle m'a posé des questions, je croyais qu'elle me posait des questions pour après, pour l'exercice, j'avais pas compris que l'exercice, c'était la séance ».

Annexe n°15 Patiente 8 – Entretien – Induction

« Bah j'ai essayé de me refocaliser en fait, euh, comment dire ça [instant de pause]. D'abord, j'ai fait ma première étape c'était mon lieu refuge. Je me suis vraiment centrée dessus au tout début. Après c'est monté en intensité et là j'avoue qu'à un moment donné, j'ai un peu perdu pied. Je me suis dit j'y arrive pas, j'arrive pas à récupérer mes phrases, j'arrive pas à les récupérer derrière leurs cachettes [rire]. Voilà et donc là, c'était le moment où j'étais complètement perdue on va dire. Je pense j'étais dans la phase où c'était intense et que je savais pas combien de temps ça allait durer encore. Si ça durait 10 heures, est-ce que j'allais en être capable, voilà les questions qui se posent à ce moment-là. Donc c'est à ce moment-là aussi que l'on a décidé de faire un bon bain chaud. Voilà ce qui a aidé aussi et puis après il y a eu la sage-femme, qui a permis justement de faire passer ce point délicat pour aller vers le sans péridurale comme je voulais. Enfin moi j'ai vraiment, enfin j'ai ressenti ça comme ça pour mes deux accouchements sans péridurale. Il faut vraiment qu'il y ait quelqu'un, en l'occurrence pour moi à chaque fois ça a été une sage-femme, qui soit là et qui dise des mots rassurants. Qui ferment pas non plus la porte de la péridurale mais qui dit "euh nan mais là vous en êtes capable, on va essayer, je vais vous refaire un petit peu d'hypnose aussi, on va faire ensemble etc etc" et je pense que ça c'est vraiment primordial, enfin pour moi en tout cas ça l'a été. Je sais pas si j'aurais été capable de passer le cap, même si j'ai fait des séances avant. Alors peut-être que j'en ai pas fait assez, c'est peut-être ça aussi, mais clairement je pense pas que mon animal fétiche serait venu me prendre par la main et me dire "tu vas y arriver". Donc voilà, je pense que là, quand même, c'est essentiel. Et après, une fois qu'on passe justement ce point clé en fait, on se dit "si, je vais y arriver", et bah là on passe vraiment dans l'hypnose en fait, mais vraiment. [...] En fait on est concentré sur sa tâche, donc gérer les contractions, gérer les douleurs, gérer ensuite les poussées. Et plus on se concentre, plus c'est facile entre guillemets, et plus le moment, en fait, c'est pas que la douleur n'est pas là mais c'est qu'elle est plus supportable ».

Annexe n°16 Page de garde



Cliché libre de droit – réalisé par Charlène LEFRERE.

GLOSSAIRE

AFEHM = Association Française pour l'étude de l'hypnose médicale

Analgésie = suppression de la douleur.

APD = analgésie péridurale.

Catalepsie = rigidité musculaire, un des signes de transe hypnotique.

DIU = diplôme inter-universitaire

EMC = état modifié de conscience.

HTA = hypertension artérielle.

IFH = Institut Française d'Hypnose.

INSERM = Institut national de la santé et de la recherche médicale.

IRS = Institut de recherche sur le stress.

MAF = mouvements actifs fœtaux.

PNL = programmation neuro-linguistique.

PNP = préparation à la naissance et à la parentalité.

RAM = rupture artificielle des membranes.

RSM = rupture spontanée des membranes.

STAI = State Trait Anxiety Inventory = Inventaire de l'état d'anxiété « trait ».

VAKO = visuel, auditif, kinesthésique-cénesthésique, olfactif.

L'hypnose et son impact sur le vécu émotionnel du travail

Résumé

Introduction : Les parturientes font face à des émotions pouvant impacter négativement le vécu de leur travail. Nous avons étudié les impacts de l'hypnose sur ces émotions durant cette période. **Méthodologie** : Dans le cadre de notre étude, des entretiens ont été réalisés durant le post-partum, auprès de patientes ayant bénéficié d'un accompagnement en hypnose au cours de leur travail. **Résultats** : Les patientes ressentent des émotions négatives durant le travail. Ces émotions sont modulées par des éléments environnants. L'hypnose a un impact positif sur les émotions durant le travail. Ainsi, le vécu en est amélioré. **Conclusion** : La pratique de l'hypnose pendant le travail doit être encouragée afin d'améliorer le vécu émotionnel des parturientes.

Mots clés : hypnose – travail – émotion – vécu

Abstract

Introduction: Parturient women face emotions that can have a negative impact on their labor experience. We studied the impact of hypnosis on these emotions during that period. **Methodology:** As part of our study, interviews were conducted in the postpartum period with patients who had received hypnosis care during their labor. **Results:** Patients experience negative emotions during labor. These emotions are modulated by environmental factors. Hypnosis has a positive impact on emotions during labor. Thus, labor experience is improved. **Conclusion:** The practice of hypnosis during labor should be encouraged in order to improve the emotional experience of parturient women.

Keywords : hypnosis - labor - emotion - experience

Nombres de pages : 63

Nombres d'annexes : 16

Nombres de références bibliographiques : 68